

# **Specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti**

Štěpánka Mičáková

---

Bakalářská práce  
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Štěpánka Mlčáková
Osobní číslo:	H18541
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace šetření technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: Tisková/elektronická

Seznam doporučené literatury:

- BEZDÍČKOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ. *Ošetřovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.  
DUNGL, P. *Ortopedie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.  
EGOL, K. A. a P. LEUCHT. *Proximal Femur Fractures*. USA: Springer International Publishing, 2017. p. 188. ISBN 3319649027.  
HERDMAN, T. H. NIANDA *International nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2013. 533 s. ISBN 978-0-4706-5482-8.  
HROZENSKÁ, M. a D. DVORÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.  
VODIČKA, J. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolínium, 2014. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.  
WENDSCHE, P. a R. VESELÝ. *Traumatologie*. Praha: Galén, 2015. 371 s. ISBN 978-80-7492-211-4.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Miroslava Kubicová, PhD.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**PhDr. Pavla Kudlová, PhD.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 7. ledna 2021

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1/</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2/</sup>;
- podle § 60 <sup>3/</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3/</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).  
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.5.2021

<sup>1/</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování záverečných prací;

<sup>2/</sup> Vysoká škola nerýdličně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví směrnicí předpisy vysoké školy.

(2) *Diplomová, diplomová, bakalářská a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být již nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlédnutí veřejnosti v místě určeném veřejným přístupem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může za zveřejnění práce počítovat na své náklady výpis, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Plán, je odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(1) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školská či vzdělávací zařízení, ačho-li náhodí za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školské dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školské dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školského díla (§ 35 odst. 3). Odprá-li autor takového díla udělil svolení bez výhradní dohady, mohou se tyto smlouvy domáhat nabrzení chybného projevu jeho vůle a zneužití. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školského díla své dílo užití či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školského díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se příkladem k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školského díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje problematice specifík ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti. V teoretické části jsou vymezeny pojmy procesu stárnutí a stáří. V další kapitole jsem uvedla poznatky o anatomii stehenní kosti a kyčelního kloubu. Dále jsou stručně popsány typy zlomenin a způsob jejich léčby konzervativním nebo operačním postupem. Pozornost je věnována komplikacím, které souvisejí s operací zlomeniny stehenní kosti, a metodami jejich předcházení. Další kapitola se zaměřuje na předoperační, krátkodobou a bezprostřední přípravu pacienta i pooperační péči o něj po operaci zlomeniny stehenní kosti z pohledu sestry. V závěru kapitoly je popsána rehabilitace a následná péče o pacienta. V praktické části bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního šetření, které proběhlo pomocí dotazníku a zjišťovalo u respondentů specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti. Cílem bylo rovněž zjistit znalost všeobecných sester ošetrovatelské péče u pacientů po operaci stehenní kosti.

Klíčová slova: zlomenina, stehenní kost, specifika ošetrovatelské péče, rehabilitace, senior

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis deals with the specifics of nursing care of seniors after a fractured femur. The theoretical part defines the concepts of the ageing and ageing process. In the next chapter, I presented findings on the anatomy of the femur and hip joint. Furthermore, the types of fractures and how to treat them with a conservative or operational procedure are briefly described. Attention is paid to complications related to the operation of a fracture of the femur, and methods of preventing them. The next chapter focuses on preoperative, short-term and immediate preparation of the patient and postoperative care for him after surgery for a fracture of the femur from the perspective of the nurse. At the end of the chapter, rehabilitation and subsequent care of the patient are described. In the practical part of the bachelor's thesis, the results of a quantitative survey were prepared, which was carried out using a questionnaire and surveyed the specifics of nursing care in seniors after a fracture of the femur. The aim was also to determine whether general nurses have knowledge about nursing care of seniors after operation femur fracture.

Keywords: fracture, femur, nursing specifics, rehabilitation, senior.

Chtěla bych poděkovat mé vedoucí bakalářské práce PhDr. Miroslavě Kubicové, PhD. za ochotu, trpělivost a vedení. Dále děkuji rodině a přátelům za podporu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 PROCES STÁRNUTÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ .....	12
1.2 PERIODIZACE VE STÁŘÍ.....	14
1.3 BIOLOGICKÝ PROCES STÁRNUTÍ .....	14
1.4 SOCIÁLNÍ PROCES STÁRNUTÍ .....	15
1.5 PSYCHICKÝ PROCES STÁRNUTÍ .....	15
<b>2 ZLOMENINA STEHENNÍ KOSTI.....</b>	<b>17</b>
2.1 ANATOMIE STEHENNÍ KOSTI .....	17
2.2 TYPY ZLOMENIN STEHENNÍ KOSTI .....	18
2.2.1 Zlomeniny proximálního femuru .....	18
2.2.2 Zlomeniny diafýzy femuru.....	20
2.3 DIAGNOSTIKA ZLOMENINY STEHENNÍ KOSTI .....	20
2.4 ANAMNÉZA .....	20
2.5 KLINICKÉ VYŠETŘENÍ.....	20
2.6 LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ .....	21
2.7 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	21
2.8 LÉČBA .....	21
2.8.1 Konzervativní terapie .....	22
2.8.2 Operační terapie .....	22
2.9 KOMPLIKACE.....	23
2.10 PROGNOZA .....	23
<b>3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE .....</b>	<b>24</b>
3.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE .....	24
3.2 KRÁTKODOBÁ PŘÍPRAVA.....	24
3.3 BEZPROSTŘEDNÍ PŘÍPRAVA .....	25
3.4 POOPERAČNÍ PÉČE .....	25
3.4.1 Monitorace, tlumení bolesti .....	25
3.4.2 Poloha, pohybový režim.....	26
3.4.3 Hygienická péče .....	26
3.4.4 Prevence dekubitů .....	26
3.4.5 Vyprazdňování .....	27
3.4.6 Prevence tromboembolické nemoci .....	27
3.4.7 Péče o operační ránu .....	28
3.4.8 Výživa .....	28
3.4.9 Psychosociální potřeby.....	28



3.4.10 Domácí péče.....	28
3.5 REHABILITACE .....	29
3.5.1 Pooperační péče během hospitalizace .....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
<b>4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>32</b>
4.2 METODIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	32
4.4 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	33
4.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	33
<b>5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....</b>	<b>34</b>
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>56</b>
<b>7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>58</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>

## ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti. Dle mého názoru je toto téma velmi aktuální, jelikož se neustále zvyšuje výskyt zlomenin stehenní kosti u seniorů, který je problémem nejen terapeutickým, ale taktéž sociálním a ekonomickým. Většina těchto pacientů je ve věku nad 60 let a charakteristickým znakem pro tuto věkovou kategorii je velký úbytek kostní hmoty, který vede často až k odvápnění kosti a následně k oslabení kostní tkáně a osteoporóze.

Teoretická část práce je členěna do tří kapitol. V první kapitole jsou vymezeny pojmy procesu stárnutí a stáří, periodizace ve stáří a změny, které toto období přináší. Tyto změny mohou být biologické, sociální a duševní. Jelikož jsou tyto změny u každého jedince individuální, je výhodou mít o nich povědomí. Obecně je zahrnuta příprava na stáří a taktéž rizikové vlivy nejen okolí, které působí na jedince. Rovněž se zabývám stářím, které lze chápat jako celoživotní cyklus a konečnou fázi jedince.

V druhé kapitole bakalářské práce je stručně popsána anatomie stehenní kosti a kyčelního kloubu. Také je věnována pozornost zlomenině stehenní kosti, ke které dochází z důvodu úrazu, pádu na bok, opakovaného namáhání kosti nebo vlivem patologického onemocnění kosti. Dále jsou zmíněné typy zlomenin stehenní kosti a jejich klasifikace. Pozornost je věnována důležitosti správné diagnostice, volení způsobu léčby buď konzervativním nebo chirurgickým řešením dle typu zlomenin a celkového stavu pacienta. V dnešní době se prosazuje více operační řešení, protože má výrazný vliv na kratší dobu léčení a na plný návrat k pohybu.

Třetí kapitola této práce se zabývá specifiky ošetrovatelské péče u seniorů po operaci stehenní kosti. Dále je popsána předoperační, krátkodobé a bezprostřední přípravě pacienta i pooperační péči o pacienta po operaci zlomeniny stehenní kosti z pohledu sestry. Důležitým aspektem je rehabilitace pacienta po operaci stehenní kosti a jeho správná edukace, která úzce souvisí s ošetrovatelskou a následnou péčí pacienta.

V praktická částí bakalářské práce jsou zpracovány výsledky kvantitativního šetření. Pomocí dotazníku byla zjišťována u respondentů specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry, které se podílejí na ošetrovatelské péči u pacientů po zlomenině stehenní kosti.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PROCES STÁRNUTÍ

Procesem stárnutí se zabývá vědní obor gerontologie. Tato vědní disciplína zahrnuje zkoumání problematiky ve stáří a v životě starých lidí. Dělí se na tři hlavní odvětví. První odvětví se věnuje problematice vzniku organismu a jeho stárnutí. Druhé odvětví se zaměřuje na vztah starého člověka a společnosti, který má dopad na populační stárnutí společnosti a její růst. Třetí odvětví pohlíží na starého člověka z hlediska medicíny, vnímá jeho celkový zdravotní a funkční stav. Specializační obor gerontologie se nazývá geriatrie. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 16-17)

### 1.1 Vymezení pojmů stárnutí

Stárnutí lze definovat z hlediska biologických, sociálních a psychologických procesů. Proces stárnutí je charakterizovaný strukturální a funkční změnou organismu. Na každého jedince působí individuálně. U jedince je zaznamenán pokles výkonnosti v jedné oblasti a nárůst schopností v jiných oblastech. Rozdíly stejné věkové skupiny mohou být nejčastěji ovlivněny po zdravotní, psychické a sociální stránce. Na jedince působí faktory z okolního světa. Věková hranice stoupá výše a společnost vnímá jedince jako staršího člověka. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 12)

Stárnutí se člení na dvě teorie, které se zabývají spojitostí stárnutí všech živých organismů. První teorie programovaného stárnutí klade důraz na význam specifické genetické ontogeneze, proces stárnutí a vlastního dožití. Tato teorie poukazuje na důležitost časované aktivity a spojení jednotlivých genů ve stáří, vede k dosažení maximálního počtu buněčného dělení před buněčným zánikem. Druhá teorie stochastická se zaměřuje na vzniklé změny organismů, kde dochází k degenerativním změnám organismu. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 23)

Stárnutí a stáří zahrnuje anatomii a fyziologii, kde označuje funkční a morfologické změny a jejich spojitost. Změna funkce závisí na reakci změny ve struktuře. Proces stárnutí nastává v určitém věku a rychlost stárnutí je různá, ale stárnutí orgánové stejně nestárne. Proces stárnutí je u každého jedince individuální. Funkční věk nemusí korespondovat s kalendářním věkem. Charakteristické funkční změny jsou funkční stárnutí a regrese. Primární změny jsou na základě buněk, tkání a orgánů. Sekundární změny jsou na základě patologických procesů. Stárnutí se odvíjí od vzájemného působení genetiky a rizikových faktorů z okolního světa, které na jedince působí po stránce pracovní a sociální. (Malíková, 2020, s. 16)

Stárnutí postihuje živou hmotu. Výsledkem stárnutí je stáří. Významné vlivy a nelehké prostředí formuluje funkční změny jedince, dále jeho fungování a míru rozvíjení stařeckých změn. V nelehkém prostředí má vliv na časné umírání. Přirozená délka života souvisí s procesem stárnutí. Dělí se dle variability na vlivy genetické, rizikové faktory, vlivy prostředí a způsob života, konzumace stravy a fyzické aktivity. Při stárnutí se vytrácí způsob odolnosti, adaptace, funkčnost organismu a regulačních schopností. Přirozená smrt je způsobená jedinečně involučními změnami. (Kalvach, 2004, s. 196)

Sociologie stáří je obor, který se zabývá stářím, stárnutím jako sociálním jevem. Tato aplikovaná disciplína zkoumá moderní společnost a její vliv na sociální život. Lze sociologicky definovat spojení biologických, psychologických a sociálních procesů. Ve společnosti je charakterizující šedivění populace, odvíjí se menším počtem dětí v rodině, který prodlužuje délku života. Zrození a smrt má stejnou váhu i na životní dráhu jedince. Stáří lze chápat jako celoživotní cyklus, který celý život jedinečným způsobem a obsahem ovlivňuje kvalitu stárnutí jedince. (Čeledová a Čevela, 2018, s. 476)

Pojem stáří jako vyvrcholení a konečná fáze života jedince, v ní žije důsledkem společnosti. Ve společnosti stáří je určitým produktem. Stáří lze chápat jako celoživotní cyklus. Prožité etapy jako je dětství, mládí, a dospělost ovlivňují kvalitu stáří. (Sak a Kolesárová, 2012, s. 22) *„Prodlužování délky života člověka má význam nejen vzhledem k jednotlivému člověku. Prodlužování střední délky života obsahuje potenciál zpětného vlivu na kvalitu společnosti, na její proměnu v dlouhověkou společnost.“* (Sak a Kolesárová, 2012, s. 22).

## 1.2 Periodizace ve stáří

Periodizace ve stáří se člení na kalendářní věk, biologický věk, funkční stav, sociální stáří, třetí a čtvrtý věk a produktivní věk. Světová zdravotnická organizace (WHO) schválila patnáctiletou periodizaci lidského života, která se člení:

- 60 - 74 let: stáří rané (počátek stáří);
- 75 - 89 let: stáří vlastní (pokročilý, vyšší věk);
- nad 90 let: dlouhověkost. (Ondrušová a Krahulcová, 2020, s. 18)

Lidé, kteří dosáhli dlouhověkosti, stárnou pomaleji. Jsou výkonní a zdatní do vysokého věku. Jejich kalendářní věk je vyšší než věk biologický. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 26)

V současnosti se u seniorů se postupně mění členění počátku stáří od 65 let a stáří vlastní je od 75 let. Aktuální členění dle výrazného zlepšení stavu seniorů:

- 65 - 74 let: mladý senior;
- 75 - 84 let: starý senior;
- 85 a více let: velmi starý senior. (Ondrušová a Krahulcová., 2020, s. 18)

## 1.3 Biologický proces stárnutí

Biologické stárnutí zahrnuje změny, které jsou funkční a morfologické. Probíhají orgánové změny buněk a tkání. Stárnutí začíná viditelnými změnami vzhledu a úbytkem svalové hmoty. Ve stárnutí se mění termoregulace organismu. Starší člověk je náchylnější vůči vlivům okolí. Dochází k degenerativním smyslovým změnám např. ke ztrátě sluchu. Kardiopulmonální změny se mění, klesá kvalita dýchání i objem plic. Větší výskyt kardiovaskulárních onemocnění. Změny v trávicím ústrojí jsou nejčastěji způsobeny špatným životním stylem, rizikovými faktory i dědičností. Další výraznou změnou ve stáří je při vylučování moči, častěji únik moči i oslabené svaly pánevního dna, mohou způsobit inkontinenci. Upadá sexuální aktivita ve stáří. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 30-31)

Biologické změny ve stáří mohou být ovlivněny způsobem života. Hlavním aspektem je vliv genetické dispozice. Důležitá je prevence vzniku onemocnění. Taktéž je důležitá předběžná diagnostika, začátek léčby, včasná rehabilitace. Křehkost kostí, úbytek svalů, svalová slabost

a zhoršená chůze jsou primární projevy biologického stárnutí. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 24)

#### 1.4 Sociální proces stárnutí

S přibývajícím věkem dochází u člověka k mnoha změnám. Sociální změny ve stáří u jedince bývají naplánovaný nebo neplánovaný odchod do důchodu z důvodu zdravotního stavu, neovládání práce po fyzické či psychické stránce. Dochází k přehodnocení životního stylu, stravovacích návyků, pitného režimu, fyzické aktivity, denní aktivity, nových koníčků a udržování zdravých mezilidských vztahů. Další změnou pro jedince může být stěhování, pokud žije sám a neovládá základní potřeby, je pro něho lepší volba žít u rodiny, nebo využít možností sociálních služeb, denních center i denních stacionářů. Přestěhování i odchod do důchodu seniora poznamená v tom směru, že ztrácí každodenní kontakt s lidmi, komunikaci i motivaci. U seniorů může vznikat pocit osamělosti a propadají do depresí. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 31)

Senioři zaujímají sociální postoj vůči mladším osobám ve společnosti. Změny názorů na pracovní výkonost, vzdělání, manželství a výchovu dětí. Od mladších osob dostávají přísun energie a nový nestranný pohled na svět. Po sociální stránce je pro seniora ve stárnutí důležitý pocit zázemí. Kvalitní čas s rodinou a jejich vnoučaty. Může hrozit i ekonomická krize při odchodu do důchodu. Spoléhají se na rodinné příslušníky. Ochota rodiny starat se nebo spolehnout se na profesionální sociální služby. (Haškovcová, 2012, s. 14)

#### 1.5 Psychický proces stárnutí

Psychické změny ve stáří působí na celkové zdraví staršího člověka. Změny začínají zpomalením nervových činností, zpomalená reakce rychle se rozhodnout v dané situaci. Zhoršení zraku a sluchu může vyvolat pocit úzkosti nebo deprese. Zhoršená adaptace na nové věci, situace, prostředí a lidi. U starších lidí může začít pocit nedůvěřivosti k okolnímu světu. Snižuje se sebedůvěra důsledkem zapomínání, dochází ke zhoršení osvojení si nových věcí, zdravotní stav a funkční stav není ve stáří podle jedincových představ, častý výskyt onemocnění, emoční labilita. Přerušování mezilidského kontaktu s lidmi vyvolává v jedinci pocit odcizování. Psychické změny u jedince ve stáří může pozorovat on sám nebo jeho okolí. (Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 36)

Psychické faktory ovlivňují typ osobnosti člověka a jeho postoj ke stáří. Pozitivní postoj na stáří jedinci pomáhá lépe se adaptovat ve stáří. Naopak negativní postoj na stáří způsobuje

horší adaptaci ve stáří. Nezájem o společnost nebo být upravený, nosit čisté oblečení, typ chůze a styl chování. (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016, s. 26)



## 2 ZLOMENINA STEHENNÍ KOSTI

Pojem zlomenina lze definovat jako porušení kostní tkáně. Zlomenina stehenní kosti postihuje všechny věkové kategorie. Vznik zlomenin se řadí do dvou skupin: patofyziologické a mechanické síly. (Žvák a kol., 2006, s. 142)

U první skupiny vznikají patologické zlomeniny na základě strukturálních změn kostní tkáně patologickým procesem. Strukturální změny způsobují nádory, osteoporózu, cysty, specifické záněty, revmatickou artritidu. Spontánní zlomeniny jsou způsobeny dlouhodobým zatěžováním. Druhá skupina, tzv. úrazové zlomeniny, vznikají působením mechanického násilí jako jsou např. tlak, tah a ohyb. (Žvák a kol., 2006, s. 142)

### 2.1 Anatomie stehenní kosti

**Stehenní kost (os femoris)** je největší, nejdelší a nejsilnější kost v lidském těle. Proximální část se skládá z hlavice (caput femoris), krčku (collum femoris), z těla (corpus femoris) a kondyl (condyl femoris). Trochanterický masiv tvoří malý chocholík (trochanter minor) a velký chocholík (trochanter major). Krček je u dospělých lidí dlouhý 5 cm. Velký trochanter je místem opory a úchopu svalů. Orientační body z chirurgického hlediska jsou na velkém trochanteru a slouží při operačních výkonech v oblasti kyčelního kloubu a části proximálního konce stehenní kosti. Malý trochanter je místem opory a úchopu menších svalů. Proximální femur kryje silná vrstva hutné kosti, uvnitř dutin se nachází složité systémy houbovitě kosti. Perikapsulární cévní okruh má velkou roli pro výživu hlavice a krčku, které vstupují při bázi krčku do pouzdra. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 220)

**Kyčelní kloub (articulatio coxae)** je velký kloub kulovitý omezený. Hlavici kloubu tvoří caput femoris a kloubní jamka tvoří acetabulum kosti pánevní. Na okrajích acetabula je doplněna vazivová chrupavka. Na okraji acetabula začíná pouzdro kloubní, které se ventrálně upíná na intertrochanterické linii a dorzálně na crista intertrochanterica. Acetabulum tvoří kosti kyčelní, sedací a stydkou kost. Kloubní pouzdro je nejsilnější na ventrální straně. Na spodní straně krčku je zeslabené. Pro stabilnější funkci a oporu je zpevněno mohutnými vazy. Ligamentum iliofemorale je nejmohutnější vaz v lidském těle. Vaz je napjatý ve stoje, napomáhá stabilizovat kloub a zabraňuje pánvi sklouznout do strany. Lig. pubofemorale v kyčelním kloubu snižuje abdukci a zevní rotaci. Lig. ischiofemorale je na zadní straně pouzdra, kde se upíná na zevní okraj lig. iliofemorale. (Rychlíková, 2019, s. 180)

## 2.2 Typy zlomenin stehenní kosti

Typy zlomenin lze definovat jako porušení kostní kontinuity, kde dochází k úrazu, pádu z výšek, opakovaného namáhání kosti nebo vlivem patologického onemocnění kosti.

