

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Traumatologie dolní končetiny v seniorském
věku**

Bakalářská práce

Autor práce: Lenka Kolářová

Vedoucí práce: PhDr. Michaela Schneider, Ph.D.

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lenka Kolářová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Traumatologie dolní končetiny v seniorském věku
Cíl práce:	Zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.



PhDr. Michaela Schneiderová, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Hlavním tématem bakalářské práce je Traumatologie dolní končetiny v seniorském věku. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá traumatologií, kdy se zaměřím na její základy, podněty, které poranění dolní končetiny u seniorů způsobují. Zaměřím se také na klasifikaci zlomenin. Popíši i rozdělení Osteoporózy a předoperační přípravy. Cílem výzkumu je zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po TEP kyčelního kloubu. Výzkumné otázky se zaměřují na nejčastější ošetrovatelské intervence prováděné u pacientů po TEP kyčle.

Klíčová slova

Pády, zlomenina, totální endoprotéza kyčelního kloubu, rehabilitace, tromboembolická nemoc.

Abstract

The main topic of this bachelor thesis is the Traumatology of the lower limb at a senior age. The bachelor thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part deals with traumatology, where I focus on its basics, stimulus that causes injury to the lower limb with seniors. I will also focus on the classification of fractures. I will describe the division of Osteoporosis and preoperative preparations. The aim of the research is to map the most frequent nursing interventions with patients after hip replacement. Research questions focus on the most common nursing interventions performed with patients after hip replacement.

Key words

Falls, a fracture, total joint prosthesis, rehabilitation, thromboembolic disease.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....
Podpis studentky

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat své vedoucí PhDr. Michaele Schneider, Ph.D., za vedení mé bakalářské práce, obrovskou trpělivost a cenné rady. Dále bych chtěla poděkovat respondentům za jejich čas a ochotu při rozhovoru. Jsem vděčná své rodině, která mě podporovala a pomáhala mi při těžkých chvílích po celou dobu studia.

Obsah

Úvod.....	11
Motivace	11
Cíl práce	11
1 Traumatologie	12
1.1 Etiologie poranění	12
1.2 Riziko pádu	13
1.3 Onemocnění dolní končetiny	13
1.3.1 Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu	13
1.3.2 Lupavá kyčel (coxa saltans).....	14
1.3.3 Idiopatická avaskulární nekróza hlavičky stehenní kosti.....	14
1.4 Osteoporóza.....	15
1.4.1 Prevence osteoporotických zlomenin	15
1.5 Klasifikace zlomenin dolní končetiny.....	16
1.6 Zlomeniny dolní končetiny	17
1.6.1 Zlomenina krčku kosti stehenní.....	17
1.6.2 Zlomeniny horního konce stehenní kosti.....	17
1.6.3 Zlomeniny proximálního femuru.....	18
1.7 Diagnostika a léčba zlomenin dolní končetiny	18
1.8 Hojení zlomenin	20
1.9 Předoperační příprava	20
1.9.1 Předoperační obecná příprava.....	21
1.9.2 Dlouhodobá předoperační příprava	22
1.9.3 Krátkodobá předoperační příprava	22
1.9.4 Bezprostřední předoperační příprava.....	23
1.9.5 Prevence tromboembolické nemoci.....	24
1.10 Pooperační péče.....	24
1.10.1 Bezprostřední pooperační péče	25
1.10.2 Péče na standardním lůžkovém oddělení.....	25
1.11 Rehabilitace	25
1.12 Mobilita	26
1.12.1 Mobilizace nemocného po TEP kyčelního kloubu	26
2 Výzkumná část (praktická část)	28
2.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky	28
2.2 Metodika výzkumného šetření	28
2.3 Charakteristika vzorku respondentů.....	28
2.4 Průběh výzkumného šetření	29

2.5	Zpracování získaných dat.....	29
2.6	Výsledky výzkumu.....	30
3	Diskuze	43
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	46
	Závěr	47
	Seznam použité literatury	48
	Přílohy.....	51

Seznam tabulek

Tabulka 1 Pohlaví	30
Tabulka 2 Věk.....	30
Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání	30
Tabulka 4 Délka praxe v zaměstnání	31
Tabulka 5 Pracoviště po dobu kariéry	31
Tabulka 6 Délka praxe na ortopedii.....	32
Tabulka 7 Důvod k výběru ortopedického pracoviště	32
Tabulka 8 Věková kategorie pacientů	33
Tabulka 9 Důvod k totální endoprotéze kyčelního kloubu.....	33
Tabulka 10 Čekací doba na totální endoprotézu kyčelního kloubu.....	34
Tabulka 11 Výjimky pro dřívější operaci	34
Tabulka 12 Zodpovědnost za pořadník na totální endoprotézu kyčelního kloubu	34
Tabulka 13 Doba rekonvalescence na ortopedickém oddělení.....	35
Tabulka 14 Proces léčení	35
Tabulka 15 Nejčastější komplikace po totální endoprotéze kyčelního kloubu.....	36
Tabulka 16 Provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu týdně	36
Tabulka 17 Doba hospitalizace na Jednotce intenzivní péče.....	36
Tabulka 18 Zdravotní stav při překladi z Jednotky intenzivní péče	37
Tabulka 19 Ošetrovatelské intervence při překladi z Jednotky intenzivní péče	37
Tabulka 20 Nejčastější ošetrovatelské intervence před totální endoprotézou kyčelního kloubu	38
Tabulka 21 Nejčastější ošetrovatelské intervence po totální endoprotéze kyčelního kloubu	38
Tabulka 22 Z čeho vychází ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.....	39
Tabulka 23 Časová náročnost ošetrovatelských intervencí pro sestry	39
Tabulka 24 Účelně využití ošetrovatelské intervence.....	40
Tabulka 25 Přidání intervencí.....	40
Tabulka 26 Místo transportu po TEP kyčelního kloubu z ortopedického oddělení	40
Tabulka 27 Nejčastější ošetrovatelské intervence při transportování po totální endoprotéze kyčelního kloubu	41
Tabulka 28 Nejčastější problémy s poskytovanými ošetrovatelskými intervencemi	41
Tabulka 29 Řešení problémů s poskytovanými ošetrovatelskými intervencemi.....	42

Seznam použitých zkratek

Atd. – a tak dále

CMP – Cévní mozková příhoda

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

ICHS – Ischemická choroba srdeční

JIP – Jednotka intenzivní péče

PMK – permanentní močový katetr

PŽK – permanentní žilní kanyla

RA – Revmatoidní artritida

RTG – Rentgen

TEN – Tromboembolická nemoc

TEP – Totální endoprotéza

Tzv. - tak zvané

Úvod

První část mé práce se zabývá teoretickým rozбором traumatologie dolní končetiny v seniorském věku. Pro geriatrické pacienty může mít fraktura fatální následky, proto je důležité studovat tuto problematiku a informovat i okolí pacientů.

Bakalářská práce je na výše uvedené téma zaměřena ve své teoretické části, kdy se zaměřuji na obecné poznatky z oblasti traumatologie v seniorském věku.

Nejprve se zaměřuji na obecné pojetí slova traumatologie, následuje etiologie poranění, rizika pádů. Dále se zabývám onemocněními dolní končetiny, osteoporózou a její prevencí a klasifikací zlomenin. Důležitou součástí je také klasifikace zlomenin a jejich následná diagnostika a léčba.

V závěru teoretické části jsem se věnovala hojení zlomenin a případnému předoperační i pooperační přípravě. Nezapomněla jsem také na důležitost rehabilitace.

Praktická část má za úkol zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence. Výsledky jsem zjišťovala pomocí rozhovorů s respondenty z ortopedického oddělení. Pro svůj výzkum jsem zvolila okruh pěti respondentů, kteří se snažili co nejlépe odpovídat na položené otázky.

Motivace

Pro psaní bakalářské práce jsem si vybrala téma Traumatologie dolní končetiny u seniorů. Toto téma pro mě bylo zajímavé svým charakterem, protože v dnešní době přibývá seniorů, u kterých se zlomenina dolní končetiny vyskytuje. Zaměřila jsem se na ošetrovatelské intervence po TEP kyčelního kloubu z důvodu častého řešení zlomenin náhradou kyčelního kloubu.

