

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Kvalita života seniorů po operaci krčku
kosti stehenní**

bakalářská práce

Autor: Šárka Burdová

Vedoucí práce: Mgr. Martina Hinková

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Šárka Burdová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života seniorů po operaci krčku kosti stehenní
Cíl práce:	Analyzovat jak změny v sebedůvěře ovlivňují kvalitu života seniorů v prvních 2 týdnech po operaci krčku kosti stehenní.


Mgr. Martina Hinková
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá změnami v sebepéči a tím, jak ovlivňují kvalitu života seniorů během prvních 2 týdnů po operaci krčku kosti stehenní a dále mapuje vývoj schopností seniorů po operaci v určitých dnech. Práce obsahuje vymezení pojmu kvalita života, dimenze kvality života a historii. Seznamuje s pojmem stáří a stárnutí, s vymezením pojmu sebepéče, s anatomíí kosti stehenní, patologiemi kostní tkáně, které mohou být významným činitelem při vzniku zlomeniny, dále s předoperační a pooperační péčí a následnou rehabilitací. Praktická část probíhala metodou kvantitativního výzkumu, ve formě strukturovaného dotazníku na traumatologických, ortopedických a odděleních LDN, ve třech nemocnicích dvou různých krajů a zúčastnilo se ho 115 respondentů. Cílem práce je analyzovat, jak změny v sebepéči ovlivňují kvalitu života seniorů v prvních dvou týdnech po operaci.

Klíčová slova

Kvalita života; osteosyntéza; sebepéče; senioři; zlomenina krčku kosti stehenní

Abstract

The presented bachelor thesis deals with changes in self-care and with their impact on the quality of life of the elderly during the first 2 weeks after the surgery of femoral neck fracture. It also records the development of skills of the elderly after surgery in given days. The thesis focuses on the notion and measurement of quality of life and history. It familiarizes with notions such as old age, ageing and self-care. It describes the anatomy of femoral column and bone tissue pathology which can become significant risk factors for fractures. The bachelor thesis treats also the notions of preoperative and postoperative nursing care and subsequent physiotherapy treatment. The practical application was based on the method of quantitative inquiring using a structured questionnaire in traumatological, orthopaedic, physiotherapy and long term care wards in three hospitals in two different regions. There were 115 respondents. The aim of the thesis is to analyse what way the changes in self-care influence the quality of life of the elderly during the first 2 weeks after surgery.

Keywords

Quality of life; osteosynthesis; self-care; the elderly; femoral neck fracture

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 studenta/ky

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala Mgr. Martině Hinkové za cenné rady, zkušenosti a čas, který mi věnovala.

Nemocnicím, ve kterých probíhal výzkum, bez něhož by nebylo možné dokončit práci.

Dále také rodině, která umožnila, abych mohla studovat a plně mě během studia podpořila.

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Seznam příloh	11
Seznam grafů	12
Úvod	13
1 Úvod do problematiky	16
1.1 Historie pojmu kvalita života	16
1.1.1 Antická historie	16
1.1.2 Středověká historie	16
1.1.3 Historie 18. století	16
1.1.4 Historie 19. století	16
1.1.5 Historie 20. století	17
1.1.6 Novodobá kvalita života	17
1.2 Vymezení pojmu kvalita života	17
1.3 Dimenze kvality života a modely definující kvalitu života	18
1.4 Stáří a stárnutí	19
1.4.1 Dělení dle charakteru	19
1.5 Sebepečce	20
1.6 Zlomeniny krčku kosti stehenní	20
1.6.1 Anatomie	20
1.6.2 Osteoporóza	22
1.6.3 Druhy zlomenin	23
1.6.4 Diagnostika a léčba zlomenin krčku kosti stehenní	24
1.6.5 Předoperační péče	26
1.6.6 Pooperační období	28
1.6.7 Rehabilitace	28
2 Výzkumná část	29
2.1 Cíl výzkumu	29
2.2 Výzkumné otázky	29
2.3 Metodika výzkumu	29
2.3.1 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	30
2.3.2 Průběh výzkumu	30
2.3.3 Výsledky výzkumu	31
3 Diskuze	56
4 Návrh řešení pro praxi	62

Závěr	64
Seznam citované literatury.....	65

Seznam použitých zkratek

LDN léčebna dlouhodobě nemocných

RP riziko pádu

TEN tromboembolická nemoc

RTG zobrazovací metoda pomocí rentgenového záření - rentgen

DK dolní končetina

4P vyšetřovací metoda kterou lékař využívá při prvním kontaktu s pacientem, než navrhne další postupy. Obsahuje: pohled, poslech, pohmat, poklep

CT zobrazovací metoda – počítačová tomografie

NMR zobrazovací metoda pomocí magnetického pole – nukleární magnetická rezonance

AO klasifikace zlomenin femuru dle Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, což jsou pracovníci spolku pro otázky osteosyntézy

OP operace

TEP totální endoprotéza

CCEP cervikokapitální endoprotéza

DHS dynamický kyčelní šroub

EKG elektrokardiografie

PAD perorální antidiabetika

KS krevní skupina

INR mezinárodně doporučené jednotky pro měření srážlivosti krve

DKK dolní končetiny

DK dolní končetina

F1/1 fyziologický roztok pro žilní aplikaci, používaný nejčastěji jako nosič léku

STATIM označení pro akutní vyšetření, takto označené vzorky jdou na řadu jako první

RZP rychlá zdravotnická pomoc

JIP jednotka intenzivní péče

ADL test Barthelové na základní všední činnosti (activity daily living)

Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník

Příloha 2 - Schválená žádost o výzkum Jihlava

Příloha 3 - Schválená žádost o výzkum Jindřichův Hradec

Příloha 4 - Schválená žádost o výzkum Dačice

Seznam grafů

Graf 1 Počet respondentů rozdělených podle pohlaví	31
Graf 2 Věk respondentů	31
Graf 3 Rozdělení respondentů dle toho, s kým bydleli.....	32
Graf 4 Počet respondentů rozdělených dle typu bydlení před úrazem	33
Graf 5 Bydlení po OP	33
Graf 6 Typ budovy pro bydlení po propuštění	34
Graf 7 Jiná možnost bydlení	35
Graf 8 Typ následného bydlení.....	35
Graf 9 Rozdělení respondentů podle užívání analgetik	36
Graf 10 Typ analgetické léčby u respondentů, kteří uvedli, že analgetika užívali	36
Graf 11 Rozdělení respondentů dle množství tablet za den.....	37
Graf 12 Intenzita bolestí 2. den po operaci	37
Graf 13 Intenzita bolestí 10. den po operaci	38
Graf 14 Užívání analgetik 2. den po operaci	38
Graf 15 Typ analgetika	39
Graf 16 Užívání analgetik 10. den po operaci	39
Graf 17 Typ užívaného analgetika 10. den po operaci	40
Graf 18 Četnost užívání analgetik 2. den po operaci	40
Graf 19 Četnost užívání analgetik 10. den po operaci	41
Graf 20 Zobrazuje počet respondentů rozdělených dle zvládání chůze před úrazem.....	42
Graf 21 Respondenti rozdělení dle využívání kompenzační pomůcky	43
Graf 22 Respondenti rozdělení dle typu pomůcky, jakou využívali před úrazem.....	43
Graf 23 Dělení podle kvality chůze před úrazem	44
Graf 24 Zobrazuje rozdělení respondentů dle pohybových schopností 2. den po operaci	44
Graf 25 Využití pomůcky	45
Graf 26 Úroveň soběstačnosti respondentů před úrazem	46
Graf 27 Úroveň soběstačnosti respondentů 2. den po operaci.....	47
Graf 28 Úroveň soběstačnosti respondentů 10. den po operaci.....	49
Graf 29 Kontinence moče a stolice před úrazem.....	50
Graf 30 Kontinence moči a stolice 2. den po operaci	51
Graf 31 Kontinence moče a stolice 10. den po operaci	51
Graf 32 Zájem o aktivitu.....	52
Graf 33 Změna ve spánku	53
Graf 34 Délka spánku	53
Graf 35 Psychické obtíže	54
Graf 36 Druh psychických obtíží.....	54

Úvod

„Nikdo nemiluje život tak, jako starý člověk. ” Sofoklés

Dle odborníků došlo za poslední desetiletí ke zvýšení životního standardu, ke snížení porodnosti a nárůstu věkového průměru populace. Přibývá polymorbidních pacientů, především seniorů. Dochází k nárůstu počtů obézních pacientů, kteří vzhledem ke své obezitě mohou být ohroženi nebo jsou již poznamenáni jinými nemocemi (diabetes mellitus, infarkt myokardu, hypertenze). Dle Vaculíka nebo Hozy mohou být významným faktorem při vzniku zlomeniny spolu s traumatem další příbuzné faktory zejména osteoporóza a obezita. Z těchto důvodů se úrazy na krčku kosti stehenní řadí mezi jedny z nejčastějších příčin hospitalizace seniorů. Vaculík a Hoza udávají rozmezí mezi 12 000 - 15 000 hospitalizovanými lidmi ročně, a důvod proč se mnoho z nich není schopno vrátit zpět do normálního života. Nejčastěji to bývá zhoršená schopnost mobility a zvládnutí každodenních činností nebo úplné upoutání na lůžko a odkázání na pomoc druhého člověka.

Obecně známým principem léčby zlomenin krčku stehenní kosti je nabytí co nejvyšší možné kvality života a snížení bolestí pacienta v co možná nejkratším časovém úseku. Léčba zlomeniny krčku kosti stehenní zahrnuje řešení celkového stavu pacienta a zahrnuje důraz na soběstačnost a návrat do pacientova blízkého prostředí v poutavém období.

Velmi důležitým faktorem při léčbě zlomeniny je včasný transport pacienta do nemocnice. Zlomeniny krčku postihují zejména seniory a včas neřešená zlomenina s sebou nese plno komplikací pro pacienta jako například upoutání na lůžko, vznik dekubitů nebo rozvoj TEN v rámci nedostatečné mobility, trvalá ztráta nebo snížení schopnosti soběstačnosti. Naopak včas a efektivně řešená zlomenina s sebou nese úspěch v léčbě s minimálním počtem komplikací a velmi rychlou schopností se začlenit zpátky do života.

Bakalářská práce se zabývá změnami v sebepéči a tím, jak ovlivňují kvalitu života seniorů během prvních 2 týdnů po operaci krčku kosti stehenní a dále mapuje vývoj schopností seniorů po operaci v určitých dnech.

Práce se zabývá kvalitou života seniorů po operaci krčku kosti stehenní. Práce obsahuje vymezení pojmu kvalita života, dimenze kvality života a historie. Seznámení s pojmem

stáří a stárnutí vymezením pojmu sebepéče, anatomii kosti stehenní, patologiemi kostní tkáně, která může být významným činitelem při vzniku zlomeniny, předoperační a pooperační péči a následné rehabilitaci. Praktická část, jenž probíhala ve třech nemocnicích na traumatologických a ortopedických odděleních a odděleních LDN.

Motivace

S tímto úrazem se u seniorů setkávám v nemocnici při praktické výuce velmi často. Z důvodu četnosti úrazů a následnému odkázání na naši pomoc jsem si vybrala téma práce na tuto problematiku. Dále i z důvodu, že znám mnoho lidí ve svém blízkém okolí, kteří jsou po tomto úraze a ne každý se zvládl začlenit stejně rychle nebo stejně kvalitně do zpátky do předchozího stavu. Chtěla jsem se dozvědět o léčbě a postoperačním stavu krátkodobém i dlouhodobém co nejvíce.

1 Úvod do problematiky

1.1 Historie pojmu kvalita života

1.1.1 Antická historie

Snaha o jistou úroveň lidského žití není nic mladého, nýbrž kořeny zasahují daleko do naší historie. Základní složky lidského blaha řešili již teologové a filozofové v antickém Řecku. Z antického pohledu na záležitost se dá zjistit, že nejvýraznější doménou v hodnocení kvality sloužila subjektivní stránka hodnocení obyvatel míst a lidí. Můžeme pozorovat i počátky o pokoušení souhrného vnímání problému. Zabývali se péčí o tělo, sociálně ekonomickými aspekty, kde kladli důraz na nezávislost člověka a spirituální potřeby. Etické koncepty Platóna a Aristotela jsou strategie zabývající se zvládáním. Patří sem vyhledávání sociální opory, strategie směřující na cíl (hédonismus) a zvládnutí emocí (Dvořáčková, 2012).

1.1.2 Středověká historie

Hlavním činitelem ovlivňující kvalitu života se ve středověku stalo křesťanství a církev. Představiteli v tomto období jsou Augustinus Aurelius a Tomáš Akvinský. Tomáš Akvinský svojí teorií navazoval na teorie Aristotela a ve svých teoriích dával přednost rozumu před vůlí. Dle Akvinského bylo nejvyšším blahem poznání Boha (Dvořáčková, 2012).

1.1.3 Historie 18. století

V tomto období se smyslem existence stává samotné bytí a život. Důraz je kladen na samostatně stojícího jedince a hlavní hodnotou v hodnocení kvality života se stává seberealizace a štěstí, které se neupřednostňuje před poznáním Boha a krále. Za hlavní osobu se považuje Emmanuel Kant. Mravní zákony člověka pozvedávají nad přežití a nedovolují degradaci. Nástrojem je sebeúcta (Dvořáčková, 2012).

1.1.4 Historie 19. století

V 19. století došlo k širokému zaměření na smysl života a pojem vnitřní dialog. V konverzaci s jinou osobou by se lidé měli orientovat na zájem o partnera a nepoužívat

v konverzaci nátlak. Dbát na podání druhému svého vědomí a odkrytí nitra. Ve kvalitě života můžeme pozorovat úzké sepjetí se smyslem života. Uvedeno do praxe psychoterapeutem Viktorem E. Franklinem (Dvořáčková,2012).

1.1.5 Historie 20. století

Obsahuje otázky smyslu života, kvality života a utilitarizmu. Došlo k velkému ovlivnění vývoje kvality života a k zpětnému obrácení na antický počátek v hedonizmu (Dvořáčková,2012).

1.1.6 Novodobá kvalita života

Datuje se od 20. let 20. století, kde se tvar, obsah a definice začala modelovat dnešní podobě a přenesení vztahů ekonomicko-sociálních aspektů jako vlivu na kvalitu do praxe (Dvořáčková, 2012).

1.2 Vymezení pojmu kvalita života

Dle Dvořáčkové (2012) lze standardně chápat kvalitu života, jako fyzický, psychický a sociální stav daného jedince. Ne vždy je tento pojem chápán a vysvětlován tak jak by doopravdy měl, protože většina lidí hodnotí při kvalitě života kvantitu – délku života a ne kvalitu jako „ jakost“. Kvalita života nezastupuje pouze individuální životní úroveň, je spjata s prostředím, ve kterém se lidé nacházejí, jejich osobními potřebami a požadavky na úroveň kvality. V medicínském odvětví se kvalita života dělí do subjektivních, vícerozměrných a měřitelných konstrukt.

Definice kvality života dle Gurkové (2011) je vysvětlena jako relativní kategorie a lze ji vyjádřit kvalitativně a kvantitativně. V medicínském odvětví se kvalitou života dá popsat kladné i záporné hodnocení. Zda-li je náš život kvalitní se hodnotí s určitou zavedenou normou jiných lidí. Otázkou však zůstává, co je norma a její standardy? V praxi se na kvalitě života hodnotí objektivní a subjektivní strana. Objektivní část je ta, kterou můžeme vizuálně zhodnotit jako příznivou nebo nepříznivou a subjektivní částí se rozumí stav, jaký si pacient uvědomuje. Psychika, zdravotní stav, bolesti aj. Dá se tedy říci, že hodnotit kvalitu života subjektivně, dojdeme různých výsledků, protože každý vnímá svoji potřebu a požadavky na svůj osobní pocit, komfort a ekonomické spokojenost potřeby jinak.

1.3 Dimenze kvality života a modely definující kvalitu života

Na koncept kvality života lze pohlížet dvěma způsoby a to objektivně a subjektivně. Některé literatury mohou uvádět i třetí možnost posuzování, kterou je zkoumána oblast sociálních ukazatelů a okolí, subjektivní odhad celkového uspokojení života a subjektivní spokojenost s individuálními životními oblastmi (Dvořáčková, 2012).

V mnoha společnostech vznikly teorie a prostředky pro správnou detekci dimenzí a domén. Při bližším zkoumání lze zjistit, že jsou si tyto návrhy, nástroje a mapy velice podobné a zároveň se mezi sebou prolínají (Dvořáčková, 2012). Shrnutím lze uvést tyto modely definující kvalitu života. Světová zdravotnická organizace rozčlenila objekty výzkumu do oblastí, které charakterizují dimenze života bez ohledu na pohlaví, věk, národnost nebo kulturní zaměření. Měřícími nástroji jsou WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 (Gurková, 2011).

- Životní prostředí a individuální okolnosti života zahrnující i ekonomický stav a kvalita života prostředí
- Fyzické schopnosti jako chůze v upraveném prostředí města a terénu, tělesné zdraví člověka
- Úroveň schopností se napít a najíst, použít WC, schopnost pacienta provést hygienu těla, schopnost udržení stolice a moči
- Psychické zdraví, vnímání pocitů, sebehodnocení a sebepojetí, pocit vlastní pohody (well-being)
- Sociální vztahy a sociální podpora, sociální postavení
- Duchovní a spirituální potřeby, jaký je smysl života
- Kulturní a společenské potřeby a podmínky pro život, stupeň kulturních aktivit a vlivy kultury na kvalitu života

1.4 Stáří a stárnutí

Pojmem stáří a stárnutí lze chápat pozdní část vývoje člověka, je to fyziologický děj, ke kterému z pravidla dochází u každého živého jedince. Jde o zakončení života fyzicky, mentálně i sociálně (Čeledová,Kalvach,Čevela,2016).

Dle Saka a Kolesárové (2012) je stáří označeno jako životní fáze člověka, která je vymezena dvěma časovými úseky. Za vstupní hranici je považován vstup fyziologických procesů a horní hranicí stáří je ukončení života samotného smrtí.

1.4.1 Dělení dle charakteru

Biologický věk

Obsahuje přirozené patofyziologické děje v lidském těle, které s přibývajícím věkem potkají každého jedince a množí se jejich výskyt. Jde také o změny tělesné struktury a fyzické kondice (Čeledová,Kalvach,Čevela,2016).

Sociální věk

Základní charakteristikou je změna postavení v sociální sféře. Každý v životě něco dělal, nějak se živil a měl nějaké zaměstnání. V sociálním stáří se tyto faktory mění. Nejčastěji v podobě odchodu do důchodu. Je často úzce spjata s poklesem životní úrovně (Čeledová,Kalvach,Čevela,2016).

Kalendářní věk

Stáří lze také dosáhnout dle předepsané kalendářní hodnoty věku a však tato metoda není zcela přesná. Často dochází ke kolizi faktorů biologických a sociálních. V závěru vlastně stáří nelze přisoudit člověku, který dosáhl určitého předdefinovaného věku, když se necítí být starý (Čeledová,Kalvach,Čevela,2016).

Doporučené dělení věku (Čeledová,Kalvach,Čevela,2016)

Do 15 – děti

Do 30 – mládež

Do 45 let mladí dospělý

Do 60 let – střední věk

Do 75 let – časné stáří (presenium)

Do 90 let – vlastní stáří (senium)

Nad 90 let - dlouhověkost

1.5 Sebepečce

K základnímu hodnocení stavu geriatrického pacienta patří zhodnocení schopnosti soběstačnosti (Pokorná,2013). Oremová vysvětluje sebepečci, jako stav kdy člověk poskytuje nějakou péči sám sobě např.: oblékání, uvaření nebo nakrmení. Je to vědomá funkce, kterou člověk dělá za účelem udržení a podpoření podmínek nutných pro jeho vývoj. Úkolem sestry je nahradit tuto schopnost pacientům, kteří se nemohou tuto péči sami sobě provádět a jsou odkázáni na péči personálu nebo rodiny. K posouzení stavu soběstačnosti se v dnešním ošetrovatelství používá standardizovaný hodnotící dotazník Barthel test, který přijímající sestra vyplní při příjmu a pak při propuštění (Halmo,2014).