### 2.2.1 Zlomeniny proximálního femuru

Proximální zlomenina se dělí do tří skupin. Na zlomeniny hlavice femuru, zlomeniny krčku femuru a trochanterické zlomeniny. (Egol a Leucht, 2017, s. 100)

#### 2.2.1.1 Zlomenina hlavice femuru

Zlomenina hlavice femuru je vzácná, vzniká postižením při vysokoenergetickém úrazu a nejčastěji dochází k luxaci kyčle. Dělí se na přední a zadní luxace. Mohou být izolované nebo spojené jako luxační zlomenina. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 221)

Pipkinova klasifikace se člení do čtyř typů zlomenin hlavice femuru. Prvním typem je luxace kyčle spojená se zlomeninou hlavice pod úrovní fovea capitis femoris. Druhým typem je luxace kyčle spojená se zlomeninou hlavice nad úrovní fovea capitis femoris. Třetím typem jsou zlomeniny hlavice femuru typu I a typu II, které jsou spojeny se zlomeninou krčku femuru. Čtvrtým typem jsou zlomeniny hlavice femuru typu I a typu II, které jsou spojeny se zadní stěnou acetabula. (Dungl, 2014, s. 1091)

#### 2.2.1.2 Zlomenina krčku femuru

Zlomenina krčku femuru je těžký úraz. Nejčastěji postihuje starší populaci z důvodu onemocnění osteoporózou, omezená mobilita, obezita, dlouhodobá kortikoterapie. Při osteoporóze stačí menší násilí např. pád ze schodů nebo pád na bok ze stoje. U mladších lidí se objevuje důsledkem působení vysoké energie. (Skála-Rosenbaum, Džupa a Krbec, 2019, s. 350)

Zlomenina krčku femuru se dělí na zlomeniny intrakapsulární a extrakapsulární. Extrakapsulární zlomeniny jsou vzácné, podobají se zlomeninám trochanterickým, dle podobnosti je zvolena léčba. Intrakapsulární zlomeniny se dělí na dislokované a nedislokované. Zlomeniny krčku jsou v místě mezi hlavicí femuru a trochanterickým masivem. (Skála-Rosenbaum, Džupa a Krbec, 2019, s. 350)

Pauwelsova klasifikace dle biochemických vlastností linie lomu je dle úhlu, svírá úhel lomu linie, zobrazuje prognózu zhojení zlomeniny. Čím je Pauwelsův úhel je větší, tím je horší prognóza pro zhojení zlomeniny, dochází ke snížení kompresivní síly v místě zlomeniny a

zvýšení síly střížné. První typ je úhel lomu linie do 30°, působí tlakové síly na zlomeninu, vyskytují se abdukční zlomeniny, prognóza je příznivá. Druhý typ je úhel lomu linie v rozmezí 30 - 50°, působí volná střížná síla na zlomeninu, prognóza je nejistá. Třetí typ je úhel lomu linie nad 50°, působí volná střížná síla a tažné napětí, vysoké riziko vzniku paskloubu a avaskulární nekrózy. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 226)

Gardenova klasifikace je biologicko-prognostická klasifikace, která je rozšířená a hodnotí dislokaci zlomeniny. Má důležitý význam pro určení prognózy kvality hlavice femuru stehenní kosti. První typ je inkompletní zaklíněná abdukční zlomenina, prognóza příznivá. Druhý typ je nedislokovaná kompletní zlomenina, přerušení trajektorie lze vidět na RTG snímcích. Třetí typ je částečná dislokovaná kompletní zlomenina, v průběhu změny trajektorií vnitřní rotace a abdukce není přerušena. Čtvrtý typ je dislokovaná kompletní zlomenina, hlavice s acetabulem se shodují, roztržštění zadního kortexu a dva fragmenty jsou rozděleny. (Dungl, 2014, s. 1 092)

### **2.2.1.3 Zlomeniny trochanterické**

**Petrochanterické zlomeniny** jsou nejčastějším typem zlomeniny proximálního femuru. Linie lomu se šíří primárně od velkého chocholíku šikmo k malému chocholíku. Dělí se podle počtu úlomků. V lomné linii se jednoduše dělí na stabilní a nestabilní zlomeniny. Léčí se konzervativně. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 228)

**Intertrochanterické zlomeniny** známe jako reverzní intertrochanterické nebo vysoké subtrochanterické zlomeniny. U mladších osob vznikají působením vysokoenergetického traumatu. Od velkého chocholíku probíhá lomná linie šikmo proximomedálně. Proximální fragment tvoří hlavici, krček a část velkého chocholíku s tuberculum innominatum. Svalové úpony znesnadňují repozici zlomeniny. (Dungl, 2014, s. 1093)

**Subtrochanterické zlomeniny** jsou nestabilní. Nejčastěji vznikají velkým násilím u mladších osob. Tvoří přechod mezi proximálním koncem femuru a diafýzou přechod od malého chocholíku. Okolo jsou svalové úpony na proximálním fragmentu. Využívá se klasifikace AO, kde jsou zlomeniny rozděleny dle jednoduché zlomeniny, dále dle více úlomkové zlomeniny a oba hlavní fragmenty jsou v kontaktu, poslední tříštivé zlomeniny oba fragmenty nejsou v kontaktu. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 229)

### 2.2.2 Zlomeniny diafýzy femuru

Zlomeniny diafýzy stehenní kosti jsou charakterizovány velkou krevní ztrátou 1 - 2 litry. Jedná se o nejsilnější kost v lidském těle. Ke zlomenině dochází přímým nebo nepřímým násilím. Jde o vysokoenergetický mechanismus např. dopravní nehody, pády z výšky. Nízkoenergetický mechanismus není častý např. patologické zlomeniny, lyžařské úrazy. Výskyt zánětlivých parametrů, vyšší procento porušení měkkých tkání u otevřených nebo zavřených zlomenin. (Žvák a kol., 2006, s. 149)

## 2.3 Diagnostika zlomeniny stehenní kosti

U pacientů po zlomenině stehenní kosti můžeme určit ošetrovatelské diagnózy dle NANDA taxonomie. Důležité diagnózy spojené s 00132 Akutní bolest v souvislosti zlomeniny kosti stehenní, 00108 Deficit sebepěče při hygieně, 00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování, 00085 Zhoršená pohyblivost, další diagnózy volíme individuálně dle celkového stavu pacienta. (Herdman, 2013, s. 489)

## 2.4 Anamnéza

Do diagnostiky zlomeniny stehenní kosti se řadí anamnéza např. mechanismus úrazu, intenzita násilí, typy zlomeniny, možné poranění měkkých tkání. Časový děj při vzniku úrazu. Lékař sleduje rozsah pohyblivosti končetiny, intenzitu bolesti v klidu a v pohybu. Sleduje se stav kůže, výskyt viditelného poranění, pohmožděniny, otoky, hematomy v okolí předpokládaného operačního řezu. Dále se sleduje pulzace, hybnost, citlivost a prokrvení poraněné končetiny. (Veselý, 2011, s. 142)

## 2.5 Klinické vyšetření

Důležité je hodnocení celkového stavu, psychický stav a spolupráce. Prvním krokem je vyšetření pohledem k určení objektivních příznaků, kde se sleduje postavení poraněné končetiny, následné krvácení, přítomné hematomy, oděrky na kůži. Celkový stav pacienta, stav vědomí, barva kůže např. bledost, dušnost, opocená kůže nebo cyanóza. Při palpačním vyšetření získání detailnější představy o postižené končetině. Lékař sleduje poruchy tvaru, různé deformity kostí a kloubů. Dále sleduje celkový stav kůže, podkoží, svalů a vazů. Určuje intenzitu bolesti dle hodnotících škál na měření bolesti např. VAS. Typy bolestí mohou být např. svíravé, tupé, ostré. (Gallo, 2011, s. 115)

## 2.6 Laboratorní vyšetření

Vyšetření napomáhá k celkovému posouzení stavu i dosud neléčených onemocnění. Důležité je posouzení hematologické, hemokoagulační vyšetření, hemokultivace a dále biochemické vyšetření krve a moče. Biochemické vyšetření moče se skládá z částí vyšetření iontů, jaterních a ledvinných parametrů. Vyšetření bakteriologické a vyšetření punktátu. (Slezáková a kol., 2010, s. 116)

## 2.7 Vyšetřovací metody

Základní diagnostikou je RTG vyšetření, u kterého je nutné pořídit snímek poraněné končetiny kyčle, stehenní kosti nebo celé pánve. Dislokovaná zlomenina bývá často na RTG přehlédnuta. Při nejasném nálezu je vhodné doplnit axiální snímek postižené končetiny. Morfologii upřesní snímek na extenzi. Při RTG vyšetření je důležité zachytit femur v celé jeho délce i s kloubním koncem, jinak lze přehlédnout typy zlomenin. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 233)

Další zobrazovací metodou je CT vyšetření, které se provádí při nejasném nálezu zlomeniny krčku femuru. Tato metoda potvrdí diagnózu, kde vyznačí místo zlomeniny, velikost a dislokaci fragmentu. CT vyšetření s 2D nebo 3D rekonstrukcí upřesní nebo vyloučí velikost a tvar poranění. Okultní zlomeniny jsou viditelné na CT snímcích. (Malíková, 2019, s. 75)

Také se provádí metoda MR vyšetření, která je nejlepší pro hodnocení měkkých tkání, kostní dřevě a kloubů. Dokáže ukázat stupeň subchondrální kontuze hlavice. Toto vyšetření lépe prokáže okultní zlomeninu než CT a RTG vyšetření. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 223)

## 2.8 Léčba

Ve vyšším věku u starších pacientů je léčba zlomeniny stehenní kosti velkým rizikem, který ohrožuje na životě dle působením rizik a možným komplikacím. Léčba zlomeniny stehenní kosti je důležitá zejména proto, aby byl seniorovi umožněn co nejdříve pohyb, posazení či chůze. Způsob léčby volíme dle typu zlomeniny, celkového stavu pacienta, věku pacienta a stavu kůže, stavu poškození a vzniklé infekce, stavu kyčelního kloubu a pohyblivosti pacienta před úrazem (Bliemel a kol, 2013, s. 180). Hlavním cílem léčby je zmírnění bolesti a pomoc lepšího zhojení rány a co nejlepší kvality života seniora, a to buď konzervativním nebo chirurgickým způsobem v co nejkratším intervalu od úrazu (Schneiderová, 2014, s. 244).

### 2.8.1 Konzervativní terapie

Cílem konzervativní terapie u pacienta se zlomeninou proximálního femuru je cílem obnovení hlavice femuru, dalším postupem je akutní repozice luxované kyčle, vrácení do původní polohy. Postup s extenzí na 6 týdnů je zvolen u nedislokované zlomeniny typu Pipkin I. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 224)

Konzervativní terapie u pacienta se zlomeninou krčku femuru je klid na lůžku, pravidelná vertikalizace, chůze o berlích, kontroly RTG a prevence rizika dislokace. Nejčastěji se vyskytuje u mladších pacientů. (Schneiderová, 2014, s. 225)

U pacienta s trochanterickou zlomeninou se léčí konzervativní terapií neúplné nebo okultní zlomeniny. U nedislokovaných kompletních zlomenin u starších pacientů hrozí sekundární dislokace a znesnadňuje pohyb pacienta. Vzhledem k časně vertikalizaci pacienta se zvolí ve většině případů operace. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 229)

### 2.8.2 Operační terapie

Obecně operační postup u pacienta se zlomeninou proximálního femuru je osteosyntéza pomocí DHS, hřebů gama, rekonstrukčních hřebů, proximálního femorálního hřebu, Enderových prutů. U starších pacientů je implantace totální endoprotézou nebo aloplastika pomocí cervikokapitální protézy. (Schneiderová, 2014, s. 245)

Při operačním postupu u pacienta se zlomeninou krčku stehenní kosti je zvolena osteosyntéza. Cílem osteosyntézy je úspěšně zahojit a zachovat kyčel. Interval operačního výkonu je 6 hodin. Riziko vzniku avaskulární nekrózy a paskloubu závisí na typ zlomenin, interval úrazu i operace je delší než 24 hodin. Hemiartroplastika je v případě zvolena u polymorbidních pacientů. Interval operačního výkonu je kratší, menší krevní ztráty a vertikalizace je možná hned po operaci. TEP se provádí u pacientů mezi 65 - 85 lety. V závislosti na typu endoprotézy lze urychlit časnou mobilizaci s postupnou zátěží u pacienta. Necementovaná jamka v porovnání s TEP je horší na kvalitu z klinických výsledků. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 227)

Operační postup při zlomenině diafýzy femuru je nejčastější osteosyntéza, při které musí být stabilní tlak, který je důležitý po operaci pro lepší a efektivnější vertikalizaci pacienta. Provádí se nitrodřeňové hřebování, které vede k lepší stabilitě, je méně invazivní. Pro lepší hojení zlomeniny je důležitý správný kontakt fragmentů. Repozice a hřebování se provádí na extenčním stole. Pacient je v poloze na zádech nebo na boku. (Dungl, 2014, s. 1095)

Operačními metodami u zlomeniny distálního femuru jsou dlahová technika, spongiózní šrouby, speciální úhlově stabilní dlahy, stabilní dlaha pro méně invazivní vstupy, nitrodřeňové hřebování a zevní fixátory. Vhodná poloha pacienta je na zádech. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 239)

## 2.9 Komplikace

Celkové komplikace mohou zahrnovat poruchu hojení operační rány, TEN, vysoké teploty, alergické reakce na léky. Alergické reakce během operace mohou vzniknout např. z materiálu rukavic, dezinfekčního prostředku, šicího materiálu, implantátů a kovů. Významnou komplikací je imobilizační syndrom, který má negativní dopad na dlouhodobou mobilizaci pacienta. Vznik dekubitů souvisí s chronickou dehydratací a malnutricí, která zatěžuje celkovou léčbu a stav pacienta. Při rozvoji pneumonie lze zajistit její prevenci správnou polohou ke zvýšení plicní ventilace např. Fowlerova poloha. Prevence vzniku pneumonie lze dosáhnout pravidelným dechovým cvičením. Může vzniknout riziko infekce močového měchýře u dlouhodobě zavedených permanentních katetrů. Předcházení infekce zajistíme pravidelnou hydratací pacienta, podávání infuzní terapie dle ordinace lékaře a zvýšením hygienické péče o genitál. U pacientů s omezenou pohyblivostí, sestra edukuje o prevenci vzniku zácpy a nácvičku defekačního reflexu. Pacient se může během hospitalizace cítit bez nálady, může mít projevy deprese, úzkosti a sociálního odloučení. (Vytejková a kol., 2011, s. 94)

## 2.10 Prognóza

Prognóza po zlomenině stehenní kosti závisí na věku pacienta, celkovém stavu pacienta, typu zlomeniny, postupu léčby, výskytu pooperačních komplikací, spolupráci pacienta, vertikalizaci pacienta, rehabilitaci a včasném zatěžování končetiny. (Bezdičková a Slezáková, 2010, s. 145)

### 3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

#### 3.1 Předoperační péče

Předoperační péče musí být důsledná. Díky důslednosti lze snížit vznik pooperačních komplikací. Operační výkony se dělí na akutní a plánované. (Slezáková a kol., 2010, s. 122)

Součástí léčby pacienta po zlomenině stehenní kosti je rychlý přístup, jedná se o krátkodobou a bezprostřední přípravu před operací. Lékař musí předem zjistit důležité informace o pacientovi, které by ho mohly ohrozit během operace a pooperační péči, a musí informovat pacienta o operačním postupu, léčbě a vzniku komplikací. Pacient podepíše souhlasy k operaci, který zahrnuje souhlas s hospitalizací, souhlas s podáváním informací, souhlas s operací, souhlas s celkovou anestezií a souhlas s podáváním transfusních přípravků. Nedílnou součástí předoperační péče je konzultace a vyjádření anesteziologa, který zhodnotí interní předoperační vyšetření, EKG, RTG, laboratorní výsledky. (Repko, 2021, s. 110)

Sestra důkladně připraví a sepíše ošetrovatelskou anamnézu. Stanoví si ošetrovatelské diagnózy, sestaví plán péče, intervence, určí si cíle, kterých chce dosáhnout. Sestra nesmí zapomenout na psychickou přípravu pacienta, součástí je celý tým zdravotníků. S pacientem proběhne rozhovor. Fyzioterapeut edukuje ohledně pooperační rehabilitace, vertikalizace a následné péče. (Jedličková, 2012, s. 250)

Cílem předoperační přípravy je zlepšení celkového stavu pacienta a zajištění kompenzace chronických interních onemocnění. (Zeman a Krška, 2011, s.130)

#### 3.2 Krátkodobá příprava

Krátkodobá příprava je časově omezena na 24 hodin před operací. Fyzická příprava zahrnuje hydrataci a výživu. Pacient by měl být před výkonem lačný 6 - 8 hodin. Přívod tekutin je podáván parenterální cestou. Před výkonem se zajistí permanentní močový katetr u pacienta dle věku. Důležitá je celková hygiena u pacienta v případě potřeby dopomocí sester. Příprava operačního pole oholením se u pacienta provádí den před operací. Noc před výkonem lékař ordinuje hypnotika a sedativa. (Slezáková, 2010, s. 123)

Den před operací lékař předepíše analgetika, která se se aplikují pacientovi po operaci. Sestra zajistí prevenci TEN, nízkomolekulární heparin a elastické komprese dolních končetin. (Kvasnička, 2003, s. 240)



### 3.3 Bezprostřední příprava

Bezprostřední příprava se odehrává 2 hodiny před operací. Důležitá je kontrola operačního pole, označení operované končetiny, bandáže na neoperované končetině, vyjmutí zubní protézy, sejmutí šperků, pacient se vymočí a vyprázdní, v případě potřeby se zavede permanentní močový katetr a sundá se oděv. Sestra podá včas premedikaci a profylaxe antibiotik 30 minut před operací dle ordinace lékaře. Sestra si zkontroluje identifikaci pacienta, do ošetrovatelské dokumentace provede záznam o realizaci přípravy k operaci, čas odjezdu z oddělení. (Novák, Chudáček a Neoral, 2001, s. 130)

### 3.4 Pooperační péče

Pacient je po operaci převezen na lůžku na standardní chirurgické nebo ortopedické oddělení, zde se monitorují základní životní funkce (dech, puls, krevní tlak, saturace kyslíku, vědomí, EKG). Pacient musí být stabilní a při vědomí. Sledovány jsou hladiny minerálů. Pacientovi jsou tekutiny podávány parenterální cestou. Krevní ztráty se hradí dle stavu pacienta a laboratorních výsledků krve. Pacient v kritickém stavu po operaci je hospitalizován na jednotce intenzivní péče, zde probíhá celková monitorace pod kontrolou specializovaných sester. (Zeman a Krška, 2011, s. 267)

#### 3.4.1 Monitorace, tlumení bolesti

Monitorace pacienta po příjezdu se měří v intervalech po 15 - 30 minutách a provádí se záznam do dokumentace. Při rozhovoru s pacientem sledovat projevy bolesti verbálně. U starších pacientů spíše neverbální projevy např. pláč. Zjistit charakter, intenzitu bolesti podle hodnotících škál na měření bolesti. Nejčastěji je vizuální analogová škála bolesti nebo numerická škála bolesti. Poté dle ordinace lékaře se aplikují analgetika v intervalu 4 - 6 hodin. Provede se záznam do dokumentace a sleduje se účinek analgetik. Úlevové polohy a přikládání chladivých obkladů mohou pomoci k zmírnění bolesti. Sleduje se žilní kanyla, její vzhled a funkčnost z operačního sálu, okolí kanyly, zda nejsou známky vzniklé infekce. Hodnotí se dle stupnice Madonna. Vyprázdnění močového měchýře by mělo být do 8 hodin po výkonu. Sledovat pooperační ránu, zda není krytí prosáknuté, funkčnost drenáže. Kontrola bandáže, aplikace nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře. Sledovat vzniklé pooperační komplikace: možné krvácení, luxace, infekce v ráně, močová retence a příznaky imobilizačního syndromu. (Čoupková a Slezáková, 2012, s. 215)