Cíl práce

Cílem práce je zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

1 Traumatologie

Traumatologie je specializovanou součástí chirurgického oboru. Jedná se o nauku o úrazech, která se zabývá epidemiologií, diagnostikou a léčením úrazů všech druhů. Hlavním zájmem traumatologie je samozřejmě prevence vzniku úrazů. (Michalský, 2009)

S traumatologií souvisí jeden z nejdůležitějších pojmů, a to je úraz. Úraz, neboli trauma, je neočekávaná událost, která působí na organismus zvenčí a vede k jeho poškození. Samotnému úrazu předchází tzv. úrazový děj, který má za následek poranění. (Schneiderová, 2014)

Mechanismus úrazu:

Úrazy dělíme do dvou skupin, a to na úrazy otevřené a úrazy uzavřené. Při otevřeném úrazu dochází k porušení kontinuity kůže nebo sliznice, naopak u uzavřeného k takovému porušení nedochází. Dále můžeme dělit otevřené úrazy na pronikající do tělních dutin, které mohou být penetrující či nepenetrující. Uzavřené úrazy vznikají poškozením tkání jen uvnitř těla bez jakéhokoli poškození kůže i sliznice. (Schneiderová, 2014)

1.1 Etiologie poranění

Můžeme ji rozdělit na interní (vnitřní) a externí (vnější). S přibývajícím věkem se omezuje pohyblivost člověka. Při horší koordinaci těla dochází i k poranění pohybového aparátu. K rozvoji traumatu dolní končetiny potom dochází různým způsobem. Lze je rozdělit podle etiologie příčiny do několika skupin z hlediska působení na lidský organismus. Jeden z mechanismů vzniku úrazu je působení přímého vnějšího tupého násilí na okolí daného kloubu (dojde tím k jeho poškození), druhý je kloubní kontuze. Další možnou příčinou je poranění vazivového aparátu kloubu přílišným rozsahem normálního pohybu, jako je hyperextenze, nebo nefyziologickým pohybem v kloubu. Málo časté poranění kloubu může být při perforaci měkkých tkání ostrým předmětem. Dalším a nejzávažnějším poraněním postihující klouby končetin jsou luxační zlomeniny. (Zeman, Krška 2014; Bartoníček, Majerníček, Malkus, 2014, Nunvářová, 2012)

1.2 Riziko pádu

Častou příčinou vzniku zlomeniny dolní končetiny může být pád. Podle rozsahu poranění a bolestivosti může být vyžadováno vyšetření lékařem. Poranění může být lehčího poškození (kontuze, pohmoždění) a naopak vážnějšího charakteru (poranění vnitřních orgánů, tržné rány, fraktura krčku femuru a humeru, zápěstí apod.). Pády dělíme do dvou velkých skupin. Na ty, které mají vnitřní příčinu, a jsou takové, které se objevují při některých onemocněních postihujících celý organismus, druhou skupinou jsou pády s vnější příčinou, které vyplývají z okolí a okolního prostředí dotyčných osob.

Riziko pádu u seniorů může nastat při každodenních domácích činnostech. Mohou se pohybovat po bytě při nedostatečném osvětlení, někdy je příčinou i nevhodně vybavený byt (vypínače umístěné vysoko, špatně rozestavený nábytek, nevhodná podlahová krytina, koberečky). Vinu má často i špatně zvolená domácí či venkovní obuv. Pro seniory je obtížné a nebezpečné cestování veřejnou dopravou, kdy podceňují dostatečně vybavení kompenzačními pomůckami. (Mlýnková, 2011)

U seniorů také dochází k nepředvídaným fyziologickým pádům. Příčina pádu nemusí být způsobena aktuálním fyzickým stavem a nemusí být předvídána do doby pádu. Příčinou může být mdloba, epileptický záchvat, nebo patologická zlomenina krčku. (Vyhnálek, 2007)

Pády pacientů, které jsou předvídané dle stavu pacienta, hodnotíme na stupnici rizika pádů. Dají se popsat charakteristikami, jako jsou pád v anamnéze, zhoršená chůze, užívání kompenzačních pomůcek určených k chůzi a porucha duševních funkcí. (Vyhnálek, 2007)

1.3 Onemocnění dolní končetiny

Mezi onemocnění dolní končetiny patří Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, Lupavá kyčel a idiopatická avaskulární nekróza hlavice stehenní kosti. Tato onemocnění popíši v následující podkapitole.

1.3.1 Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu

K tomuto onemocnění kyčelního kloubu patří pouze arthrosis deformans a osteochondrosis dessecans. Věk je sice predispozičním faktorem vývoje artrózy kyčle,

ale artróza není výsledkem stárnutí. Ve své podstatě existují dvě skupiny artrotického postižení kloubu, nazývaného degenerativní artróza a sekundární artróza. Degenerativní osteoartróza kyčle nazývaná také primární koxartrózou je chronické progresivní a nejspíše i multifaktoriální onemocnění postihující především klouby a okolní tkáně. Ty mohou být poškozeny probíhajícím zánětlivým a degenerativním procesem. V konečné fázi dochází i k poškození metabolických pochodů v postižené chrupavce kloubu, její postupnou destrukci nebo vymizení. (Dungl 2014)

Preartróza přejde v artrózu po době, kterou lze stěží určit, je dána tím, že artrotici na vyšetření přicházejí po určité době, kdy u nich obtíže přetrvávají a artróze je již plně rozvinuta. (Dungl 2014)

1.3.2 Lupavá kyčel (coxa saltans)

Poškození stavby kloubu, projevující se slyšitelným a hmatným lupavým fenoménem, vyvolaným přeskočením napjatého fasciálního pruhu přes horní okraj velkého trochanteru při pohybu v kyčli. Mezi příčinu patří také trochanterická burzitida, osteochondron, recidivující spontánní subluxace po nedolčené traumatické akutní luxaci. Velmi bolestivé je lupání při odtržení labra.(Dungl, 2014)

Bolestivá lupavá kyčel se nejčastěji vyskytuje u žen mladého a středního věku, které rychle a náhle redukovaly tělesnou hmotnost. Pacient si na výzvu dokáže vyprovokovat lupavý fenomén, který je vybavitelný v addukci a flexi s vnitřní rotací. Volně pohyblivý kyčelní kloub ukáže až klinické vyšetření. (Dungl, 2014)

1.3.3 Idiopatická avaskulární nekróza hlavice stehenní kosti

Jedná se o chronický život neohrožující proces charakterizovaný ne zcela vysvětlenou poruchou nitrokostní cirkulace, kdy představuje sociálně-medicínský problém, neboť postihuje v převážné míře muže ve věku 30-40 let a totální náhrady kyčelního kloubu. (Dungl, 2014)

Dle Dungla (2014) se k názoru na multifaktoriální etiologii AVN přiklání většina autorů.

1.4 Osteoporóza

Osteoporóza neboli řidnutí kostí je tzv. významná civilizační choroba, jejíž výskyt neustále stoupá. Nejčastěji však postihuje ženy po menopauze a starší osoby obou pohlaví. Většina zlomenin u starších lidí vzniká v důsledku tohoto onemocnění. Je to nejčastější systémové onemocnění skeletu, charakterizováno metabolickou vadou, při které dochází ke snižování množství kostní hmoty a ke změnám kvality kostní tkáně. Důsledkem tohoto poškození je narušená mechanická odolnost kostí, která zvyšuje riziko zlomenin. Osteoporózu rozlišujeme na primární a sekundární. Primární osteoporóza vzniká po menopauze, příčinou u sekundární jsou některé choroby či léčiva. Pomalý a často asymptomatický vývoj je charakteristickým rysem osteoporózy (ve velké míře případů není onemocnění doprovázeno bolestmi ani jinými varovnými signály). Při narušení rovnováhy mezi resorpcí a novotvorbou kosti, především při převaze resorpce kosti nad osteoanaboličnými ději dochází k řidnutí kostí. (Vlček, Vytřísalová, 2014)

Primární (Postmenopauzální) osteoporóza:

Osteoporóza I. typu se vyskytuje 6x častěji u žen než u mužů, trvá 15-20 let po menopauze a postihuje převážně spongiózní kost. Prvotní roli hraje deficit hormonu estrogenu. (Dungl, 2014)

Sekundární (Involuční) osteoporóza:

Osteoporóza II. se objevuje u žen po sedmdesátém roce života. (Dungl, 2014)

1.4.1 Prevence osteoporotických zlomenin

Zásadní význam v primární prevenci osteoporózy má úprava životního stylu. Důležitý je dostatek vhodné pohybové aktivity, vyloučení kouření a suplementace vápníku a vitamínu D, který tvoří základ preventivních opatření. Vysoký význam v sekundární prevenci osteoporózy je záchyt a léčba chorob, které zvyšují riziko pádu, a hlavně samotná léčba kostního onemocnění. Jako účinná prevence u postmenopauzálních žen je uznávaná hormonální substituční terapie estrogeny či selektivní modulátory estrogenových receptorů, bezpečnost této léčby je diskutována. Antiresorpční léky tlumící vznik, dozrávání a aktivitu osteoklastů a léky osteoanaboličké, jsou základní medikamentózní léčbou. (Sedlář, 2017)

1.5 Klasifikace zlomenin dolní končetiny

Pojem zlomenina neboli fraktura je formulována jako porucha spojitosti (kontinuity) kosti. Poškození kloubu či kosti lze klasifikovat podle různých hledisek, které se mohou kombinovat. Zlomeniny dělíme dle stavu kostní tkáně:

- Traumatické (úrazové, kdy k nim dochází přímým nebo nepřímým mechanismem).
- Únavové neboli stresové.
- Patologické (jejichž příčinou je nádor či zánět a vyskytují se na nezdravém terénu).
- Osteoporotické zlomeniny (souvisí s věkem a vyskytují se u geriatrických pacientů).

Dle mechanismu vzniku, kde působí přímo v místě úrazového násilí:

- Střelné zlomeniny (představují samostatnou skupinu poranění).
- Nepřímé fraktury (jsou v místě, kde nepůsobilo úrazové násilí).