1.6 Zlomeniny krčku kosti stehenní

1.6.1 Anatomie

Anatomie kosti

Pro dokonalý a efektivní pohyb je neodmyslitelnou součástí lidského těla kosterní soustava spolu se svaly. Kost neboli os je tvořena buňkami (osteocyty), kolagenními vlákny a mezibuněčnou hmotou. Kost se skládá z okostice (periost), kosti hutné (kompaktní), kosti houbovité (spogiózní) a kostní řeně (medulla ossium). (Dylevský,2009).

Kost vzniká již při vývoji plodu v děloze matky jako vazivo a postupně mineralizuje a dochází k přeměně na pevnou kost. Tento proces nazýváme osifikace (Křivánková,Hradová,2009).

Kosti dělíme dle tvaru na kosti: dlouhé, krátké, ploché a nepravidelného tvaru. Kosti dlouhé se skládají z těla (corpus nebo diafýza) a dvou konců, které se nazývají epifýzy.

Každá dlouhá kost má tedy dvě epifyzy a jednu diafýzu (Křivánková, Hradová,2009). Při průřezu kostí můžeme pozorovat část kosti hutné a spongiózní (Dylevský,2009).

Pletenec dolní končetiny

Je tvořen párovou kostí pánevní (ossa coxae) a nepárovou křížovou kostí (os sacrum). Pánev se skládá ze tří kostí. Kosti kyčelní (os ilium), kosti sedací (os ischii) a kosti stydké (os pubis). Kost pánevní je největší částí pánve a leží kraniálně od jamky kyčelního kloubu, kde navazuje na část kosti stehenní. Kost sedací tvoří dolní okraj pánevní kosti. Kost stydká tvoří přední a dolní ohraničení foramen obturatum neboli otvor zvaný ucpaný. V místě kde dochází k přechodu horního a dolního ramene je část tvořená chrupavkou nazývaná se spona stydká (symphysis pubica) (Dylevský,2009).

Spojením pánevních kostí vzniká celek zvaný pánev (pelvis). Dělí se na pelvis major neboli velkou pánev a pelvis minor - malou pánev. Pánev je v místě pelvis minor rozdílného tvaru u mužů a u žen. Zatímco u mužů je spíše srdčitého tvaru, tak u žen je tvaru kruhového nebo oválného. Důvodem rozdílnosti tvaru je fakt, že pánev u žen slouží k uložení pohlavních orgánů a je tedy místem, kterým prochází dítě při porodu (Dylevský,2009).

Anatomie stehna

Stehno je tvořeno kostí stehenní (femur). Kost stehenní je nejdelší a nejmohutnější kostí v lidském těle. Kost je tvořena v proximální části hlavicí stehenní kosti (caput femoris) a má kulovitý tvar, který je ke kosti připojen krčkem kosti stehenní (collum femoris). Zde přechází ve velký a malý chocholík (trochanter major a minor). Dále se zde nalézá chocholíková jamka a vepředu oba chocholíky spojuje linea intertrochanterica, kde dochází k úponu kloubního pouzdra. Přes diafýzu pokračuje kost do distální části, kde se nacházejí dva kondyly neboli kloubní hrboly. Dělí se na condylus medialis a lateralis (Dylevský,2009).

Cévní zásobení

Cévní zásobení zajišťuje a. circumflexa femoris medialis a lateralis, když dojde k poškození těchto dvou větví a. femoralis má to za následek častou komplikaci zlomenin krčku – avaskulární nekrózu (Hoza a kol.,2008).

1.6.2 Osteoporóza

Pacientů s diagnózou osteoporóza neustále přibývá, takže se dá hovořit o civilizační chorobě, která postihuje kostní tkáň. Jedná se o metabolickou poruchu, kde dochází k změnám v kvalitě kostní tkáně a změnám kostní hmoty. Jako následek této nemoci dochází k degeneraci kosti a patologickým zlomeninám, nebo důvodu proč je kost, citlivější na menší traumata. Většina zlomenin u seniorů a starších osob je způsobena úbytkem kostní tkáně. Postižením touto nemocí jsou ohroženy především ženy v menopauze a ženy po menopauze z důvodu hormonálních změn a nerovnováhy mezi jednotlivými hormony (Vlček,Fialová,Vytřísalová,2014).

Dle Mačáka a kol. (2012) se osteoporóza dělí na čtyři druhy.

Osteoporóza 1. typu(postmenopauzální): Postihuje nejčastěji ženy ve věku od 51 do 56 let v období menopauzy. Velmi častá. Zapříčiňuje ji pokles estrogenů v těle, čímž dochází ke zvýšení aktivity osteoklastů. Estrogeny tlumí kostní resorpci a zvyšují vstřebávání kalcia z trávicího traktu. Při onemocnění lze pozorovat bolest dlouhých kostí.

Osteoporóza 2. typu(senilní): Postihuje seniory ve věku nad 75 let. Jako nejčastější projev tohoto onemocnění jsou zlomeniny krčku kosti stehenní při pádu na bok, který by za normálního stavu kostí nemusel být pro pacienta až tak fatální. Dále se může projevovat zlomeninami distálního konce radia, proximálního konce humeru, obratlů, pánve nebo tibie.

Sekundární osteoporóza: při osteoporóze 2. typu vzniká jako přidatné onemocnění k primárnímu onemocnění člověka. Například: primární biliární cirhóza nebo endokrinní choroby.

Juvenilní osteoporóza: Může se objevit dočasně u mladých osob v období nadměrného růstu. Doprovázena bolestmi zad a pat na nohou.

Regionální osteoporóza: Lze ji pozorovat při imobilizaci končetiny následkem zlomeniny, traumatem šlach nebo revmatických zánětů kloubů (Mačák,Mačáková,Dvořáčková,2012).

Diagnostika a léčba

Osteodenzitometrie: Vyšetření kostní tkáně, kterým se dá zjistit hustota kostní tkáně. Výsledek, který má hodnotu větší o 25% je patologický (Šafránková,Nejedlá,2006).

RTG: Na RTG snímku lze osteoporózu spolehlivě rozpoznat při snížení kostní tkáně o 30 - 40% (Šafránková,Nejedlá,2006).

Jako léčebná metoda slouží podávání kalcia, hormonální léčba u postmenopauzálních příčin, bisfosfonáty a kalcitonin jako hormon štítné žlázy , který slouží k ukládání vápníku do kostí (Šafránková,Nejedlá,2006).

Prevence osteoporózy: Včasnou prevencí osteoporózy lze zabránit zlomeninám z důvodu úbytku kostní tkáně, kvůli postmenopauzálním příčinám. Nejdůležitějšími zásadami v prevenci osteoporózy je zvýšení pohybu, příjem vyvážené stravy, která je bohatá na vápník a vitamín D, fosfor, hořčík nebo stopové prvky. Strava by měla obsahovat také co nejvíce ovoce nebo zeleniny. Kouření a pití alkoholu v pravidelné nebo vysoké dávce se při prevenci nedoporučuje. Snížením výskytu solí ve stravě může pozitivně ovlivnit množství vápníku a zvýšit jeho vstřebávání do kostí. Nejlepší složkou, kterou lze zařadit do jídelníčku vzhledem k množství obsahu vápníku je možno doporučit tvaroh nebo kefír (Osteoporóza: prevence a léčba, 2015).

1.6.3 Druhy zlomenin

Každoročně četnost těchto zlomenin roste a průměrná hodnota se uvádí kolem 12000 lidí ročně, kvůli rostoucímu věku obyvatel. Následná letalita během následujícího roku je 15-25% a během druhého roku po zlomenině až 36%. Více jak polovina je dále závislá na pomoci jiného člověka (Vaculík a kol.,2009).

Dle Hozy a kol. (2008) se typy zlomenin dělí dle anatomické lokalizace, směru lomné linie a dislokace.

Zlomeniny hlavice femuru: Málo se vyskytující zlomenina způsobená velkým a energickým tlakem, vznikajícím např.: při autonehodě. Doprovázena je nejčastěji luxací kyčelního kloubu. Zlomeniny hlavice se dělí na 4. typy: Pipkin I, Pipkin II, Pipkin III, Pipkin IV) (Hoza a kol.,2008).

Zlomeniny krčku femuru dle lomné linie: Jsou děleny na subkapitální a mediocervikální (Žvák,2006) také známé jako intrakapsulární (představuje velmi vysoké riziko poranění cévního zásobení a následného krváčení) a bazicervikální neboli extrakapsulární. Dále dělíme na pertrochanterické a intertrochanterické. Zlomeniny subtrochanterické nebývají zařazeny jako zlomeniny proximálního femuru nýbrž jako zlomeniny diafýzy (Hoza a kol.,2008).

Při hodnocení zlomenin dle lomné linie závisí také na úhlu pod kterým byla vedena lomná linie. Známý jsou tyto typy: Pawels I, Pawels II, Pawels III. Pawels I ve své lomné linii svírá úhel do 30° a u nedislokovaných zlomenin převládají tlakové síly nad střížnou silou. Pawels II má lomnou linii vedenou pod úhlem 30-50° a působení střížné síly je zde větší. Pawels III má úhel lomu větší než 50° a působení střížné síly zde převládá. Zlomeniny pertrochanterické mají vedenou lomnou linii, která je lokalizována do trochanterického masivu a mají dobrý sklon k hojení u kterého závisí na kvalitě kostní tkáně a dislokaci. Zlomeniny intertrochanterické mají zlomovou linii vedenou mezi velkým a malým trochanterem a zlomeniny subtrochanterické s lomnou linií distálně od trochanteru nebývají velmi často zařazeny mezi zlomeniny proximálního femuru nýbrž jako zlomeniny diafýzy (Hoza a kol.,2008).

1.6.4 Diagnostika a léčba zlomenin krčku kosti stehenní

Diagnostika: Zlomeniny krčku jsou typické svým vzhledem, protože končetina je již od pohledu zkrácená se zevní rotací. Pacient pociťuje bolesti ve zlomené končetině a neschopnost stát a chodit. Vzhledem k pacientově věku a přidruženým nemocem není od věci pátrat, proč k pádu došlo a jestli za pádem pacienta nestojí jiné onemocnění např.: neurologické nebo kardiologické. Základním vyšetřením je odebrání anamnézy od nemocného, klinické vyšetření obsahující metodu 4P, základní laboratorní odběry krve a moče a v neposlední řadě RTG snímek DK + přehledný snímek pánve pro zlomeniny na raménkách kosti stydké (Hoza a kol.,2008). Dále ze zobrazovacích metod může lékař chtít doplnit CT, NMR, ultrasonografií nebo angiografií (Krška a kol.2011). Podle názoru Dungla (2014) lze ještě jako součást vhodné diagnostiky přidat diagnostickou punkci kloubu jako diagnostiku přítomnosti krve v kloubní dutině (hemartros).

Jako součást správné diagnostiky je i klasifikace poranění. Poranění je děleno na poranění kostí, stav měkkých tkání a kontaminaci – riziko infekce. Poranění kostí je klasifikováno dle AO klasifikace vzniklé na základě modifikace původní klasifikace Evansovy z r. 1949, jejímž výsledkem je kód obsahující u zlomenin femuru obvykle jen tři čísla (Krška,2011). Dělení AO klasifikace: První údaj označuje postiženou kost v tomto případě č. 3 – femur, druhý údaj označuje část u dlouhých kostí ve skupinách předchozího členění od 1 do 3 a posledním typem klasifikace je charakter zlomeniny. Značeno písmeny A, B a C (Dungl,2014). Zlomeniny krčku lze klasifikovat dále jako stabilní a nestabilní zlomeniny, které se dělí na A1 – stabilní pertrochanterické zlomeniny, A2 – nestabilní pertrochanterické zlomeniny, A3 - intertrochanterické zlomeniny. Každý typ od A1 až po A3 nese další dělení na typ A1.1. až A3.3. (Egol a kol.,2017).

Léčba: Je dělena na chirurgickou (osteosyntéza) a konzervativní (Kirschnerova extenze). Chirurgickou léčbou je chápán stav, kdy pacient podstoupí chirurgický výkon k repozici kostí a do jisté míry instrumentální stabilizaci. Ve všech případech chirurgického výkonu pacient podstupuje anestezii lokální, svodnou nebo celkovou (Dungl,2014). Typ léčby vybírá lékař na základě zhodnocení stavu pacienta, jeho možnostech, věku a kvalitě kostní tkáně. Snahou lékařů je ale připravit k OP každého pacienta, s ohledem k rizikům spojeným s konzervativní léčbou. Jako je dlouhodobá imobilizace pacienta, rozvoj TEN nebo zápal plic. Konzervativní metodu lékaři využijí u pacientů především imobilních i před úrazem, zlomenin typu Pawels I a stabilních zlomenin (Hoza a kol.,2008).

Léčba zlomenin hlavice: Osteosyntéza se dělá pouze při traumatizaci větších fragmentů, nedislokovaných zlomenin nebo zavřeně a dobře zreponovatelné zlomeniny. Z hlediska jednoduchosti způsobu provedení pro pacienta i lékaře je TEP kyčle. U mladších lidí je snaha o zachování kyčle původního (Hoza a kol.,2008)

Operační léčba zlomenin krčku: U mladších lidí je opět snaha o zachování vlastní kyčle osteosyntézou. Při operačním výkonu jsou využity dva až tři tahové spongiózní šrouby nebo u bazicervikálních zlomenin skluzný šroub popřípadě antirotační šroub. Bohužel i přes dobrou repozici se ne vždy podaří zabránit avaskulární nekróze a pacient s tímto nálezem je indikován k TEP. Starší pacienti s pertrochanterickou zlomeninou jsou většinou indikováni k TEP kyčle nebo k CCEP jejímž předpokladem je zachované

acetabulum. U klasických pertrochanterických zlomenin se využívá při osteosyntéze dynamický kyčelní šroub (DHS), který se vyrábí ve variantě 135° a 150°. U nestabilních a intertrochanterických zlomenin se lépe zužitkuje nitrodřeňový hřeb (PFN). Pacient při aplikaci osteosyntézy zaujímá na operačním stole pozici na zádech s fixací zdravé končetiny ve flexi a abdukci, aby byla dobrá možnost provádět RTG (Hoza a kol.,2008).

Konzervativní léčba zlomenin krčku: Jako léčba zlomeniny neoperační metodou se využívá Kirschnerova extenze. Její využití se uplatňuje zejména u starých pacientů, kteří z interních důvodů nejčastěji kardiopulmonálních nemohou podstoupit operaci v narkóze. Traumatizovaná končetina se položí na Braunovu dlahu tak, aby byla pata ve vzduchu, ale nedocházelo ani k iritaci hýždí a spodní části stehna, aby se netvořili otlačeniny. DK je v mírné flexi asi 45° (Slezáková a kol.,2010). Kirschnerova extenze pracuje s tahovou metodou, kde se využívá váha závaží. Lékař zavádí Kirschnerův drát do tuberositas tibiae, na který se upevní podkova, která spojuje K drát se zařízením. Závaží aplikuje neustálý váhový tlak. Přes kladku se na drát zavěsí závaží o hmotnosti 1/10 váhy pacienta. Tento typ extenze se používá jako prevence nekrózy hlavice při správné repozici, ale je časově náročnější než operativní výkon a nese větší rizika pro geriatrického pacienta jako je rozvoj TEN, bronchopneumonie nebo močové infekce. U starších pacientů je velmi vysoké riziko vzniku imobility a dekubitů i přes využití antidekubitních pomůcek. (Péče o pacienty s Kirschnerovou extenzí, 2005).

1.6.5 Předoperační péče

Obsahuje péči v době před operací. Její součástí bývá plná informovanost klienta o výkonu, jenž ho čeká, odběry biologického materiálu, RTG srdce a plic a EKG. Všechna tato vyšetření nesmí být starší dvou týdnů před datem operace. U pacientů, kteří mají diabetes léčený dietou, PAD nebo dlouhodobým inzulinem dochází v rámci nemocniční péče k dočasnému převodu na krátkodobý inzulin (Janíková,Zeleníková,2013).

Předoperační péči můžeme dle výše uvedených autorek rozdělit na: obecnou a speciální, tělesnou, psychickou a medikamentózní, celkovou a místní a dlouhodobou krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá příprava: Z časového hlediska je to 14 dnů před operací. V této části dochází k sběru dat lékařem, informovanosti pacienta, uskutečnění nezbytných vyšetření, která musí mít pacient hotova a vyhodnocena lékařem internistou. Obsahuje odběr krve na základní biochemické složky a hematologické vyšetření krevního obrazu, vyšetření moče chemicky a sedimentu a od typu operace, kde se předpokládá velká krevní ztráta i KS. Dále se zjišťuje hodnota INR. Dále se vyhotovuje snímek srdce a plic a EKG. Tohle vše musí být zhodnoceno lékařem internistou, který na základě výsledků doporučí nebo nedoporučí operaci (Janíková,Zeleníková,2013).

Krátkodobá příprava: Z časového hlediska, je to nejdéle 24 hodin před plánovaným výkonem. Dochází k přípravě místa operace jako oholení a celková hygiena těla speciálním desinfekčním mýdlem. V této době pacienta navštíví anesteziolog, který se s pacientem dohodne na nejvhodnějším způsobu anestezie. Před výkonem nejméně alespoň 6 hodin je zapotřebí, aby pacient lačnil. Důležitou součástí v rámci přípravy je spánek a odpočinek, k jehož správnému splnění se podává jako premedikace hypnotikum (Blažek a kol.,2012). V této době, kdy je pacient lačný a nesmí pít, je nutné myslet na infuzní terapii, kterou sestra podává dle medikace lékaře. U diabetiků se standardně podává 10% Glukosa vyvázaná určitým počtem jednotek krátkodobého inzulinu, dle glykemie, jak určí lékař (Janíková,Zeleníková 2013). Při předpokladu velké krevní ztráty je objednána transfuze, pokud pacient v krevní bance nemá uloženou svoji vlastní krev (Blažek a kol.,2012).

Bezprostřední příprava: Dochází k ní maximálně 2 hodiny před operací a sestra kontroluje dokumentaci, stav chrupu a zodpovídá a vyjmutí zubní protézy stejně jako za sejmutí všech šperků a desinfekci pupeční jizvy lihem. V rámci profylaxe se podává do F1/1 antibiotikum. Dle zvyklosti oddělení může být aplikována desinfekční pěna na operační pole a aplikuje bandáž na DKK nebo pokud jde o zákrok na DK tak zdravou DK. Podává se premedikace dle dokumentace, určil-li anesteziolog (Slezáková, Čoupková, 2010)

Jde-li o akutní život ohrožující stav, je pacient zatížen větším množstvím komplikací kvůli nedostatku času na přípravu. V takových případech se provádí nejnutnější výkony jako odběry krve na STATIM, oholení pole, bandáže, zajištění cévního přístupu (častěji má ale pacient zavedený cévní přístup od RZP), infuzní terapie, zajištění protézy

a šperků a desinfekci pupeční jizvy lihem (Janíková, Zeleníková,2013). Komplikace se odvíjí od věku pacienta (Blažek a kol.,2012).

1.6.6 Pooperační období

Je období po ukončení operace a převezení pacienta na zotavovací, taky známý jako dospávací pokoj nebo JIP. V této době se monitorují především vitální funkce pacienta, krvácení z operační rány a bolesti. Dále sestra monitoruje vyprazdňování a případné nežádoucí účinky jako zvracení aj. U pacientů po traumatech krčku, TEP kolene nebo kyčle lze přikládat chladivé obklady na operovanou končetinu. U manipulace s pacientem po TEP kyčle je nutné dávat pozor, aby nedošlo ke zkřížení končetin a nedošlo k luxaci kyčle. Jako preventivní pomůcka se použije klín (Zeman,Krška,2011)

1.6.7 Rehabilitace

Schopnost pacienta před úrazem, mobilita a funkce jsou nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují úspěch rehabilitace a pomáhají k stanovení úrovně rehabilitace s ohledem na očekávané schopnosti pacienta. Primární snahou je docílit co nejvyšší kvality rehabilitace, aby pacient dosáhl své nejlepší úrovně cvičení a co nejlépe obnovil své schopnosti. U pacientů, kteří mají rekonvalescenci pomalejší nebo špatnou, překládáme na oddělení určená k rehabilitaci (Vaculík a kol.,2009).

Rehabilitace je aktivní, aktivní za pomoci fyzioterapeuta a pasivní (Princová,2013).