### 3.4.2 Poloha, pohybový režim

Poloha pacienta by měla být na zádech s mírně zvýšenou polohou hlavy a hrudníku, která přispívá k lepší plicní ventilaci. Edukovat pacienta o polohování operované končetiny, nekřížit nohy, dát mezi nohy klín, prevence luxace. Následně vysvětlit polohování a zhodnocení úrovně soběstačnosti u pacienta. Poté zajistit bezpečnost pacienta, prevenci pádů, edukovat o signalizačním zařízení k přivolání pomoci. Všechny pomůcky by měli být v blízkosti pacienta. (Slezáková, 2010, s. 128)

### 3.4.3 Hygienická péče

U pacienta se zhodnotí úroveň soběstačnosti při hygienické péči. Důležité je připravit pacientům potřebné pomůcky k vykonání hygieny, čisté ložní a osobní prádlo. U starších pacientů se dbá o pokožku a pravidelnou úpravu nehtů. Sledování stavu pokožky, pooperační rány a funkčnost drénu. Prevencí vzniku dekubitu záleží na pravidelném promazáváním pokožky a snižováním tlaku na predilekčních místech. U nesoběstačných pacientů sestra provádí celkovou hygienu pacienta na lůžku a dbá na zvláštní péči o dutinu ústní. Zvýšená pozornost na hygienu v oblasti genitálií, zavedenému permanentnímu močovému katetru a močovému sáčku. Provádí se včasná výměna inkontinentních pomůcek při inkontinenci. (Vytejková a kol., 2011, s. 110)

### 3.4.4 Prevence dekubitů

Vznik dekubitů u pacienta vytváří důsledkem omezené hybnosti a imobility. Rizikové faktory ovlivňují vznik dekubitu a působí na celkový stav pacienta. Důležité je pravidelné polohování v intervalech po dvou hodinách. V prvních pooperačních dnech lze polohovat pacienta do polohy na zádech a na zdravý bok. Teprve třetí pooperační den lze pacienta polohovat na stranu operované končetiny. Lze využít polohovacích pomůcek, které zajistí stabilitu polohy a pohodlí pacienta. Na efektivní ošetření dekubitů se příkládá preventivní pěnové krytí v rámci prevence dekubitů. (Mikšová, 2006, s. 105)

V poloze na boku je důležité mezi kolena vkládat antidekubitní polštář. Větší pozornost na paty, které se podkládají molitanovými kolečky. Důležitá hygiena kůže, která by měla zůstat suchá a čistá, aplikace ochranných krémů. Nejčastější stupnice na hodnocení kůže, posouzení fyzického stavu pacienta, schopnost spolupráce pacienta, stav vědomí, pohyblivost, inkontinence dle Nortonové. Stupnice se skládá z bodování, v součtu 25 bodů a méně je vyšší riziko vzniku dekubitu. (Trachtová, 2010, s. 135)

### 3.4.5 Vyprazdňování

Důležité je sledování vyprazdňování u pacienta. Pacient by se měl vymočit do 8 hodin po operaci. U pacienta, který má zavedený permanentní močový katetr, se musí kontrolovat průchodnost, barva a příměsi v moči. V prvních pooperačních dnech se pravidelně sleduje diuréza u všech pacientů s parenterální výživou. Provádějí se pravidelné zápisy do dokumentace o bilanci tekutin u pacienta. U pacienta po operaci, který neudává potíže s močením, se vytáhne permanentní močový katetr. Pacient přejde k spontánnímu močení. (Zeman a Krška, 2011, s. 380)

Také zjistit, zda pacient neudává potíže s vyprazdňováním, a poučit pacienta o faktorech, které ovlivňují defekaci, příjem tekutin, strava a pohyb. Pacient by se měl vyprázdnit do 3 dnů. Sleduje se odchod plynů. Pacient se edukuje o nácviku defekačního reflexu, u kterého poskytneme soukromí. Dle ordinace lékaře se můžou podat šetrná projímadla např. Lactulosa, Glycerinové čípky. (Slezáková, 2010, s. 124)

### 3.4.6 Prevence tromboembolické nemoci

U vzniku tromboembolické nemoci jsou součástí rizikové faktory, které jsou podle věku, dlouhodobé nepohyblivosti, dlouhotrvajících operacích na DKK, zlomeniny kosti stehenní, zlomeniny pánve, obezity, žilních varixů, srdečního selhání, žilní trombózy, které se nachází v anamnéze pacienta. (Kvasnička, 2003, s. 250)

Pacienti se zlomeninou stehenní kosti patří do rizikové skupiny s vysokým rizikem žilní trombózy. Důsledkem vysokého věku, přidružených onemocnění a po prodělané operaci, která ve většině případů může způsobit nepohyblivost. Taktéž je přítomna bolest, citlivost a palpance pod místem bolesti na dolních končetinách. (Vodička, 2014, s. 279)

Prevence vzniku tromboembolické nemoci je součástí předoperační přípravy pacienta. Tři faktory se podílejí na vzniku tromboembolické nemoci, jsou to zvýšená srážlivost krve, zpomalený tok krve cévami a poškození cévní stěny. K prevenci se používají elastické bandáže, které se přikládají na neoperovanou končetinu. Po přiložení elastických bandáží se zajistí elevace dolní končetiny. Další důležitou prevencí je příjem tekutin a aplikace léků, které snižují koagulaci krve, např. nízkomolekulární heparin, který se aplikuje před operačním výkonem a dále se dle ordinace lékaře aplikuje několik dnů až týdnů. (Zeman, 2003, s. 382)

### 3.4.7 Péče o operační ránu

Nejvhodnější krytí operační rány je transparentní krytí. Po operaci se sterilní obvaz pravidelně sleduje, kontroluje se, zda není krytí prosáklé krví nebo jinou tekutinou. Při prosáknutí krytí se přikládá nová vrstva krytí. Pokud dojde k většímu výskytu prosáknuté krve, krytí se odstraní a zjistí se zdroj krvácení. V případě revize operačního pole je zapotřebí lékaře a sestry, která mu bude asistovat. Revize se provádí za přísných aseptických podmínek. Je třeba nachystat sterilní materiály a pomůcky např. sterilní roušky, sterilní nástroje a sterilní obvazový materiál. Před začátkem revize se provede hygiena rukou a nasazení sterilních rukavic. U pacienta, který má zavedený Redonův drén, se kontroluje funkčnost drenáže, množství a odpad z drenáže a provede se záznam do dokumentace. V případě vzniku komplikací se informuje lékař. (Slezáková, 2010, s. 125)

První převaz operační rány se provádí po 48 až 72 hodinách. Po odstranění starého krytí se sleduje operační rána a okolí, důležitá je eliminace vzniku nebo zanesení infekce. Redonův drén se z pravidla odstraňuje dle ordinace lékaře 2. - 3. pooperační den. Motorová dlaha se přikládá 2. pooperační den na operovanou končetinu. Stehy a klipy se odstraňují 10. – 12. pooperační den. (Slezáková, 2010, s. 125)

### 3.4.8 Výživa

V oblasti výživy je nutná strava bohatá na bílkoviny a vitamíny C a A pro lepší hojení rány. Dostatečný přísun vápníku a vitamínu D. V den operace má pacient dietu 0/S. Pacient se může napít 2 hodiny po operaci. První operační den může pacient dle stavu přijímat stravu. Pro pacienty, kteří mají tekutou výživu, jsou na oddělení k dispozici např. Nutridrinky, které se skládají ze všech složek potravy. (Čoupková a Slezáková, 2012, s. 220)

### 3.4.9 Psychosociální potřeby

Důležité je předání dostatku informací o následné rehabilitaci, možnost využití lázeňské péče a možnost návratu k aktivnímu režimu. Tím se eliminuje strach z budoucnosti u pacienta. Pacient je hospitalizován 10 – 14 dní po operaci. Pak dále následná rehabilitace doma, nebo je pacient přijatý na rehabilitační oddělení. (Slezáková, 2010, s. 126)

### 3.4.10 Domácí péče

Pacient, který je propuštěný z nemocnice, má dostatek informací k přípravě domácího prostředí např. vhodné lůžko, židle správné výšky, nástavec na toaletu, madlo na toaletu, sedačka do vany, protiskluzová podložka do vany, bezbariérové prostředí. Také si odnáší

informace o péči o jizvu. Je poučen o správné a nesprávné vertikalizace, i rizicích pádu a luxace endoprotézy. (Čoupková a Slezáková, 2012, s. 221)

### 3.5 Rehabilitace

Rehabilitace je součástí základního ošetření nemocných v rámci ošetrovatelského procesu u pacienta. Cílem péče je zařazení do plnohodnotného života. Snaha a úsilí navrácení soběstačnosti nebo zlepšení porušených funkcí i v oblasti tělesné, psychické a sociální. (Hromádková, 2002, s. 368)

#### 3.5.1 Pooperační péče během hospitalizace

Cílem pooperační péče během hospitalizace je vertikalizace pacienta, nácvik chůze o berlích, nácvik sebeobsluhy a obnova základních pohybových stereotypů. Rehabilitace se provádí s fyzioterapeutem a pomocí asistencí sestry, dle celkového stavu pacienta lze hned začít první pooperační den. Pacient má od fyzioterapeuta tzv. zakázané pohyby, které by mohly zapříčinit luxaci CKP. Další zakázané pohyby jsou nekřížit dolní končetiny, poloha v leže a spát na boku operované končetiny, zevní rotace a abdukce a flexe více než 70 - 80°, přísné dodržování abdukčního režimu po operaci TEP. (Dungl, 2014, s. 286)

Základní rehabilitační cviky jsou dechová cvičení, aktivní cvičení, pasivní cvičení, vertikalizace, polohování, nácvik soběstačnosti ve stravování, hygieně a oblékání. Pacient se vertikalizuje do sedu na lůžku, se spuštěnými končetinami, operovaná končetina by měla být v mírné abdukci. Nácvik stoje u lůžka a chůze s pomocí chodítka. Pokud zdravotní stav dovoluje, může se použít berle nebo Francouzské hole. Po použití podpažních berlí často dochází k útlaku cév a nervů. (Juřeníková a Hůsková, 2001, s. 150)

Pacienti po osteosyntéze DHS a PFN se 1. pooperační den postavují do stoje u lůžka, ale nezatěžují operovanou končetinu, spíš odlehčují. Mírná zátěž se povolí, když pacient neovládne chůzi bez došlápnutí. Rehabilitace se provádí s fyzioterapeutem a vede k urychlení mobilizace. Pacient se věnuje aktivnímu cvičení celého těla a také dechovému cvičení pro zlepšení plicní ventilace. Pacient cvičí v hlezenním kloubu flexi, extenzi, prsty na noze na operované dolní končetině. Pacienta poučíme o možnosti izometrického cvičení na lůžku. (Trachtová, 2003, s. 145)

Po osteosyntéze PFN a DHS je doba odlehčení 6 týdnů, úplné zhojení zlomeniny může trvat 3 měsíce. (Wendsche a Veselý, 2015, s. 229)

Po operaci zlomeniny proximálního femuru je nutné poučit pacienty o nošení uzavřené pevné obuvi k zabránění rizika zranění a pádu. Podpažní berle jsou vhodné u slabších starších osob s poruchou koordinace. Jejich nevýhodou je utlačení nervu radialis. Chůze probíhá za pomoci fyzioterapeuta. Poučení pacienta o správné chůzi o berlích, o přechodu od čtyřdobé chůze k trojdobé, a nakonec k chůzi dvojdobé. (Chaloupka, 2001, s. 154)

Pacient 5. - 7. den pacient nacvičuje chůzi do schodů. První se pokládá zdravá končetina, druhá operovaná končetina a třetí berle. Při chůzi ze schodů jdou první berle, pak druhá operovaná končetina a třetí jde zdravá končetina. Je důležité, aby sestra po operaci znala ošetřovatelkou péči v oblasti vertikalizace, správných a nesprávných pohybů u pacienta při nepřítomnosti fyzioterapeuta. (Dungl, 2014, s. 290)

Taktéž je důležité polohování pacienta. Správným polohováním dolních končetin předchází vzniku dekubitů, kontraktur svalů a šlach, omezení pohybu v kloubu. Taktéž přecházení imobilizačního syndromu, který může u pacienta vzniknout při dlouhodobé hospitalizace na lůžku. (Chaloupka, 2001, s. 155)

Rychlost rehabilitace je individuální, pacient do domácího prostředí odchází s podpažními berlami, které odkládá až po konzultaci s lékařem. Po komplikovaných operacích je pacient odkázán na následnou lázeňskou léčbu. (Dungl, 2014, s. 290)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 PRŮZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V teoretické části byla obecně vysvětlena problematika zlomenin stehenní kosti a specifika ošetrovatelské péče u seniorů. Jednotlivé typy zlomenin stehenní kosti se zaměřením na postup léčby konzervativní i operační.

Tato kapitola se zabývá cíli výzkumu, metodami výzkumného šetření, organizací výzkumu a zpracováním dat.

### 4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry, které se podílejí na ošetrovatelské péči u pacientů po zlomenině stehenní kosti.

#### Dílčí cíle:

1. Zjistit, znalosti všeobecných sester týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacientů po operaci stehenní kosti.
2. Zjistit, znalosti všeobecných sester souvisejících s propuštěním pacienta do domácí péče po operaci stehenní kosti z nemocničního zařízení.

### 4.2 Metodika průzkumného šetření

Pro praktickou část bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda výzkumného šetření technikou dotazníku. K průzkumu jsem použila dotazník vlastní konstrukce, který byl konzultován a schválen PhDr. Miroslavou Kubíkovou, PhD. Žádost o umožnění dotazníkové šetření je u autorky práce.

Dotazník je soubor nestandardizovaných otázek, kterým lze sesbírat v krátkém časovém úseku dostatečný počet dat potřebných k výzkumu. Dotazník je zcela anonymní. Obsahuje celkem 22 otázek. Z celkového počtu otázek je 20 uzavřených a 2 otevřené. V uzavřených otázkách měli respondenti možnost výběru z více daných odpovědí, kde mohli zaznačit jednu nebo více odpovědí podle pokynů uvedených v dotazníku. V otevřených otázkách respondenti uvážně odpovídali k dané otázce.

### 4.3 Položky přiřazené k cílům práce

Dílčí cíl č.1: Zjistit, znalosti všeobecných sester týkající se specifik ošetrovatelské péče u pacienta po operaci stehenní kosti



K dílčímu cíli č. 1 se vztahují otázky: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20.

Dílčí cíl č. 2: Zjistit, znalosti všeobecných sester související s propuštěním pacienta do domácí péče po operaci stehenní kosti z nemocničního zařízení.

K dílčímu cíli č. 2 se vztahují otázky: 17, 18, 21, 22.

#### **4.4 Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo v období od dubna do května 2021. Respondenti výzkumného šetření byli ženy i muži ve věku od 20 do 61 let pracující v Krajské nemocnici Tomáše Bati a v Kroměřížské nemocnici. Výzkumné šetření bylo sestaveno tak, aby mapovalo jejich znalosti a orientaci v problematice specifick ošetrovatelské péče zaměřené na pacienty po zlomenině stehenní kosti.

V úvodním textu byli respondenti obeznámeni s autorem dotazníkového šetření, s účelem dotazníkového šetření a následně byli ujištěni o jejich anonymitě. Tyto dotazníky byly cíleně vytvořeny pro sestry. Tištěnou formou bylo celkově rozdáno 60 dotazníků na vybraná oddělení. Celkový počet sesbíraných vyplněných dotazníků bylo 60.

#### **4.5 Zpracování získaných dat**

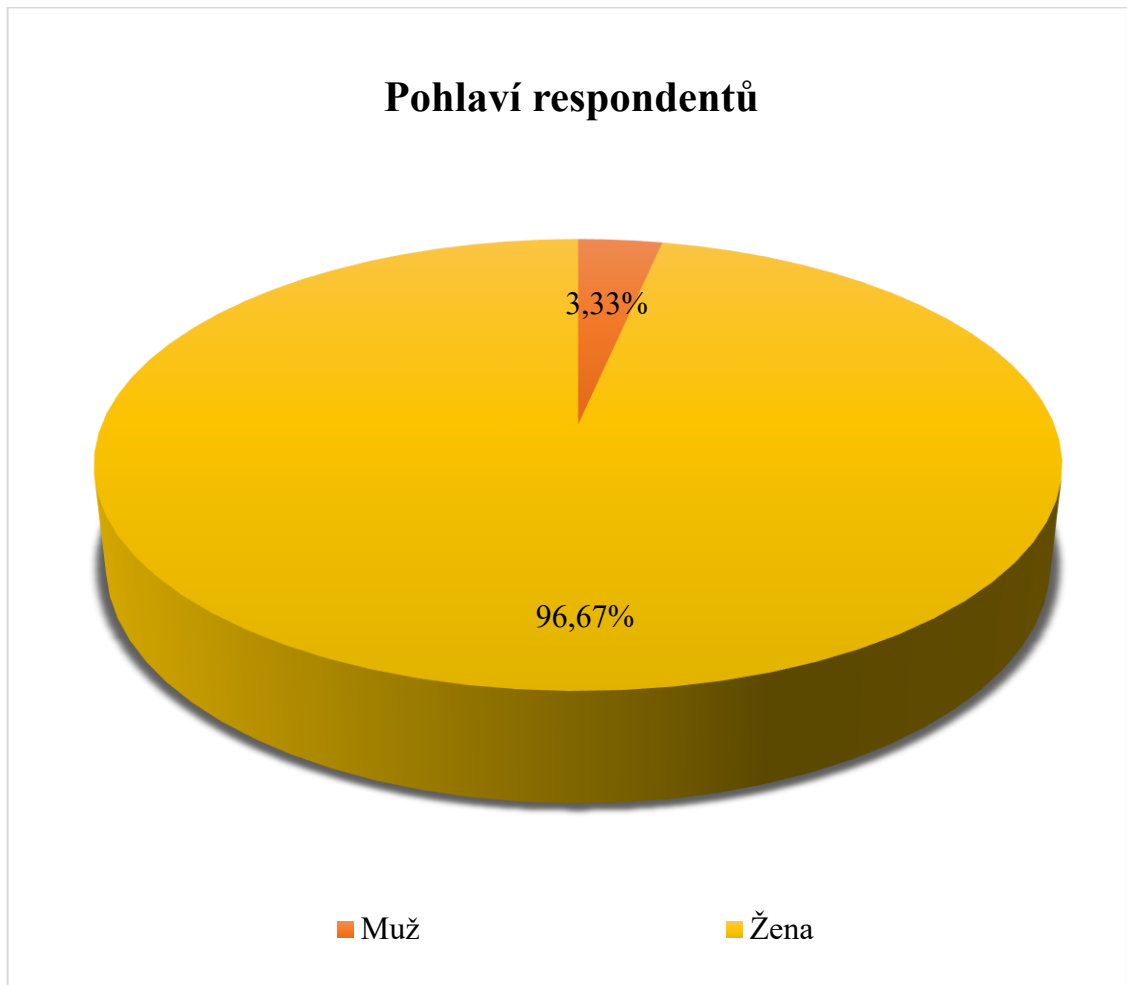
Sesbírána data dotazníkového šetření byla zpracována pomocí programu Microsoft Office Excel 2021. Jednotlivé odpovědi byli kódovány. V kódování se vytváří kategorie, které obsahují souvislosti a podobnosti odpovědí.

Dále byly jednotlivé odpovědi výzkumu zpracovány do tabulek a grafů. V tabulkách jsou odpovědi respondentů vyhodnoceny absolutní a relativní četností. Absolutní četností se rozumí počet hodnot, které jdou do výběrových položek. Relativní četnost je v procentech a ukazuje podíl absolutní četnosti a rozsahu položek. V grafickém znázornění jsou výsledky vyhodnoceny v procentech.

## 5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Tato kapitola obsahuje výsledky dotazníkového šetření. Celková analýza byla provedena s počtem 60 dotazníků.