Podle lokace:

- V střední části dlouhé kosti (diafýze)
- Zakončení dlouhé kosti (epifýze)
- Metafýze
- Uvnitř kloubu tzv. intraartikulární

Rozlišujeme průběh lomné linie, kdy může probíhat

- Šikmo
- Příčně
- Spirálně
- Podélně
- Na kloubních koncích může mít různý tvar písmen jako, T, Y, nebo V

Kloubní poškození můžeme rozdělit na fraktury

- Dislokované
- Nedislokované (nemusí mít porušenou kontinuitu kosti v celé její tloušťce)

Do klasifikace zlomenin patří i mimo jiné infrakce, fisury a subperiostální zlomeniny. Pokud je při úplných zlomeninách poškozený periost, dojde k posunu úlomků. Tento druh může být s meziúlomky, tříštivý, ztrátový, či dvoufragmentový. Dislokace úlomků může probíhat několika způsoby, které se v praxi často kombinují. (Dungl, 2014; Wendsche, Veselý, 2015)

1.6 Zlomeniny dolní končetiny

„Úkolem léčení zlomenin kostí dolní končetiny je zajistit takový anatomický a funkční stav, při kterém není porušena biomechanika a funkce končetiny.“ (Zeman, Krška, 2014)

1.6.1 Zlomenina krčku kosti stehenní

Zlomenina krčku kosti stehenní se objevuje převážně u pacientů mladých a pacientů ve středním věku. U starších pacientů je oblast krčku kosti kyčelní místo s nejnižším odporem, který se nejčastěji zlomí před jakýmkoli poškozením femorální hlavy. Fraktury krčku kosti stehenní vznikají působením nepřímého násilí, které u starších osob nemusí být tak veliké jako u dětských a dospělých jedinců. U starších pacientů k tomu dochází vzhledem k osteoporóze a dalším faktorům jako jsou artróza, poruchy koordinace a slabší svalovina, stačí i malé násilí, aby vznikla zlomenina. Tato zlomenina se tedy nejčastěji vyskytuje u pacientů starších šedesáti let. (Zeman, Krška, 2014, Egol, 2017, str. 25)

1.6.2 Zlomeniny horního konce stehenní kosti

Jedná se o velmi vzácné poranění, které vzniká nepřímým traumatem nejčastěji při luxaci hlavice kosti stehenní. Část kloubní hlavice se odlamuje o okraj acetabula a zůstává v kloubní jamce. Diagnostika této zlomeniny je velmi obtížná, protože je snadno přehlédnutelná i na běžném RTG snímku, pokud nejsou zhotoveny speciální projekce. (Zeman, Krška, 2014)

1.6.3 Zlomeniny proximálního femuru

Fraktura proximálního femuru patří mezi nejčastější zlomeniny seniorů. Hlavními rizikovými faktory pro vznik této zlomeniny jsou především vysoký věk, postmenopauzální osteoporóza, neuromuskulární dysfunkce, která vede ke zpomalené nebo chybné reakci organismu, malnutrice a snížená fyzická aktivita. (Bartoška, Skála-Rosenbaum, 2016)

Vzhledem k vysokému věku pacientů se u nich nachází různé komorbidity (ICHS, renální insuficiense - ledvinové selhání, stavy po CMP). Hlavním prognostickým faktorem je celková hybnost před úrazem. Staršího pacienta vede úraz nevyhnutelně k upoutání na lůžko. Při delší imobilizaci staršího pacienta může být jeho stav komplikován zejména zápallem plic, tromboembolickou nemocí, uroinfekcí a dekubity s rizikem sepse. Adekvátní terapie a následná rehabilitace je u pacientů se zlomeninou proximálního femuru zásadní pro jejich přežití. (Bartoška, Skála-Rosenbaum, 2016)

Diagnostika

Mezi subjektivní potíže, které udává pacient, řadíme bolest lokalizovanou v oblasti kyčelního kloubu, třísla a okolí velkého trochanteru. Bolest se zhoršuje při pohybu. (Bartoška, Skála-Rosenbaum, 2016)

RTG vyšetření je základní vyšetřovací metodou, kdy snímek slouží k vyloučení dalšího poranění, a k porovnání poraněné kyčle s druhostrannou. (Bartoška, Skála-Rosenbaum, 2016)

Mechanismus úrazu proximálního femuru

Nejčastější důvod vzniku je pád na bok, při kterém dojde k nárazu na oblast velkého trochanteru. (Bartoška, Skála-Rosenbaum, 2016)

1.7 Diagnostika a léčba zlomenin dolní končetiny

Každé vyšetření s podezřením na zlomeninu začíná orientací vzniku poranění z anamnestických údajů. Následuje pohmat, který začínáme mimo předpokládané poraněné místo. Bolesti kyčelního kloubu vystřelují do třísla, hýžděové krajiny

nebo mohou vystřelovat do stehna či až do kolena. Mezi další příznaky patří kulhání, pocity ztuhlosti, s obtížným vstáváním. (Zeman, Krška a kolektiv, 2011; Dungl, 2014)

Do klinického vyšetření zahrnujeme vyšetření chůze, rozsah pohybu, pohmat kyčelní krajiny, délku končetin, ale také neurologické a cévní vyšetření končetin. Při měření končetin je nutné, aby byly končetiny ve stejné poloze, a porovnáváme jednotlivé strany. Končetiny měříme pomocí páskové míry. (Dungl, 2014)

Funkčním vyšetřením zjišťujeme aktivní a pasivní pohyblivost kloubů končetin. Rozsah aktivního i pasivního pohybu kloubu srovnáváme vždy s druhou stranou. V dokumentaci se uvádí rozsah pasivního pohybu, který bez pomoci pacienta provádí sám lékař na postižené končetině. Rozsah pohybu vyšetřujeme pomocí třech rovin podle SFTR metody.

- S – sagitální rovina (extenze, flexe)
- F – frontální rovina (abdukce, addukce)
- T – transversální neboli horizontální (vyšetření kyčle i ramene při 90° flexi v kyčli a rameni)
- R – rotace (vnitřní a zevní)

(Dungl, 2014)

Zobrazovací metody jako je radiodiagnostika zaujímá čtné místo mezi vyšetřovacími metodami pohybového aparátu. Důležitou zásadou je postupování od nejjednodušších vyšetření po složitější, začínáme skiagrafií a při nejasnostech přistupujeme k dalším metodám, jako je ultrazvuk, CT a MR. Pokud to stav pacienta dovolí, musí být základní RTG vyšetření provedeno ve standartních projekcích. (Dungl, 2014; Mašek, 2012)

Rentgenový obraz je černobílý záznam s odstíny šedi. RTG je pro ortopedii důležitý na posouzení tkání (svaly, kůže, nervy, cévy, vazy a kloubní pouzdra). Světlou a bílou barvou se zobrazují kosti, kovové předměty a vysoce hutné orgány, tmavě až černě bývají označeny plyny, plíce. Měkké tkáně (svaly, kůže, podkoží, nervy, cévy, vazy) mívají pro nízkou absorpční schopnost rozlišení nedostatečné a obtížné. (Dungl, 2014)

Projev fraktury na RTG:

- Přímé známky se projevují porušením tvaru, souvislosti a kostní struktury. Při repozici je nutné, aby byl popis dislokace úlomku přesný. Pro některé zlomeniny je typický vzhled, který je pojmenován po některých osobnostech např. Colles, Smith, Weber, Le Fort.
- Nepřímé známky mohou na frakturu upozornit změnami v okolních měkkých tkáních nebo orgánech.

CT umožňuje zobrazení částí těla v mnoha tenkých vrstvách, a poskytuje výhodu velmi detailního zobrazení, kdy jsou vrstvy obvykle příčné na podélnou osu vyšetřovaného místa v šíři 1-10 mm. Lze z nich vytvořit trojrozměrné obrazy pro lepší prostorovou orientaci. Hlavními výhodami CT pro pacienta je především kratší doba vyšetření, přesně zobrazená absorpční schopnost jednotlivých tkání. Pro lékaře je pozitivní detailní možnost zobrazení snímku pro následné hodnocení. (Dungl, 2014)

Ultrazvukové vyšetření se stává orientačním při diagnostice poškození dolní končetiny. Výhodou této metody je dostupnost, neinvazivnost a úspornost. Pro potřeby ortopedie ultrazvuk dobře prostupuje tekutinami a chrupavkami, zobrazí ne hluboko uložené klouby, svalstvo, šlachy a jejich změny. (Dungl, 2014)

1.8 Hojení zlomenin

Kost se hojí pomocí procesu regenerace, která nezanechává jizvy. O typu kostního hojení rozhodují mechanické podmínky. Hojení kostí můžeme rozdělit do dvou skupin na primární a sekundární.

- Primární kostní hojení probíhá pomocí znehybnění na lomné linii.
- Sekundárnímu kostnímu hojení dopomůže přímá (zevní fixátor) nebo nepřímá fixace (sádrová fixace).

(Ferko, Šubrt, Dědek, 2015)

1.9 Předoperační příprava

Předoperační péče zahrnuje období před operací, během operace a bezprostředně po operaci. Každá ošetrovatelská péče má svá specifika, na které je třeba dbát

při ošetřování pacientů. Ošetrovatelské intervence vycházejí ze standardů jednotlivých oddělení a jsou k nahlédnutí k individuálním potřebám každého pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013)

Přijetí pacienta do nemocnice předchází návštěva lékaře, který provede potřebné předoperační vyšetření 10-14 dní před operací. Tímto předoperačním vyšetřením se krátí nezbytná doba hospitalizace, kdy nemusí nemocný čekat na výsledky vyšetření. (Workmann, Bennett, 2006)

Dle Burdy a Šolcové (2016) má předoperační příprava za cíl minimalizovat pooperační komplikace.