LTV: Cílem je zvětšení rozsahu pohybu v kyčelním kloubu, posilování svalů v oblasti pánve, kondiční cvičení a v neposlední řadě nácvik chůze dle ordinace lékaře bez došlapu, s odlehčením nebo plným došlapem na operovanou končetinu. Lze využívat přístroje jako motodlahy nebo motomedy. Pomůckami pro nemocného, které mu usnadňují pooperační vertikalizaci a chůzi jsou chodítka vysoká nebo nízká, podpažní berle, francouzské berle nebo vycházkové hole. Fyzioterapeut volí vhodnou pomůcku s ohledem na možnosti pacienta a intervence v ordinaci lékaře (Papoušek,2014).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

Cíl: Analyzovat jak změny v sebekéce ovlivňují kvalitu života seniorů v prvních 2 týdnech po operaci krčku kosti stehenní.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jaké činnosti sebekéce seniori zvládali samostatně bez pomoci před úrazem?

Výzkumná otázka č.2: Jaké činnosti sebekéce seniori zvládají samostatně bez pomoci ošetrovatelského personálu během 2 týdnů po operaci?

Výzkumná otázka č.3: Došlo ke zlepšení schopnosti sebekéce během 2 týdnů po operaci?

2.3 Metodika výzkumu

V bakalářské práci byla použita kvantitativní metoda výzkumu. Ke sběru dat byl použit strukturovaný dotazník (příloha č.1), který se soustředil na pacienty po operačním řešení zlomeniny krčku kosti stehenní. Dotazník obsahoval 24 otázek. Otázkou 1 až 2 byly zjišťovány všeobecné informace o respondentech, otázkou 3 až 8 byly zjišťovány informace o stavu před operací. Na straně 3 v strukturovaném dotazníku byla pomocí tabulky zjišťována úroveň soběstačnosti před úrazem, 2. den po operaci a 10. den po operaci. Otázkou 10 až 17 byl zjišťován stav po operaci. V otázce 18 byly zjišťovány informace od pacientů, kde byli tázáni na aktivity, jaké by rádi dělali ve volných chvílích strávených na odděleních nemocnic. Otázkami 19 až 20 byl zjišťován stav, změny a délka spánku po operaci. Otázka 21 se soustředila na psychické obtíže, které by mohli pacienti pociťovat. Otázkou 22 až 23 byla zjišťována přání a požadavky pacienta na bydlení po propuštění a poslední otázka 24 se soustředila na zvážení změn v bydlení nebo k další navazující hospitalizaci vzhledem k jejich kondici. Dotazník byl zcela anonymní a vyplňován pouze se souhlasem pacienta. Zpracování výzkumných dat

probíhalo v programu Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007. Údaje jsou zaokrouhleny na dvě desetinná místa a vloženy do grafů s popisem.

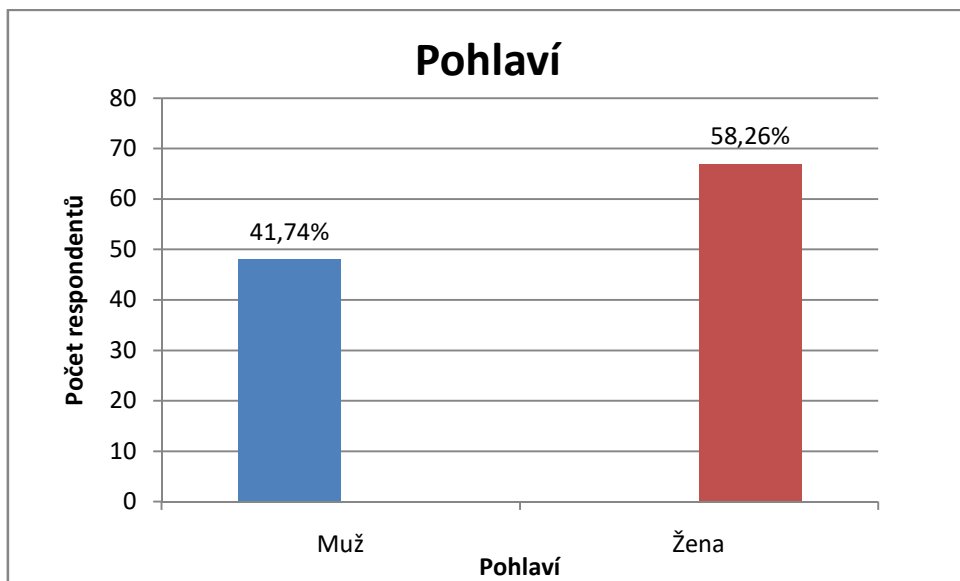
2.3.1 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo v nemocnici Jihlava, Dačice a Jindřichův Hradec (příloha č.2., č.3., č.4. schválené žádosti o výzkumné šetření) na lůžkových traumatologických, ortopedických odděleních a odděleních LDN. S jeho vyplněním bylo mnoha respondentům nutno pomoci. Ze 135 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 115. Oslovenou skupinou lidí se stali ženy i muži po zlomenině krčku kosti stehenní a následné operační léčbě, kteří byli v nemocnicích hospitalizováni různě dlouhou dobu od pár dnů až po několik měsíců od operace.

2.3.2 Průběh výzkumu

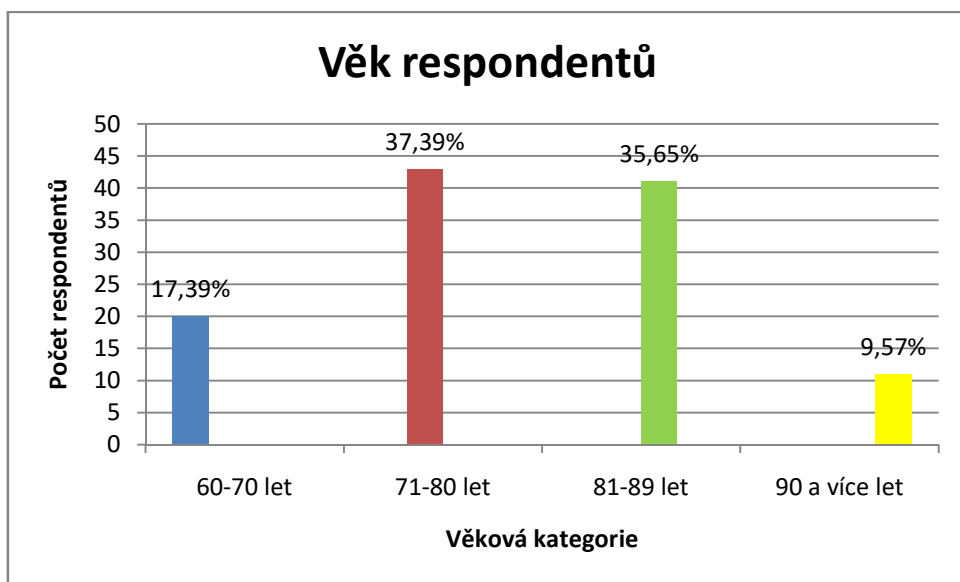
Sběr dat probíhal od prosince 2018 do března 2019. Respondentům vyšší věkové kategorie, nebo s horší či špatnou jemnou motorikou bylo nutné s dotazníkem pomoci. Otázky byly předčítány a respondenti slovně zvolili, jakou nabízenou kategorii by vybrali.

2.3.3 Výsledky výzkumu



Graf 1 Počet respondentů rozdělených podle pohlaví

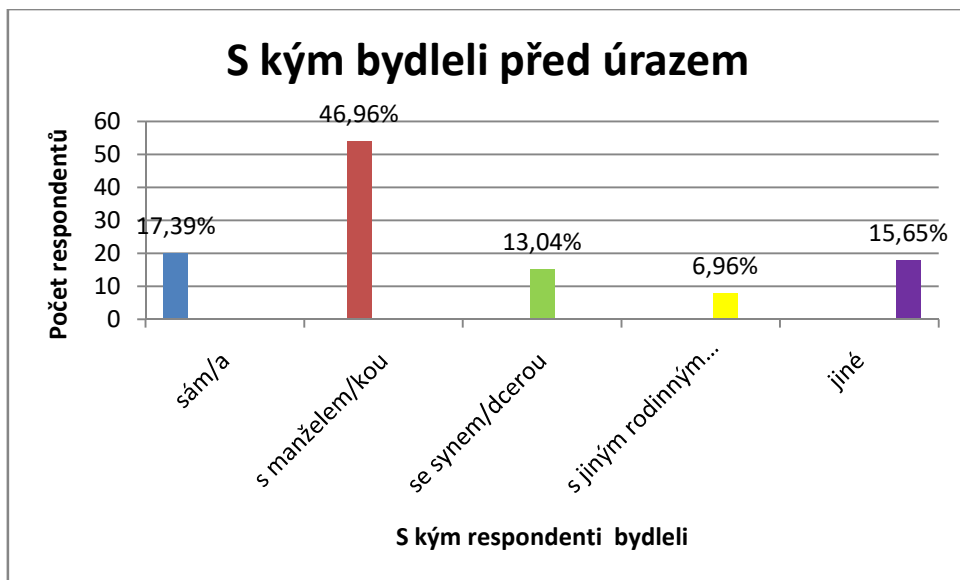
Z celkového počtu respondentů 115 (100%) sdělilo 48 (41,74%), že jsou muži a 67 (58,26%) sdělilo, že jsou ženy.



Graf 2 Věk respondentů

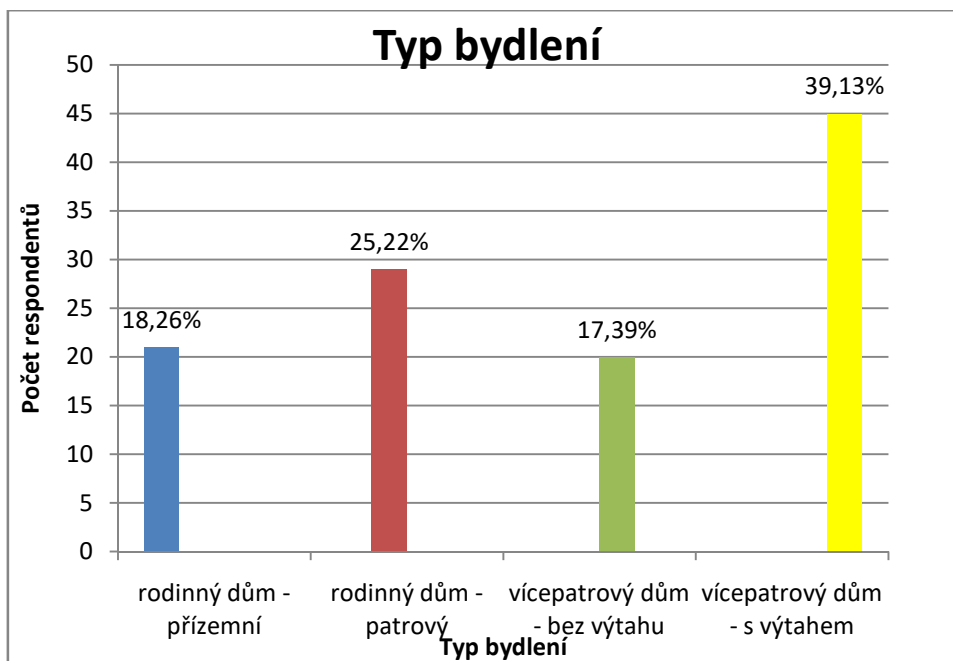
Ze 115 (100%) oslovených respondentů jich 20 (17,39%) uvedlo, možnost A, což je věk od 60 do 70 let, 43 (37,39%) uvedlo možnost B což je věková skupina mezi 71 a 80

rokem, 41 (35,65%) odpovědělo možností C a uvedlo tím, že spadají do věkové kategorie 81 – 89 let a 11 (9,57%) uvedlo možnost D, která je pro věkovou kategorii 90 a více let.



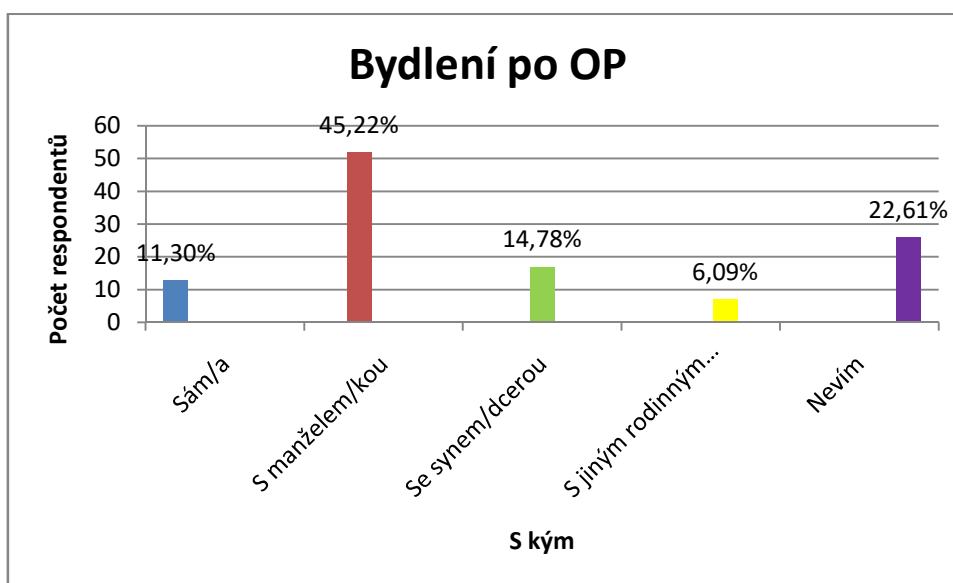
Graf 3 Rozdělení respondentů dle toho, s kým bydleli

Z oslovených respondentů jich 20 (17,39%) uvedlo, že před úrazem bydlelo samostatně, 54 (46,96%) uvedlo, že bydlelo s manželem nebo manželkou, 15 (13,04%) napsalo, že bydlelo se synem nebo dcerou, 8 (6,96%) uvedlo, že bydlelo s jiným rodinným příslušníkem a 18 (15,65%) uvedlo, že v době před úrazem bydlelo s někým jiným nebo někde jinde.



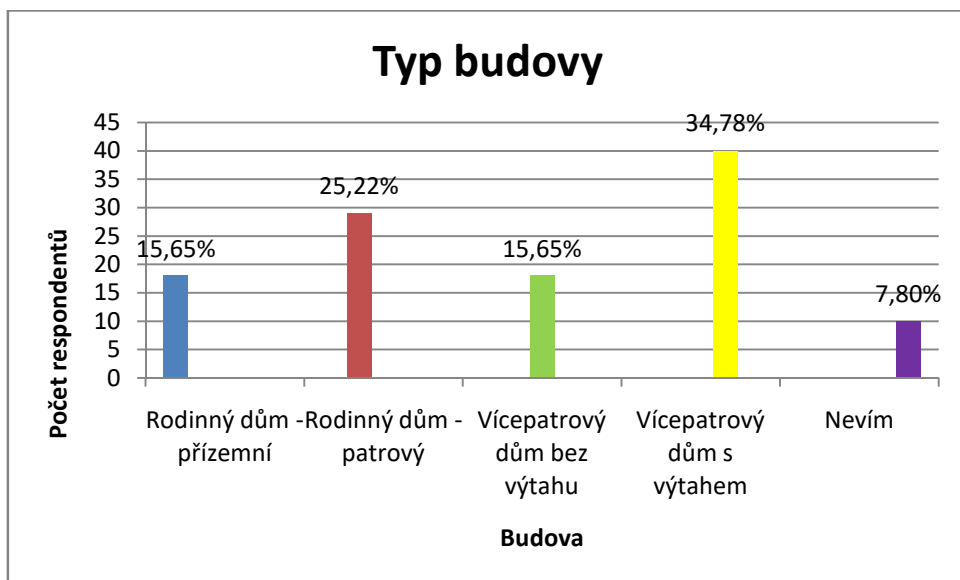
Graf 4 Počet respondentů rozdělených dle typu bydlení před úrazem

Z celkového počtu respondentů jich 21(18,26%) uvedlo, že před úrazem bydlelo v rodinném domě přízemním, 29 (25,22%) respondentů uvedlo, že před úrazem bydlelo v rodinném domě patrovém, 20 (17,39%) respondentů zapsalo, že před úrazem bydlelo ve vícepatrovém domě bez výtahu a 45 (39,13%) uvedlo, že bydlelo ve vícepatrovém domě s výtahem.



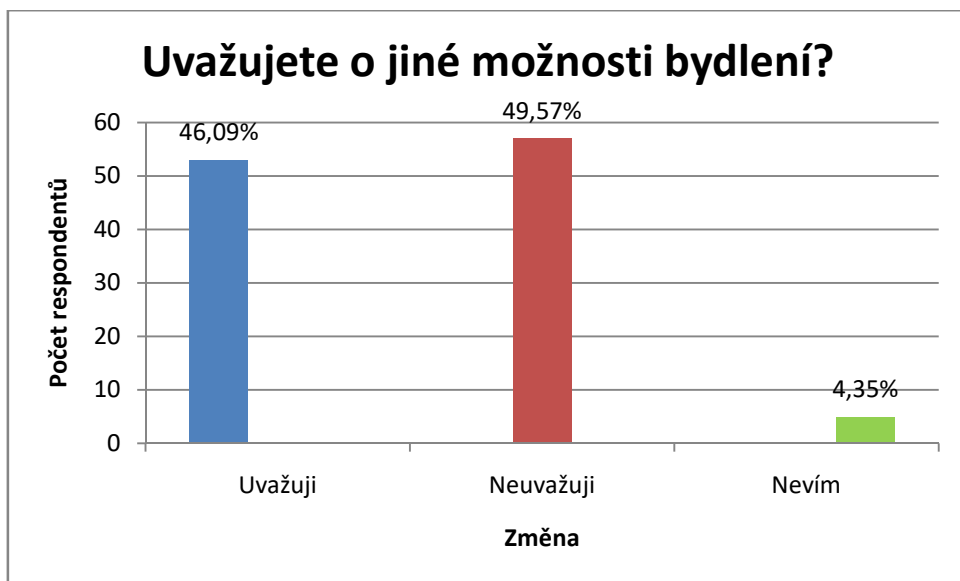
Graf 5 Bydlení po OP

13 (11,30%) respondentů uvedlo, že by po propuštění chtělo bydlet samostatně, 52 (45,22%) uvedlo, že by chtělo bydlet s manželem/kou, 17 (14,78%) uvedlo, že by chtělo bydlet se synem/dcerou, 7 (6,09%) uvedlo, že by rádo bydlelo s jiným rodinným příslušníkem a 26 (22,61%) uvedlo, že neví, s kým by chtělo bydlet.



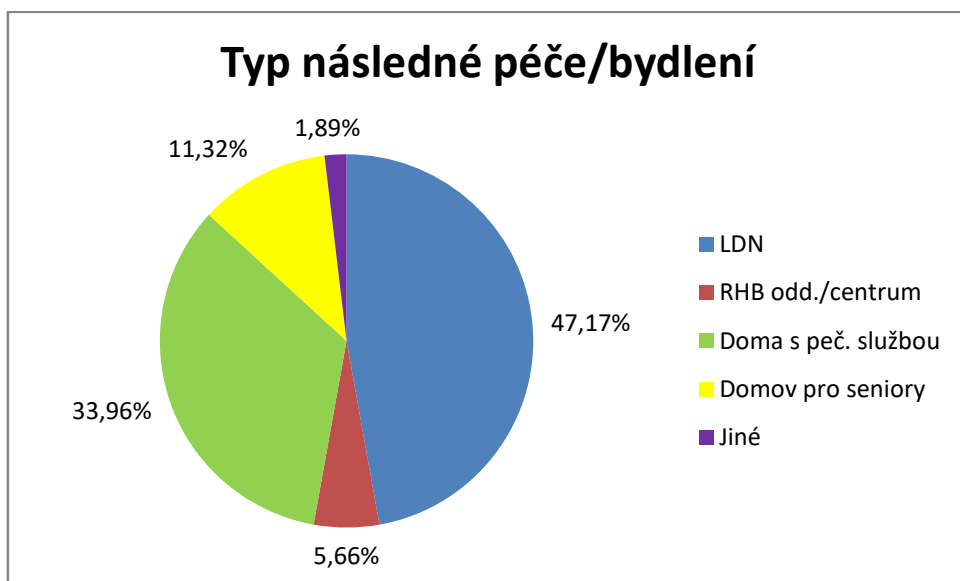
Graf 6 Typ budovy pro bydlení po propuštění

18 (15,65%) tázaných uvedlo, že budova je rodinný přízemní dům, 29 (25,22%) uvedlo, že budova je rodinný dům patrový, 18 (15,65%) zapsalo, že budova je vícepatrový dům bez výtahu, 40 (34,78%) uvedlo, že budova je vícepatrový dům s výtahem a 10 (7,80%) uvedlo, že neví, jak budova vypadá.