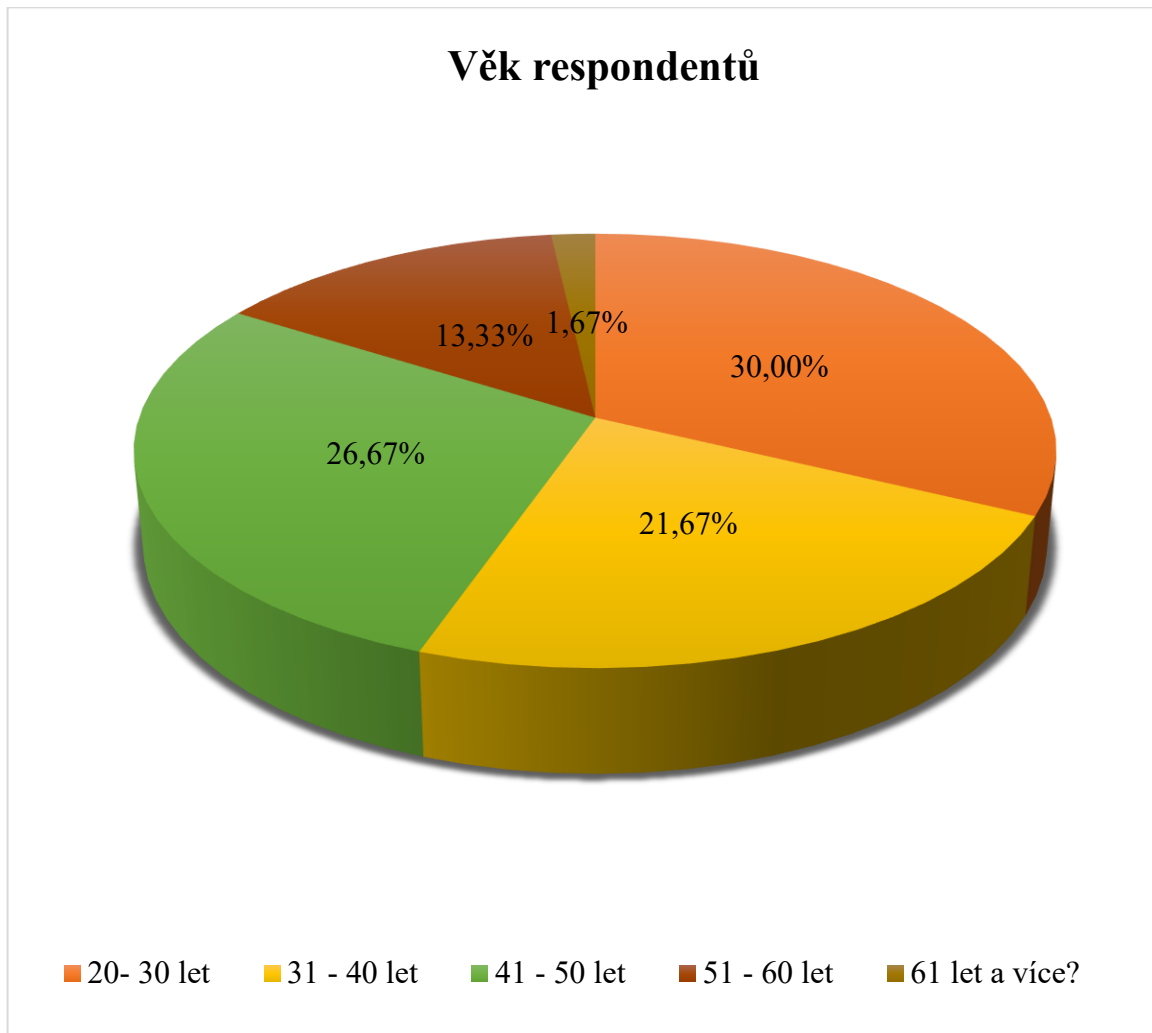
**Otázka č. 1: Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:**



Graf 1 – Pohlaví respondentů

**Komentář:** Graf 1 byl zaměřen na pohlaví respondentů. Na dotazníkovém šetření se podílelo v celkovém počtu 60 respondentů. Z hodnot grafického znázornění nám vyplývá, že 96,67 % (58) respondentů byly ženy a 3,33 % (2) byli muži.

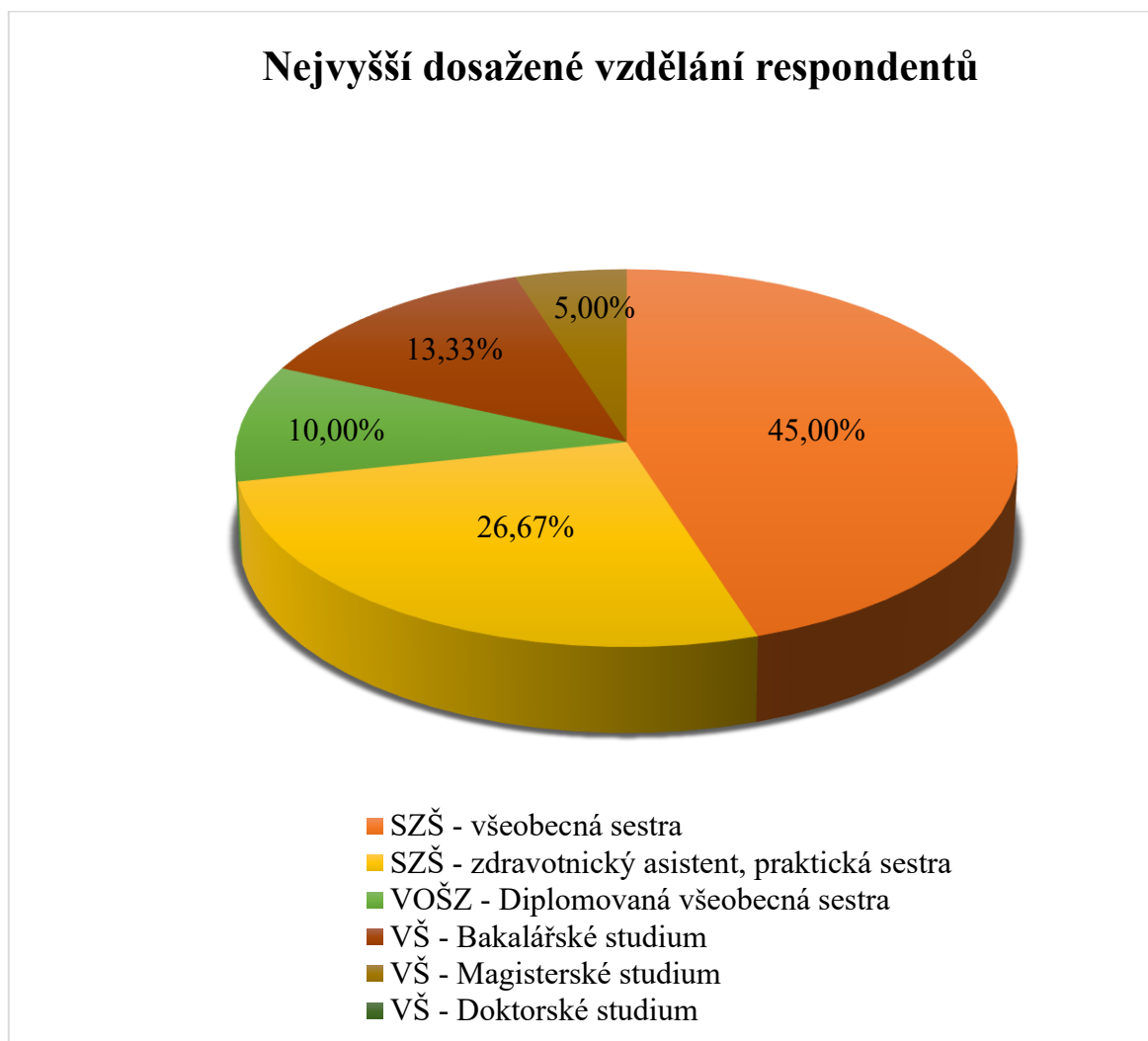
## Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



Graf 2 – Věk respondentů

**Komentář:** Graf 2 znázorňuje věk respondentů. Z celkového počtu respondentů byla nejpočetnější věková kategorie od 20 do 30 let (30,00 %). Druhá věková kategorie byla ve věku od 41 do 50 let (26,67 %). Třetí věková kategorie byla od 31 do 40 let (21,67 %) a čtvrtá kategorie byla ve věku od 51 do 60 let (13,33 %). Nejnižší počet respondentů věkové kategorie byl ve věku od 61 let (1,67 %).

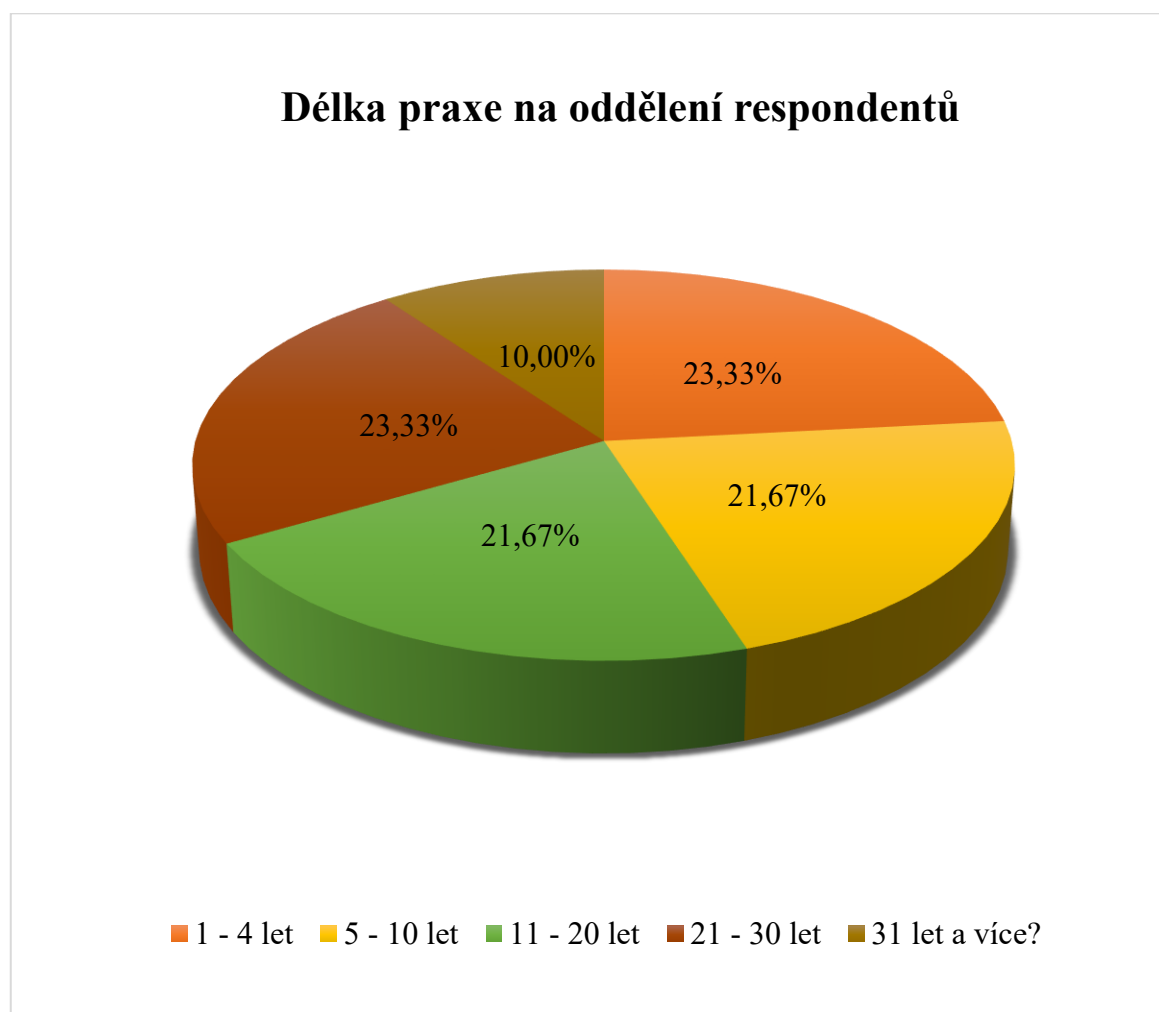
## Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?



Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

**Komentář:** Graf 3 se zaměřuje na jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Nejvyšší počet, 27 respondentů, mělo středoškolské vzdělání všeobecná sestra (45,00 %). Taktéž vyšší počet, 16 dotazovaných, uvedlo středoškolské vzdělání zdravotnický asistent a praktická sestra (26,67 %). Bakalářským vzděláním mělo 8 respondentů (13,33 %). Vyšší odbornou školu zdravotnickou odpovědělo 6 respondentů (10,00 %). Nejméně 3 respondenti uvedli magisterské studium (5,00 %). Žádný z dotazovaných neměl doktorské studium.

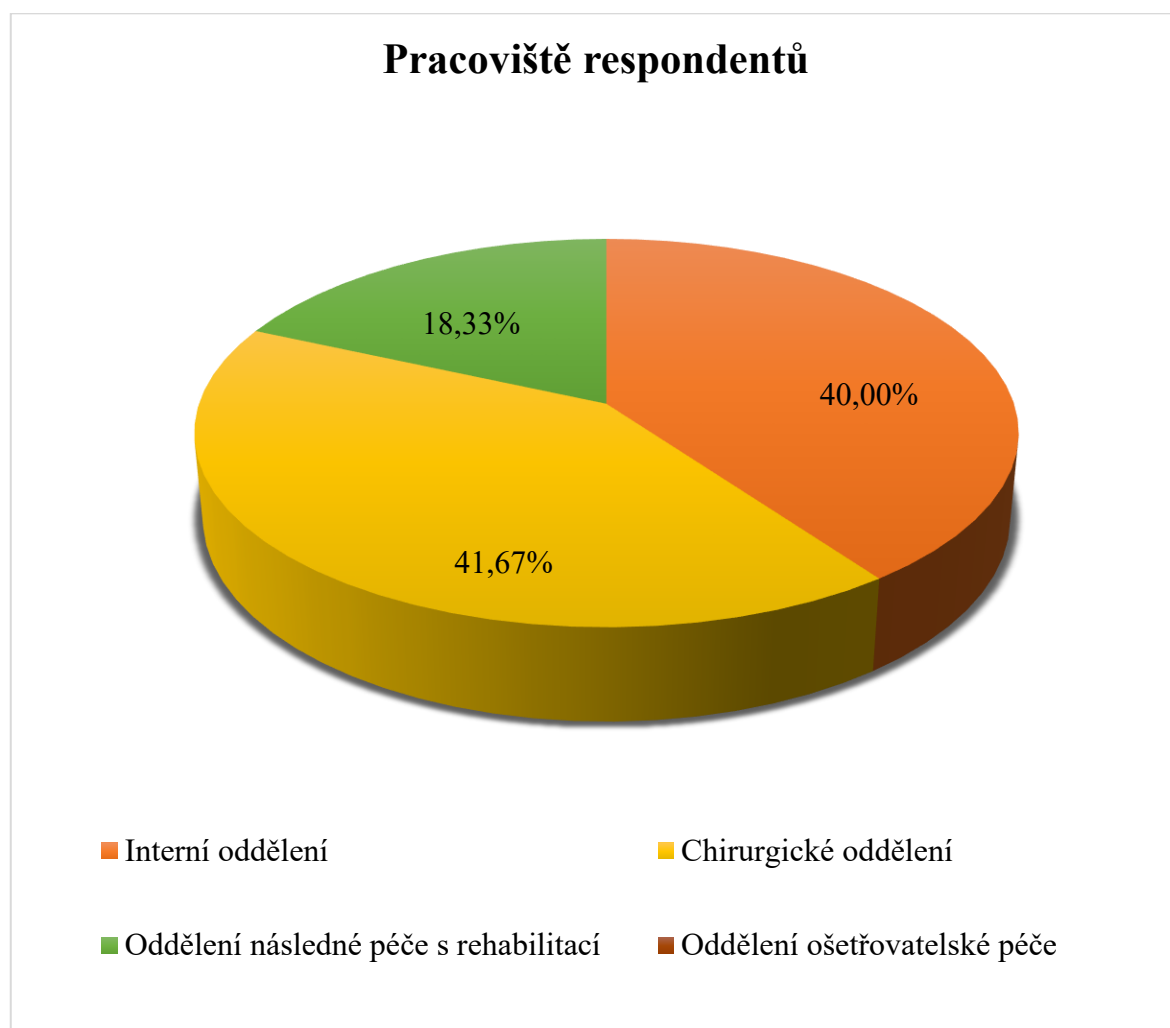
## Otázka č. 4: Jaká je délka Vaší praxe?



Graf 4 - Délka praxe na oddělení respondentů

**Komentář:** Graf 4 zjišťoval délku praxe na oddělení respondentů. Stejný počet, 14 respondentů, uvedlo délku praxe 1 - 4 let (23,33 %) a další 21 – 30 let (23, 33 %). Rovněž 13 dotazovaných ve stejném počtu uvedlo 5 – 10 let (21,67 %) a 11 -20 let (21,67 %). Nejméně 6 respondentů uvedlo délku praxe vyšší než 31 let (10,00 %).

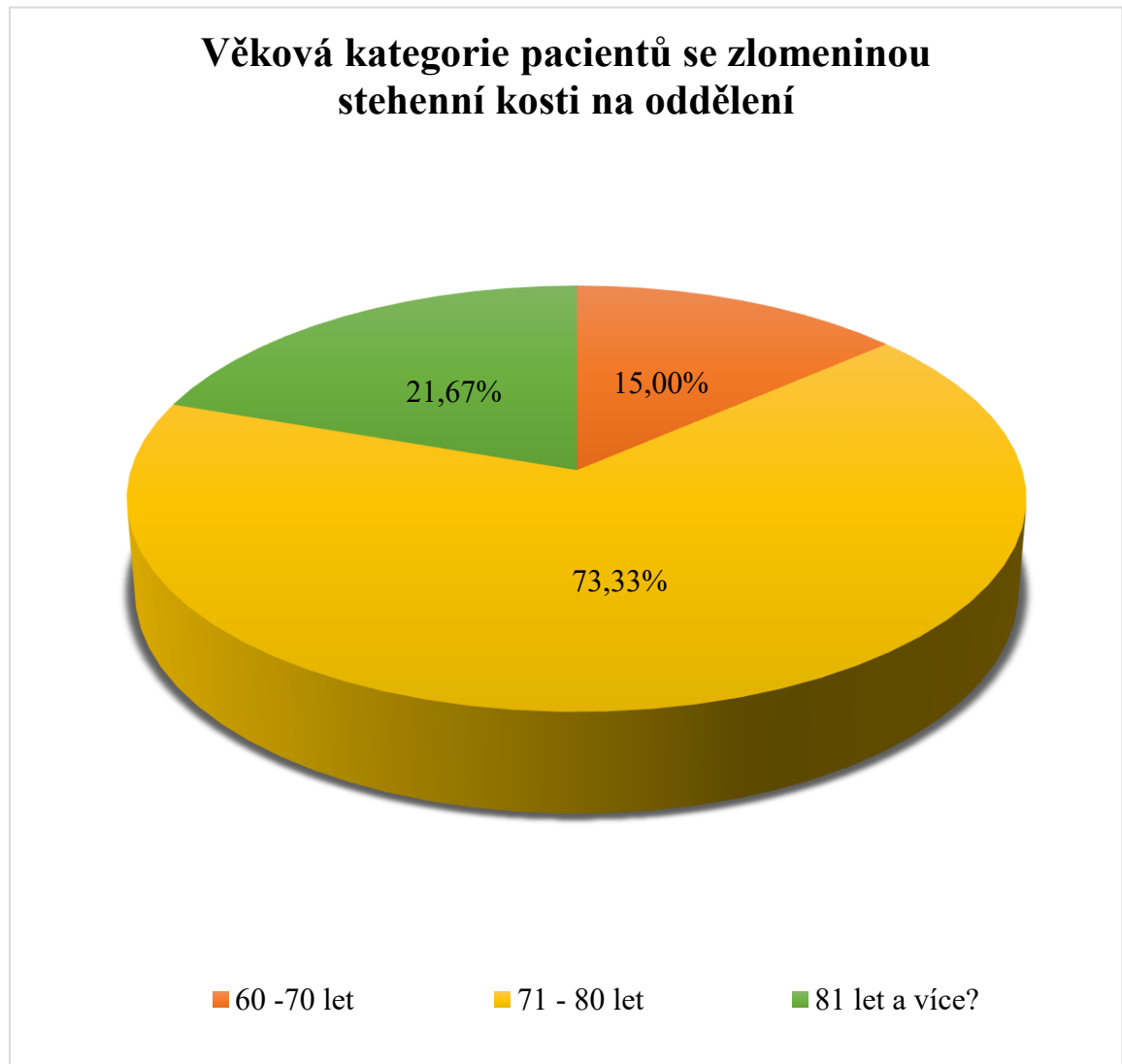
## Otázka č. 5: Na jakém oddělení pracujete?