Předoperační příprava se odvíjí dle výkonu na operace:

- Plánované (TEP)
- Urgentní
- Neodkladné

(Burda, Šolcová, 2016)

1.9.1 Předoperační obecná příprava

Předoperační příprava má pacientovi zajistit a vytvořit optimální podmínky ke zvládnutí operační zátěže, dobrému a nekomplikovanému hojení s následnou rekonvalescencí. Každá předoperační příprava obsahuje obecnou přípravu, která musí být splněna a vykonána u každého výkonu, speciální příprava daná diagnózou a typem plánované operace. Způsob zajištění předoperační přípravy závisí na zhodnocení stavu a postižení jednotlivých systémů, které můžeme hodnotit dle řady schémat (ASA, NYHA, SAPS). (Zeman, Krška, 2011)

Výsledek jakéhokoli léčení je ovlivněný přístupem nemocného k léčebnému procesu. Aktivní přístup pacienta je nenahraditelný v algoritmu léčebných kroků. Lékař pacientovi citlivě popíše průběh operace, stručně informuje nemocného o principu operace vedoucí k jeho uzdravení. Je nutné též pacientovi vysvětlit, jaké potřebné výkony v rámci speciální předoperační přípravy bude potřeba udělat, zda bude operace probíhat v místním nebo celkovém znecitlivění, kde se pacient probudí, popřípadě co se bude dít v pooperačním průběhu (drény, permanentní močový katetr, epidurální katetr). Je dobré

pacienta informovat o přibližné době hospitalizace a rekonvalescence. Po seznámení pacienta s operací, její povahou, riziky a pravděpodobným výsledkem musí nemocný před operací podepsat tzv. informovaný souhlas. (Zeman, Krška, 2011)

K předoperační přípravě patří nácvik rehabilitace, která je důležitou součástí pooperační léčby. Jedná se o nácvik pohybové aktivity po různých operacích, které mají vliv na cirkulaci, venózní návrat (prevence TEN), hojení operační rány, návrat střevní peristaltiky a především na psychický stav pacienta. Do předoperační přípravy zahrnujeme rovněž trénink dechových cvičení (hrudní dýchání, abdominální dýchání a dýchání proti odporu), které se lépe vysvětluje a učí, před než bezprostředně po operaci. (Zeman, Krška, 2011)

1.9.2 Dlouhodobá předoperační příprava

Dlouhodobá příprava se odvíjí od stavu pacienta (přidružené onemocnění) a typu plánovaného operačního výkonu. Pacient přichází k výkonu s doporučením od lékaře, které nesmí být starší čtrnácti dnů před plánovaným výkonem. S sebou pacient přináší výsledky základního vyšetření krve a moči, které obsahuje biochemické vyšetření krve a moči, krevní obraz a hemokoagulaci, dále přináší výsledky EKG, RTG vyšetření srdce a plic a výsledky klinického vyšetření. (Janíková, Zeleníková, 2013; Nováková, 2011)

1.9.3 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava je doba 24 hodin před samotným výkonem. Krátkodobá příprava se dělí na fyzickou přípravu, anesteziologickou přípravu a psychickou přípravu. (Slezáková a kolektiv 2019)

Fyzická příprava:

- Před každým výkonem musí být pacient lačný alespoň 6-8 hodin, pacienti s poruchami výživy a dehydratací musí mít zajištěný přívod energie a tekutin parenterální cestou. Těmito opatřeními dochází ke snížení rizika pooperačních komplikací.
- Důležité je, aby si pacient těsně před operací došel na toaletu a vyprázdnil močový měchýř. Při náročných operacích se v den výkonu zavádí močový katetr na příslušném oddělení či přímo na operačním sále. Pokud je potřeba u pacienta

provést vyprázdnění tlustého střeva, provádí se u pacienta očistné klyzma nebo pacientovi podáme vyprazdňovací roztok.

- U pacienta je provedena celková hygiena, kterou provádí on sám nebo za pomoci nemocničního personálu. Zvýšenou pozornost věnujeme nehtům, které nesmí být nalakované, vlasům, používání kosmetickým přípravků (odličný obličej), a desinfekci pupku.
- Operační pole musí být oholené a připravené dle zvyklostí daného zdravotnického zařízení.
- Provádí se přiložení bandáží jako prevence TEN

Anesteziologická příprava:

- Před operačním výkonem přichází za pacientem na oddělení anesteziolog, který zhodnotí jeho zdravotní stav a seznámí pacienta s anestezií a riziky, které mohou nastat v průběhu operace, rozhoduje o premedikaci a doplňuje anesteziologické ordinace před výkonem.

Psychická příprava:

- Psychická příprava má za cíl minimalizovat u pacienta strach a stres z operace.
- Pacient by měl být před výkonem odpočatý, proto anesteziolog ordinuje sedativa a hypnotika, které napomáhají nerušenému spánku a zvládnutí stresu před operací.

(Slezáková a kolektiv 2019)

1.9.4 Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava je omezena dobou asi 2 hodin před operací. V této fázi předoperační přípravy kontrolujeme pacientovu dokumentaci, operační pole, dále přikládáme bandáže dolních končetin k prevenci TEN, kontrolujeme, zda má pacient vyndanou zubní protézu, zda je lačný a vyprázdněný. Při této péči provádíme i speciální požadavky chirurga (jako jsou zavedení permanentního močového katétru a zavedení venózního vstupu), které zaznamenáváme do dokumentace. Dle ordinace lékaře a anesteziologa podáváme premedikaci. (Slezáková a kolektiv, 2019)

1.9.5 Prevence tromboembolické nemoci

Pravidelnou předoperační přípravu tvoří prevence vzniku flebotrombóz, tromboflebitidy a jejich nejobávanější komplikace embolie. Velkým rizikem jsou pacienti s rizikovými faktory, mezi které patří věk, výskyt trombózy v anamnéze, diabetes, oběhové poruchy, obezita atd.. Na vzniku trombózy se podílejí tři základní faktory – porucha srážlivosti krve, porucha toku krve cévami, a poškození cévní stěny. (Zeman, Krška, 2011)

Důležitá je i předoperační příprava, u které přikládáme elastické bandáže na dolní končetiny k prevenci tromboembolické nemoci. V preoperačním, perioperačním a postoperačním období patří podání antikoagulancií. K bezprostřednímu pooperačnímu období patří včasná mobilizace pacienta, dechová gymnastika a pasivní cvičení na lůžku, ale i dostatečná hydratace. U pacientů v rizikové skupině se bandáže dolních končetin ponechávají i po operačním výkonu, a nadále se podávají antikoagulancia. (Slezáková, 2012; Dungl, 2014)

1.10 Pooperační péče

Dle Janíkové a Zeleníkové (2013) se pooperační péče může rozdělit na bezprostřední a následnou. Bezprostřední péče v časném pooperačním období se zaměřuje na prevenci pooperačních komplikací a následná na rehabilitaci.

Po skončení operačního výkonu je pacient převezen na jednotku intenzivní péče, pooperační pokoj, nebo anesteziologickoresuscitační oddělení, kde je zvýšeně monitorován. Pooperační pokoj může být též nazýván dospávacím. K pooperační péči patří mnoho úkonů, které musí být provedeny. Jsou to: sledování celkového stavu, kontrola fyziologických funkcí (vědomí, dech), tělesná teplota, krevní tlak, operační rány, invazivních vstupů a sledování bolesti. Při kontrolování operační rány pozorujeme krvácení, bolest, drenáže, barvu kůže a sliznic. Bolest v pooperační péči je časným projevem, objevující se po vymizení anestetik. Bolest u pacienta nikdy nepodceňujeme a hodnotíme její intenzitu nejčastěji verbální, neverbální, nebo vizuální škálou. Bolesti u pacienta sledujeme současně s fyziologickými funkcemi a o jejich výskytu informujeme lékaře. (Slezáková a kolektiv, 2019; Burda, Šolcová, 2016)

1.10.1 Bezprostřední pooperační péče

Po probuzení pacienta po celkové anestezii a následné extubaci je pacient předáván anesteziologem na pooperační pokoj, kde jsou sledovány vitální funkce (tlak krve, puls, saturace krve kyslíkem a stav vědomí) do úplné stabilizace. Sledují se odpady odváděné z drénu, stav obvazů na operační ráně a svalová síla. Při bolesti jsou podávány léky tlumící bolest (analgetika), a pokud u pacienta dojde ke zvracení, je nutné ho napolohovat tak, aby nedošlo k vdechnutí. (Schneiderová 2014)