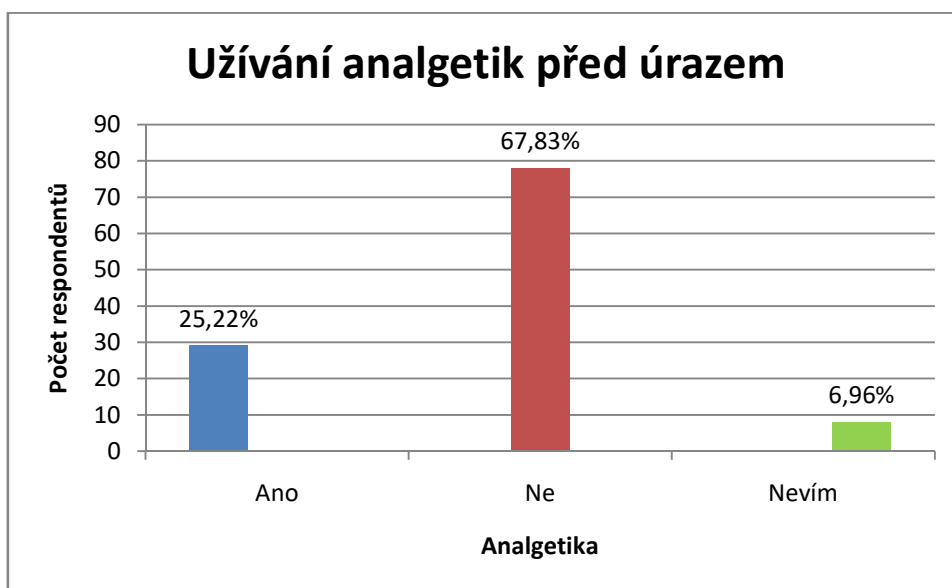
Graf 7 Jiná možnost bydlení

53 (46,09%) tázaných uvedlo, že uvažují o změně bydlení nebo následné péči, 57 (49,57%) uvedlo, že o změně neuvažují a 5 (4,35%) uvedlo, že neví, jestli uvažují o změně v bydlení nebo o následné péči.



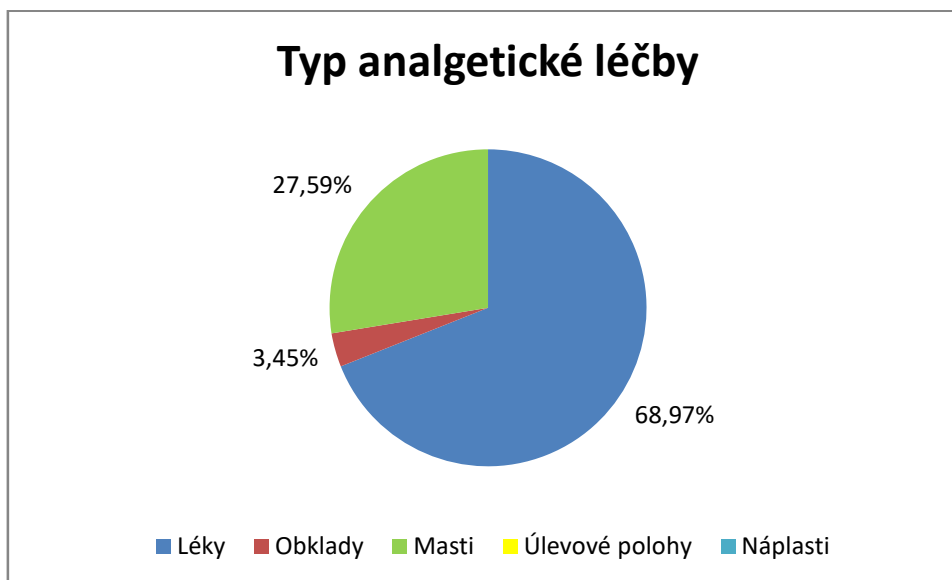
Graf 8 Typ následného bydlení

Z 53 (100%) respondentů, kteří uvedli, že o změně uvažují jich 25 (47,17%) uvažovalo o LDN, 3 (5,66%) uvedlo, že uvažují o RHB odd./centrum, 18 (33,96%) zapsalo, že uvažují o pobytu doma s pečovatelskou službou, 6 (11,32%) uvedlo, že uvažují o domově pro seniory a 1 (1,89%) uvedl, že uvažuje o jiné možnosti změny



Graf 9 Rozdělení respondentů podle užívání analgetik

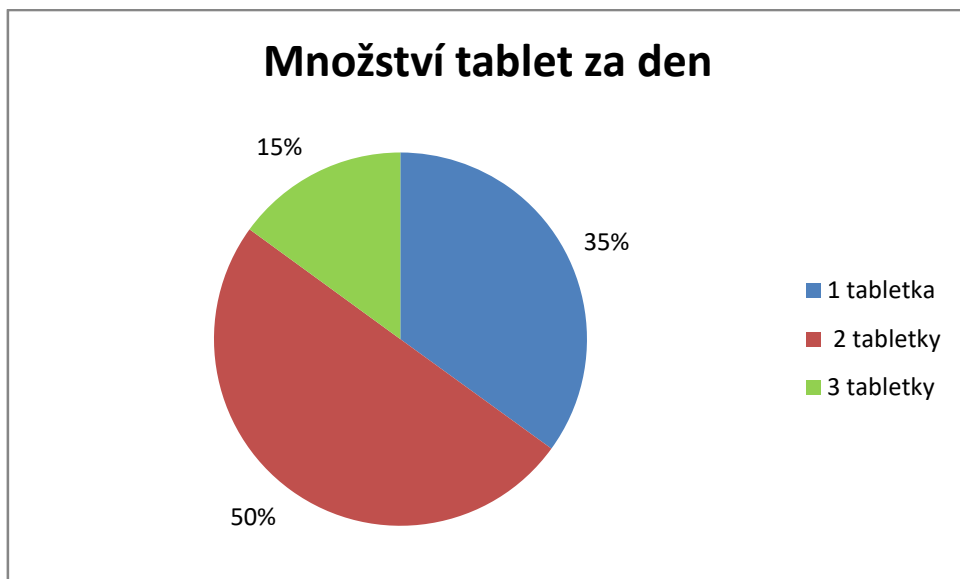
Ze 100% respondentů jich 29 (25,22%) uvedlo, že užívalo analgetika, 78 (67,83%) uvedlo, že analgetika neužívalo a 8 (6,96%) respondentů zvolilo možnost C, která znamená, že nevěděli, jestli nějaká analgetika užívali.



Graf 10 Typ analgetické léčby u respondentů, kteří uvedli, že analgetika užívali

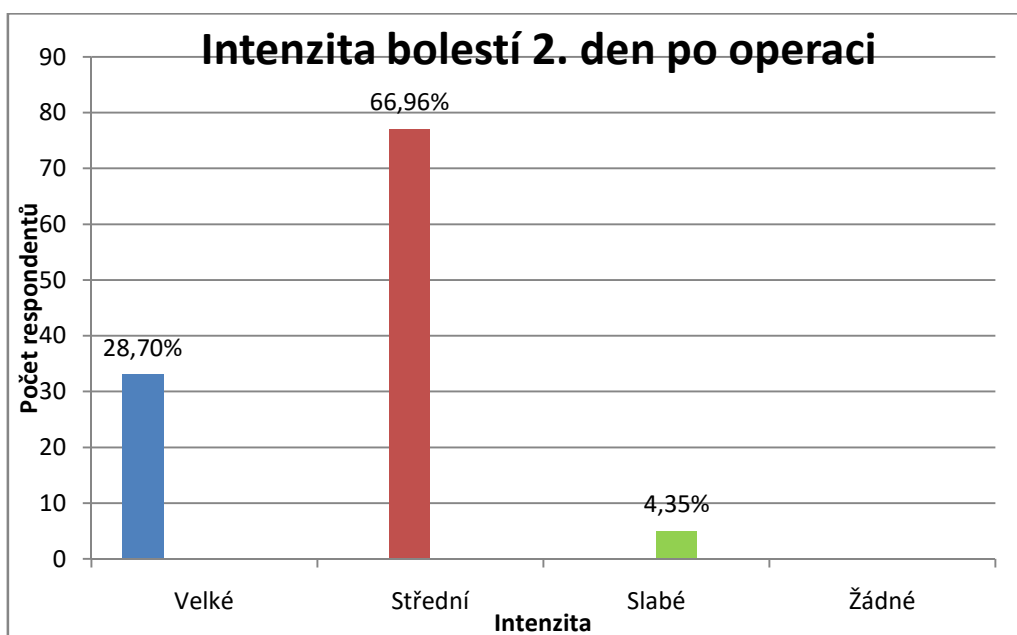
Z celkového počtu respondentů 29 (100%), kteří uvedli, že analgetika před úrazem užívali jich 20 (68,97%) uvedlo, že užívalo léky, 8 (27,59%) jich uvedlo, že využívalo

jako analgetickou možností používání masti a 1 (3,45%) uvedl využívání obkladů. Možnost úlevové polohy a náplasti neuvedl ani jeden respondent z 29 (100%).



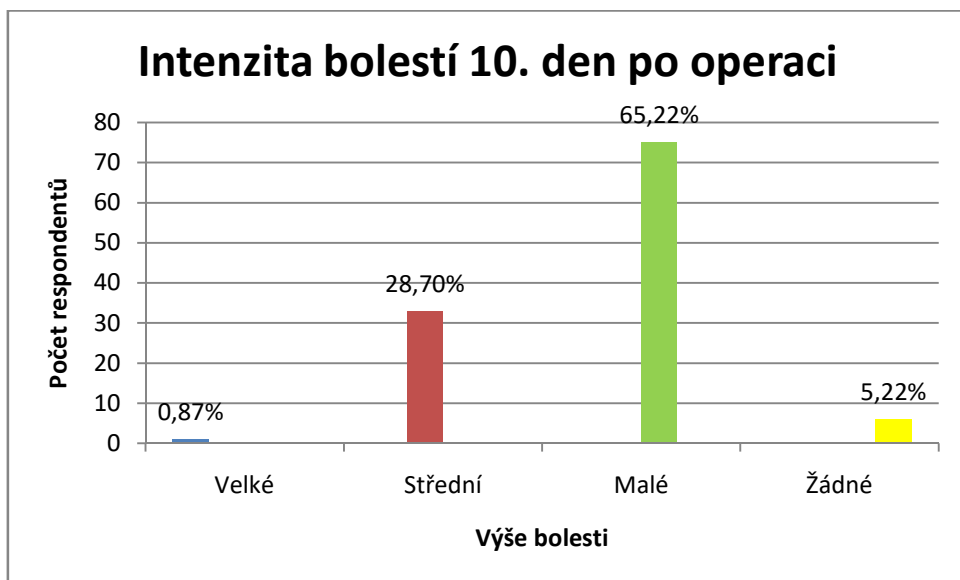
Graf 11 Rozdělení respondentů dle množství tablet za den

Respondenti, kteří uvedli, že užívali léky 20 (100%), byli tázáni i na množství tablet za den. 7 (35%) respondentů uvedlo užívání 1 tablety denně, 10 (50%) respondentů uvedlo, že užívalo 2 tablety denně a 3 (15%) uvedli užívání 3 tablet denně.



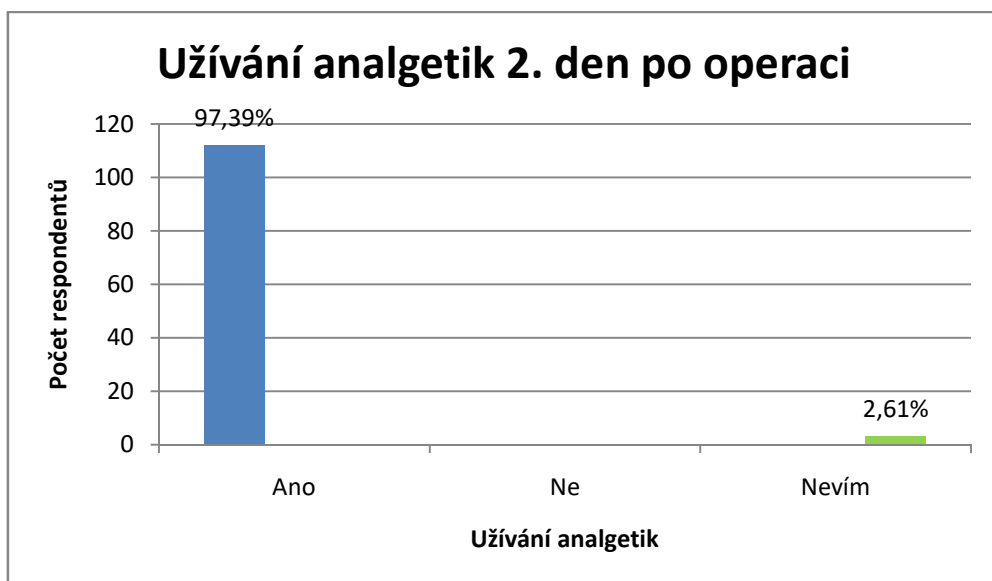
Graf 12 Intenzita bolestí 2. den po operaci

33 (28,70%) respondentů udalo, že bolesti 2. den po operaci byli velké, 77 (66,96%) respondentů uvedlo, že intenzita bolesti byla střední, 5 (4,35%) respondentů uvedlo, že bolesti byli slabé a z celkového počtu respondentů žádný neuvedl, že by bolesti neměl.



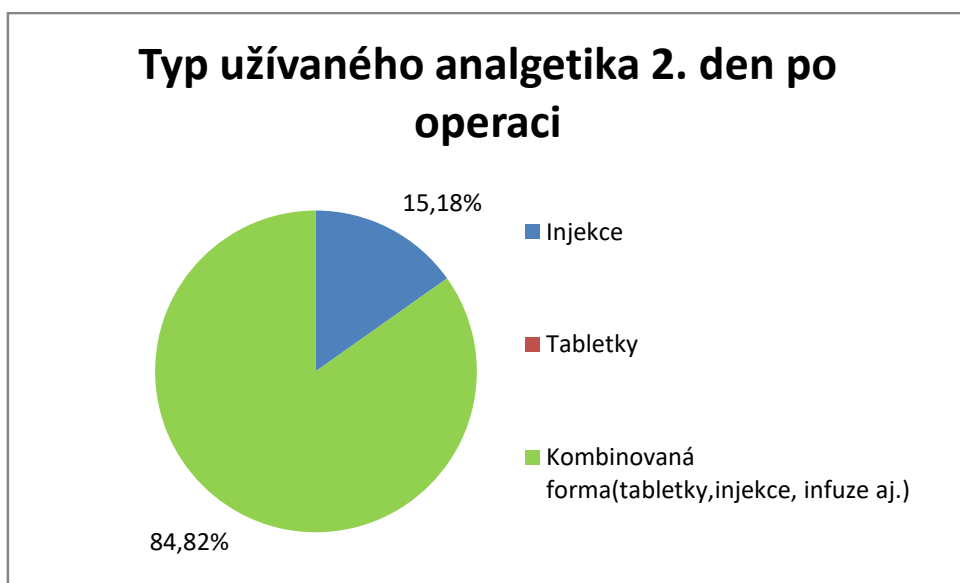
Graf 13 Intenzita bolestí 10. den po operaci

1 (0,87%) odpověděl, že bolesti byly velké, 33 (28,70%) uvedlo, že bolesti byly střední, 75 (65,22%) uvedlo, že mělo bolesti malé a 6 (5,22%) uvedlo, že bolesti nemělo žádné.



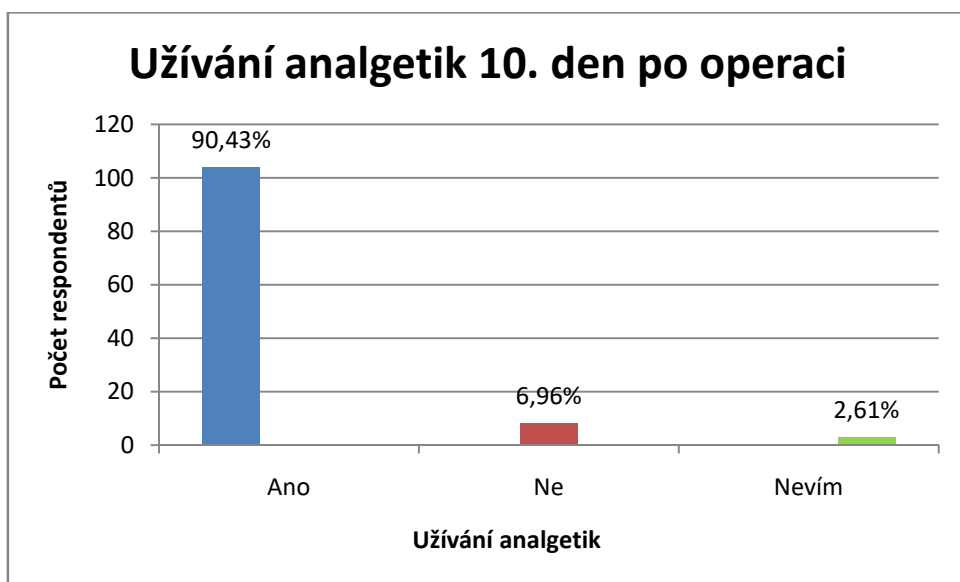
Graf 14 Užívání analgetik 2. den po operaci

112 (97,39%) respondentů uvedlo, že užívalo analgetika a 3 (2,61%) odpovědělo, že neví. Nikdo z tázaných respondentů neuvedl, že by analgetika nepotřeboval.



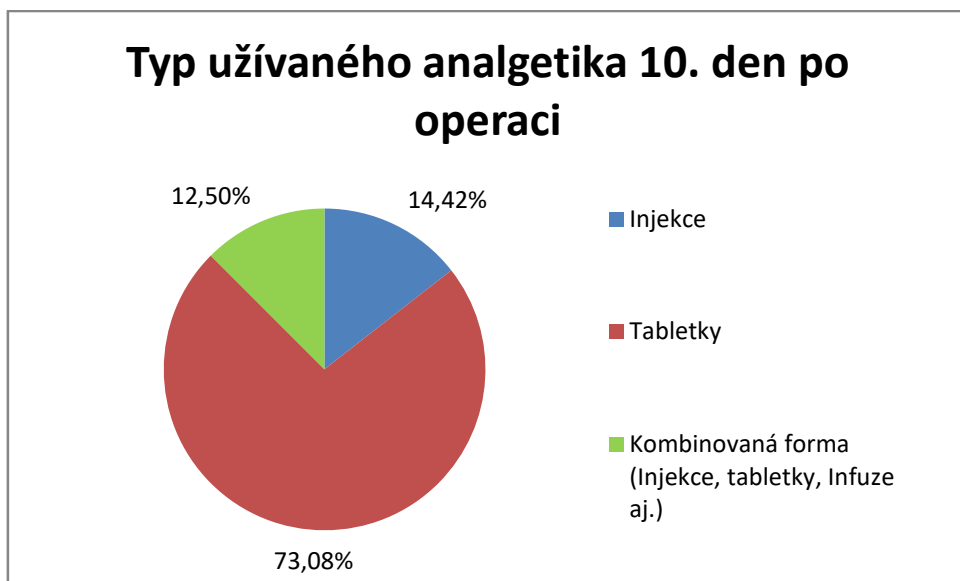
Graf 15 Typ analgetika

Z celkového počtu respondentů 112 (100%), kteří uvedli, že užívali analgetika, jich 17 (15,18%) udalo, že 2. den po operaci využívali injekce a 95 (84,82%) udalo, že užívalo kombinovanou formu. Nikdo z tázaných neuvedl, že by užíval tablety.