Graf 5 – Pracoviště respondentů

**Komentář:** Graf 5 se zaměřuje na pracoviště respondentů. Na chirurgickém oddělení pracuje 25 respondentů (41,67 %). Interní oddělení uvedlo 24 respondentů (40,00 %). Dalších 11 dotazovaných (18,33 %) uvedlo oddělení následné péče s rehabilitací. Na oddělení ošetrovatelské péče nepracuje žádný z respondentů.

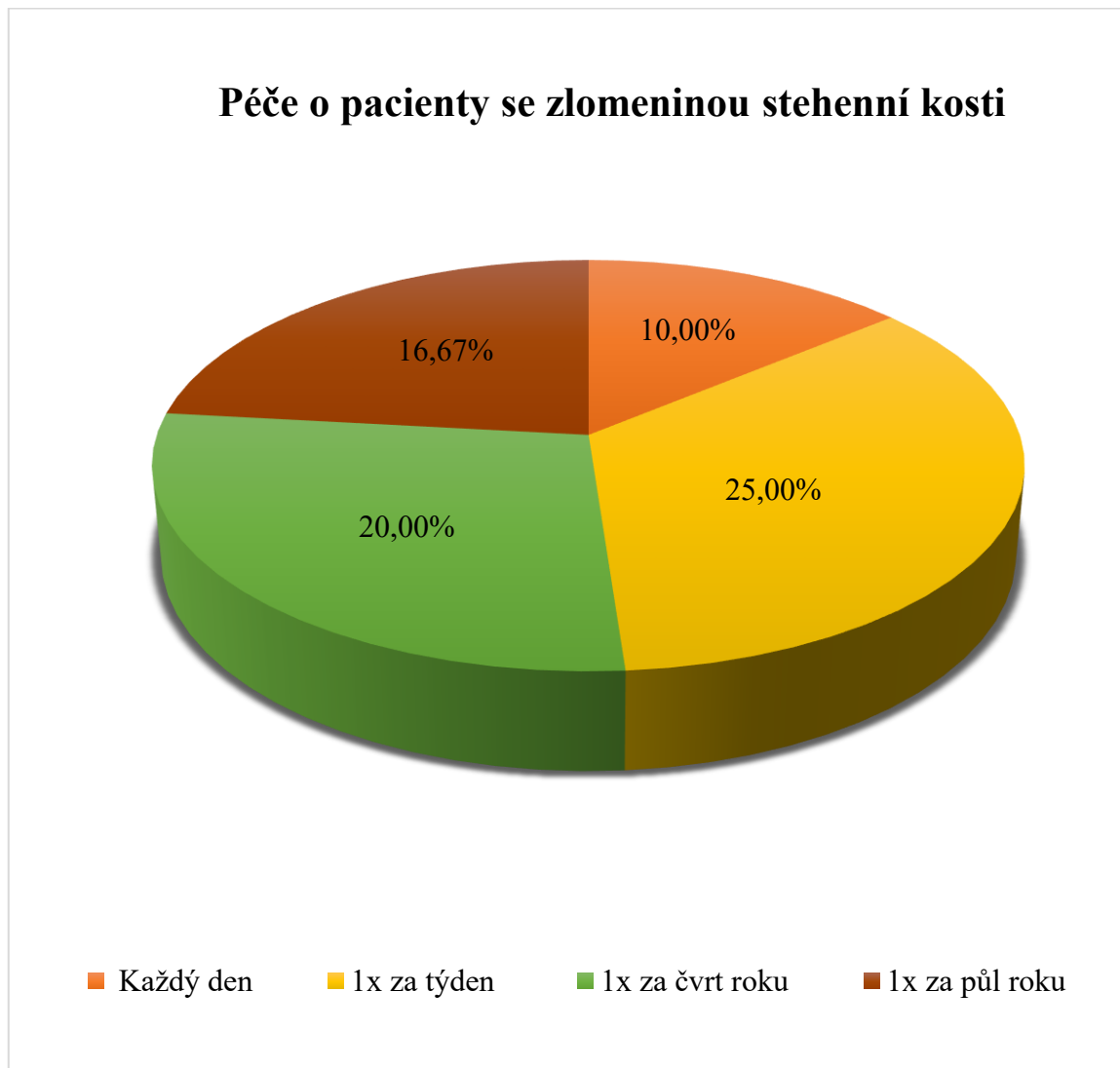
Otázka č. 6: Která věková kategorie pacientů se zlomeninou stehenní kosti je nejčastěji na Vašem oddělení hospitalizovaná?



Graf 6 – Věková kategorie pacientů na oddělení respondentů

**Komentář:** Graf 6 představuje nejčastější věkovou kategorii pacientů se zlomeninou stehenní kosti hospitalizovanou na oddělení respondentů. Nejčastější věková kategorie pacientů byla od 71 do 80 let (73,33 %), následovala věková kategorie vyšší než 81 let (21,67 %). Nejméně byla hospitalizovaná věková kategorie od 60 do 70 let (15,00 %).

Otázka č. 7: Jak často se podílíte na péči o pacienty se zlomeninou stehenní kosti (interval v týdnech)?

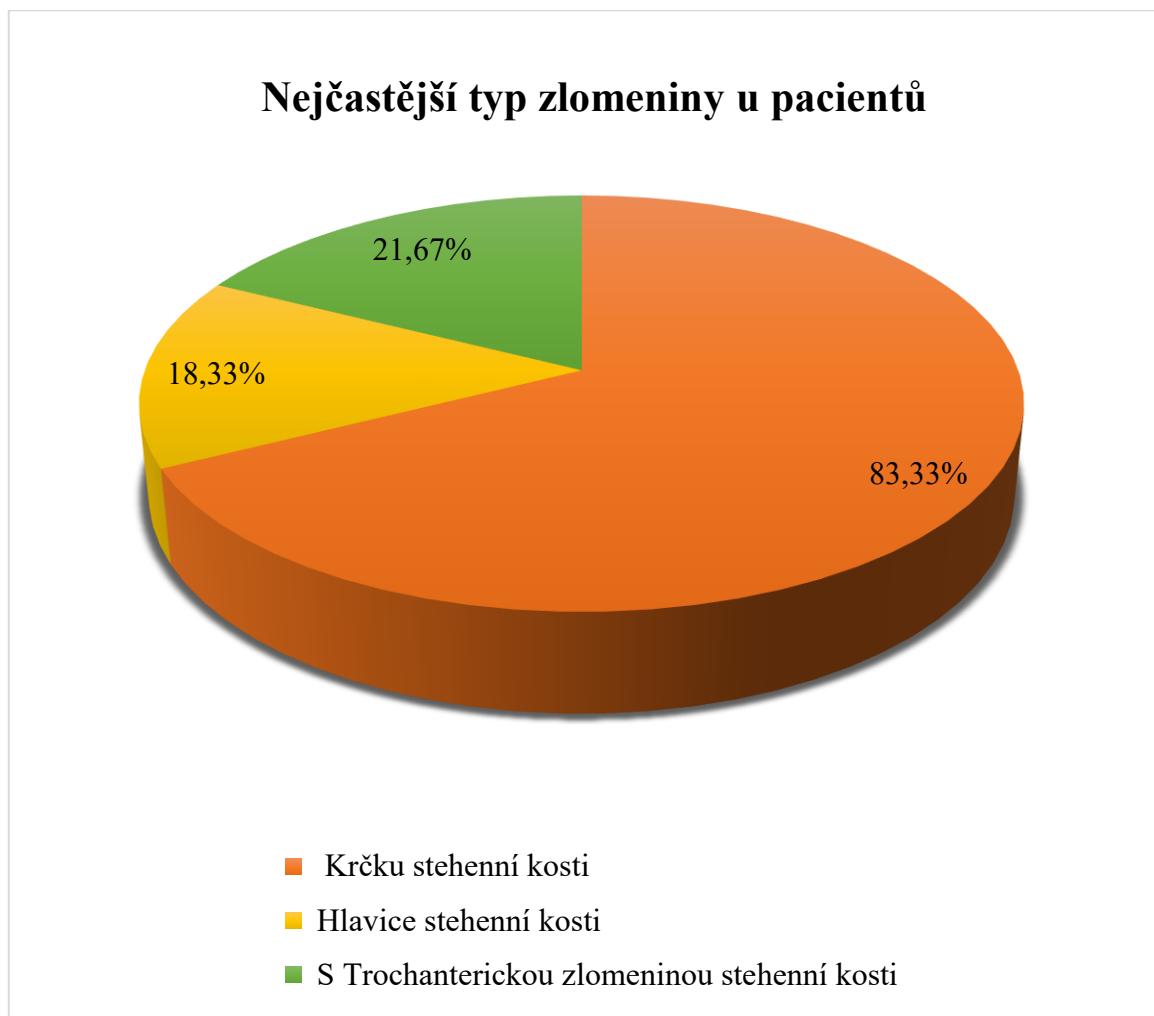


Graf 7 – Péče o pacienty se zlomeninou stehenní kostí

**Komentář:** Graf 7 je zaměřen na častost péče o pacienty se zlomeninou stehenní kosti. Nejčastější péče o pacienty byla 1x za týden (25,00 %), další z dotazovaných uvedli 1x za čtvrt roku (20,00 %). Nejdélší interval uvedlo (16,67 %), který byl 1x za půl roku. Každý den pečují o pacienty (10,00 %) respondentů.



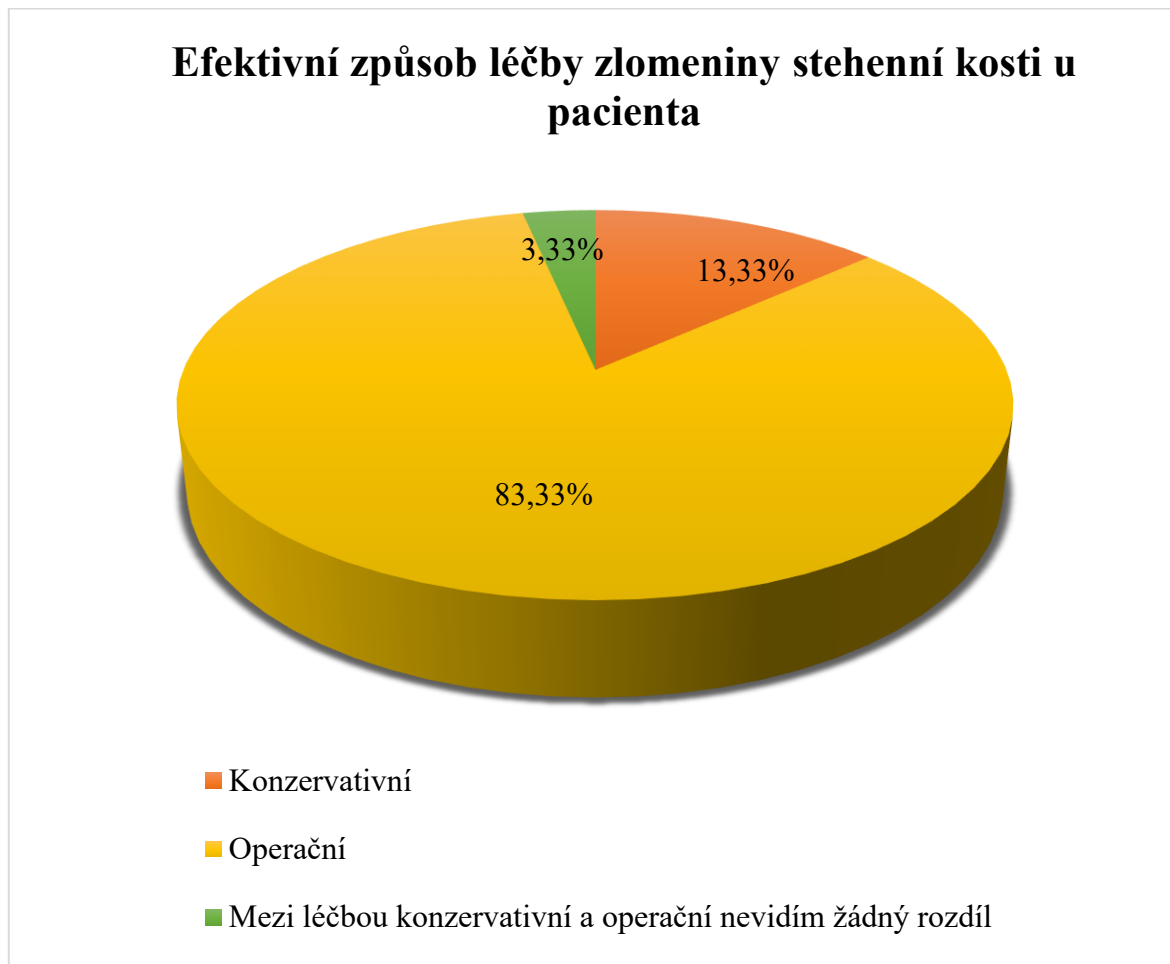
Otázka č. 8: Jaký nejčastější typ zlomeniny u pacientů ošetřujete?



Graf 8 – Nejčastější ošetrovatelská péče u pacientů se zlomeninou

**Komentář:** Graf 8 zjišťoval, jaký typ zlomeniny nejčastěji ošetřují u pacientů. Nejčastější ošetrovatelskou péči poskytují u pacientů se zlomeninou krčku stehenní kosti 83,33 %, další byla zastoupená Trochanterická zlomenina stehenní kosti 21,67 %. Poslední uvedli u pacientů zlomeninu hlavice stehenní kosti 18,33 %.

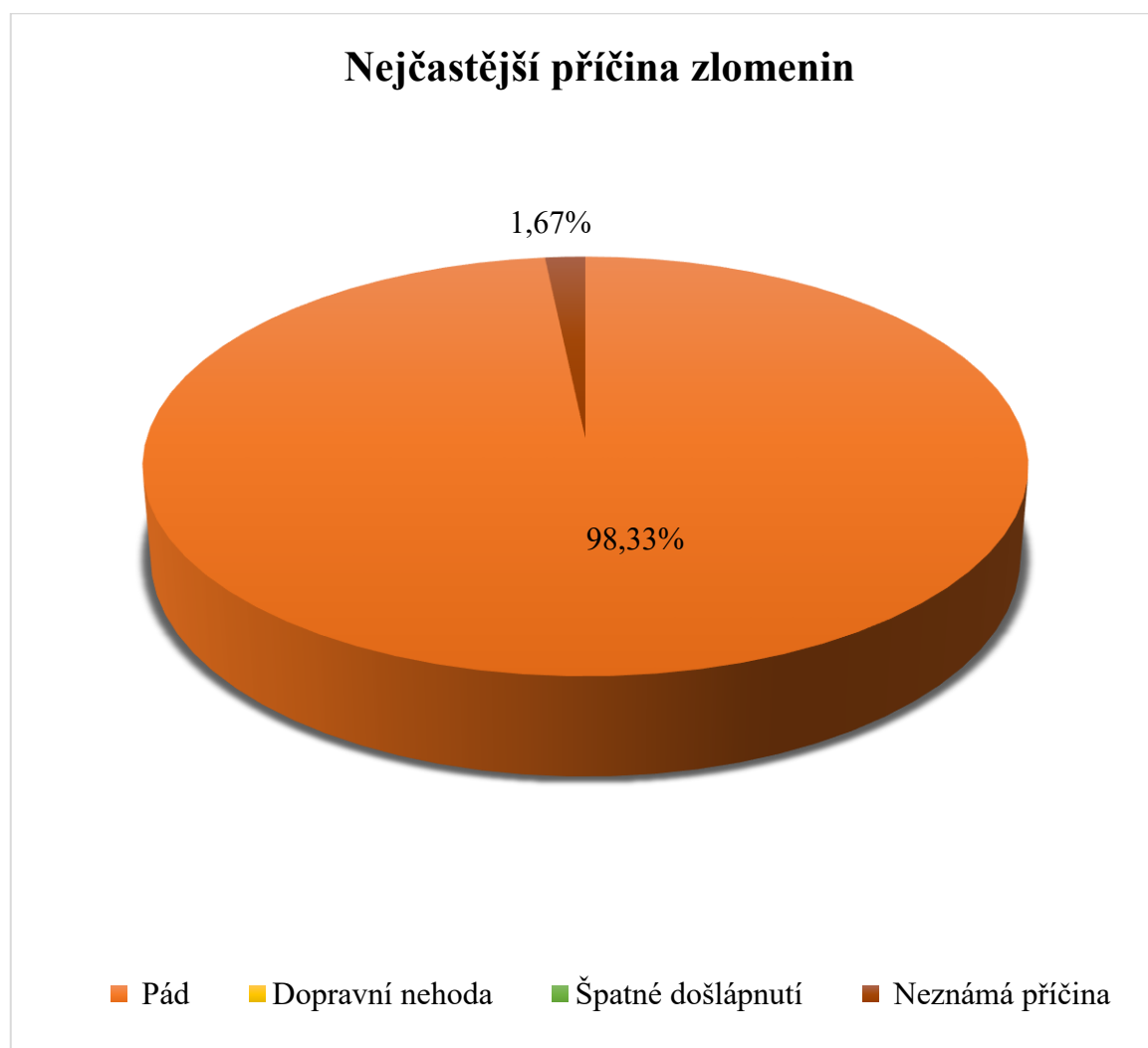
Otázka č. 9: Který ze způsobů léčby zlomeniny stehenní kosti u pacienta považujete za efektivnější?



Graf 9 – Efektivní způsob léčby u pacienta se zlomeninou stehenní kosti

**Komentář:** Graf 9 představuje nejefektivnější způsob léčby zlomeniny stehenní kosti u pacientů podle respondentů. Operační způsob léčby uvedlo 83,33 % respondentů. Konzervativní léčbu vybral z dotazovaných 13,33 %. Mezi konzervativní a chirurgickou léčbou nevidělo rozdíl 3,33 % z dotazovaných.

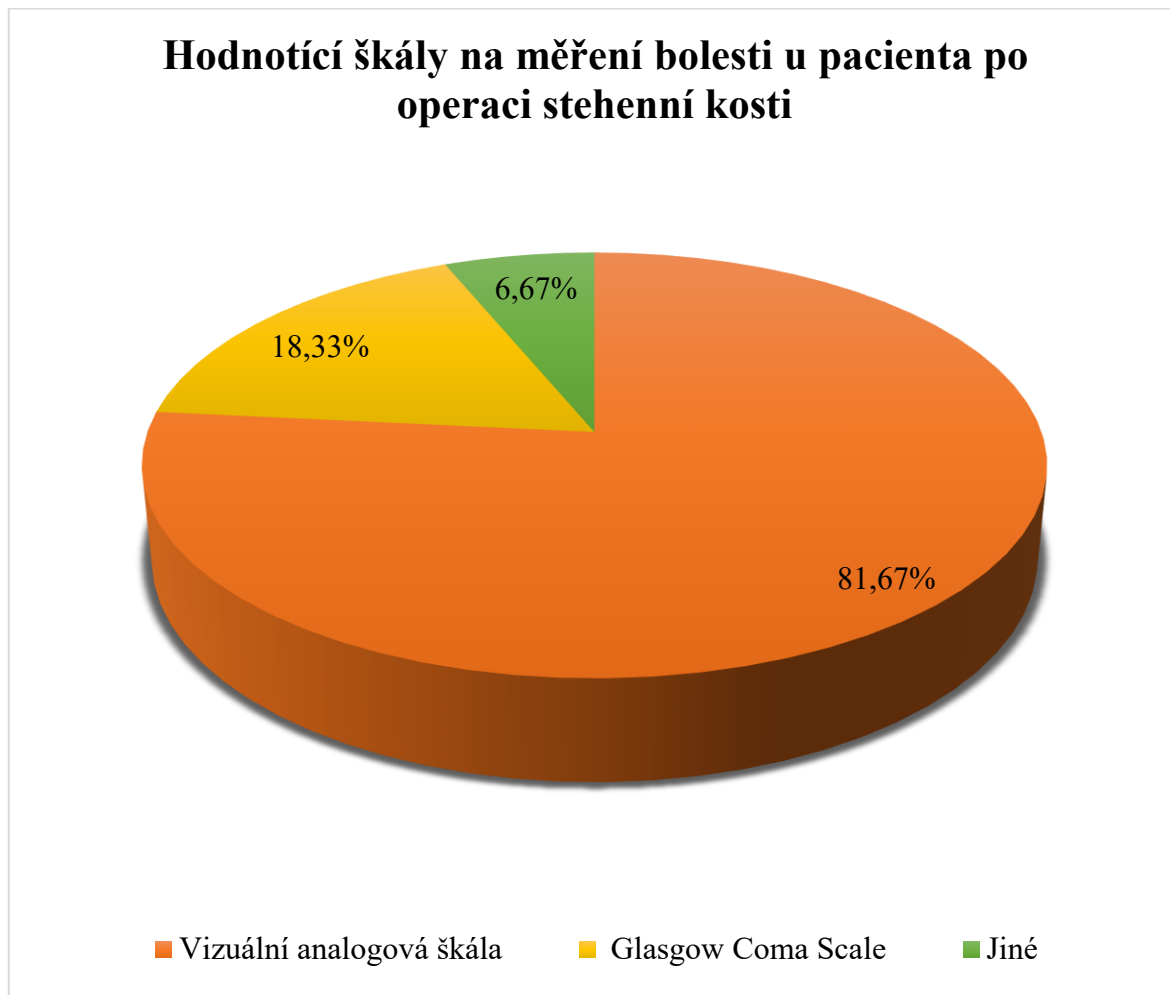
Otázka č. 10: Kterou příčinu zlomenin považujete za nejčastější?