1.10.2 Péče na standardním lůžkovém oddělení

Pokud je pacient stabilizovaný, přeložíme ho na standardní lůžkové oddělení, kde je uložen do čistého, přístupného lůžka s možností přivolat si signalizací ošetřující personál. Tlak krve, puls a saturace krve kyslíkem se měří v pravidelných intervalech určených lékařem, kdy je kontrolován i stav vědomí. Nadále kontrolujeme stav operační rány, prosáknutí obvazů, funkčnost drénů, charakter a množství jejich odpadů. Zásadním významem pro nekomplikovaný pooperační průběh má vliv pooperační ovlivnění bolesti. Podávání analgetik bolusově, nebo kontinuálně do epidurálního katétru. Druh a množství léků volíme dle pacientova stavu, provedeného operačního výkonu a po domluvě s anesteziologem. Při neustupující nevolnosti a zvracení podáváme léky, které tyto jevy potlačují. V prvních hodinách bezprostředně po operaci je důležité sledovat vyprázdnění močového měchýře pacienta, pokud do 6-8 hodin nedojde ke spontánnímu vymočení, lze použít pomocné metody tekoucí vody. Pokud u pacienta ani poté nedojde k vymočení, je nutné ho jednorázově vycévkovat. (Schneiderová 2014)

Pooperační péče zahrnuje včasnou rehabilitaci, která předchází vzniku tromboembolických a respiračních komplikací, dekubitů apod. K součásti předoperační přípravy patří nácvik posazování, vstávání z lůžka a dechová cvičení, které provádí s pacientem fyzioterapeuti. Sestry pacienta motivují k včasnému vstávání z lůžka, také dohlíží a pomáhají při provádění běžné hygieny. (Schneiderová 2014)

1.11 Rehabilitace

Jednou z nejvýznamnějších zásad v geriatrické medicíně je rehabilitace. Nezastupitelné místo má i v oborech ortopedie a traumatologie. Při žádosti o rehabilitaci je důležité uvést její potřebnost, cíl a prognózu. Také je nutno uvést schopnost pacienta se aktivně zapojit

k léčbě a uzdravení. Má i preventivní význam, včasným ovlivněným funkční poruchy zabrání mnohým ortopedickým onemocněním. U vzniklých ortopedických onemocnění je možné nápravními cvičeními odstranit bolest a uvolnit rozsah pohybu, nebo aspoň dosáhnout takové funkce, která umožní klientovi maximální možnou funkční kompenzaci. Rehabilitace má i velký význam po operačních výkonech na pohybovém aparátu, neboť rozcvičovací terapií lze obnovit funkci operované části a zároveň ovlivnit kondici a celkový stav pacienta. Stává se součástí předoperační přípravy, a to u velkých plánovaných operací. Předoperační rehabilitace zkracuje dobu rekonvalescence po operačním výkonu a napomáhá pacientovi v návratu do běžného života. (Schuler, Oster, 2010, Kolář, 2009)

1.12 Mobilita

Mobilita neboli pohyblivost je výrazem činnosti muskuloskeletálního a nervového systému. Nejlepší zhodnocení stavu mobility určitého pacienta poskytne specializované fyzioterapeutické vyšetření eventuálně neurologické vyšetření, ale u geriatrických pacientů velmi dobře informuje o stavu pohyblivosti orientační neurologické vyšetření a provedení jednoduchého testu. Vyšetření se u pacientů provádí individuálně. Na zhodnocení mobility se používá test Get up and go test dle Tinnettiové. Tento test se používá jako nástroj funkčního geriatrického hodnocení a k popisu mobility respondentů. Výsledky Get up and go testu se hodnotí na dvanáctibodové škále, čím je výsledná hodnota větší, tím lepší je mobilita u pacienta. (Holmerová, 2014)

1.12.1 Mobilizace nemocného po TEP kyčelního kloubu

TEP kyčelního kloubu přináší náročné pooperační období, jelikož se řadí mezi složité operační výkony. Rehabilitace je řešena individuálně dle stavu pacienta, RTG a doporučení operátora. Fyzioterapeut provádí s pacientem nácvik chůze a stoje pod dohledem zdravotní sestry, která dohlíží na správnou polohu v lůžku a na správný pohyb nemocného. Od prvního dne po výkonu nacvičuje nemocný dechovou gymnastiku a cvičí horními končetinami. Během pobytu na lůžku nesmí pacient dolní končetiny křížit přes sebe ani vytáčet špičky nohou do zevní strany. Při změně polohy a na spánek vkládáme pacientovi mezi kolena molitanovou kostku či polštář, abychom zabránili addukci DK přes střední čáru těla. (Holubová, 2011)

Nácvik sedu

Při nácviku sedu leží pacient v lůžku a uvede se do polosedu. Začne pootočením se na hýždích a rukou do strany, lehce se přetáčí přes bok na operované končetině a postupně spouští DKK dolů k podlaze. (Holubová, 2011)

Nácvik chůze

Na počáteční nácvik chůze užívá pacient podpažní berle, které klade několik centimetrů před DKK. S pacientem se nacvičuje třídobá chůze po rovině, ze schodů i do schodů. (Holubová, 2011)

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumné otázky

Cílem práce je zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou základní informace o Totální endoprotéze po zlomenině krčku kosti kyčelní?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou nejčastější aplikované ošetrovatelské intervence u pacientů po TEP kyčelního kloubu?

2.2 Metodika výzkumného šetření

Výzkum byl prováděn formou kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru se všeobecnými sestrami. Otázky k rozhovoru byly sestaveny tak, aby korespondovaly s výzkumnými otázkami, ale i s cílem bakalářské práce. Rozhovor byl rozčleněn do tří částí – sociodemografická data, údaje vztahující se k traumatologii, a údaje vztahující se k ošetrovatelským intervencím.

Otázky, na které respondenti odpovídali, jsou zaznamenány v příloze č. 1. Všechny rozhovory byly prováděny zcela anonymně.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů

Cílem práce je zmapovat ošetrovatelské intervence po TEP kyčelního kloubu. Cílovou skupinou byly zdravotní sestry, které pracují na ortopedickém oddělení. Rozhovory byly nahrávány celkem s pěti sestrami z ortopedického oddělení z odlišných nemocničních zařízení. Snažila jsem se, aby respondentky byly různých věkových kategorií. Nejmladší respondentce je 22 let, a naopak nejstarší téměř 60 let. Každá z nich pracuje ve zdravotnictví různě dlouhou dobu.

2.4 Průběh výzkumného šetření

Výzkum probíhal v období dvou měsíců od října do listopadu roku 2019. Rozhovory byly poskytovány v soukromém prostředí. Na začátku rozhovoru jsem respondentky seznámila s podmínkami a účelem rozhovoru. Všechny rozhovory byly zaznamenávány do psané podoby pro snazší vyhodnocování. Všechny sestry byly velmi vstřícné a ochotné aktivně odpovídat. Rozhovory probíhaly v přátelském prostředí a každý trval okolo 30 minut.

2.5 Zpracování získaných dat

Při zpracování výzkumného šetření byl použit program Microsoft Word 2016. Data jsou zapisována do tabulek.

2.6 Výsledky výzkumu

V této části jsou výsledky výzkumu řešeny pomocí tabulek, které jsou řešeny v komentářích.

Tabulka 1 Pohlaví

	R1	R2	R3	R4	R5
Žena	X	X	X		X
Muž				X	

Zdroj: autorka

Tato tabulka znázorňuje pohlaví respondentů. Mezi respondenty byl 1 muž a 4 Ženy.

Tabulka 2 Věk

	R1	R2	R3	R4	R5
20-49	X	X		X	X
50 a více			X		

Zdroj: autorka

Tato tabulka ukazuje na věk respondentů, kdy nejmladšímu respondentovi je 22 let a nejstaršímu respondentovi je 60 let. Snažila jsem se, aby byl věk respondentů pestrý.

Tabulka 3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	R1	R2	R3	R4	R5
Střední odborné vzdělání s maturitou			X		
Vyšší odborné vzdělání		X			X
Vysokoškolské bakalářské	X			X	

Zdroj: autorka

Jedna respondentka uvedla, že její nejvyšší dosažené vzdělání je střední odborné vzdělání s maturitou. Dvě respondentky uvedly, že jejich nejvyšší dosažené vzdělání

je vyšší odborné vzdělání a dva respondenti uvedli jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské bakalářské vzdělání.

Tabulka 4 Délka praxe v zaměstnání

	R1	R2	R3	R4	R5
Méně než rok		X			X
1-6 let	X			X	
7 let a více			X		

Zdroj: autorka

Délka praxe v zaměstnání je u každého respondenta různá. Respondent 2 a respondent 5 uvedli, že jsou zaměstnaní méně než rok. Respondent 1 a respondent 4 uvedli délku zaměstnání mezi 1-6 lety. Respondent 3 jako jediný uvedl délku praxe více než 7 let.

Tabulka 5 Pracoviště po dobu kariéry

	R1	R2	R3	R4	R5
Ortopedie	X	X	X	X	X
Ortopedicko-traumatologické oddělení následné péče				X	
Onkologie			X		
Oddělení dlouhodobě nemocných	X				
Jesle			X		

Zdroj: autorka

Všichni respondenti uvedli, že po dobu své kariéry pracovali na ortopedickém oddělení. Respondent 1 uvedl jako další pracoviště oddělení dlouhodobě nemocných. Respondent 3 uvedl jako další pracoviště onkologii a jesle, a respondent 4 uvedl jako další pracoviště ortopedicko-traumatologické oddělení následné péče.