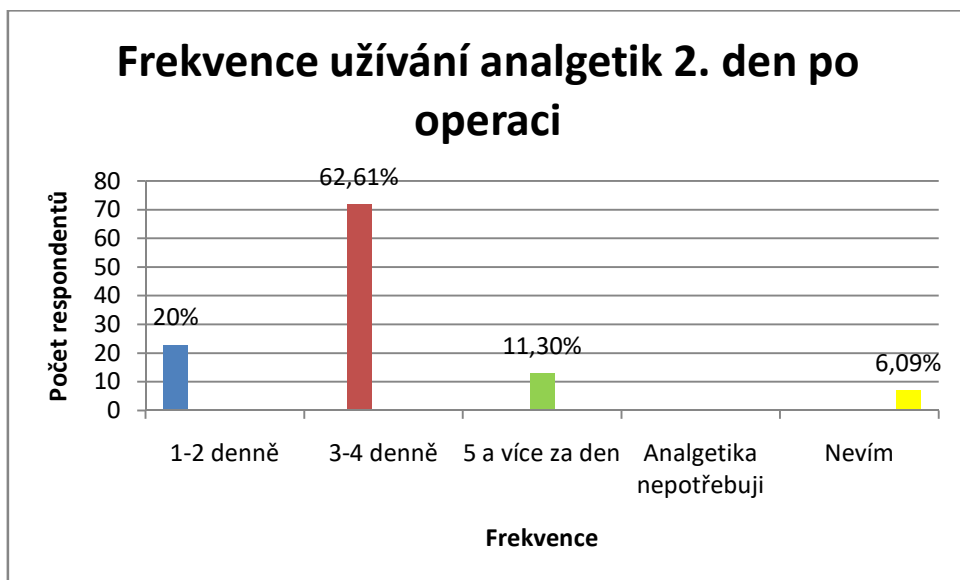
Graf 16 Užívání analgetik 10. den po operaci

104 (90,43%) respondentů odpovědělo, že analgetika užívalo, 8 (6,96%) uvedlo, že analgetika neužívalo a 3 (2,61%) respondenti uvedli, že neví, jestli analgetika užívali.



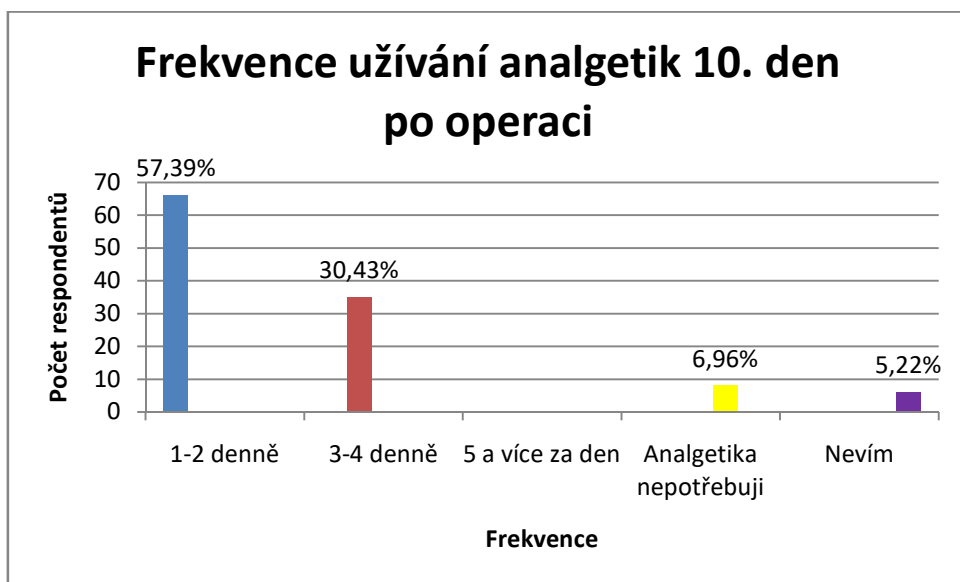
Graf 17 Typ užívaného analgetika 10. den po operaci

Z celkového počtu respondentů 104 (100%), kteří uvedli, že analgetika užívali, jich 15 (14,42%) uvedlo, že dostávalo injekce, 76 (73,08%) uvedlo, že užívalo tablety a 13 (12,50%) zapsalo, že užívalo kombinovanou formu.



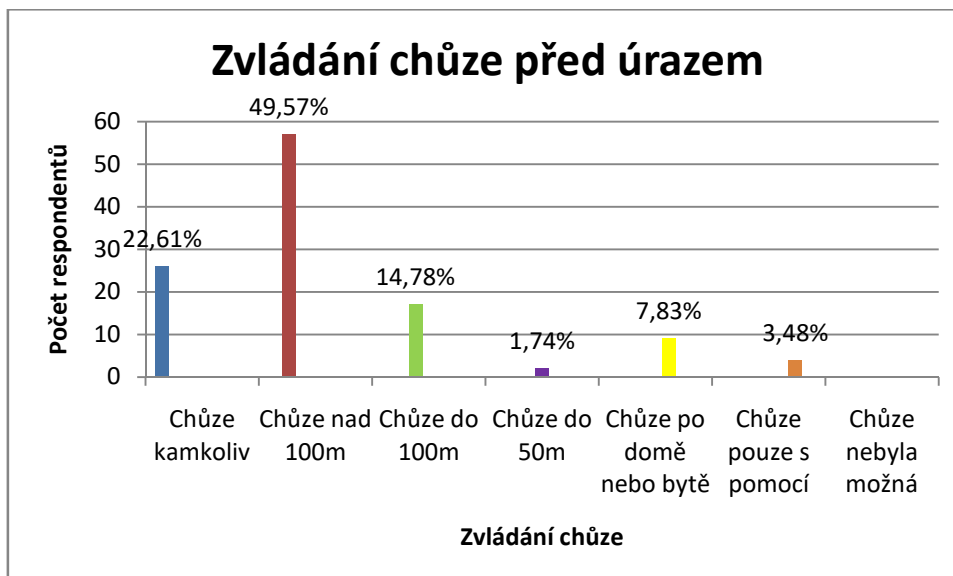
Graf 18 Četnost užívání analgetik 2. den po operaci

23 (20%) respondentů udalo, že užívalo 1-2 tablety denně 2. den po operaci, 72 (62,61%) uvedlo, že užívalo analgetika 3-4 denně, 13 (11,30%) uvedlo, že analgetika užívalo 5 a vícekrát za den a 7 (6,09%) uvedlo, že neví, jestli užívalo analgetika 2. den po operaci. Ze 115 (100%) respondentů nebyl nikdo, kdo by uvedl, že analgetika nepotřeboval.



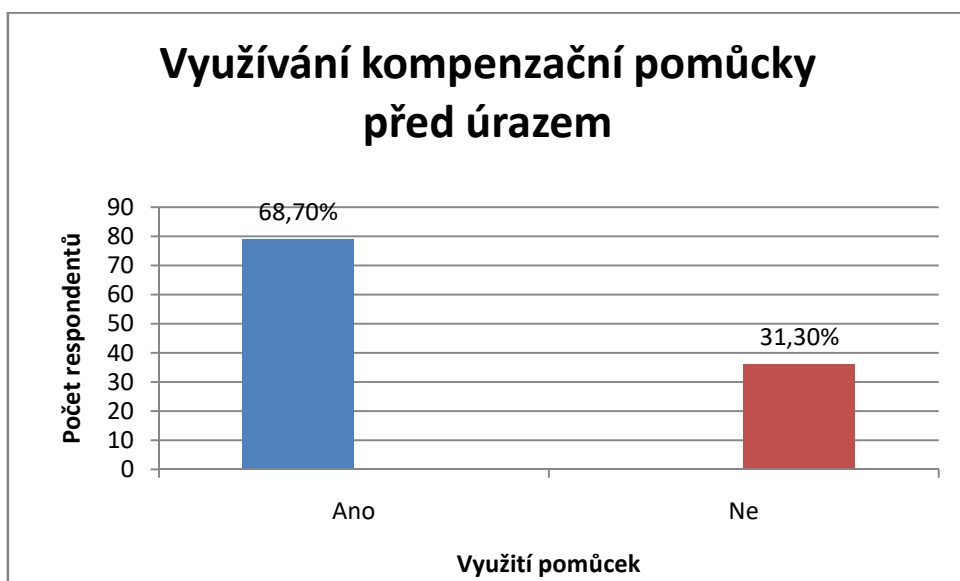
Graf 19 Četnost užívání analgetik 10. den po operaci

66 (57,39%) respondentů uvedlo, že užívali analgetika 1-2 denně, 35 (30,43%) uvedlo, že analgetika užívalo 3-4 denně, 8 (6,96%) uvedlo, že analgetika nepotřebovalo a 6 (5,22%) respondentů nevědělo, jestli 10. den po operaci analgetika užívalo. Z celkového počtu respondentů, žádný neuvedl, že by potřeboval 5 a více za den.



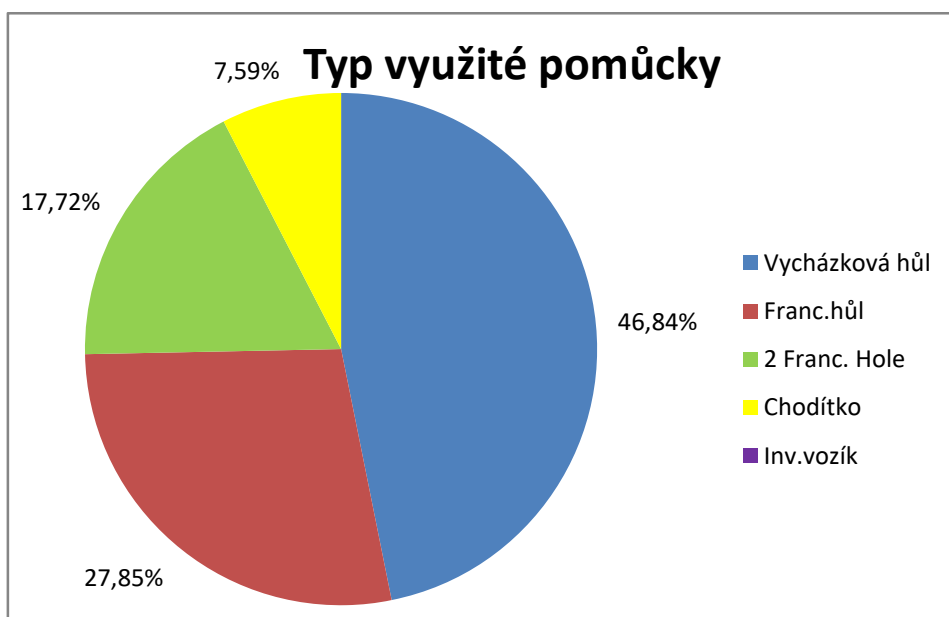
Graf 20 Zobrazuje počet respondentů rozdělených dle zvládání chůze před úrazem

26 (22,61%) Respondentů uvedlo, že před úrazem zvládalo chůzi kamkoliv, 57 (49,57%) respondentů uvedlo, že zvládalo chůzi nad 100m, 17 (14,78%) uvedlo, že chůze byla možná do 100m, 2 (1,74%) respondenti uvedli, že chůze byla možná do 50m, 9 (7,83%) uvedlo, že chůzi zvládali pouze po domě nebo bytě a 4 (3,48%) respondenti uvedli, že chůzi zvládali pouze po domě nebo bytě za aktivní pomoci jiného člověka. Možnost G, která říká, že chůze nebyla možná, neuvedl ani jeden z celkového počtu respondentů 115 (100%).



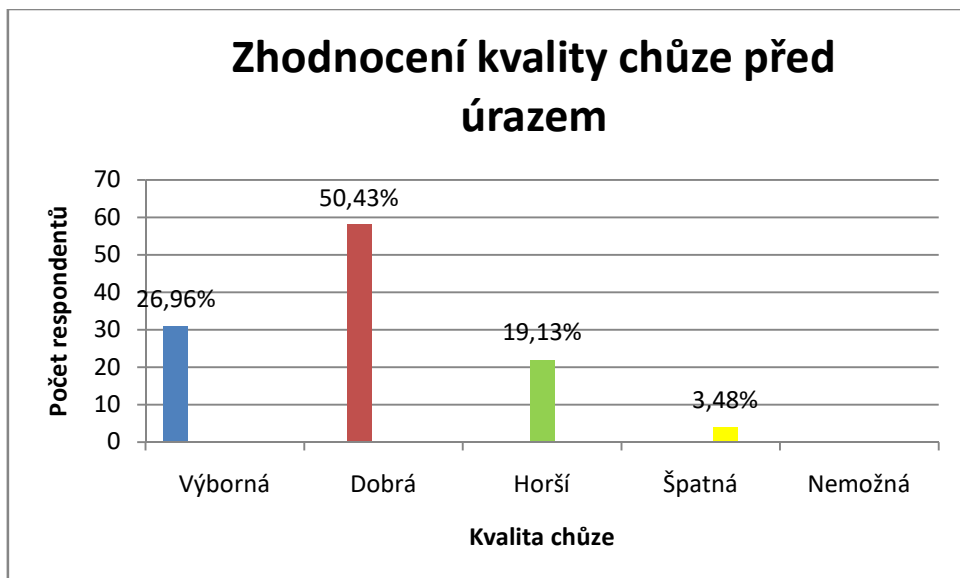
Graf 21 Respondenti rozdělení dle využívání kompenzační pomůcky

79 (68,70%) respondentů uvedlo, že před úrazem využívalo kompenzační pomůcku, 36 (31,30%) uvedlo, že nepotřebovali kompenzační pomůcku.



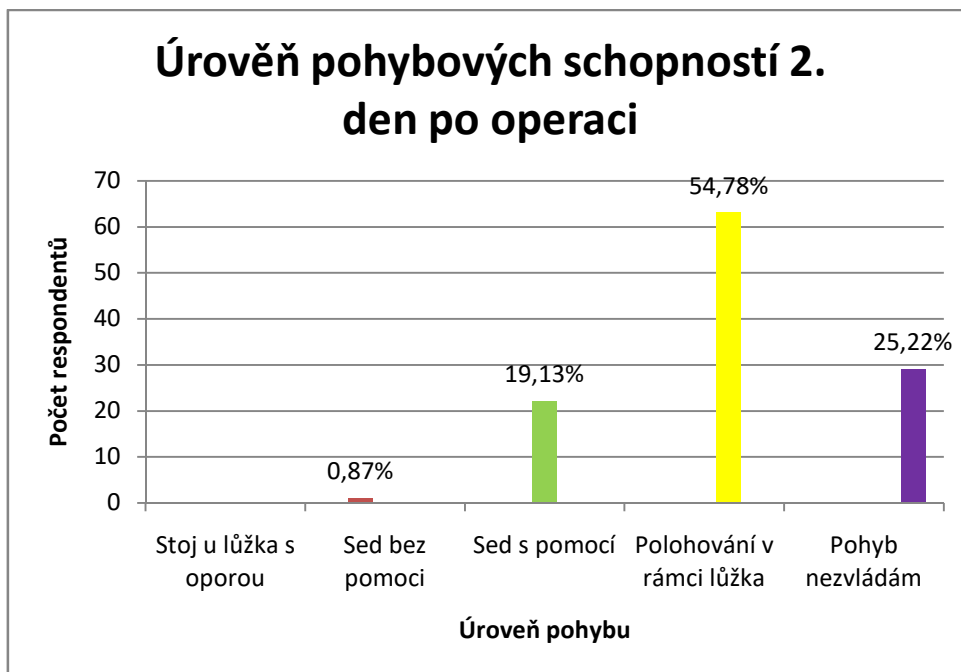
Graf 22 Respondenti rozdělení dle typu pomůcky, jakou využívali před úrazem

Z celkového počtu respondentů 79 (100%), kteří uvedli využití kompenzační pomůcky jich 37 (46,84%) uvedlo využívání vycházkové hole, 22 (27,85%) uvedlo využívání francouzské hole, 14 (17,72%) odpovědělo, že využívalo 2 francouzské hole a 6 (7,59%) uvedlo využití chodítka. Možnost využití invalidního vozíku neudal žádný ze 79 (100%) respondentů.



Graf 23 Dělení podle kvality chůze před úrazem

Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 31 (26,96%) uvedlo, že kvalita chůze byla výborná, 58 (50,43%) respondentů odpovědělo, že kvalita chůze byla dobrá, 22 (19,13%) hodnotilo kvalitu svojí chůze jako horší, 4 (3,48%) respondenti zhodnotili svoji chůzi jako špatnou. Žádný z celkově tázaných respondentů 115 (100%) nezhodnotil svoji chůzi jako nemožnou.



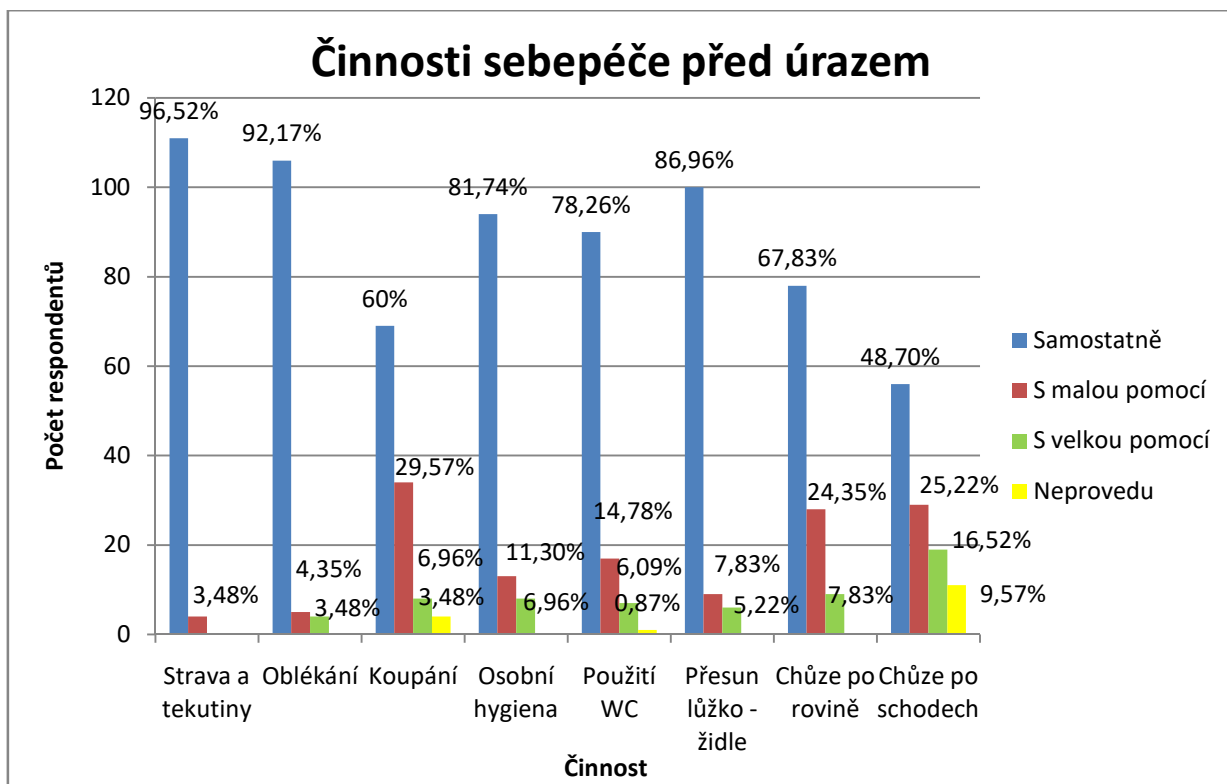
Graf 24 Zobrazuje rozdělení respondentů dle pohybových schopností 2. den po operaci

1 (0,87%) respondent uvedl, že úroveň pohybových schopností je sed bez pomoci, 22 (19,13%) uvedlo, že pohybová úroveň byla sed s pomocí, 63 (54,78%) uvedlo, že se zvládlo polohovat v rámci lůžka a 29 (25,22%) udalo, že pohyb nezvládalo. Nikdo z oslovených respondentů neuvedl, že by zvládl stoj u lůžka s oporou.