Graf 10 – Nejčastější příčina zlomenin podle respondentů

**Komentář:** Graf 10 znázorňuje nejčastější příčinu zlomenin u pacientů. Celkem 59 respondentů uvedlo jako nejčastější příčinu pád (98,33 %). Neznámou příčinu uvedl jeden respondent (1,67 %). Nikdo z dotazovaných neuvedl dopravní nehodu nebo špatné došlápnutí.

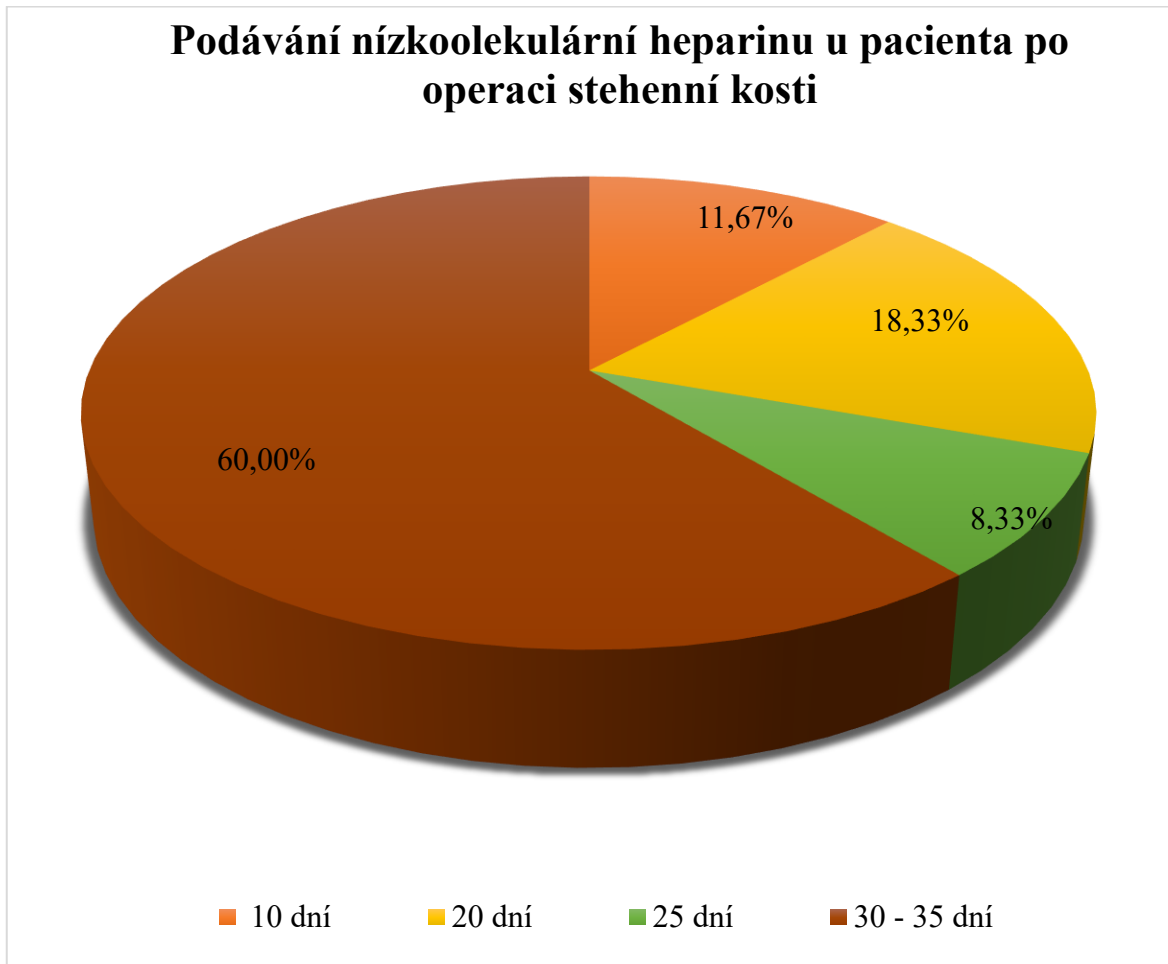
Otázka č. 11: Které hodnotící škály použijete na měření bolesti u pacienta po operaci stehenní kosti?



Graf 11 – Hodnotící škály na měření bolesti u pacienta po operaci stehenní kosti

**Komentář:** Graf 11 zjišťoval hodnotící škály na měření bolesti u pacienta po operaci stehenní kosti. Na vizuální analogovou škálu odpovědělo 81,67 %. Další Glasgow Coma Scale udalo 18,33 % a jiné škály zaznamenalo 6,67 % respondentů.

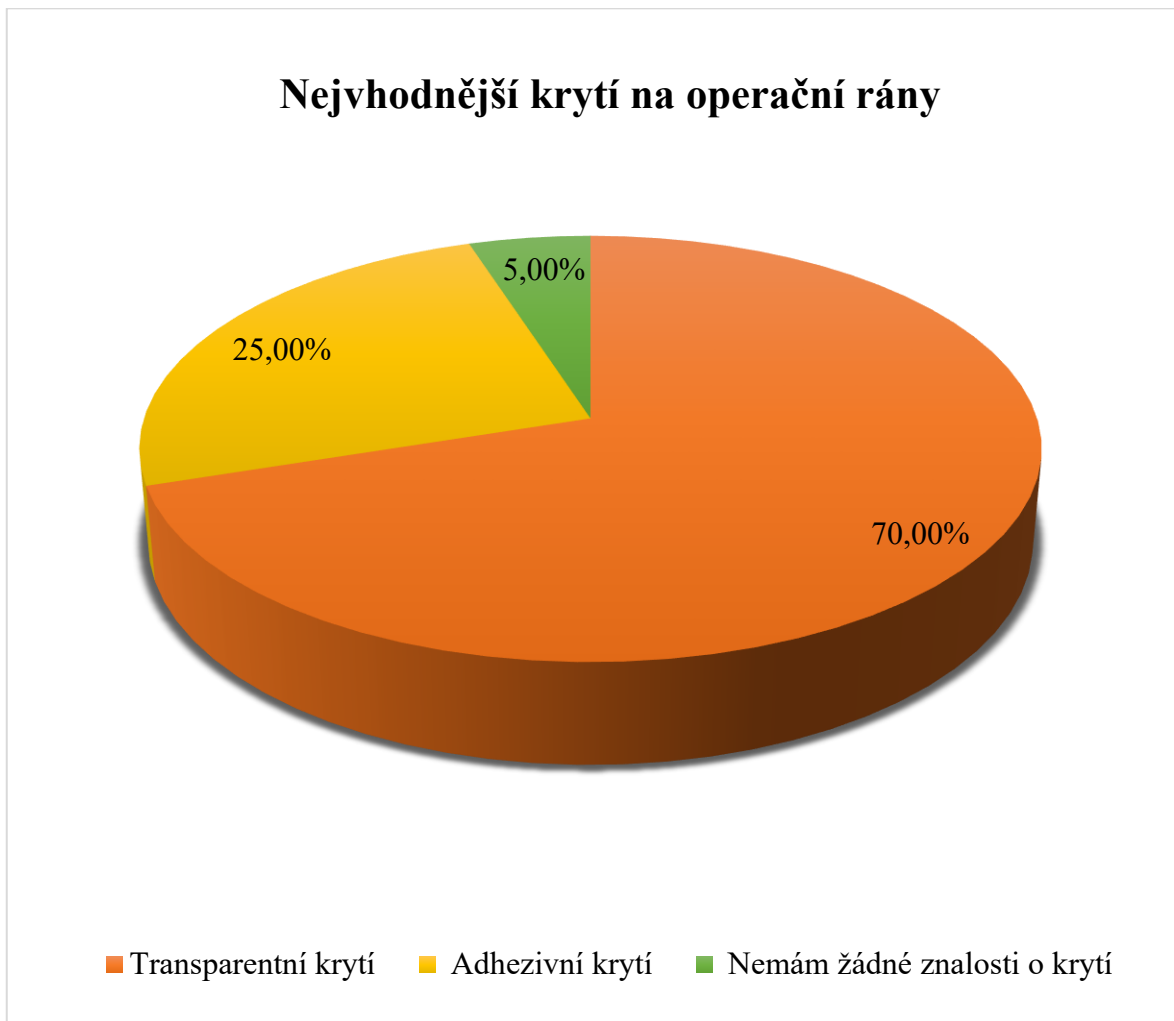
Otázka č. 12: Jak dlouho se podává nízkomolekulární heparin u pacienta po operaci stehenní kosti?



Graf 12 – Podávání nízkomolekulárního heparinu u pacienta po operaci

**Komentář:** Graf 12 byl zaměřen na dobu podávání nízkomolekulárního heparinu u pacienta po operaci stehenní kosti. Správnou dobu podávání uvedla 60,00 % - 30 až 35 dní. Dále z dotazovaných odpovědělo 18,33 % - 20 dní, také 11,67 % - 25 dní a nejméně uvedlo dobu podávání 8,33 % - 10 dní.

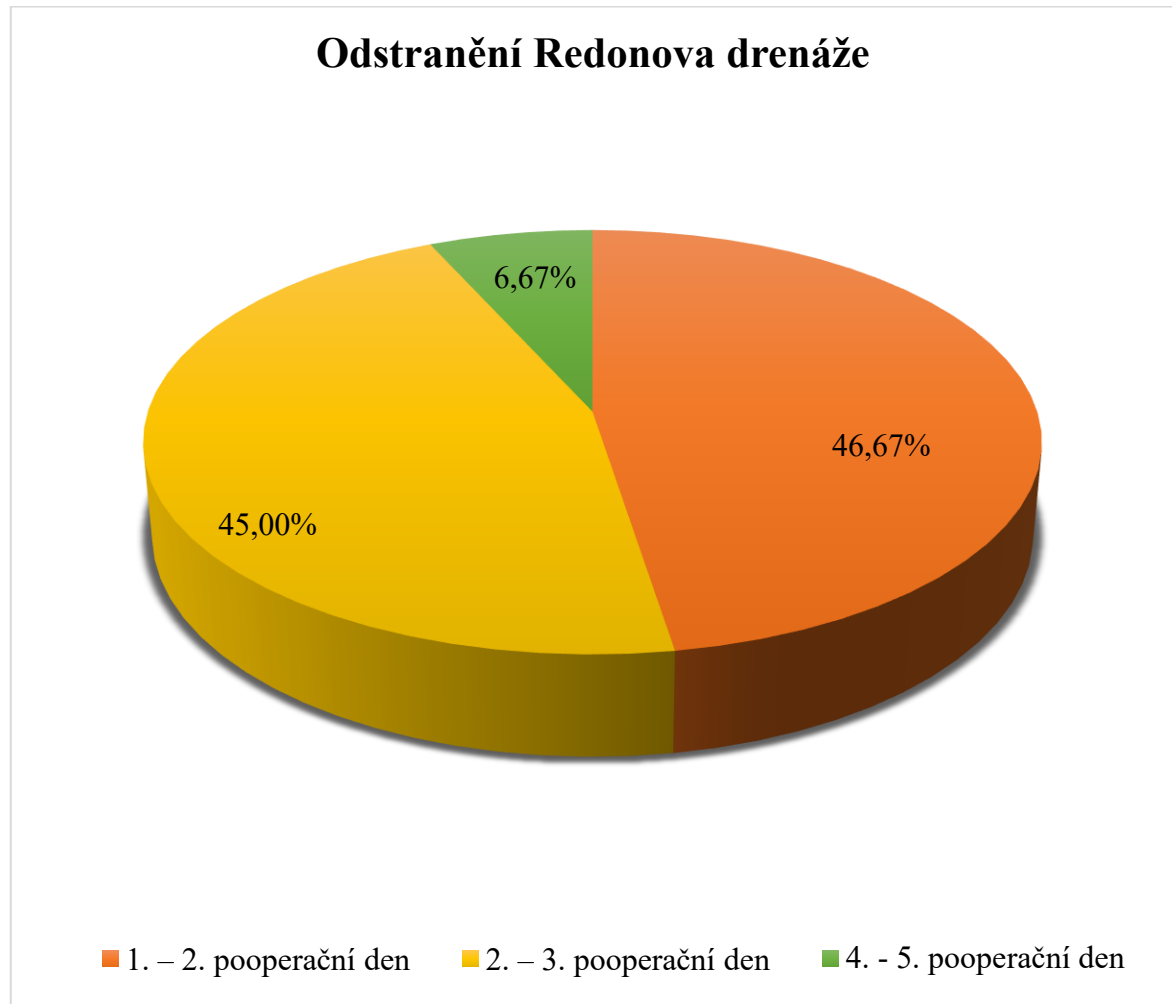
Otázka č. 13: Které krytí operační rány považujete za nejvhodnější?



Graf 13 – Nejvhodnější krytí na operační rány

**Komentář:** Graf 13 znázorňuje nejvhodnější krytí na operační ránu u pacienta po operaci stehenní kosti podle respondentů. Největší počet 42, uvedlo (70,00 %) transparentní krytí, adhezivní krytí uvedlo 15 respondentů (25,00 %). Žádné znalosti o krytí měli 3 respondenti (5,00 %).

Otázka č. 14: Který pooperační den se zpravidla odstraňuje dle ordinace lékaře u pacienta Redonova drenáž?



Graf 14 – Odstranění Redonova drenáže

**Komentář:** Graf 14 zjišťoval, který pooperační den se zpravidla odstraňuje Redonův drén u pacienta po operaci stehenní kosti. Správnou odpověď, 2. – 3. pooperační den, uvedlo 27 respondentů (45,00 %). Zbytek dotazovaných uvedlo 1. – 2. pooperační den (46,67 %) a také 4. – 5. pooperační den (6,67 %).

Otázka č. 15: Který pooperační den se zpravidla odstraňují stehy nebo klipy?

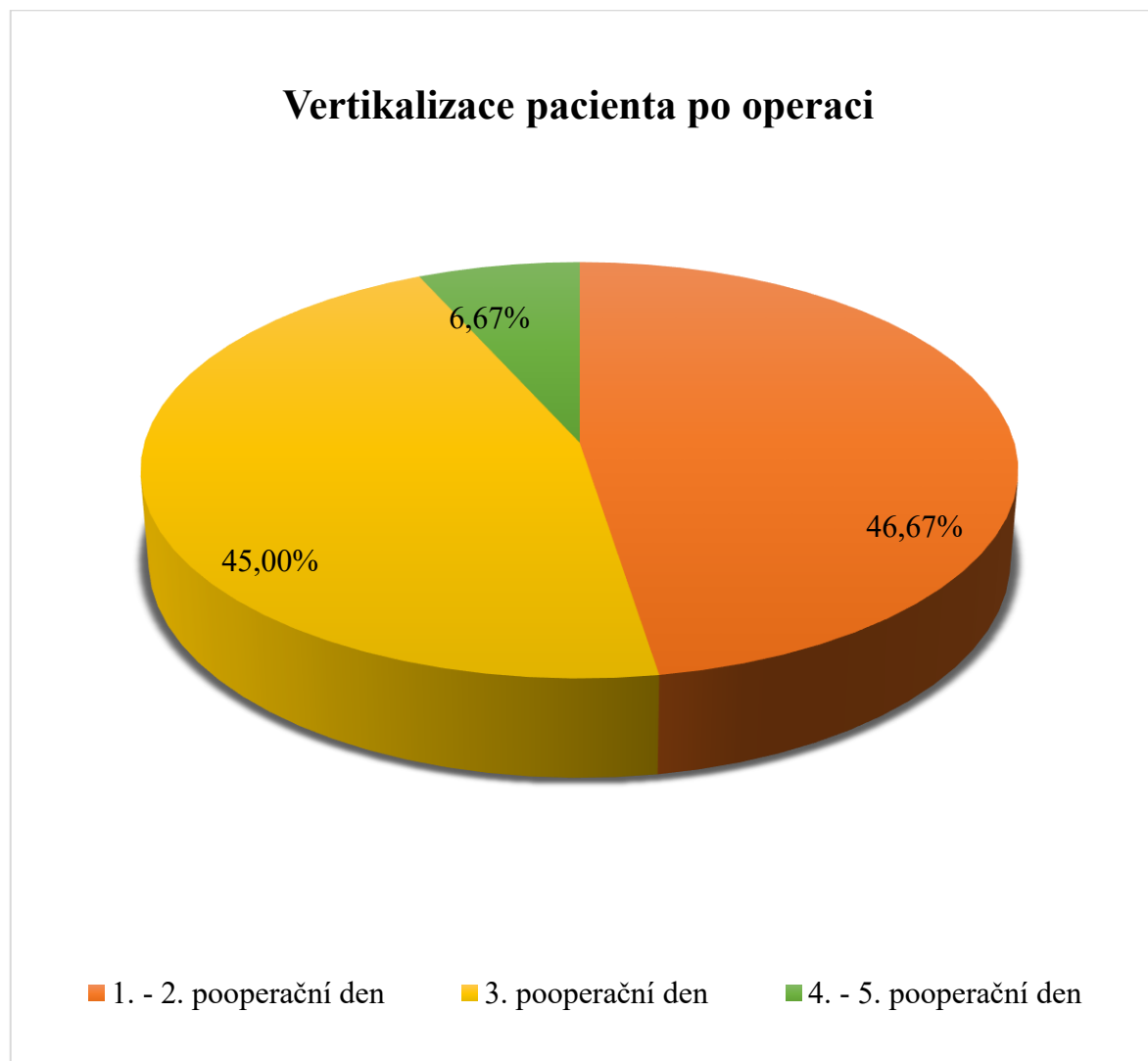


Graf 15 – Odstranění stehů a klipů

**Komentář:** Graf 15 byl zaměřen na to, který operační den se zpravidla odstraňují stehy a klipy dle ordinace lékaře. Téměř většina respondentů odpověděla správně, a to 49 z nich (81,67 %) vybralo 10. – 12. pooperační den. Dalších 5 (8,33 %) uvedlo 6. – 8. pooperační den a poslední 3 (5,00 %) uvedlo 15. - 16. pooperační den.