Tabulka 6 Délka praxe na ortopedii

	R1	R2	R3	R4	R5
Méně než rok		X			X
1-5 let	X			X	
6-10 let					
11 a více let			X		

Zdroj: autorka

Respondenti pracují na ortopedii různě dlouhou dobu, respondent 1 pracuje na ortopedii 2 roky a respondent 2 pracuje na ortopedii 4 měsíce, respondent 3 pracuje na ortopedii 30 let, respondent 4 pracuje na ortopedii 1 rok a respondent 5 pracuje na ortopedii 4 měsíce. Respondent 3 na pracovišti ortopedie nejdelší dobu.

Tabulka 7 Důvod k výběru ortopedického pracoviště

	R1	R2	R3	R4	R5
Zajímavý obor	X	X			X
Volné pracovní místo			X	X	
Pozitivní zkušenost na školní praxi				X	

Zdroj: autorka

Důvodem tří respondentů (respondent 1, respondent 2, respondent 5), proč si vybrali oddělení ortopedie, byl takový, že se jim obor ortopedie líbil a zdál se jim zajímavý. Respondent 3 uvedl, že důvodem výběru ortopedického oddělení bylo volné pracovní místo. Respondent 4 si zvolil pracovní místo ortopedie po předchozí dobré zkušenosti ze školní praxe, a z důvodu volného pracovního místa.

Tabulka 8 Věková kategorie pacientů

	R1	R2	R3	R4	R5
60-80	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

U otázky jaká věková kategorie pacientů je nejčastěji hospitalizováni na TEP kyčelního kloubu odpověděli všichni respondenti stejně. Nejčastější věkovou hranicí pro TEP kyčelního kloubu je věk mezi 60-80 lety.

Tabulka 9 Důvod k totální endoprotéze kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Bolest kloubu	X			X	
Zlomenina krčku kosti kyčelní		X			X
Zkvalitnění života			X		
Zkvalitnění pohybu	X	X	X	X	
Artróza					X

Zdroj: autorka

Při otázce z jakého důvodu je pacientům TEP kyčelního kloubu prováděna respondenti odpovídali různě. Respondent 1 a respondent 4 odpověděli, že nejčastějším důvodem pro TEP kyčelního kloubu je bolest kloubu a zkvalitnění pohybu pacienta. Respondent 2 odpověděl, jako nejčastější důvode zlomeninu krčku kosti kyčelní a zkvalitnění pohybu pacienta. Respondent 3 uvedl důvod k TEP zkvalitnění života pacienta a jeho pohybu. Respondent 5 popsal důvod TEP kyčelního kloubu zlomeninu krčku kosti kyčelní a artrózu.

Tabulka 10 Čekací doba na totální endoprotézu kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
6 měsíců			X	X	X
9 měsíců	X	X			

Zdroj: autorka

Na otázku, jak dlouho pacienti v průměru čekají na TEP kyčelního kloubu, odpověděli respondent 1 a respondent 2, že čekají průměrně 9 měsíců a respondent 3, respondent 4 a respondent 5 uvedli čekací dobu okolo 6 měsíců.

Tabulka 11 Výjimky pro dřívější operaci

	R1	R2	R3	R4	R5
Velké opotřebení kloubu	X	X			
Akutní stavy		X	X	X	
Přidružené onemocnění		X			
Úraz		X			X

Zdroj: autorka

Výjimkou pro dřívější termín k TEP kyčelnímu kloubu uvedl respondent 1 velké opotřebení kloubu, respondent 2 uvedl velké opotřebení kloubu, akutní stav, přidružené onemocnění a úraz. Respondent 3 a respondent 4 uvedli důvodem akutní stav a respondent 5 uvedl jako důvod úraz.

Tabulka 12 Zodpovědnost za pořadník na totální endoprotézu kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Primář oddělení	X	X	X	X	X
Lékař			X	X	

Zdroj: autorka

Za pořadník na operaci kyčle je podle všech respondentů zodpovědný primář, ale podle respondenta 3 a respondenta 4 je za pořadník zodpovědný i lékař.

Tabulka 13 Doba rekonvalescence na ortopedickém oddělení

	R1	R2	R3	R4	R5
10-14 dní	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Všech pět respondentů odpovědělo, že doba rekonvalescence pacienta na ortopedickém oddělení je průměrně 10-14 dnů.

Tabulka 14 Proces léčení

	R1	R2	R3	R4	R5
Individuální léčba	X	X	X	X	X
Operativní léčba	X			X	
Tlumení bolesti	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Proces léčení u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní je podle všech respondentů individuální, všichni respondenti také odpověděli, že je pacientům tlumena bolest pomocí léků. Respondenti 1 a 4 odpověděli jako proces léčení i operační léčbu.

Tabulka 15 Nejčastější komplikace po totální endoprotéze kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Deficit sebedpěče	X		X	X	X
Bolest		X		X	
Luxace kyčelního kloubu		X			
Dehiscence rány		X			
Nauzea		X			
Náročná mobilita	X		X	X	X

Zdroj: autorka

Při otázce, jaké jsou u pacientů nejčastější komplikace po TEP kyčelního kloubu, uvedli všichni respondenti kromě respondenta 2 deficit sebedpěče a náročnou mobilitu u pacienta. Respondent 4 navíc uvedl jako komplikaci bolest. Respondent 2 uvedl jako nejčastější komplikace bolest, luxaci kyčelního kloubu, dehiscenci rány a nauzeu.

Tabulka 16 Provedení totální endoprotézy kyčelního kloubu týdně

	R1	R2	R3	R4	R5
5-7 TEP	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Na otázku u kolika pacientů proběhne týdně TEP kyčelního kloubu, odpověděli všichni respondenti rozmezí 5-7 pacientů týdně.

Tabulka 17 Doba hospitalizace na Jednotce intenzivní péče

	R1	R2	R3	R4	R5
1-3 Den	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Všichni pacienti jsou po TEP kyčelního kloubu přeloženi z jednotky intenzivní péče na standartní oddělení po 1-3 dnech.

Tabulka 18 Zdravotní stav při překladi z Jednotky intenzivní péče

	R1	R2	R3	R4	R5
Stabilizovaný stav	X				X
Nastavená hladina analgetik	X	X			
Obsazenost JIP			X	X	

Zdroj: autorka

Pacient je přeložen z JIP na standartní pokoj podle respondenta 1 a respondenta 5 při stabilizovaném stavu, podle respondenta 1 a respondenta 2 při nastavené hladině analgetik, a podle respondenta 3 a respondenta 4 je pacient přeložen dle obsazenosti a nátlaku na lůžka na JIP.

Tabulka 19 Ošetrovatelské intervence při překladi z Jednotky intenzivní péče

	R1	R2	R3	R4	R5
Deficit sebepéče	X	X	X	X	X
Riziko infekce a pádu	X	X	X	X	
Bolest	X		X	X	

Zdroj: autorka

Při otázce s jakými nejčastějšími ošetrovatelskými intervencemi jsou pacienti přeloženi z JIP odpověděli všichni respondenti deficit sebepéče, všichni respondenti kromě respondenta 5 odpověděli riziko infekce a pádu. Respondent 1, respondent 3 a respondent 4 přidali ještě bolest.

Tabulka 20 Nejčastější ošetrovatelské intervence před totální endoprotézou kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Hygienická péče a oholení operačního místa	X	X	X	X	X
Lačnění					X
Zavedení permanentního močového katetru, a permanentního žilního katetru	X				X
Nácvik chůze o berlích		X	X	X	X
Prevence Tromboembolické nemoci	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Jako nejčastější ošetrovatelské intervence před TEP kyčelního kloubu uvedli všichni respondenti hygienickou péči a oholení operačního místa a prevenci tromboembolické nemoci. Všichni respondenti kromě respondenta 1 uvedli nácvik chůze o berlích. Respondent 5 uvedl lačnění, respondent 1 a respondent 5 uvedl zavedení PMK a PŽK.

Tabulka 21 Nejčastější ošetrovatelské intervence po totální endoprotéze kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Měření tlaku krve a pulsu	X	X			
Sledování bolesti	X	X	X	X	X
Mobilizace a rehabilitace pacienta	X	X	X	X	X
Riziko pádu			X	X	

Zdroj: autorka

Po TEP kyčelního kloubu jsou podle všech respondentů nejčastějšími ošetrovatelskými intervencemi mobilizace a rehabilitace pacienta a sledování bolesti. Podle respondentů 1 a 2 mezi ně patří i měření krevního tlaku a pulsu. Podle respondentů 3 a 4 mezi ošetrovatelské intervence patří i riziko pádu.

Tabulka 22 Z čeho vychází ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Ošetrovatelské standardy	X	X	X	X	X
Zdravotní stav pacienta a jeho potřeby		X			X
Hodnocení lékaře a zdravotní sestry			X	X	

Zdroj: autorka

Všichni respondenti uvedli, že ošetrovatelské intervence prováděné u pacientů po TEP kyčelního kloubu vychází z ošetrovatelských standardů. Respondent 2 a respondent 5 uvedli, že vychází ze zdravotního stavu pacienta a jeho potřeb. Respondenti 3 a 4 uvedli hodnocení lékaře a zdravotní sestry pro stanovení ošetrovatelských intervencí.