Graf 25 Využití pomůcky

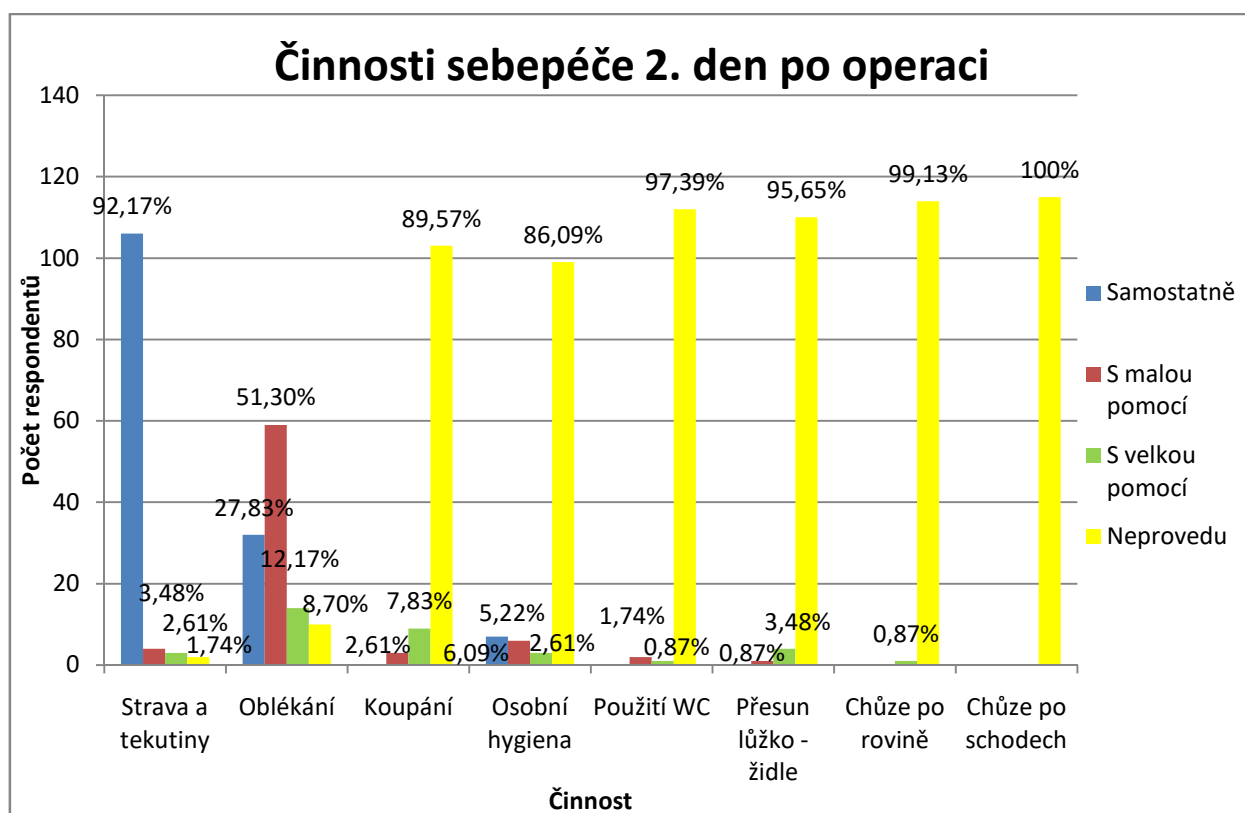
4 (3,48%) respondenti odpověděli, že 10. den po operaci nepotřebovali žádnou komp. pomůcku, 8 (6,96%) respondentů zapsalo, že využívalo vycházkovou hůl, 35 (30,43%) uvedlo využití francouzskou hůl, 29 (25,22%) uvedlo, že k chůzi využívalo 2 francouzské hole, 28 (24,35%) uvedlo chodítko a 11 (9,57%) uvedlo, že chůzi nezvládá. Nikdo z oslovených respondentů neuvedl, že by k pohybu musel využít invalidní vozík.



Graf 26 Úroveň soběstačnosti respondentů před úrazem

Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 111 (96,52%) udalo, že se před úrazem zvládlo najíst a napít samostatně, 4 (3,48%) udali, že s jídlem a pitím potřebovali malou pomoc a nikdo z tázaných neuvedl, že s jídlem a pitím potřeboval velkou pomoc nebo neprovedl. 106 (92,17%) respondentů udalo, že se oblékli samostatně, 5 (4,35%) udalo, že s obléknutím potřebovali malou pomoc, 4 (3,48%) udali, že potřebovali s obléknutím velkou pomoc a žádný z tázaných respondentů neuvedl, že by neprovedl obléknutí před úrazem. 69 (60%) uvedlo, že se vykoupli samostatně, 34 (29,57%) uvedlo, že s vykoupaním potřebovali malou pomoc, 8 (6,96%) udalo, že u vykoupaní potřebovali velkou pomoc a 4 (3,48) uvedli, že koupel neprovedli. 94 (81,74%) uvedlo, že osobní hygienu zvládají samostatně, 13 (11,30%) udalo, že s os.hygienou potřebují malou pomoc, 8 (6,96%) uvedlo, že s os. hygienou potřebují velkou pomoc a nikdo z oslovených respondentů neuvedl, že by os. hygienu neprovedl. 90 (78,26%) respondentů uvedlo, že využili WC samostatně, 17 (14,78%) uvedlo, že s použitím WC potřebovali malou pomoc, 7 (6,09%) uvedlo, že s využitím WC byla nutná velká pomoc a 1 (0,87%) uvedl, že využití WC před úrazem neprovedl. 100 (86,96%) uvedlo, že přesun z lůžka na židli a zpět zvládlo samostatně, 9 (7,83%) uvedlo, že s přesunutím potřebovali malou pomoc, 6 (5,22%) uvedlo, že s přesunem měli problémy, proto potřebovali velkou pomoc a žádný z oslovených respondentů neuvedl, že by přesun

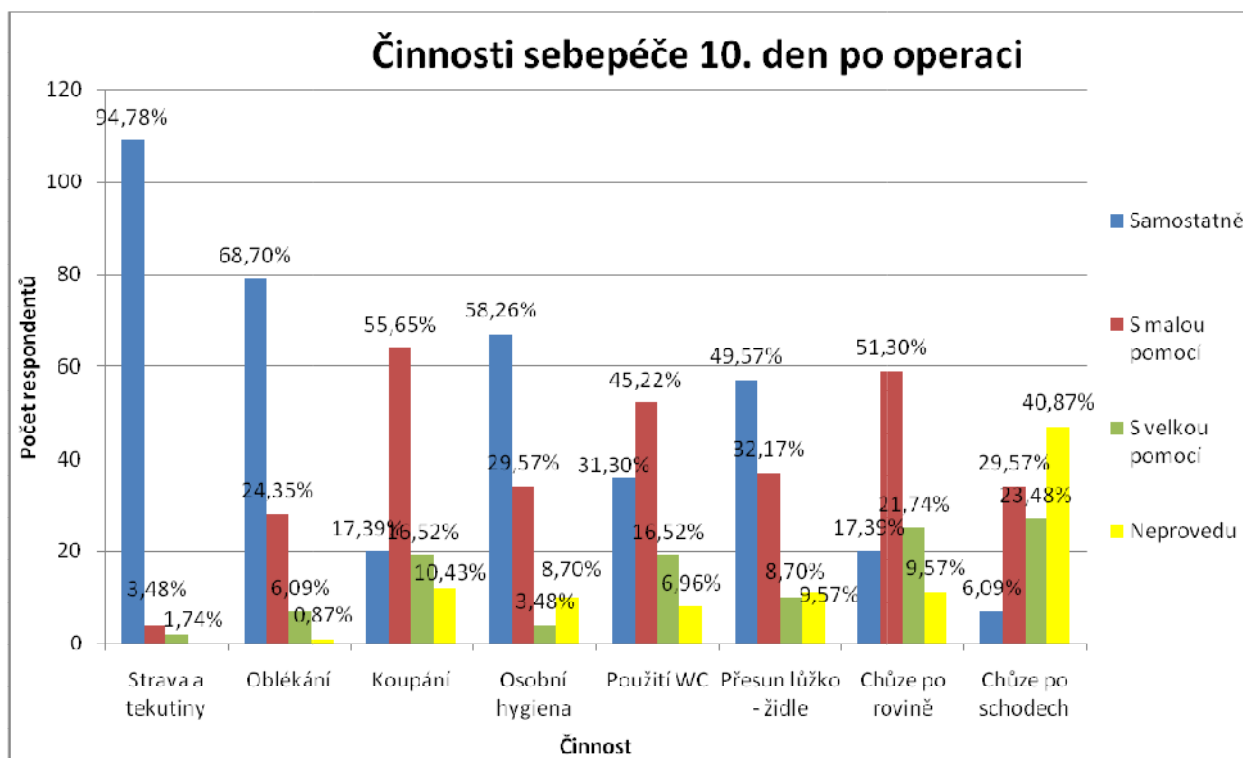
neprovedl vůbec. 78 (67,83%) uvedlo, že chůzi po rovině zvládalo samostatně, 28 (24,35%) zapsalo, že chůze po rovině byla možná s malou pomocí, 9 (7,83%) uvedlo, že k chůzi potřebovali velkou pomoc a žádný z tázaných respondentů neuvedl, že by chůzi neprovedl. 56 (48,70%) uvedlo, že chůzi po schodech zvládalo samostatně, 29 (25,22%) uvedlo, že k chůzi po schodech potřebovalo malou pomoc, 19 (16,52%) uvedlo, že chůzi po schodech zvládlo za velké pomoci jiného člověka a 11 (9,57%) zapsalo, že chůzi po schodech nezvládlo.



Graf 27 Úroveň soběstačnosti respondentů 2. den po operaci

Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 106 (92,17%) uvedlo, že se zvládlo 2. den po operaci najíst a napít samostatně, 4 (3,48%) uvedli, že k najedení a napití potřebovali malou pomoc, 3 (2,61%) uvedli, že k najedení a napití potřebovali velkou pomoc a 2 (1,74%) uvedli, že 2. den po operaci se nezvládli najíst a napít. 32 (27,83%) zapsalo, že se zvládlo obléknout samostatně, 59 (51,30%) uvedlo, že k oblékání potřebovalo malou pomoc, 14 (12,17%) uvedlo, že potřebovalo velkou pomoc a 10 (8,70%) uvedlo, že obléknutí 2. den po operaci neprovedlo. Ze 115 (100%) respondentů žádný nevypověděl, že by se 2. den po operaci zvládl vykoupat samostatně, 3 (2,61%) uvedli, že k vykoupání potřebovali malou pomoc, 9 (7,83%) zapsalo, že k vykoupání

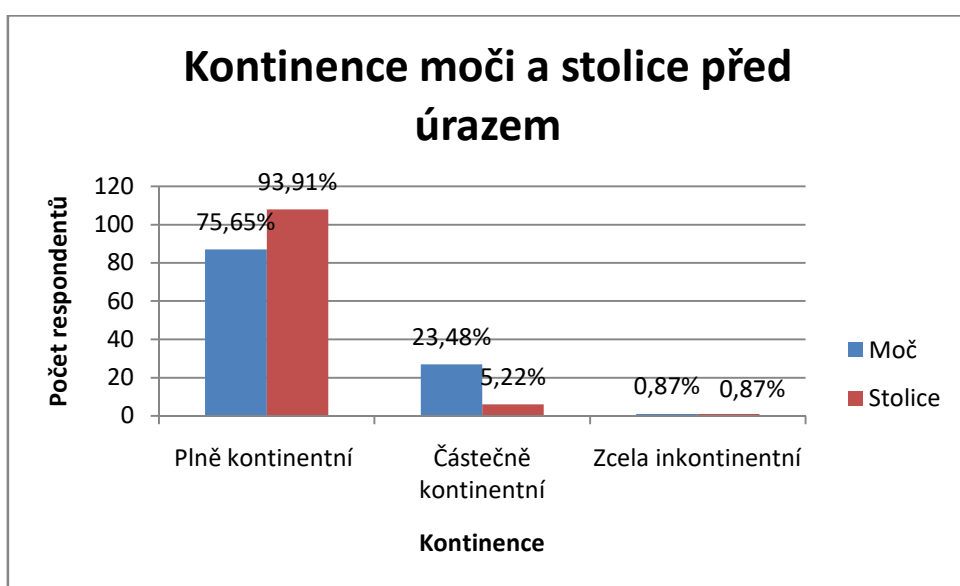
bylo nutno velké pomoci a 103 (89,57%) uvedlo, že koupel neprovedlo. 7 (6,09%) uvedlo, že osobní hygienu zvládalo samostatně, 6 (5,22%) uvedlo, že k provedení osobní hygieny potřebovalo malou pomoc, 3 (2,61%) uvedli, že bylo potřeba velké pomoci k provedení os. hygieny a 99 (86,09%) respondentů zapsalo, že os. hygienu neprovedlo. Z celkového počtu respondentů žádný neuvedl, že by použití toalety 2. den po operaci provedl samostatně, 2 (1,74%) uvedli, že potřebovali malou pomoc, 1 (0,87%) uvedl, že k použití WC potřeboval velkou pomoc a 112 (97,39%) uvedlo, že využití WC 2. den po operaci nebylo možné provést. Z celkového počtu respondentů žádný neuvedl, že by 2. den po operaci zvládl samostatně přesun z lůžka na židli a zpět, 1 (0,87%) uvedl, že přesun byl možný s malou pomocí, 4 (3,48%) uvedli, že k přesunu z lůžka na židli potřebovali velkou pomoc a 110 (95,65%) respondentů zapsalo, že přesun z lůžka na židli a zpět neprovedlo. Z celkového počtu respondentů žádný neuvedl, že by 2. den po operaci provedl chůzi samostatně nebo s malou pomocí, 1 (0,87%) respondent uvedl, že chůze byla možná za velké pomoci personálu a 114 (99,13%) uvedlo, že chůze 2. den po operaci nebyla možná. Ze 115 (100%) respondentů nebyl nikdo, kdo by uvedl, že by zvládl chůzi po schodech. Zde se všichni respondenti shodli, že chůze po schodech nebyla možná.



Graf 28 Úroveň soběstačnosti respondentů 10. den po operaci

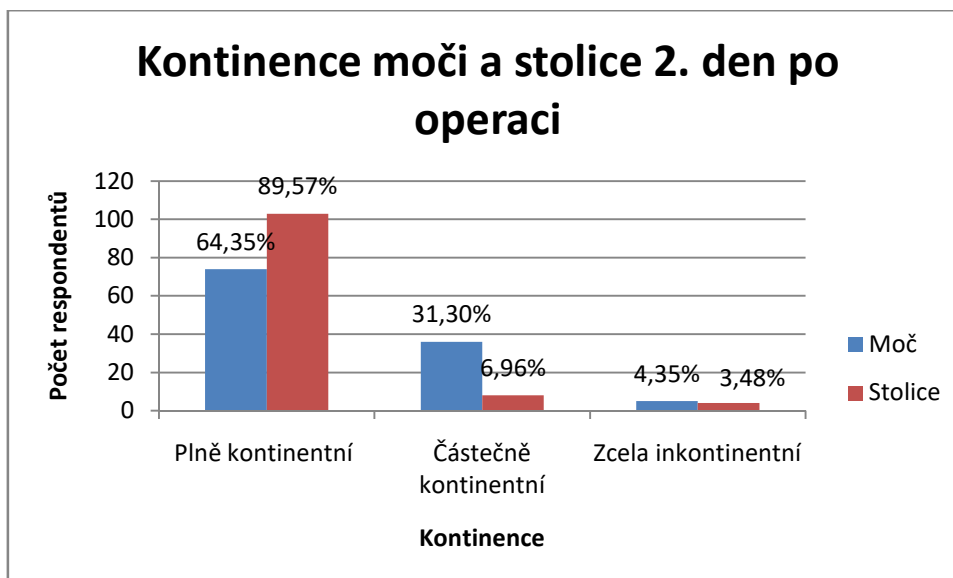
109 (94,78%) respondentů uvedlo, že stravu a tekutiny 10. den po operaci bylo schopno přijmout samostatně, 4 (3,48%) uvedli, že ke stravě a tekutinám potřebovali malou pomoc, 2 (1,74%) uvedli, že k najezení a napití potřebovali velkou pomoc a nikdo ze 115 (100%) oslovených respondentů neuvedl, že by 10. den po operaci nebyl schopný přijmout potravu a tekutiny. 79 (68,70%) uvedlo, že se zvládlo obléknout samostatně, 28 (24,35%) zapsalo, že k obléknutí potřebovali malou pomoc, 7 (6,09%) respondentů uvedlo, že k obléknutí bylo potřeba velké pomoci a nikdo z celkového počtu respondentů neuvedl, že by obléknutí neprovedl. 20 (17,39%) uvedlo, že koupel zvládlo samostatně, 64 (55,65%) potřebovalo malou pomoc, 19 (16,52%) uvedlo, že koupel zvládlo s velkou dopomocí a 12 (10,43%) respondentů uvedlo, že koupel 10. den po operaci neprovede. Ze 115 (100%) tázaných respondentů jich 67 (58,26%) odpovědělo, že osobní hygienu zvládlo samostatně, 34 (29,57%) uvedlo, že os. hygienu zvládlo s malou dopomocí, 4 (3,48%) uvedli, že os. hygienu zvládli s velkou dopomocí a 10 (8,70%) uvedlo, že osobní hygienu 10. den po operaci neprovede. 36 (31,30%) uvedlo, že použitá WC zvládly samostatně, 52 (45,22%) uvedlo, že použití toalety zvládne s malou dopomocí, 19 (16,52%) uvedlo, že WC využije jen s velkou dopomocí a 8 (6,96%) uvedlo, že využití toalety neprovede. 57 (49,57%) uvedlo, že přesun z lůžka na židli 10. den po operaci a zpět zvládne samostatně, 37 (32,17%) uvedlo, že přesun

zvládne s malou dopomocí, 10 (8,70%) zapsalo, že přesun je možný za velké pomoci a 11 (9,57%) respondentů uvedlo, že přesun neprovede. 20 (17,39%) uvedlo, že chůzi po rovině 10. den po operaci zvládne samostatně, 59 (51,30%) respondentů uvedlo, že chůze je možná za menší dopomoci, 25 (21,74%) uvedlo, že jsou chůze schopni pouze za velké pomoci a 11 (9,57%) zapsalo, že chůzi neprovedou. 7 (6,09%) zapsalo, že jsou schopni 10. den po operaci chůze po schodech samostatně, 34 (29,57%) jich uvedlo, že chůze po schodech je možná s malou dopomocí, 27 (23,48%) jich uvedlo, že k chůzi po schodech je nutná velká pomoc a 47 (40,87%) respondentů uvedlo, že chůze po schodech není 10. den po operaci možná.



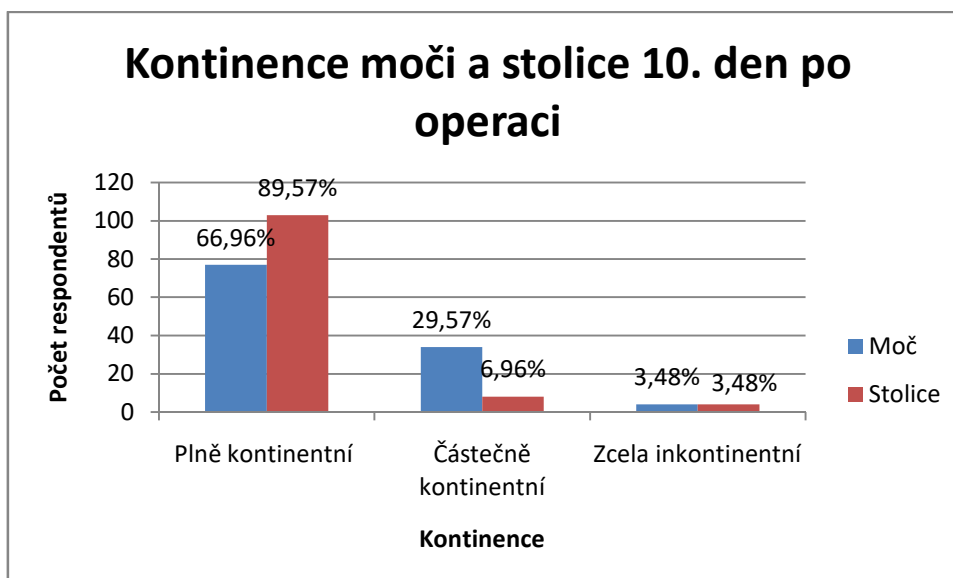
Graf 29 Kontinence moče a stolice před úrazem

87 (75,65%) uvedlo, že bylo plně kontinentních močí, 27 (23,48%) uvedlo, že bylo částečně kontinentní močí a 1 (0,87%) uvedl, že byl zcela inkontinentní. 108 (93,91%) uvedlo, že bylo plně kontinentní stolicí, 8 (6,96%) uvedlo, že bylo částečně kontinentní stolicí a 1 (0,87%) uvedl, že byl zcela inkontinentní stolicí.