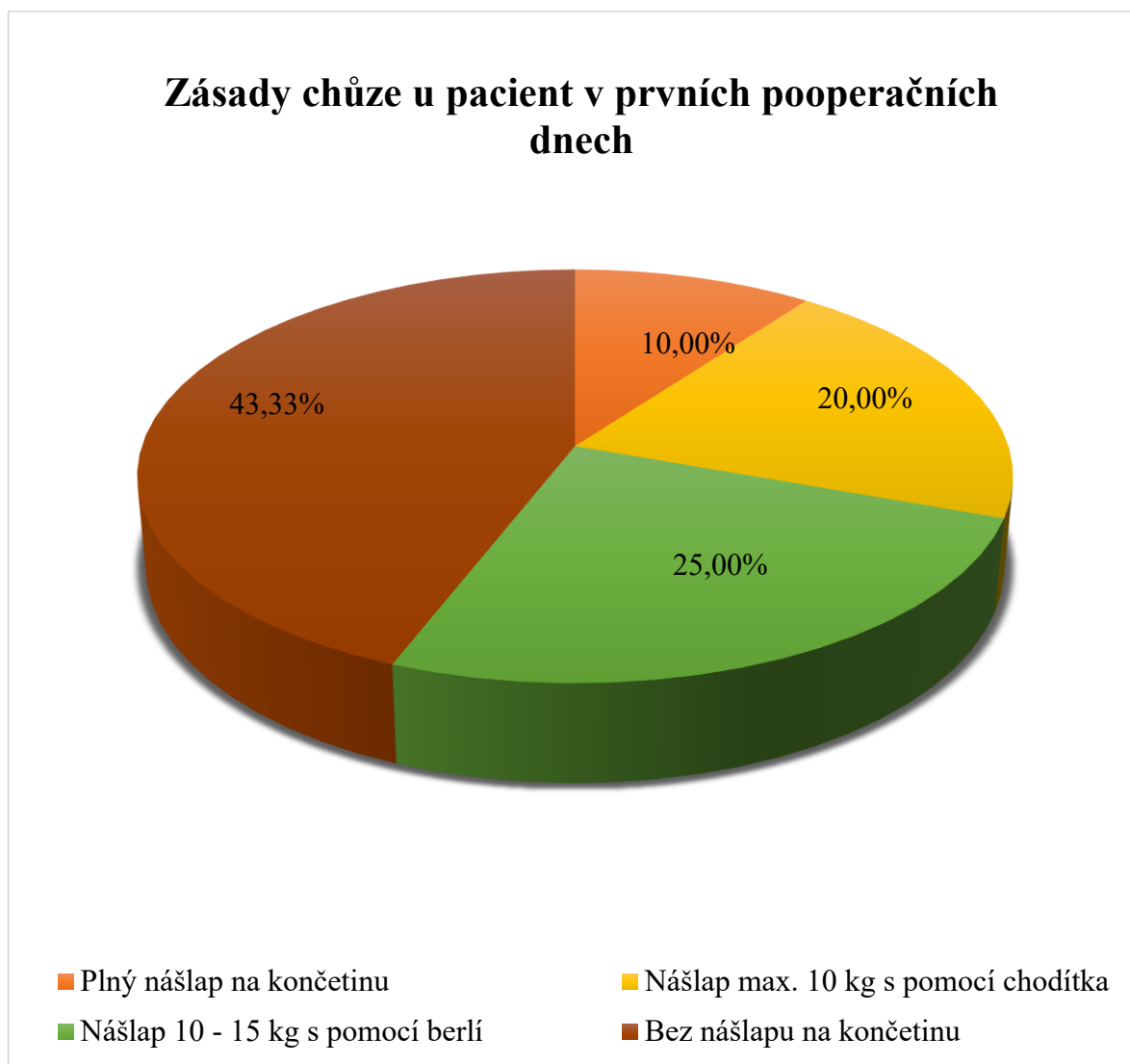
Otázka č. 16: Který pooperační den se zpravidla začíná s vertikalizací pacienta?



Graf 16 – Vertikalizace pacienta po operaci

**Komentář:** Graf 16 zjišťoval, který pooperační den se zpravidla začíná s vertikalizací pacienta po operaci stehenní kosti. Správnou odpověď, 1. – 2. pooperační den, uvedlo 45,00 % dotazovaných. Ostatní odpověděli 3. pooperační den (46,67 %) a 4. – 5. pooperační den (6,67 %).

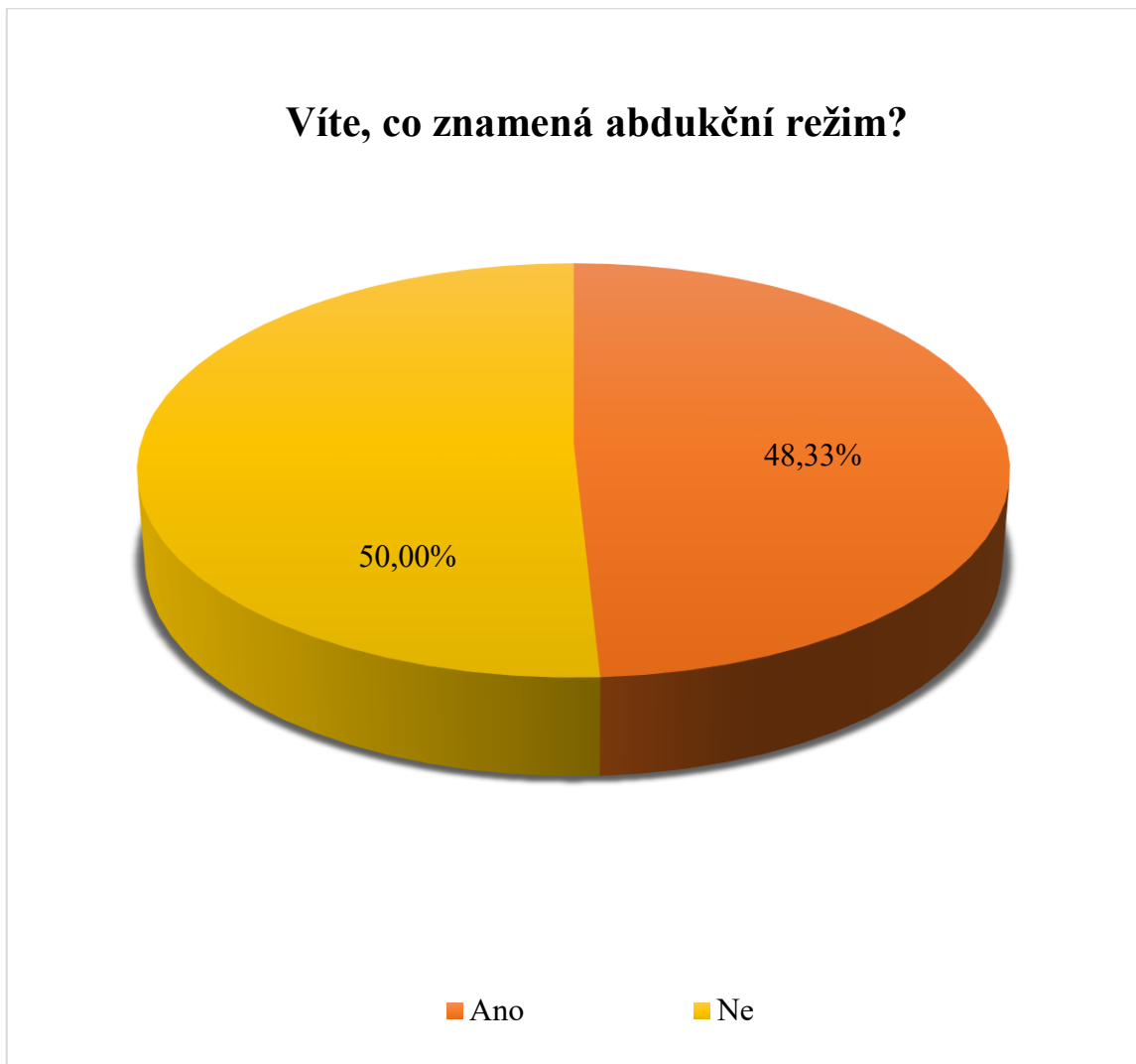
Otázka č. 17: Kterou z uvedených zásad musí pacient dodržovat při chůzi v prvních pooperačních dnech?



Graf 17 – Zásady chůze u pacienta v prvních pooperačních dnech

**Komentář:** Graf 17 představuje zásady chůze v prvních pooperačních dnech u pacienta. Respondenti nejčastěji uvedli bez nášlapu (43,33 %), s nášlapem 10 – 15 kg s pomocí berlí 25,00 %, nášlap max. 10 kg s pomocí chodítka uvedlo 20,00 % a nejméně odpovědělo plný nášlap na končetinu (10,00 %).

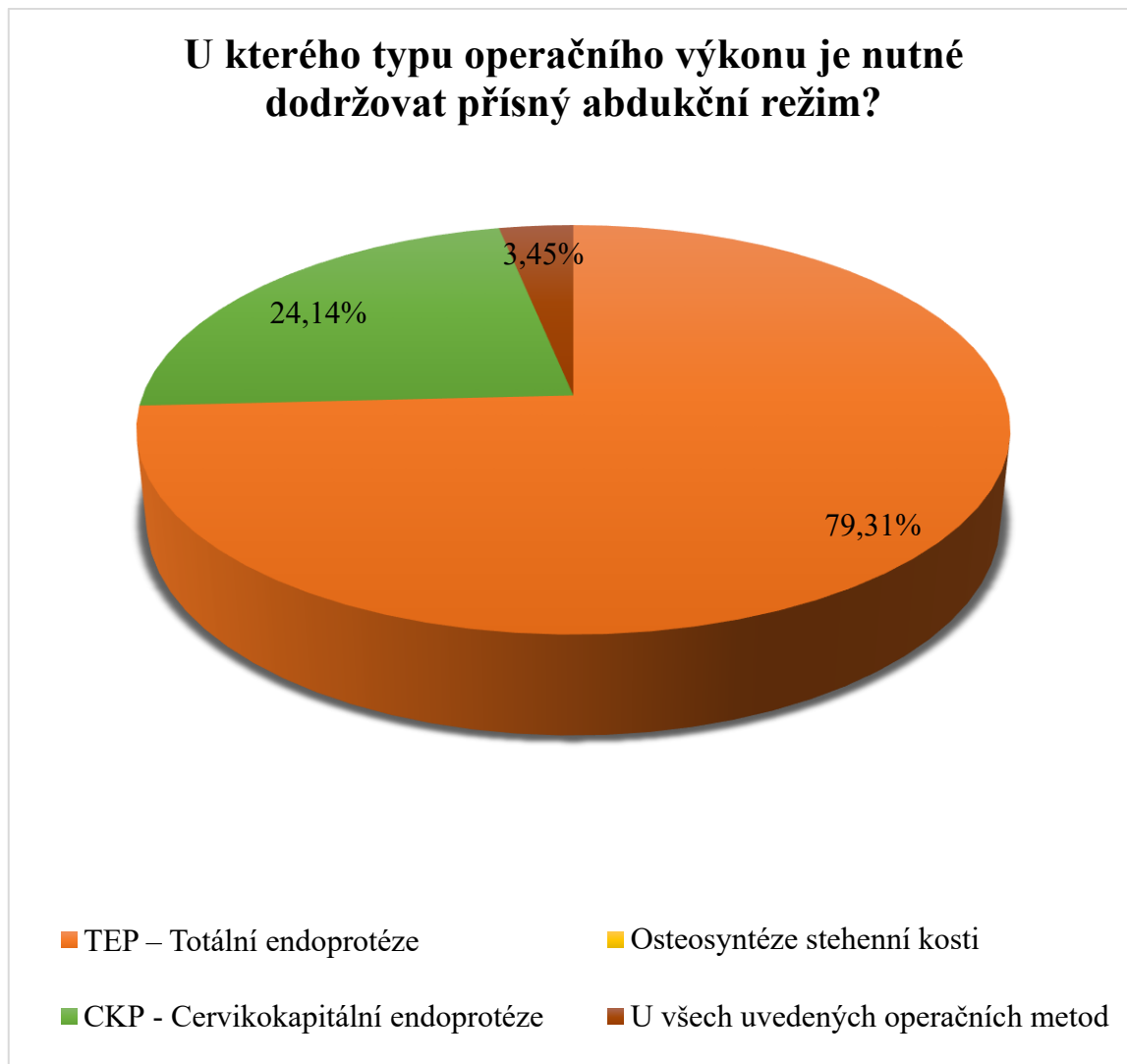
Otázka č. 18: Víte, co znamená abdukční režim?



Graf 18 – Abdukční režim

**Komentář:** Graf 18 se zaměřil na znalosti sester o abdukčním režimu. Z dotazníků vyplývá, že většina respondentů (50,00 %) nemá znalosti o abdukčním režimu. Znalosti o abdukčním režimu má 48,33 % respondentů.

Otázka č. 19: U kterého typu operačního výkonu je nutné dodržovat přísný abdukční režim? Otázka, na kterou odpovídá ten, kdo výše odpověděl ano.



Graf 19 – Typ operačního výkonu, u kterého se dodržuje abdukční režim

**Komentář:** Graf 19 navazoval na graf č. 18 a zaměřil se na typ operačního výkonu, u kterého se dodržuje přísný abdukční režim. Většina respondentů uvedla TEP – totální endoprotézu (79,31 %). CKP – Cervikokapitální endoprotézu vybralo 24,14 % dotazovaných. Ostatní odpovědělo 3,45 % u všech uvedených operačních metod.

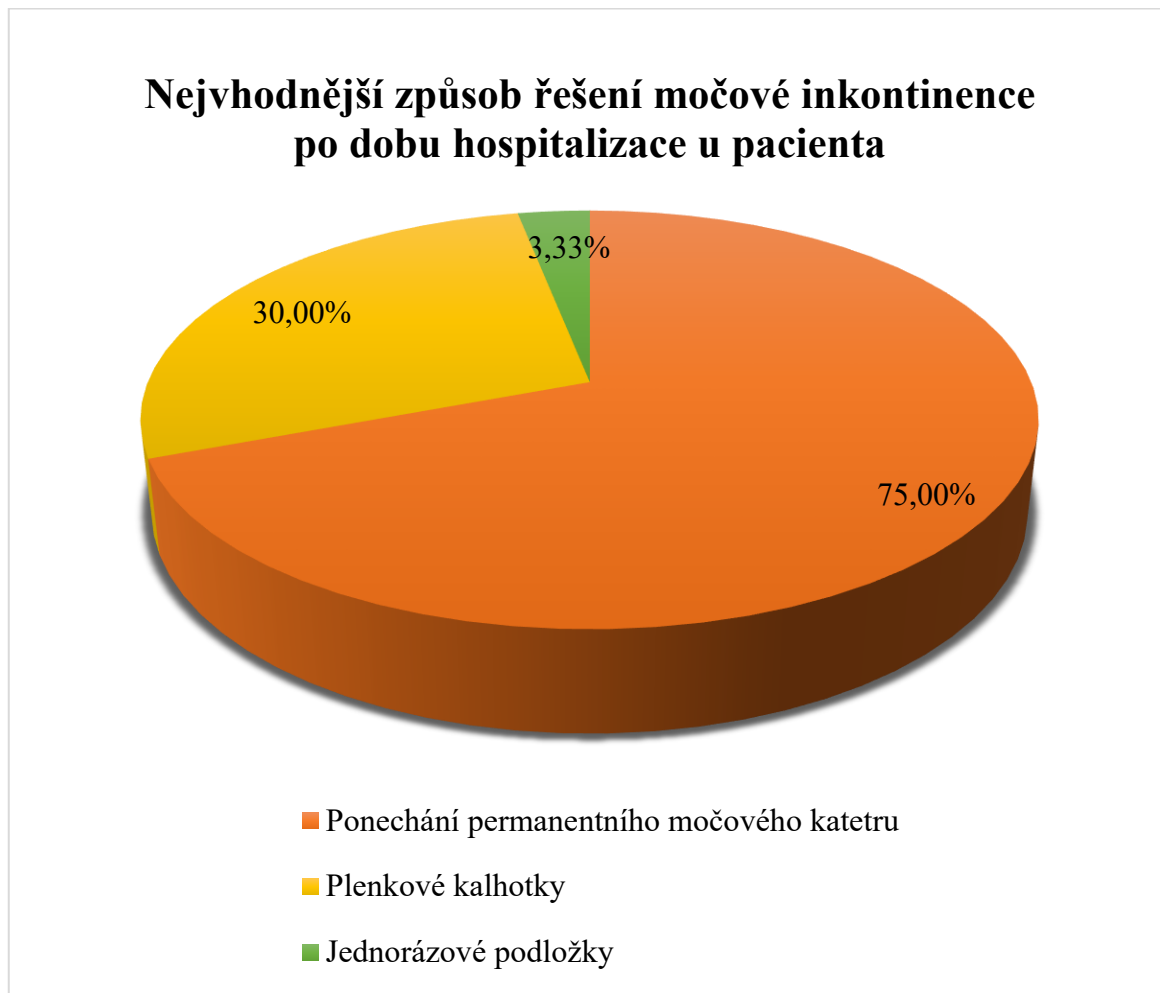
Otázka č. 20: Víte, že existuje preventivní pěnové krytí v rámci prevence dekubitů?



Graf 20 – Preventivní krytí v rámci prevence dekubitů

**Komentář:** Graf 20 zjišťoval znalosti sester o preventivním pěnovém krytí v rámci prevence dekubitů. Celkem 80,00 % zná a používá pěnové krytí na svém oddělení, 67 % respondentů jej používá. Krytí nemá na oddělení 13,33 % respondentů.

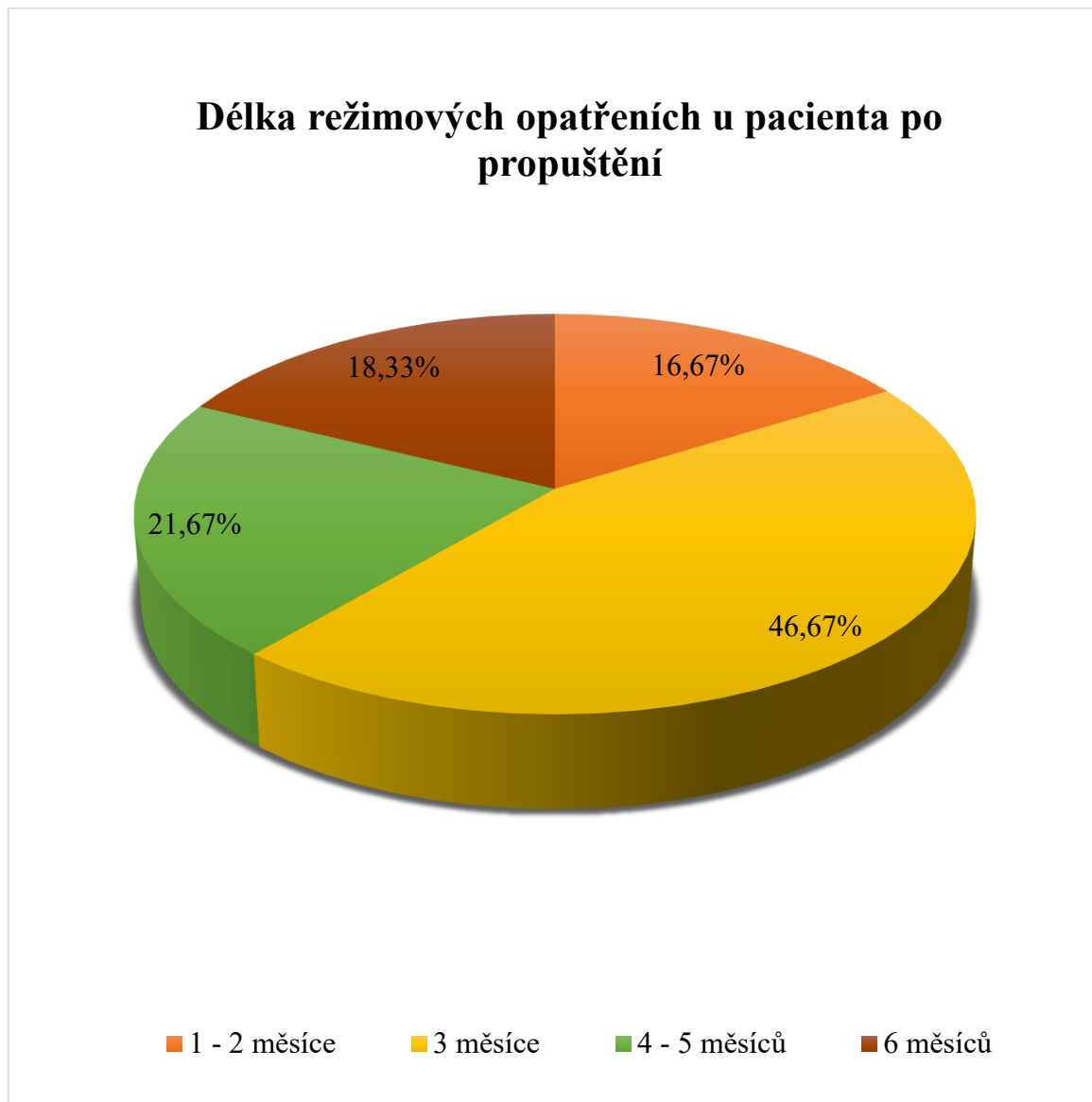
Otázka č. 21: Který způsob řešení močové inkontinence je po dobu hospitalizace pro pacienta nejvhodnější?



Graf 21 – Nejvhodnější způsob řešení močové inkontinence po dobu hospitalizace

**Komentář:** Graf 21 se zaměřuje na nejvhodnější způsob řešení močové inkontinence po dobu hospitalizace pacienta. Nejčastěji, 75,00 %, odpovědělo ponechání permanentního močového katetru. Další (30,00 %) vybrali odpověď plenkové kalhotky. Nejméně vybraných odpovědí bylo u jednorázových podložek (3,33 %).

Otázka č. 22: Jak dlouho po propuštění do domácího ošetření dodržuje pacient režimová opatření?



Graf 22 – Délka režimových opatření u pacienta po propuštění

**Komentář:** Graf 22 zjišťoval, jak dlouho po propuštění dodržuje pacient režimová opatření. Většina respondentů odpověděla 3 měsíce (46,67 %), další uvedlo 4 – 5 měsíců (21,67 %) a 6 měsíců zaznamenalo (18,33 %). Nesprávně odpovědělo (16,67 %) 1 - 2 měsíce.