Tabulka 23 Časová náročnost ošetrovatelských intervencí pro sestry

	R1	R2	R3	R4	R5
Velká časová náročnost	X				
Náročnost dle stavu pacienta		X			X
Rutinní záležitost			X	X	

Zdroj: autorka

U otázky jakou časovou náročnost po respondenty představují ošetrovatelské intervence, odpovídali různě. Respondent 1 uvedl vykonávání ošetrovatelských intervencí jako velkou časovou náročnost. Respondent 2 a respondent 5 uvedli náročnost závislou na stavu pacienta. Pro respondenta 3 a respondenta 4 jsou ošetrovatelské intervence rutinní záležitostí.

Tabulka 24 Účelně využité ošetrovatelské intervence

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano	X	X	X	X	X

Zdroj: autorka

Při otázce zda si respondenti myslí, jestli jsou ošetrovatelské intervence účelně a adekvátně využity se všech pět respondentů shodlo na odpovědi, že jsou intervence adekvátně a účelně využity.

Tabulka 25 Přidání intervencí

	R1	R2	R3	R4	R5
Ano		X			
Ne	X		X	X	X

Zdroj: autorka

Respondent 1, respondent 3, respondent 4 a respondent 5 se shodli na odpovědi, kdy by žádné intervence již nepřidávali, pouze respondent 2 si myslí, že by po čase praxe mohla na nějaké intervence přijít, zatím ale na žádné intervence, které by chyběly, nenarazil.

Tabulka 26 Místo transportu po TEP kyčelního kloubu z ortopedického oddělení

	R1	R2	R3	R4	R5
Rehabilitační oddělení	X	X	X	X	X
Lázně	X		X	X	
Domácí péče		X			X
Oddělení dlouhodobě nemocných	X		X		X

Zdroj: autorka

Všech pět respondentů se shodlo o přeložení pacientů po TEP kyčelního kloubu na rehabilitační oddělení, respondent 1, respondent 3 a respondent 4 přidali lázně,

respondenti 2 a 5 překládali pacienty i do domácí péče. Respondent 1, respondent 3 a respondent 5 překládali pacienty na oddělení dlouhodobě nemocných.

Tabulka 27 Nejčastější ošetrovatelské intervence při transportování po totální endoprotéze kyčelního kloubu

	R1	R2	R3	R4	R5
Bolest	X	X	X	X	X
Riziko pádu	X	X	X	X	X
Deficit sebepéče		X			X

Zdroj: autorka

Při transportování pacientů (na rehabilitační oddělení, lázně, oddělení dlouhodobě nemocných) se s nimi pojí i některé ošetrovatelské intervence. Podle všech respondentů je to bolest a riziko pádu. Respondent 2 a respondent 5 to navýšil o deficit sebepéče.

Tabulka 28 Nejčastější problémy s poskytovanými ošetrovatelskými intervencemi

	R1	R2	R3	R4	R5
Neochota pacientů spolupracovat	X	X	X	X	X
Nedodržení léčebného postupu	X		X	X	
Pád pacienta			X	X	
Zhoršení bolesti				X	X

Zdroj: autorka

Nejčastějšími problémy s ošetrovatelskými intervencemi je podle všech respondentů neochota pacientů spolupracovat. Respondent 1 to navýšil o nedodržení léčebného postupu. Respondent 3 uvedl k neochotě pacientů spolupracovat i nedodržení léčebného postupu a pád pacienta. Respondent 4 přidal nedodržení léčebného postupu, pád pacienta a zhoršení bolesti. Respondent 5 přidal k neochotě pacientů spolupracovat ještě zhoršené bolesti.

Tabulka 29 Řešení problémů s poskytovanými ošetrovatelskými intervencemi

	R1	R2	R3	R4	R5
Promluva s pacientem a rodinou	X	X	X	X	X
Pomocí standardů			X	X	X
Konzultace s lékařem				X	

Zdroj: autorka

Při řešení problémů s ošetrovatelskými intervencemi se respondenti moc neseťkávají, a když ano tak se je všichni snaží řešit promluvou s pacientem a jeho rodinou. Respondent 3 uvedl řešení pomocí standardů spolu s respondentem 4 a respondentem 5. Respondent 4 navíc přidal konzultaci s lékařem.

3 Diskuze

Bakalářská práce je zaměřena na „Traumatologii dolní končetiny u seniorů.“ Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo formou rozhovorů se zdravotními sestrami pracujícími na ortopedickém oddělení. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu a odpovědět na dvě výzkumné otázky: Jaké jsou základní informace o Totální endoprotéze po zlomenině krčku kosti kyčelní? Jaké jsou nejčastější aplikované ošetrovatelské intervence u pacientů po TEP kyčelního kloubu? V diskuzi se budu zabývat těmito výzkumnými otázkami.

První výzkumná otázka se zabývá základními informacemi o Totální endoprotéze po zlomenině krčku kosti kyčelní.

Všichni respondenti uvedli, že nejčastější věkovou hranicí pro TEP kyčelního kloubu jsou pacienti v rozmezí 60-80 let. Při otázce z jakého důvodu, je pacientům nejčastěji prováděn výkon TEP kyčelního kloubu odpovídali, že nejčastějším důvodem pro TEP kyčelního kloubu je zkvalitnění pohybu pacienta, dalšími důvody pro provedení výkonu byly bolest kloubu, zlomenina krčku kosti kyčelní, zkvalitnění života, a artróza. Další otázkou jsem se zajímala, jak dlouho musí pacienti na totální endoprotézu čekat. Tři respondenti mi uvedli, že pacienti čekají průměrně šest měsíců a podle dalších dvou respondentů je to průměrně devět měsíců. Výjimkami pro dřívější termín k TEP je nejčastěji akutní stav, velké opotřebení kloubu, úrazy a přidružené onemocnění. Všichni respondenti se shodli na odpovědi, že za poradník na výměnu kyčelního kloubu je zodpovědný primář oddělení a dva respondenti odpověděli, že zodpovědnost za poradník mají i lékaři. Pacienti se na ortopedickém oddělení podle respondentů zotavují přibližně 10-14 dní. Proces léčení je u každého pacienta individuální, je mu tlumena bolest, a u některých pacientů probíhá operativní léčba. Pro většinu respondentů je nejčastější komplikací náhrady kyčelního kloubu deficit sebepéče a náročná mobilita.

V článku od UNIFY ČR je uvedeno, že nejčastější věkovou skupinou k náhradě kyčelního kloubu je 65. rok života, ale dle Morschera může být věkovou skupinou pro náhradu kyčelního kloubu skupina pacientů mladších i 55 let. Respondenti se s odpověďmi v této věkové hranici také pohybovali. Indikací k TEP kyčelního kloubu je podle UNIFY ČR nejčastěji deformační artróza, zlomenina krčku nebo stavby po zlomenině krčku a acetabula. Nejčastější odpovědí respondentů byl důvod zkvalitnění

pohybu. Pouze dva respondenti odpověděli, že nejčastější příčinou může být zlomenina krčku kosti kyčelní, nebo artróza. V bakalářské práci Hany Koskové je uvedeno více způsobů řešení zlomeniny proximálního femuru, kdy záleží na mnoha faktorech. Mezi způsoby ošetření patří osteosyntéza, alopastika, TEP, a zcela výjimečně konzervativní léčba. S odpověďmi respondentů se toto tvrzení částečně shoduje v operační léčbě. Dle Dungla (2014) je nejčastější komplikací u pacientů po totální náhradě kyčelního kloubu bolest, která vzniká z různých příčin, a další komplikací uvádí luxaci kloubu. Respondenti mezi komplikace zařadili i bolest, luxaci, dehiscenci rány a nauzeu.

Druhá výzkumná otázka se zabývá nejčastěji aplikovanými ošetrovatelskými intervencemi u pacientů, kteří podstoupili totální endoprotézu kyčelního kloubu.

Zdravotní stav při překladi z JIP musí být podle názorů respondentů stabilizovaný, a musí být nastavená hladina analgetik. Pacienti jsou překládáni z JIP s ošetrovatelskými intervencemi, které podle respondentů zní: deficit sebepéče, bolest, riziko infekce a pádu. Při zjišťování ošetrovatelských intervencí prováděné před TEP kyčelního kloubu respondenti odpovídali takto: hygienická péče a oholení operačního pole, lačnění, zavedení PMK, PŽK, nácvik chůze o berlích a v neposlední řadě prevence tromboembolické nemoci. Navazující otázka se ptá na ošetrovatelské intervence po TEP kyčelního kloubu. Respondenti nejčastěji uváděli sledování bolesti, mobilizaci a rehabilitaci pacienta, naopak méně častou odpovědí bylo měření tlaku krve, puls, riziko pádu.

Podle knihy Michaely Schneiderové (2014) je pacient z JIP přeložen, když je jeho stav stabilizovaný, a je stanovená dávka analgetik, toto tvrzení je shodné s odpověďmi respondentů.

Zvolením otázky z čeho vychází ošetrovatelské intervence pacienta po TEP kyčelního kloubu, jsem chtěla zjistit, z čeho zdravotní sestry čerpají. Respondenti se všichni shodli na stejné odpovědi čerpání z ošetrovatelských standardů, dále také uváděli zdravotní stav pacienta, jeho potřeby, hodnocení stavu lékařem, a zdravotní sestrou. Místo, kam mohou být pacienti převezeni po zotavení v nemocnici, jsou podle respondentů nejčastěji rehabilitační oddělení, lázně, oddělení dlouhodobě nemocných, a méně častou variantou bývá domácí péče, do těchto zařízení jsou pacienti transportováni s ošetrovatelskými

intervencemi nejčastěji s bolestí a rizikem pádu, málo častou intervencí je deficit sebedpěče.