Graf 30 Kontinence moči a stolice 2. den po operaci

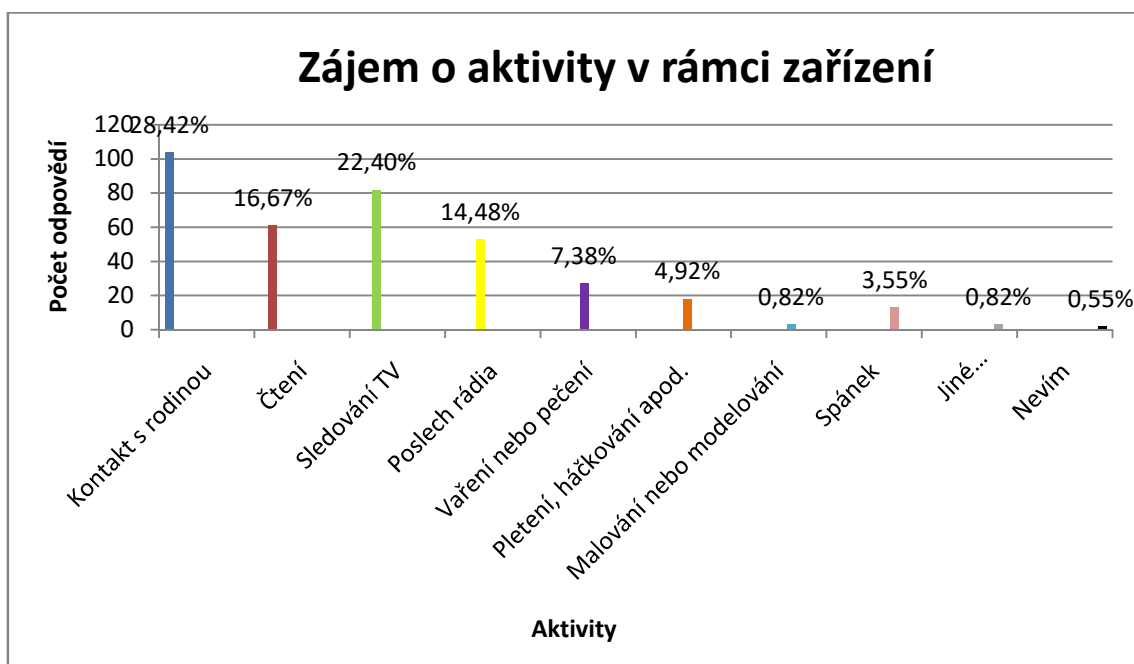
74 (64,35%) respondentů odpovědělo, že bylo 2. den po operaci plně kontinentní močí, 36 (31,30%) jich odpovědělo, že bylo částečně kontinentní močí a 5 (4,35%) odpovědělo, že bylo zcela inkontinentní. 103 (93,91%) odpovědělo, že bylo plně kontinentních stolicí, 8 (6,96%) uvedlo, že bylo částečně kontinentní stolicí a 4 (3,48%) uvedli, že byli zcela inkontinentní.



Graf 31 Kontinence moče a stolice 10. den po operaci

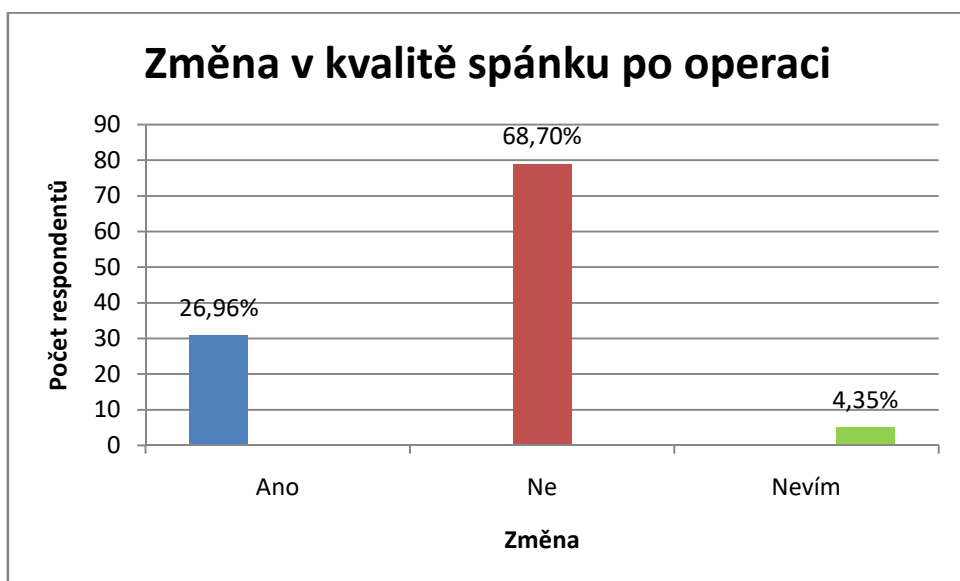
77 (66,96%) respondentů uvedlo, že bylo plně kontinentních močí 10. den po operaci, 34 (29,57%) zapsalo, že bylo částečně kontinentních močí a 4 (3,48%) respondentů uvedlo, že byli zcela inkontinentní močí. 103 (89,57%) uvedlo, že stolice byla plně

kontinentní, 8 (6,96%) uvedlo, že bylo částečně kontinentní stolicí a 4 (3,48%) uvedlo, že byli zcela inkontinentní stolicí.



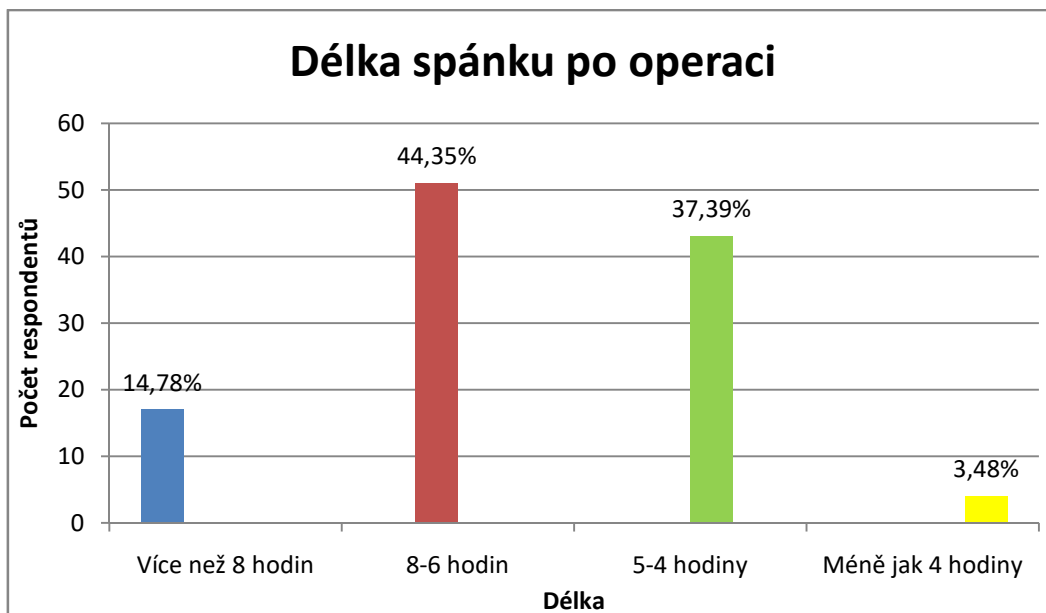
Graf 32 Zájem o aktivity

Tento graf zobrazuje, zájem o aktivity ze strany seniorů v rámci zařízení. 100% bylo počítáno z množství zaznamenaných odpovědí, jelikož bylo v této otázce možné uvést více odpovědí. Ze 366 (100%) odpovědí uvedlo 104 (28,42%), že by mělo zájem o kontakt s rodinou, 61 (16,67%) uvedlo, že by mělo zájem o čtení, 82 (22,40%) uvedlo, že by chtělo sledovat TV, 53 (14,48%) uvedlo, že by chtělo poslouchat rádio, 27 (7,38%) uvedlo, že by mělo zájem o vaření nebo pečení, 18 (4,92%) obsahovalo zájem o pletení, háčkování apod., 3 (0,82%) uvedli zájem o malování nebo modelování, 13 (3,55%) uvedlo zájem o spánek a 2 (0,55%) uvedli, že neví, o jako aktivitu by měli zájem.



Graf 33 Změna ve spánku

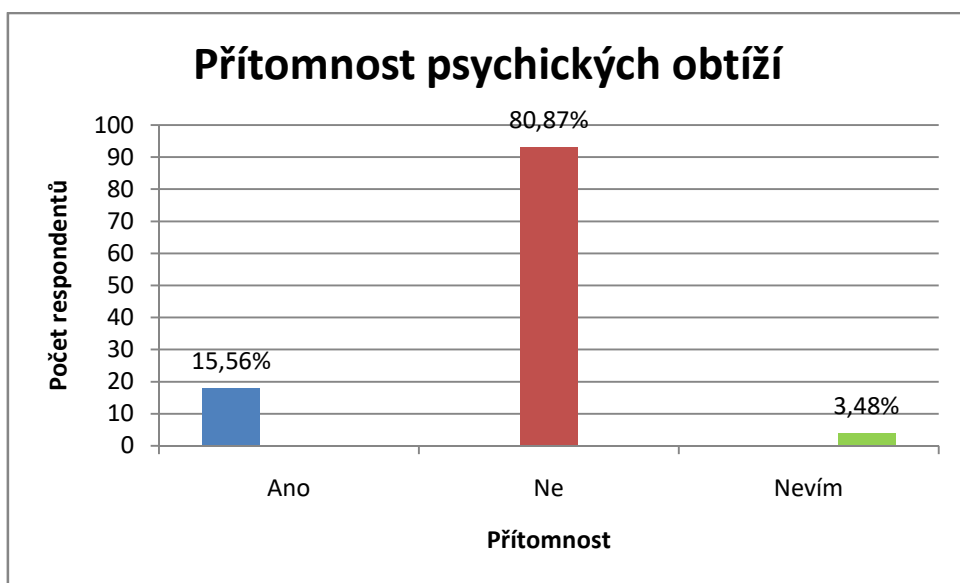
Ze 115 (100%) respondentů jich 31 (26,96%) uvedlo, že změna v kvalitě spánku nastala, 79 (68,70%) uvedlo, že změna v kvalitě spánku není a 5 (4,35%) uvedlo, že neví, jestli změna v kvalitě spánku proběhla.



Graf 34 Délka spánku

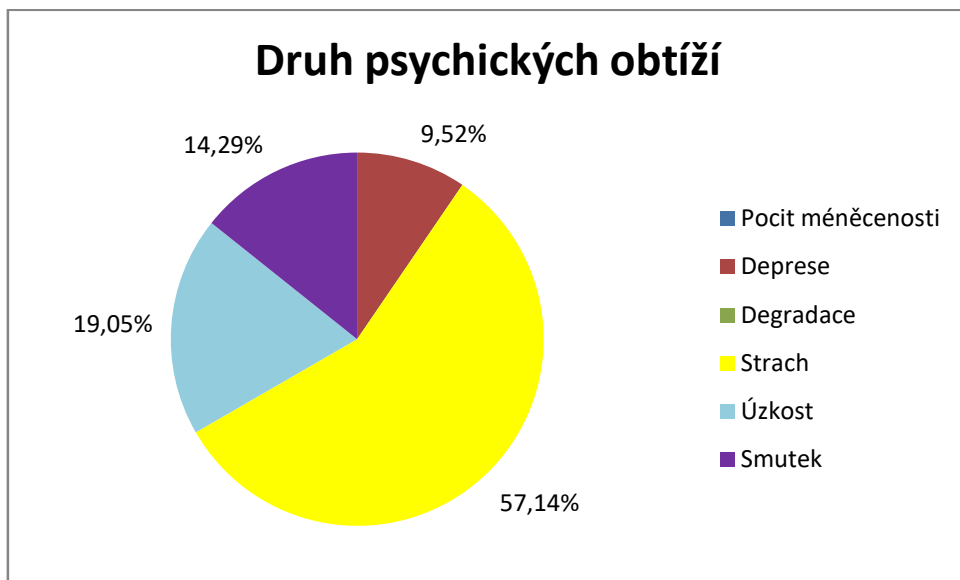
Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 17 (14,78%) uvedlo, že délka spánku trvala více než 8 hodin, 51 (44,35%) uvedlo, že spánek trval 8-6 hodin, 43 (37,39%)

uvedlo, že délka spánku trvala 5-4 hodiny a 4 (3,48%) uvedlo, že spánek trval méně než 4 hodiny.



Graf 35 Psychické obtíže

18 (15,56%) respondentů uvedlo, že pocítují psychické obtíže, 93 (80,87%) uvedlo, že psychické obtíže nepocítují a 4 (3,48%) uvedli, že neví.



Graf 36 Druh psychických obtíží

Tento graf zobrazuje počet odpovědí u otázky na psychické obtíže, protože jeden nebo více respondentů pocítovalo více psych. obtíží naráz. Z 21 (100%) odpovědí 2 (9,52%) vypovídali, že respondenti pocítovali depresi, 12 (57,14%) pocítovalo strach, 4

(19,05%) pociťovali úzkost a 3 (14,29%) pociťovali smutek. Nikdo z tázaných neuvedl pocit méněcennosti nebo degradace.

3 Diskuze

Bakalářské práce vznikla za spolupráce s nemocnicemi v Jihlavě, Jindřichově Hradci a Dačicích a jejich pacienty po zlomenině krčku kosti stehenní, kde byly rozdány dotazníky a s mnoha pacienty i vyplněny. Data byla sbírána na traumatologických, ortopedických odděleních a na odděleních LDN. Celkový počet vrácených dotazníků činil 115 ze 135 rozdaných. V práci byl zvolen jeden cíl, který byl: Analyzovat jak změny v sebezpečí ovlivňují kvalitu života seniorů v prvních 2 týdnech po operaci krčku kosti stehenní, k němuž směřovali tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č.1: Jaké činnosti sebezpečí seniori zvládali samostatně bez pomoci před úrazem?

Při bližším pohledu na graf č. 26 (s.46), lze zjistit, že respondenti uváděli u všech bodů týkajících se činností sebezpečí, že zvládalo samostatně více jak 50% tázaných respondentů. Chůzi po schodech samostatně zvládlo pouze 56 (48,70%) ze 115 (100%) dotázaných respondentů. Lze tedy říci, že před úrazem byli respondenti v dobré fyzické kondici, aby se o sebe zvládli postarat. Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 111 (96,52%) udalo, že se před úrazem zvládlo najíst a napít samostatně, 106 (92,17%) udalo, že se oblékli samostatně, 69 (60%) uvedlo, že se vykoupli samostatně, 94 (81,74%) uvedlo, že osobní hygienu zvládlo samostatně, 90 (78,26%) uvedlo, že využili WC samostatně, 100 (86,96%) uvedlo, že přesun z lůžka na židli a zpět zvládlo samostatně, 78 (67,83%) uvedlo, že chůzi po rovině zvládalo. Výsledky k této otázce mě nepřekvapily, předpokládala jsem, že většina respondentů, kterých bylo ve věku od 60-70 let (17,39%), 71-80 let (37,39%), 81-89 let (35,65%) a 90 a více let (9,57) před úrazem bude schopna zvládnout sebezpečí i chůzi.

Tato práce se dá dobře srovnat s diplomovou prací Pavlínou Fuchsové (2010), která ve své práci zkoumala problematiku soběstačnosti a její dopad na každodenní život seniorů kde za pomoci ADL testu hodnotila soběstačnost. Její výsledky byly, že 115(100%) respondentů se 85 (74%) respondentů najedlo a napilo samostatně. Pouze 38 (33%) respondentů se obléklo samostatně. Toto zjištění mě překvapilo, protože v mé práci jsem měla respondentů ve věkové kategorii 60 až 70 let 17%, ona ve věkové kategorii 60 až 74 let dosáhla hodnoty 18%. Věkové kategorie jsou tedy podobně obsáhlé. Ve

věkové kategorii 71-80 let jsem došla hodnoty 37%, ona ve věkové kategorii 75-89 let hodnoty 73%. Dále jsem hodnotila věkovou kategorii 81 až 89 let, kde jsem měla výsledek 36%. Při součtu procentuální hodnoty věků 71 až 80 let a 81 až 89 let docházíme k podobné procentuální hodnotě. Svědčí to o tom, že respondenti byli podobného věku, ale přesto jsem došla lepších výsledků. 72 (63%) jí uvedlo, že koupel zvládlo samostatně a osobní hygienu zvládalo samostatně 100 (87%) respondentů. V tomto zaměření docházíme podobných hodnot. Rozcházel jsme ve vyšší míře v počtu respondentů, kteří samostatně zvládli použití WC. Toto přisuzuji zjištění, že jsem měla více samostatně chodících pacientů. Přesunutí z lůžka na židli a zpět bylo schopno učinit samostatně 75 (65%) respondentů, chůze po rovině samostatně byla možná pro 47 (41%) tázaných a zvládnutí schodů bylo v jejím výzkumu schopno provést samostatně pouze 37 (32%) respondentů. Dále jsme se rozcházel ve vyšší míře v počtu respondentů, kteří samostatně zvládli použití WC. Toto zjištění přisuzuji tomu, že jsem měla více samostatně chodících pacientů, protože vzorek mých respondentů obsahoval více mladších seniorů. Zvládnutí schodů pro seniory nebývá lehkou záležitostí a i zde se ve zjištěné hodnotě rozcházejí. Toto zjištění přikládám tomu, že jsem hodnotila chůzi i s kompenzačními pomůckami, kde bylo výzkumem zjištěno, že více jak 68% respondentů využívalo k chůzi kompenzační pomůcku.

Výzkumná otázka č.2: Jaké činnosti sebepéče senioři zvládají samostatně bez pomoci ošetrovatelského personálu během 2 týdnů po operaci?

Dle grafu č. 27 (s.47) lze vidět, jak rapidně došlo ke zhoršení až úplné neschopnosti respondentů zastávat všední činnosti sebepéče i přes to, že více jak 50 % se před úrazem zvládlo postarat o sebe i domácnost samostatně. Z grafu je zřejmé, že nejmenší problém seniorům činilo najedení a napití, které zvládli samostatně ve více jak 90% 2. den po operaci. Naopak největším problémem pro seniory byla hygiena, použití WC, chůze po rovině a po schodech, která jak je jasné, nebyla možná. Z celkového počtu respondentů 115 (100%) jich 106 (92,17%) uvedlo, že se zvládlo 2. den po operaci najíst a napít samostatně, 32 (27,83%) respondentů zapsalo, že se zvládlo obléknout samostatně a 7 (6,09%) uvedlo, že osobní hygienu zvládalo samostatně. Ostatní činnosti ADL testu nebyli respondenti schopni provést samostatně, nýbrž potřebovali velkou nebo úplnou pomoc oš. personálu.

V bakalářské práci Andrey Šerákové (2017), která psala práci na téma Ošetrovatelská péče o pacienty s frakturou proximálního femuru, lze posoudit výsledky jejího výzkumu s výsledky této práce. Ve výzkumné práci rozdělila pacienty dle typu operačního řešení zlomeniny a poté hodnotila každý typ v oblasti soběstačnosti zvlášť. Výsledky mezi sebou porovnávala. Uvedla, že v časném pooperačním období měli respondenti problém se sebedpěčí. Hodnotila soběstačnost metodou rozdělování bodů od 1 – 4. Číslo 4 znamenalo nejlepší hodnocení činnosti. Nejmenší problém měli respondenti 1. den po operaci s najedením a napitím, kde uvádí, že respondenti byli schopni přijímat tekutiny nebo stravu samostatně nebo s malou pomocí personálu. V tomto zjištění se shodujeme. V mém výzkumu vyšlo, že více jak 92% respondentů bylo schopno přijmout stravu a tekutiny samostatně. Toto zjištění mě nepřekvapilo, předpokládala jsem, že nedojde ke zhoršení schopnosti se najíst a napít. Při hodnocení vyprazdňování dochází k výsledku, že většina pacientů se 1. den po operaci vyprazdňuje na lůžku, čímž se ve zjištění opět shodujeme. V mém výzkumu bylo zjištěno, že více jak 97% respondentů nebylo schopno použití WC. V souvislosti s použitím toalety mě zajímalo, trpěli-li respondenti 2. den po operaci inkontinencí moče. Mohl operační výkon a upoutání na lůžko zapříčinit vznik inkontinence u někoho, kdo předtím inkontinencí netrpěl? Na základě výzkumu bylo zjištěno, že v době před úrazem trpělo inkontinencí moče více jak 23% respondentů a v časně době po operaci se hodnota zvýšila na 31% respondentů. 10. den po operaci trpělo inkontinencí moče více jak 29%, což poukazuje na mírný pokles hodnot. A. Šeráková dále udává, že oblékání bylo 1. den po operaci problémem pro většinu respondentů. Pomoci potřebovala s obléknutím většina a jen malá část se zvládla obléci samostatně. V mém výzkumu vyšlo, že více jak 50% tázaných potřebovalo malou pomoc a více jak 27% se zvládlo obléci samostatně. Zjištění mě překvapilo vzhledem k výsledkům hodnocení mobility v časném pooperačním stavu. Nemyslela jsem si, že bychom mohli dojít až tak odlišných výsledků. V mé práci jsem zjistila, že více jak 54% respondentů zvládlo 2. den po operaci polohování v rámci lůžka, pouze 0,87% respondentů bylo schopno sedu samostatně a jen necelých 20% zvládlo sed s pomocí. Zbytek uvedl, že pohyb nezvládal. A. Šeráková uvedla, že v časném pooperačním stavu byla většina pacientů schopna sedu s DKK z lůžka. Zde se výsledky našeho výzkumu rozcházejí. Výzkum A. Šerákové a výzkum téhle práce se shoduje, že nikdo z respondentů nebyl schopný samostatného použití WC, přesunu z lůžka na židli a chůze v časném pooperačním období.