## 6 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou specifík ošetrovatelské péče u pacientů po zlomenině stehenní kosti. Problematika zlomeniny stehenní kosti je velmi rozšířená. Řada autorů bakalářských a diplomovaných prací se zabývá konkrétními typy zlomenin stehenní kosti. Jánská se ve své bakalářské práci věnovala informovaností všeobecných sester o ošetrovatelské péči u pacientů se zlomeninou horního konce kosti stehenní, kde popisovala zlomeninu horního konce stehenní kosti, způsob léčby konzervativní i operační metodou, pooperačními komplikacemi a rehabilitací. Další bakalářská práce Smékalové, která se zaměřila na specifika ošetrovatelské péče u pacientů s osteosyntézou, podrobně popsala specifika ošetrovatelské péče u pacientů se zlomeninou stehenní kosti.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaké znalosti mají všeobecné sestry, které se podílejí na ošetrovatelské péči pacientů po zlomenině stehenní kosti.

Na dotazníkovém šetření se podílelo v celkovém počtu 60 respondentů. Z toho bylo 96,67 % žen a 3,33 % mužů. Nejpočetnější věková kategorie byla zjištěna od 20 do 30 let. Většina respondentů uvedla středoškolské vzdělání všeobecná sestra (45,00 %). Všeobecných sester s bakalářským vzděláním bylo zastoupeno 13,33 %, s vyšší odbornou školou 10,00 % a s magisterským vzděláním 5,00 %. Stejný počet byl zjištěn u respondentů, kteří uvedli délku praxe 1 - 4 let a 21 – 30 let. Z dotazníku vyplývá, že na chirurgickém oddělení pracuje 25 respondentů. Tento výsledek lze srovnat s bakalářskou prací Jánské, která zjistila nejpočetnější skupinu respondentek, které pracují na chirurgickém oddělení (Jánská, 2013, s. 79). Věková kategorie pacientů na oddělení byla nejvíce zastoupena od 71 do 80 let. Péče o pacienty se zlomeninou stehenní kosti byla 1x za týden dle respondentů (25,00 %). Nejčastěji poskytují ošetrovatelskou péči u typu zlomeniny krčku stehenní kosti (83,33 %).

První stanovený cíl byl zaměřen na znalosti všeobecných sester týkající se specifík ošetrovatelské péče u pacientů po operaci stehenní kosti, na který byla vytvořena řada otázek. Za nejefektivnější způsob léčby označilo 83,33 % operační metodu. Všichni, kromě jednoho respondenta, odpověděli jako nejčastější příčinu pád (98,33 %). Respondenti projevili znalosti o hodnocení bolesti u pacientů po operaci, jako odpověď uvedli vizuální analogovou škálu (81,67 %). Rovněž správnou dobu podávání nízkomolekulárního heparinu po operaci uvedlo 60,00 % z nich - 30 až 35 dní. Správně odpovědělo 70,00 % dotazovaných ohledně transparentního krytí na operační rány. 2. – 3. pooperační den má být odstraněna



Redonova drenáž správně uvedlo 45,00 % dotazovaných. 10. – 12. pooperační den má být odstranění stehů a klipů správně odpovědělo 81,67 %. Znalosti o vertikalizaci pacienta po operaci uvedlo 45,00 % dotazovaných (1. – 2. pooperační den). Zásady chůze v prvních pooperačních dnech nejčastěji uvedli bez náslapu (43,33 %). Z další otázky, která je u této problematiky důležitá, vyplývá, že většina respondentů (50,00 %) nemá znalosti o abdukčním režimu. Navazující otázkou na předchozí uvedenou otázku bylo zjištěno, že respondenti, kteří uvedli ano, odpověděli správně TEP – totální endoprotézu, při které se dodržuje přísný abdukční režim. Celkem 80,00 % respondentů uvedlo znalosti o pěnovém krytím na prevenci vzniku dekubitů, které používají na svém oddělení. Překvapivý je výsledek u otázky týkající se nejvhodnějšího způsobu řešení močové inkontinence po dobu hospitalizace pacienta, u které 75,00 % odpovědělo ponechání permanentního močového katetru. Bohužel nemají povědomí o přecházení rizik infekce, které vedou ke vzniku uroinfekce, která je nebezpečná a ohrožují tím celkový stav pacienta. Smékalová ve své práci řeší problematiku inkontinence, zmiňuje vhodné kompenzační pomůcky jako jsou pleny, hygienické vložky, savé podložky, které zajistí pacientovi při inkontinenci (Smékalová, 2008, s. 67).

Druhým stanoveným cílem bylo zjistit znalosti všeobecných sester v souvislosti s propuštěním pacienta do domácí péče po operaci stehenní kosti z nemocničního zařízení. K tomuto cíli byla zaměřena otázka, jak dlouho pacient dodržuje režimová opatření po propuštění do domácího ošetření. Většina (46,67 %) respondentů správně odpověděla 3 měsíce, taktéž (21,67 %) správně uvedli 4 – 5 měsíců. Nesprávně odpovědělo 16,67 % 1 - 2 měsíce.

Z dotazníkového šetření a jeho výsledků bylo zjištěno, že všeobecné sestry středoškolské, vysokoškolské nebo praktické, pracující na chirurgickém nebo interním oddělení o této problematice menší povědomí mají. Zjistilo se ale, že téměř polovina respondentů nemá znalosti o abdukčním režimu, který je důležitým aspektem v ošetrovatelské a následné péči pacienta po operaci stehenní kosti. Taktéž velkým překvapením bylo, že nemají povědomí o tom, kdy se odstraňuje permanentní močový katetr u pacientů po operaci, aby předcházeli rizikům vzniku uroinfekce.

## 7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V bakalářské práci jsem se zabývala zjištěním o znalostech všeobecných sester, které se podílejí na ošetrovatelské péči pacientů po zlomenině stehenní kosti. Z mého šetření vyplývá, že znalosti sester jsou poměrně na dobré úrovni, přesto se vyskytly nedostatky vědomostí v oblasti ošetrovatelské péče u pacientů po operaci stehenní kosti. Jednotlivé operační metody mají svá specifika ošetrovatelské péče, zde by všeobecné sestry měli mít znalosti.

Doporučila bych na oddělení vytvořit pro všeobecné i praktické sestry ošetrovatelský postup, který bude zahrnovat specifika péče o pacienta. Také zásady pooperační péče na chirurgickém nebo ortopedickém oddělení. Jsem přesvědčena, že některé oddělení mají vytvořené postupy o péči pacienta, ale dle výsledků velké povědomí nemají o prevenci vzniku infekce, rehabilitaci a následné péči o pacienta.

Ošetrovatelské postupy by měly zahrnovat tyto dané okruhy: polohu pacienta po operaci dle operačního výkonu a typu zlomenin, monitorace fyziologických funkcí v daných intervalech (sledování bolesti a vyprazdňování), výživa a hygiena (péče o dutinu ústní, sledování příjmu a výdeje tekutin, příjem stravy), péče o operační ránu (sledování rány a drénů, převazy operační rány), prevence vzniku dekubitů, prevence TEN, prevence vzniku infekce (sledování a péče o invazivní vstupy), prevence respirační infekce, rehabilitace po operaci a domácí péče zaměřená na následnou péči pacienta.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti. Teoretická část je členěna do tří kapitol. První kapitola obsahuje vymezené pojmy procesu stárnutí a stáří a biologický, sociální a psychický proces stárnutí. V druhé kapitole je stručně popsána anatomie, typy zlomenin, diagnostika, konzervativní i operační způsob léčby i možné komplikace. Třetí kapitola je zaměřena na specifika ošetrovatelské péče po operaci stehenní kosti, zde je popsána předoperační, krátkodobá a bezprostřední příprava pacienta. Dále pooperační příprava, rehabilitace a následná péče o pacienta.

V praktické části byla použita kvantitativní metoda výzkumného šetření technikou dotazníku vlastní konstrukce. Respondenty byly všeobecné a praktické sestry pracující na chirurgickém, ortopedickém, interním oddělení a oddělení následné péče s rehabilitací. Vzhledem k výsledkům, které byly zajištěny od respondentů, lze konstatovat, že hlavní cíl práce a dílčí cíle práce se podařilo naplnit.

Nepříznivé výsledky a neprůkazné znalosti mají sestry v prevenci vzniku infekcí při zavedení permanentního močového katetru a nemají znalosti o abdukčním režimu, který hraje velkou roli v ošetrovatelské péči a rehabilitaci pacienta.

Téma bakalářská práce jsem si vybrala hlavně proto, abych zjistila základní povědomí o problematice ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti, kde zahrnuje i pooperační a následnou péči pacienta. Práce by mohla být přínosem pro zkušené i začínající sestry, které na svém oddělení poskytují ošetrovatelskou péči o seniory po zlomenině stehenní kosti. Mé doporučení je vytvořit si daný ošetrovatelský postup, který bude zaměřen na specifika ošetrovatelské péče u pacientů po zlomenině stehenní kosti. V práci jsem navrhla okruh ošetrovatelského postupu, podle kterého se mohou sestry řídit.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

BEZDIČKOVÁ, M. a L. SLEZÁKOVÁ, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.

BLIEMEL, C. et al., 2013. *Surgical treatment of proximal femoral fractures – A training intervention?*. Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie. 151(2), 180-188 p., DOI: 10.1055/s-0032-1328395

ČELEDOVÁ, L., Z. KALVACH a R. ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: nakladatelství Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-3404-3.

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2018. *Člověk ve zdraví i v nemoci: podpora zdraví a prevence nemocí ve stáří*. Praha: nakladatelství Karolinum. 512 s. ISBN 978-80-246-3828-7.

ČOUPKOVÁ, H. a L. SLEZÁKOVÁ, 2012. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy*. 2., vyd. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-3602-0.

DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2., vyd. Praha: Grada. 1 192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

EGOL, K., A. a P. LEUCHT, 2017. *Proximal Femur Fractures*. USA: Springer International Publishing. 188 p. ISBN 3319649027.

GALLO, J., 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 211 s. ISBN 978-80-244-2486-6.

HAŠKOVCOVÁ, H., 2012. *Sociální gerontologie*. Praha: Galén. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HERDMAN, T. H., 2013. *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014*. Oxford: Wiley-Blackwell. 533 s. ISBN 978-0-4706-5482-8.

HROMÁDKOVÁ, J., 2002. *Fyzioterapie*. Praha: H & H. 428 s. ISBN 80-86022-45-5.

HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

CHALOUPKA, R., 2001. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 186 s. ISBN 80-7013-341-4.

JÁNSKÁ, L., 2013. *Informovanost všeobecných sester o ošetrovatelské péči u seniorů se zlomeninou horního konce kosti stehenní*. Bakalárska práca. Vysoká škola zdravotníctva a

sociální práce Sv. Alžběty v Bratislave Příbram Ústav ošetřovatelství, Příbram. Vedoucí práce Monika Veselá.

JEDLIČKOVÁ, J., 2012. *Ošetrovatelská perioperační péče*. Brno: národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 330 s. ISBN 978-80-7013-543-3.

JUŘENÍKOVÁ, P., HŮSKOVÁ, J., 2001. *Ošetrovatelství učební text pro IV. ročník středních zdravotnických škol. 2. část*. Uherské Hradiště: Středisko služeb školám Uherské Hradiště. 174 s.

KALVACH, Z., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KVASNIČKA, J., 2003. *Trombofilie a trombotické stavy v klinické praxi*. Praha: Grada. 300 s. ISBN 80-7169-993-4.

MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., vyd. Praha: Grada. 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.

MALÍKOVÁ, H., 2019. *Základy radiologie a zobrazovacích metod*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 158 s. ISBN 978-80-246-4036-5.

MIKŠOVÁ, Z. a kol., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. 2. vyd. Praha: Grada. 172 s. ISBN 80-247-1443-4

NOVÁK, K., Z. CHUDÁČEK a Č. NEORAL, 2001. *Infekce v chirurgii: miniinvazivní radiodiagnostické a chirurgické trendy a další aktuální pohledy*. 192 s. Praha: Grada. ISBN 80-247-0229-0.

ONDRUŠOVÁ, J. a B. KRAHULCOVÁ, 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: nakladatelství Karolinum. 370 s. ISBN 978-80-246-4383-0.

REPKO, M., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.

RYCHLÍKOVÁ, E., 2019. *Funkční poruchy kloubů končetin: diagnostika a léčba*. 2., vyd. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-271-2096-3.

SAK, P. a K. KOLESÁROVÁ, 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8

- SKÁLA-ROSENBAUM, J., V. DŽUPA a M. KRBEC, 2019. *Zlomeniny proximálního femuru*. Praha: Galén. 353 s. ISBN 978-80-7492-423-1.
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
- SMÉKALOVÁ, V., 2008. *Specifika ošetrovatelské péče u pacientů s osteosyntézou*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Hana Pinkavová.
- TRACHTOVÁ, E. a kol., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
- VESELÝ, R., 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 204 s. ISBN 978-80-7013-539-6.
- VODIČKA, J., 2014. *Speciální chirurgie*. 2. vyd. Praha: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.
- VYTEJČKOVÁ, R. a kol., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
- WENDSCHE, P. a R. VESELÝ, 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 344 s. ISBN 978-80-7492-211-4.
- ZEMAN, M. a Z. KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., vyd. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.
- ŽVÁK, I., a kol., 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 80-247-1347-0.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

0/S	Čajová dieta
CKP	Cervikokapitální endoprotéza
cm	Centimetr
CT	Centrální tomografie
DHS	Dynamické kyčelní šrouby
DKK	Dolní končetiny
EKG	Elektrokardiografie
lig.	Ligamentum
MR	Magnetická rezonance
NANDA	North American Association for Nursing Diagnosis International
Např.	Například
PFN	Proximální femorální hřeb
RTG	Rentgen
TEN	Tromboembolická nemoc
TEP	Totální endoprotéza
Tzv.	Takzvaně
VAS	Vizuální analogová škála
WHO	World Health Organization – Světová zdravotní organizace

**SEZNAM GRAFŮ**

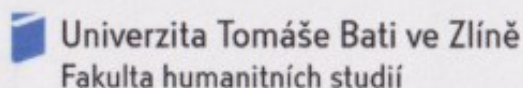
Graf 1 - Pohlaví respondentů.....	35
Graf 2 - Věk respondentů.....	36
Graf 3 - Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	37
Graf 4 - Délka praxe na oddělení respondentů.....	38
Graf 5 - Pracoviště respondentů.....	39
Graf 6 - Věková kategorie pacientů na oddělení respondentů.....	40
Graf 7 - Péče o pacienty se zlomeninou stehenní kosti.....	41
Graf 8 - Nejčastější ošetrovatelská péče u pacientů se zlomeninou.....	42
Graf 9 - Efektivní způsob léčby u pacienta se zlomeninou stehenní kosti.....	43
Graf 10 - Nejčastější příčina zlomenin podle respondentů .....	44
Graf 11 - Hodnotící škály na měření bolesti u pacienta po operaci stehenní kosti.....	45
Graf 12 - Podávání nízkomolekulárního heparinu u pacienta po operaci.....	46
Graf 13 - Nejvhodnější krytí na operační rány.....	47
Graf 14 - Odstranění Redonova drenáže.....	48
Graf 15 - Odstranění stehů a klipů.....	49
Graf 16 - Vertikalizace pacienta po operaci.....	50
Graf 17 - Zásady chůze u pacienta v prvních pooperačních dnech.....	51
Graf 18 – Abdukční režim.....	52
Graf 19 - Typ operačního výkonu, u kterého se dodržuje abdukční režim.....	53
Graf 20 - Preventivní krytí v rámci prevence dekubitů.....	54
Graf 21 - Nejvhodnější způsob řešení močové inkontinence.....	55
Graf 22 - Délka režimových opatření u pacienta po propuštění.....	56



## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK



Dobrý den,

Jmenuji se Štěpánka Mlčáková a jsem studentkou třetího ročníku oboru Všeobecná sestra na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulty humanitních studií. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je anonymní a slouží jako podklad ke zpracování praktické části mé bakalářské práce. Název mé bakalářské práce je „Specifika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině stehenní kosti“.

Děkuji Vám za Váš čas a ochotu při vyplnění dotazníku.

- 1) Uveďte, prosím, Vaše pohlaví:
  - a) Muž
  - b) Žena
  
- 2) Kolik je Vám let?  
.....
  
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
  - a) SZŠ – všeobecná sestra
  - b) SZŠ - zdravotnický asistent, praktická sestra
  - c) VOŠZ – Diplomovaná všeobecná sestra
  - d) VŠ – Bakalářské studium
  - e) VŠ – Magisterské studium
  - f) VŠ – Doktorské studium

- 4) Jaká je délka Vaší praxe?
- a) 1 - 4 let
  - b) 5 - 10 let
  - c) 11- 20 let
  - d) 21 – 30 let
  - e) 31 let a více?
- 5) Na jakém oddělení pracujete?
- a) Interní oddělení
  - b) Chirurgické oddělení
  - c) Oddělení následní péče s rehabilitací
  - d) Oddělení ošetrovatelské péče
- 6) Která věková kategorie pacientů se zlomeninou stehenní kosti je nejčastěji na Vašem oddělení hospitalizovaná?
- a) 60 -70 let
  - b) 71- 80 let
  - c) 81 let a více?
- 7) Jak často se podílíte na péči o pacienty se zlomeninou stehenní kosti (interval v týdnech)?  
.....
- 8) Nejčastěji ošetrovatelskou péči poskytují u pacientů se zlomeninou.
- a) Krčku stehenní kosti
  - b) Hlavice stehenní kosti
  - c) S Trochanterickou zlomeninou stehenní kosti
- 9) Který ze způsobu léčby zlomeniny stehenní kosti u pacienta považujete za efektivnější?
- a) Konzervativní

- b) Operační
- c) Mezi léčbou konzervativní a operační nevidím žádný rozdíl

10) Kterou příčinu zlomenin považujete za nejčastější?

- a) Pád
- b) Dopravní nehoda
- c) Špatné došlápnutí
- d) Neznámá příčina

11) Které hodnotící škály použijete na měření bolesti u pacienta po operaci stehenní kosti?

- a) Vizuelní analogová škála bolesti
- b) Glasgow Coma Scale
- c) Jiné

12) Jak dlouho se podává nízkomolekulární heparin u pacienta po operaci stehenní kosti?

- a) 10 dní
- b) 20 dní
- c) 25 dní
- d) 30-35 dní

13) Které krytí operační rány považujete za nejvhodnější?

- a) Transparentní krytí
- b) Adhezivní krytí
- c) Nemám žádné znalosti o krytí

14) Který pooperační den se z pravidla odstraňuje dle ordinace lékaře u pacienta Redonova drenáž?

- a) 1. – 2. pooperační den
- b) 2. – 3. pooperační den

- c) 4. - 5. pooperační den
- 15) Který pooperační den se odstraňují stehy nebo klipy?
- a) 6. – 8. pooperační den
  - b) 10. – 12. pooperační den
  - c) 15. – 16. pooperační den
- 16) Který pooperační den se zpravidla začíná s vertikalizací pacienta?
- a) 1. – 2. pooperační den
  - b) 3. pooperační den
  - c) 4. – 5. pooperační den
- 17) Kterou z uvedených zásad musí pacient dodržovat při chůzi v prvních pooperačních dnech?
- a) Plný nášlap na končetinu
  - b) Nášlap max. 10 kg s pomocí chodítka
  - c) Nášlap 10 - 15 kg s pomocí berlí
  - d) Bez nášlapu na končetinu
- 18) Víte, co znamená pojem abdukční režim?
- a) Ano
  - b) Ne
- 19) Otázka, na kterou odpovídá ten, kdo výše odpověděl ano.

U kterého typu operačního výkonu je nutné dodržovat přísný abdukční režim?

- a) TEP – Totální endoprotéze
- b) Osteosyntéze stehenní kosti
- c) CKP - Cervikokapitální endoprotéze
- d) U všech uvedených operačních metod

- 20) Víte, že existuje preventivní pěnové krytí v rámci prevence dekubitů?
- a) Ano, krytí máme a používáme ho
  - b) Ano, krytí máme a nepoužíváme ho
  - c) Krytí nemáme na oddělení k dispozici
- 21) Který způsob řešení močové inkontinence je po dobu hospitalizace pro pacienta nejvhodnější?
- a) Ponechání permanentního močového katetru
  - b) Plenkové kalhotky
  - c) Jednorázové podložky
- 22) Po propuštění do domácího ošetření pacient dodržuje režimová opatření.
- a) 1 - 2 měsíce
  - b) 3 měsíce
  - c) 4 - 5 měsíců
  - d) 6 měsíců