Při poskytování ošetrovatelských intervencí mohou nastat problémy, kdy respondenti uvádějí neochotu spolupráce pacienta, nedodržení léčebného postupu, pád pacienta a zhoršení bolesti. Problémy respondenti řeší nejčastěji promluvou s pacientem, kdy se snaží jim vše potřebné vysvětlit, málo častou odpovědí je řešení pomocí standardů a konzultací s lékařem.

Výzkumným šetřením nebylo úplně dosaženo stanovených cílů. Informovanost ošetrovatelského personálu o ošetrovatelských intervencích je velmi malá a respondenti na otázky odpovídali špatně.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Podle mého názoru by bylo užitečné informovat ošetrovatelský personál o ošetrovatelských intervencích u pacientů po totální endoprotéze kyčelního kloubu. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že většina respondentů nezná ošetrovatelské intervence, které jsou u pacientů aplikovány v průběhu hospitalizace, a tudíž ve výzkumu nedošlo k úplnému dosažení stanoveného cíle. Ošetrovatelské intervence jsou důležité pro správně provedenou ošetrovatelskou péči u pacienta.

Závěr

Osteoporóza je v současné době onemocněním, jejíž výskyt stále stoupá. V kombinaci s pádem u seniorů může nastat komplikace, kterou je fraktura dolní končetiny. Nejčastějším řešením bývá totální náhrada kyčelního kloubu. Po výkonu je důležité včas zahájit správnou rehabilitaci, aby se mohl pacient znovu zařadit do běžného života.

Teoretická část se zabývá etiologií poranění, rizikem pádu. Dále jsem rozebrala onemocnění dolní končetiny, mezi které patří Degenerativní onemocnění kyčelního kloubu, Lupavá kyčel a Idiopatická avaskulární nekróza hlavice stehenní kosti. Následujícím tématem je klasifikace zlomenin dolní končetiny zabývající se zlomeninou krčku kosti stehenní, horního konce stehenní kosti a proximálního femuru. Na to následuje diagnostika, léčba a hojení.

Poslední části jsem se zaměřila na předoperační i pooperační přípravu a následnou rehabilitaci po operačním výkonu.

V praktické části je obsaženo kvalitativní výzkumné šetření uskutečněné pomocí rozhovorů s všeobecnými sestrami na ortopedickém oddělení. Na začátku teoretické části byl vypsán cíl výzkumu a dvě výzkumné otázky. V dalším bodu je popsána metodika výzkumného šetření a charakteristika vzorku respondentů. Stručně popsán je i průběh a zpracování získaných dat. Následujícím bodem jsou výsledky výzkumného šetření, kde se nachází zpracované tabulky s výsledky. V diskuzi jsou výzkumné otázky zodpovězeny. Cíl bakalářské práce byl z poloviny splněn. Práce je obohacena o doporučení pro praxi.

Seznam použité literatury

- BÁČA, Václav, Valér DŽUPA a Martin KRBEC. *Diagnostika a léčba nejčastějších osteoporotických zlomenin*. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3517-0.
- BURDA, Patrik a Lenka ŠOLCOVÁ, ed. *Ošetrovatelská péče 2. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5334-8.
- ČECH, Oldřich, Pavel DOUŠA a Martin KRBEC. *Traumatologie pohybového aparátu, pánve, páteře a paklouby*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-266-4.
- DUNGL, Pavel. *Ortopedie. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- EGOL, Kenneth. *Proximal Femur Fractures*. Switzerland: Springer, 2017. ISBN 978-3-319-64904-7.
- HOLMEROVÁ, Iva. *Dlouhodobá péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5439-0.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOSKOVÁ, Hana. *Ošetrovatelský proces u nemocného se zlomeninou krčku kosti stehenní*. Praha, 2009. Bakalářská práce.
- MICHALSKÝ, Rudolf. *Kapitoly z obecné traumatologie, traumatologie končetin a první pomoci pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-538-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4357-8.
- MORSCHER, Erwin. *The Cementless Fixation of Hip Endoprostheses*. Heidelberg: Springer Science & Business Media, 2012. ISBN 978-3-642-69008-2.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3422-4.

NUNVÁŘOVÁ, Petra. Etiologie a typy traumat pohybového aparátu na dolních končetinách u seniorů v přednemocniční péči. Pardubice, 2012. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice.

PAVELKA, Karel, Petr ARENBERGER, Milan LUKÁŠ, Tomáš ZIMA, Tomáš DOLEŽAL, Marta OLEJÁROVÁ a Petra CETKOVSKÁ. *Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění: v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5048-4.

SEDLÁŘ, Martin. *Zlomeniny proximálního femuru*. Praha: Maxdorf, 2017. ISBN 978-80-7345-518-7.

SEIDL, Zdeněk, Martin MAŠEK, Aneta BURGETOVÁ, Eva HOFFMANNOVÁ, Manuela VANEČKOVÁ a Tomáš VITÁK. *Radiologie pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4108-6.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela. *Perioperační péče*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4414-8.

SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a Lenka ŠOLCOVÁ, ed. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-247-2900-8.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy II: Pediatrie, chirurgie. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3602-0.

Totální endoprotéza kyčelního kloubu [online]. Praha: CEESTAHC UNIFY ČR, 2015 [cit. 2019-11-27]. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/4-1-6-rtf-8d5c8.pdf?redir>

VLČEK, Jiří a Daniela FIALOVÁ. *Klinická farmacie I*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3169-8.

VLČEK, Jiří a Magda VYTRŽISALOVÁ. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-4532-9.

VYHNÁLEK, Radim. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.

VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ a Jana HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: Obecná část*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WENDSCHE, Peter a Radek VESELÝ. *Traumatologie*. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-7492-211-4.

WIRTHOVÁ, Vlasta a Zdeněk KRŠKA. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.

WORKMAN, Barbara A. a Clare L. BENNETT. *Klíčové dovednosti sester: pro bakalářské a magisterské studium*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1714-X.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. Třetí, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Speciální chirurgie*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-128-5.

Přílohy

Příloha 1 - Vzorový rozhovor

Příloha 1 – Vzorový rozhovor

Kvalitativní výzkum

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Kolářová a jsem studentkou Vysoké školy polytechnické v Jihlavě, kde studuji bakalářský obor všeobecná sestra. Pro výzkum k bakalářské práci jsem si vybrala rozhovor, který zaměřím na všeobecné zdravotní sestry pracující na ortopedicko-traumatologickém oddělení. Výzkumem bych ráda zjistila jaká je ošetrovatelská péče o pacienta po TEP kyčelního kloubu a také jaké jsou ošetrovatelské intervence o tohoto pacienta.

Téma: Traumatologie dolní končetiny v seniorském věku

Pohlaví:

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (kvalifikace a specializace)

Jak dlouho pracujete ve zdravotnictví?

Na jakých odděleních jste po dobu své kariéry pracovala?

Jak dlouho pracujete na současném pracovišti Ortopedie?

Proč jste si vybrala jako klinické pracoviště Ortopedii?

CÍL: Zmapovat nejčastější ošetrovatelské intervence u pacientů po TEP kyčelního kloubu.

Výzkumné otázky:

1. Výzkumná otázka

- a. Jaká věková kategorie pacientů je nejčastěji hospitalizována na TEP kyčelního kloubu?
- b. Z jakého důvodu je pacientům nejčastěji prováděn výkon TEP kyčelního kloubu?
- c. Jak dlouho pacienti v průměru čekají na TEP kyčelního kloubu, existují výjimky, kdy operace proběhne i dříve? S tím souvisí, zda je veden nějaký poradník a kdo za něj odpovídá?
- d. Jaká bývá průměrná doba rekonvalescence pacienta se zlomeninou krčku na Vašem oddělení? A jakým způsobem probíhá proces léčení?
- e. Jaké se u pacientů nejčastěji vyskytují komplikace po TEP kyčelního kloubu?(např. v oblasti sebepéče)
- f. U kolika pacientů proběhne TEP kyčelního kloubu za týden na vašem oddělení?

2. Výzkumná otázka

- a) Po jaké době jsou k vám přeloženi pacienti z JIP? V jakém zdravotním stavu a s jakými ošetrovatelskými intervencemi?
- b) Jaké nejčastější ošetrovatelské intervence děláte u pacientů před a po výkonu TEP kyčelního kloubu?

Příloha 1 – Vzorový rozhovor

- c) Z čeho vychází ošetrovatelské intervence, které jsou u pacientů po TEP kyčelního kloubu prováděny?
- d) Jakou časovou náročnost pro vás ošetrovatelské intervence představují?
- e) Myslíte si, že jsou ošetrovatelské intervence u pacientů po TEP kyčelního kloubu účelně adekvátně využity?
- f) Existují nějaké ošetrovatelské intervence z pohledu ošetrování, které byste do péče přidala?
- g) Kam a s jakými nejčastějšími ošetrovatelskými intervencemi jsou pacienti transportováni po TEP kyčelního kloubu? (např. Rehabilitace, Lázně)
- h) Jaké jsou nejčastější problémy související s poskytovanými intervencemi a jak je řešíte?