Výzkumná otázka č.3: Došlo ke zlepšení schopnosti sebezpečí během 2 týdnů po operaci?

Při porovnání grafů č. 27 (s.47) a 28 (s.49) můžeme vidět velké změny v sebezpečí ve všech odvětvích ADL testu. Nejvíce viditelně vzrostla schopnost pacientů se umýt, dojít si na WC, zvládnout přesun z lůžka na židli a chůze po rovině. Chůze po schodech 10. den po operaci zůstává stále jednou z hůře ovládnutelných činností, avšak i zde je vidět procentuální rozdíl mezi 2. a 10. dnem po operaci. V najedení a napití stoupla schopnost samostatně se obsloužit o necelá 3%, obléknutí má přírůstek okolo 40% oproti 2. dni, k velmi velkému rozvoji došlo v koupání, kde činil nárůst okolo 80% zlepšení, kolem 80 % je viditelný přírůstek vzestupným směrem i u os. hygieny, použití WC a přesunu z lůžka na židli. Překvapilo mě, že rozdíl mezi 2. a 10. dnem by mohl být až tak veliký, ale výsledky výzkumu hovoří jasně. Ke zlepšení došlo nejvíce v chůzi, kde 90% respondentů udalo, že oproti 2. dni zvládají pohyb lépe. Osteosyntéza umožňuje již velmi brzkou rehabilitaci. 10. Den po operaci udalo zlepšení necelých 41% respondentů v chůzi po schodech, zbytek respondentů schůzi po schodech stále nezvládá. Z výsledku výzkumu mě velice překvapilo, že došlo k velkému návratu soběstačnosti v oblasti koupání. Více jak polovina respondentů zvládla koupel s dopomocí. Očekávala jsem, že chůze po schodech nebude možná ve stejném měřítku jako před úrazem, což se výzkumem potvrdilo.

Svou práci jsem porovnávala s bakalářskou prací Terezy Šimonové (2009), která ve své práci použila kvalitativní metodu výzkumu a vypracovala kazuistiky tří respondentů po operaci femuru. Mapovala vývoj schopností respondentů a porovnávala je mezi sebou. Hodnocen byl každý den zvlášť. Od 0. dne až po den 10. nebo do propuštění. Zjišťovala, jak se mění úroveň schopností. T. Šimonová uvedla, že respondentka č. 1 2. pooperační den požaduje analgetika a posazuje se pod dohledem fyzioterapeuta, respondentka č. 2 2. pooperační den požaduje analgetika a snaží se o stoj u lůžka, respondentka č. 3 2. pooperační den analgetika požaduje a zkouší stoj u lůžka v chodítku. V mém výzkumu požadovalo více jak 97% respondentů analgetika. Zde jsme se sešli v odpovědi, že pacienti 2. den po operaci mají bolesti. Tato odpověď mě nepřekvapila, jelikož jsem očekávala, že budou požadovat analgetika. Rozcházejí se v odpovědi na otázku, zdali jsou pacienti schopni 2. den po operaci stoje nebo chůze. Zatímco T. Šimonové vyšlo, že se respondentky 2 a 3 pokouší o stoj a chůzi, tak v mém

výzkumu vyšlo, že chůzi a stoj u lůžka 2. den po operaci nikdo neprovede. 10. den po operaci respondentka č. 1 zvládá chůzi sama, cvičí chůzi po schodech a analgetika nepožaduje. Respondentka č. 2 10. pooperační den zvládá chůzi samostatně o 2 berlích a cvičí chůzi po schodech. Analgetika nepotřebuje. Respondentka č. 3 10. den po operaci chodí samostatně se dvěma berlemi a cvičí chůzi po schodech. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že se shodují odpovědi v mém výzkumu s výzkumem T. Šimonové. Chůzi zvládá 10. den po operaci více jak 90% všech respondentů. V mém výzkumu vyšlo, že 10. den po operaci stále víc jak 90% respondentů požaduje analgetika, k čemuž mě zajímalo, jak často pacienti analgetika chtějí. Výzkumnou otázkou bylo zjištěno, že více jak polovině stačí podat analgetikum 1 – 2 denně. V této práci autorka velmi dobře popsala vývoj schopností respondenta a lze tak krásně vidět, jak postupně docházelo ke zlepšování schopností. S prací T. Šimonové se výzkum s výzkumem této práce v oblasti hygieny, stravy a chůze shoduje. Dochází ke zlepšení činností sebepečce a rozvoji schopností během 2 týdnů po operaci. Rozcházíme se v názorech, že respondenti zvládli chůzi po úraze téměř stejně dobře jako před úrazem, jelikož ve výzkumu v mé práci zvládlo chůzi po schodech jen nepatrné procento zúčastněných.

Cíl byl splněn a analyzován třemi výzkumnými otázkami, které detailně rozebírají charakteristiku předúrazového, časného pooperačního stavu a stavu 10. den po operaci. Zmapovaly, jak se změnila schopnost sebepečce z předúrazového stavu do 10. pooperačního dne pacientů. V samostatném najedení a napití, nastala změna z 96,52% na 94,78%, v oblékání z 92,17% na 68,70%, v osobní hygieně z 81,74% na 58,26%, v použití WC z 78,26% na 31,30%, kde ale více jak 45% uvádí, že 10. den po OP potřebuje menší pomoc při použití WC, v přesunu z lůžka na židli z 89,96% na 49,57% kde dále více jak 32,17% uvádí, že potřebují menší pomoc. Největší změny nastaly v samostatném koupání, kde se z 60% respondentů pouze 17,39% vykoupalo samostatně, ovšem více jak 55% uvedlo, že potřebuje 10. den po operaci menší pomoc, dále v chůzi, která se z 67,83% samostatných respondentů změnila na 17,39%, ale více jak 50% uvádí, že potřebuje menší pomoc při chůzi a dále v chůzi po schodech kde z 48,70% samostatně chodících po schodech před úrazem uvedlo pouze 6,09%, že zvládlo 10. den po operaci chůzi samostatně. 40,87% uvádí, že chůzi po schodech 10. pooperační den nezvládá.

Zajímavým poznatkem po vypracování výzkumné části a sestavení grafů z dotazníků bylo zjištění, že chůzi před operací zvládali chůzi všichni respondenti. Někteří výborně jiní hůře. Výsledkem mého zjištění bylo, že pouze 22,61% udalo, že zvládalo chůzi kamkoli, ale při hodnocení kvality chůze zhodnotilo 26,96% respondentů, že chůze byla výborná.

Výzkumem bylo zjištěno, že více jak 26% respondentů uvedlo, že po operačním řešení zlomeniny nastala změna v kvalitě spánku. Toto zjištění mě nepřekvapilo, protože jsem předpokládala, že po operaci nebudou mít respondenti stejné podmínky jako v domácím prostředí nebo budou mít bolesti, které mohou ovlivnit kvalitu spánku.

Dále bylo výzkumem zjištěno, že více jak 15% respondentů uvedlo, že trpí psychickými obtížemi. Tato informace, mě nepřekvapila, předpokládala jsem, že alespoň nepatrné procento zúčastněných uvede nějaký psychický problém, který by mohl nastat po operaci. Předpokládala jsem, že nejvíce respondentů uvede, že má strach. Toto očekávání se naplnilo.

Výzkum také zmapoval, jak se průběh bolestí během 10 dní měnil. 2. den po operaci uvádí bolesti 97,39% respondentů, kde více jak 62% zapsalo, že analgetika potřebovalo 3-4 denně. 10. den po operaci bolesti uvádí stále více jak 90% respondentů, ale více jak 57% uvádí, že analgetika potřebují již jen 1-2 denně. Nejčastějším typem užívaného analgetika 2. den po operaci je dle průzkumu kombinovaná forma. Předpokládala jsem, že kombinovaná forma bude v časném pooperačním období nejvíce zastoupenou formou analgetik, kterou uvedlo více jak 84% respondentů. 10. den po operaci jsou nejčastějším typem analgetik dle průzkumu tablety, které zvolilo více jak 73% respondentů. Toto zjištění mě nepřekvapilo, počítala jsem, že 10. den po operaci bude na intenzitu bolestí většině stačit tableta.

Dle výsledků dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 28,42% respondentů by v nemocnici rádo neztratilo kontakt s rodinou, 16,67% by chtělo číst, 22,40% by chtělo sledovat TV, 14,48% respondentů by chtělo poslouchat rádio. Méně zastoupenými přáními bylo pletení nebo háčkování, které uvedlo méně jak 5%, malování, modelování a jiné, kde zájem uvedlo méně než 1%. Spánek uvedlo méně než 4%. Na kvalitu spánku by se měli zdravotníci zaměřit. Je to velmi často opomíjené.

4 Návrh řešení pro praxi

Zlomenina krčku kosti stehenní je stále rozšířenějším úrazem a přibývá pacientů hospitalizovaných v nemocnici s tímto úrazem. Pro zkvalitňování života seniorů hospitalizovaných v nemocnicích, léčebnách ale i doma bych doporučila, aby od samého začátku byl kladen důraz na nácvik činností sebezpečí, čímž můžeme dosáhnout tím, že při ranní hygieně podáme pacientovi žínku a řekneme mu, ať se umyje, kde to zvládne. Při přikládání podložní mísy, říci, ať se zapře o zdravou končetinu a snaží se nadzvednout.

Dále bych doporučila edukovat klienty o důležitosti včasné a efektivní rehabilitace a mobilizace a upozornit na nežádoucí účinky dlouhodobého upoutání na lůžko. Zajistit dostatečnou informovanost klientů o průběhu rehabilitace a rehabilitačních možnostech po propuštění z nemocnice. Doporučuji nabídnout nejrozličnější antidekubitní nebo kompenzační pomůcky a třeba je i názorně ukázat, jak mohou být využity v praxi a rodina nebo klient se mohl rozhodnout, zdali je využije. Nabízet písemné informace formou letáků nebo obrázků.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že senioři by v rámci nemocnice chtěli, aby měli kontakt s rodinou. Psychický a fyzický kontakt s blízkou osobou má blahodárný dopad na motivaci a účastnění se aktivit sebezpečí, jejich zdokonalování povede k navýšení kvality života. Doporučuji začlenit rodinu do rehabilitace a nácviku činností, sdělit rodině co dělá pacientovi největší problém, poradit nebo ukázat, jakým stylem oni samy mohou ve svém příbuzném podporovat motivaci ke zlepšení soběstačnosti. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že největší problém byl pro pacienty zvládnout chůzi po schodech. Doporučuji pověřit rodinu, aby při návštěvě trénovali s pacientem chůzi a snažili se i zkoušet schody. Doporučuji umožnit návštěvy kdykoli. Z vlastní zkušenosti z praxe vím, že mnoho pacientů s fyzioterapeutem zkoušet schody nechce, ale s někým z rodiny by šel rád. V praxi zejména na LDN vidím pozitivní efekt, který přináší kontakt s rodinou a její zapojení do aktivizace pacienta.

Výzkumem bylo také zjištěno, že skoro 16% respondentů trpí psychickými obtížemi jako deprese, úzkost nebo strach. Navrhuji se zaměřit na tyto pacienty. U takovýchto klientů bych doporučovala možnost konzultace s psychologem, popřípadě psychiatrem, aby se mohli svěřit se obavami, které je sužují a mohlo dojít k jejich co nejrychlejší eliminaci.

Z výzkumu bylo zjištěno, že téměř polovina respondentů uvažuje o změně bydlení, protože návrat do předchozího bydliště je z nějakých důvodů nevyhovující. Pro ně bych doporučila, dát kontakty na domácí péče, charity a jiná zařízení. Téměř 47% zúčastněných uvedlo, že před úrazem bydleli s manželem nebo manželkou. Doporučila bych tuto tematiku ještě více prozkoumat, například z hlediska fyzického stavu partnera/ky. Pokud dojde ke zjištění soběstačnosti a možností domácího prostředí jaké klient a jeho příbuzný mají, nemusí být třeba kolikrát ani nutné opouštět předchozí bydlení. Mnoho seniorů si myslí, že by se doma s manželem/kou nezvládli o sebe postarat. Zjištěním těchto informací, může být pro mnoho seniorů klíčovou odpovědí.

Závěr

Ve své bakalářské práci na téma Kvalita života seniorů po operaci krčku kosti stehenní jsem se zaměřila na seniory, kteří prodělali operační léčbu zlomeniny femuru a snažila jsem se zjistit, jak kvalitní život mohou senioři po operaci prožívat. Dále také do jaké míry se zvládnou vrátit do původní kondice, aby mohli dále buďto samostatně bez pomoci nebo s minimální pomocí pokračovat v poklidném žití. Zjišťovala jsem, jak změny v sebezpečí ovlivňují kvalitu života seniorů po operaci krčku kosti stehenní.

Na základě odborné literatury jsem vypracovala teoretickou část. V teoretické části jsem popsala historii kvality života, kvalitu života jako termín, její dimenze, anatomii dolní končetiny, patologii kostní tkáně, dále jsem v teoretické části zpracovávala druhy zlomenin a jejich operativní metody, předoperační a pooperační péči a následnou rehabilitaci, která je pro rychlé a kvalitní začlenění života spolu s možnostmi pacienta nejdůležitějším faktorem.

Sběr dat probíhal ve třech nemocnicích a to v kraji Vysočina v Jihlavě a v kraji Jihočeském v nemocnici Jindřichův Hradec a Dačice. Cíl, který byl k práci zvolen, jsem zjišťovala třemi výzkumnými otázkami. V dotazníku na straně 3 byla tabulka týkající se ADL činností, jejíž vizuální podoba a obsah byl převzat z Barthel testu a následně mírně upraven. Tabulkou jsem zvládla analyzovat schopnosti seniorů v sebezpečí před úrazem, 2. den po operaci a následný vývoj schopností do 10. dne po operaci. Z mého výzkumu jsem zjistila, že mezi předúrazovým stavem a stavem 2. den po operaci byl značný propad činností sebezpečí, který se v průběhu 10 dní měnil a tvaroval. Rozdíl mezi 2. a 10. dnem je viditelný. Došlo k nárůstu schopností stravování, oblékání, koupele a osobní hygieny. Největší deficit od stavu před úrazem zůstal v chůzi po rovině a chůzi po schodech. Dalšími otázkami dotazníku byly zjišťovány informace vypovídající o jiné straně kvality života, nejen o sebeobslužné. Zjišťovala jsem, zdali došlo ke změně ve spánku po operačním řešení úrazu. Více jak polovina respondentů neuvedla změnu. Dále bylo zjišťováno, zda trpí psychickými obtížemi, které by mohly snižovat úroveň kvality života. Někteří respondenti uvedli, že změna po operaci nastala a trpí psychickými obtížemi. Mapováním bolesti jsem chtěla prozkoumat, jestli může být kvalita ovlivněna intenzitou bolesti. Dále jsem se zajímala o koníčky jednotlivých respondentů, které by měli rádi a chtěli by je dělat, protože si myslím, že dobře strávený čas v nemocnici pacientům zvyšuje kvalitu života tím, že dělají činnosti které je baví.

Seznam citované literatury

BLAŽEK, Martin a kol., 2012. *Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. Interní medicína pro praxi* [online]. 1998-, 14(11), 422-428 [cit. 2019-03-20]. Dostupné z: file:///C:/Users/Uzivatel/Downloads/Solen_int-201211-0006.pdf

ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH Zdeněk a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.

DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada.. ISBN 978-80-247-4357-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3240-4

HOZA, Petr a kolektiv, 2008. ZLOMENINY PROXIMÁLNÍHO FEMURU A JEJICH ŘEŠENÍ. *Medicína pro praxi* [online]. 2003-, 5(10), 393-397 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/12.pdf>

JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.

KŘIVÁNKOVÁ, Markéta a Milena HRADOVÁ, 2009. *Somatologie: Učebnice pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2988-6.

PAPOUŠEK, Jiří, 2014. REHABILITACE POÚRAZOVÝCH STAVŮ U SENIORŮ. *Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze* [online]. Praha, [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.nmskb.cz/pro-zdravotniky/seminare/realizovane-akce>

Péče o pacienty s Kirschnerovou extenzí, 2005, *Zdravotnictví a medicína* [online]. Praha, [cit. 2019-03-17]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pece-o-pacienty-s-kirschnerovou-extenzi-284900>

PRINCOVÁ, Pavlína, 2013. *Fyzioterapie u pacientů se zlomeninou kosti stehenní v krčku* [online]. České Budějovice. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/lxa2qy/BCP.pdf>. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Zeman Marek, PhDr. Ph.D.

SAK, Petr a Karolína KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3850-5.

VACULÍK, J. a kolektiv., 2009. Péče o pacienty se zlomeninou horního konce stehenní kosti.: I. Ortopedická péče. Doporučené postupy České revmatologické společnosti a Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu. *Medicina pro praxi* [online]. 1998-, 17(3), 134-144 [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: http://www.revmatologicka-spolecnost.cz/dokumenty/Pece_o_pacienty_se_zlomeninou_horniho_konce_stehen.pdf

EGOL, Kenneth A. a Philipp LEUCHT, 2017. *Proximal Femur Fractures: An Evidence- Based Approach to Evaluation and Management*. Cham (Switzerland): Springer International Publishing. ISBN 978-3-319-64902-3.

FUCHSOVÁ, Pavlína, 2010 *Problematika soběstačnosti a její dopad na každodenní život seniorů* [online]. Olomouc [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/cazosj/80346-858136656.pdf>. Diplomová práce. UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI Pedagogická fakulta Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce PhDr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.

HALMO, Renata, 2014. *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4811-5.

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

MAČÁK, Jirka, MAČÁKOVÁ Jana a Jana DVOŘÁČKOVÁ, 2012. *Patologie: 2. doplněné vydání*. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.

Osteoporóza - prevence a léčba, 2015. | IKEM. [online]. Copyright © Institut klinické a experimentální medicíny [cit. 13.04.2019]. Dostupné z: <https://www.ikem.cz/cs/osteoporoz-a-prevence-a-lecba/a-1998/>

POKORNÁ, Andrea, 2013. *Ošetrovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4316-5.

SLEZÁKOVÁ, LENKA a Hana ČOUPKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ, 2006. *Interní ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1148-6.

ŠERÁKOVÁ, Andrea, 2017. *Ošetrovatelská péče o pacienty s frakturou proximálního femuru* [online]. Pardubice. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/68040/SerakovaA_OšetrovatelskaPece_MH_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

ŠIMONOVÁ, Tereza, 2009. *Ošetrovatelský proces u nemocného s frakturou krčku femuru ve vztahu k operačnímu řešení* [online]. Pardubice. [cit. 2019-04-12]. Dostupné z:

https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/33518/%C5%A0imonov%C3%A1T_O%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%BD%20proces_MH_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. UNIVERZITA PARDUBICE FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová, Ph.D.

VLČEK, Jiří, FIALOVÁ Daniela a Magda VYTRŽÍSALOVÁ, 2014. *Klinická farmacie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3169-8.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika: Třetí, doplněné a přepracované vydání*. 3. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3778-6

ŽVÁK, Ivo, 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1347-0.