



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

**Ošetrovatelská péče u seniorů po zlomenině krčku  
kosti stehenní na oddělení následné péče**

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

**Autor:** Jitka Jordáková

**Vedoucí práce:** Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2017

.....

## **Poděkování**

Děkuji především paní Mrg. Aleně Polanové za její vstřícný přístup, trpělivost, poskytování cenných rad a za čas, který mi při zpracování bakalářské práce s ochotou věnovala.

Rovněž děkuji vedení a zaměstnancům nemocnice za poskytnutí materiálů a informací potřebných k účelnému vypracování této práce.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a především svému příteli za podporu a trpělivost a všem sestřám z oddělení následné péče za jejich ochotu a věnovaný čas při poskytnutí rozhovorů.

# **Ošetrovatelská péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče**

## **Abstrakt**

Zlomenina krčku kosti stehenní je nejčastějším úrazem seniorů. Řešení je velmi náročné vzhledem k polymorbiditě seniorů. Léčba závisí na celkovém stavu pacienta, jedná se o chirurgický či konzervativní postup.

Cílem práce bylo zjistit specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní, možnosti další péče o pacienta po ukončení hospitalizace na oddělení následné péče a zjistit jaká je spolupráce s rodinou pacienta na oddělení následné péče.

K cílům byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. Jaké specifické činnosti uplatňují sestry při ošetrovatelské péči na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní? Jaká jsou rizika u pacienta seniora se zlomeninou krčku kosti stehenní? Jaké jsou možnosti další péče u pacienta po propuštění z oddělení následné péče? V jakých oblastech je důležitá spolupráce s rodinou u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní?

Ke zpracování bakalářské práce bylo použito kvalitativní výzkumné šetření a sběr dat byl proveden technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami z oddělení následné péče.

Z výsledků výzkumu se ukázalo, že ošetrovatelská péče u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní vyžaduje přizpůsobení ošetrovatelské péče každému pacientovi individuálně dle jeho stavu a se zaměřením na komplexní péči, rizika či možné komplikace. Dále bylo zjištěno, že další možnosti péče po propuštění pacienta zajišťuje sociální pracovník, který rodině pomůže s umístěním pacienta do sociálního zařízení či podá informace o péči v domácím prostředí, a že spolupráce s rodinou pacienta je individuální záležitost a záleží na rodinných vztazích.

Výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář (Příloha 1) zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní.

## **Klíčová slova**

Ošetrovatelská péče; senior; zlomenina krčku kosti stehenní; následná péče; rodina

# **Nursing care for seniors after a femoral neck fracture at a subsequent care department**

## **Abstract**

A femoral neck fracture is the most frequent injury among seniors. The solution is very demanding because of the senior polymorbidity. The treatment depends on the patient's overall condition whether the surgical or the conservative approach is applied.

The aim of the work was to examine the specifics of the nursing care for a patient with a femoral neck fracture at a subsequent care department, further possibilities of subsequent care after the release from the subsequent care department and the quality of cooperation with the patient's family at the subsequent care department.

Four research questions were set to achieve the goals. What specific activities do nurses apply to the nursing care for a patient with femoral neck fracture at a subsequent care department? What are the risks for a senior patient with femoral neck fracture? What are the possibilities of the further care for a patient after the release from the subsequent care department? What are the important areas of the cooperation with the family of a patient with the femoral neck fracture?

Qualitative research was applied to the bachelor thesis preparation and the data collection was performed by means of semi structured interviews with nurses from the subsequent care department.

The research results have shown that the nursing care for patients after the femoral neck fracture requires individual adaptation to each patient according to his/her condition, with the focus on the complex care, the risks or possible complications. It was also found out that the further possibilities of the care after patient release are dealt with by a social worker, who helps the patient's family find a social facility for the patient or provides information on possible home care. It was also found out that the cooperation with the patient's family is an individual matter and depends on the family relations.

A multidisciplinary seminar focused on the issue of the nursing care for patients after the femoral neck fracture (Annex 1) is the output of the bachelor thesis.

## **Key words**

Nursing care; senior; femoral neck fracture; subsequent care; family

## Obsah

Úvod .....	8
<b>1 Současný stav.....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 Gerontologie a geriatrie .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Stárnutí a stáří.....	9
1.1.2 Zdravotní a sociální péče o seniory.....	10
1.1.3 Onemocnění u seniorů.....	11
<b>1.2 Anatomie fyziologie kyčelního kloubu .....</b>	<b>12</b>
<b>1.3 Zlomenina krčku kosti stehenní .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Klasifikace zlomeniny krčku kosti stehenní .....	14
<b>1.4 Léčba zlomeniny krčku kosti stehenní u seniorů.....</b>	<b>15</b>
1.4.1 Konzervativní způsob léčby zlomeniny krčku kosti stehenní .....	15
1.4.2 Chirurgický způsob léčby zlomeniny krčku kosti stehenní .....	16
<b>1.5 Komplikace u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní a jejich prevence.....</b>	<b>17</b>
<b>1.6 Ošetrovatelská péče u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče .....</b>	<b>20</b>
1.6.1 Rehabilitační ošetrovatelství u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní.....	24
<b>1.7 Zvláštnosti komunikace se seniory.....</b>	<b>26</b>
1.7.1 Bariéry v komunikaci se seniory.....	27
<b>1.8 Možnosti dalších sociálních služeb u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní .....</b>	<b>28</b>
<b>2 Cíle práce a výzkumné otázky .....</b>	<b>30</b>
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
2.3 Operacionalizace pojmů .....	30
<b>3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru .....</b>	<b>31</b>
3.1 Metodika práce.....	31
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	31
<b>4 Výsledky.....</b>	<b>32</b>
4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami .....	32
<b>5 Diskuze .....</b>	<b>46</b>
<b>6 Závěr .....</b>	<b>55</b>

<b>7 Seznam použité literatury .....</b>	<b>57</b>
<b>8 Přílohy.....</b>	<b>61</b>

## Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou ošetrovatelské péče o seniory po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče. Téma této práce jsem si vybrala na základě tříletých zkušeností s touto problematikou, jež se dotýká nejčastěji pacientů seniorů. Zlomenina krčku kosti stehenní je závažným problémem. Tento stav můžeme pozorovat v souvislosti s polymorbiditou seniorů. Právě kvůli stárnoucí populaci či zvýšení průměrného věku dochází často u seniorů k přibývání úrazů, jejichž hlavní příčinou je pád na bok. Na oddělení následné péče, kde jsou tito pacienti nejvíce hospitalizováni, musíme dbát na předcházení mnoha rizik, která mohou vzniknout z důvodu upoutání pacienta na lůžku, kdy je hlavní příčinou právě zlomenina krčku kosti stehenní. Toto onemocnění je možno řešit konzervativním či chirurgickým řešením. Rozhodnutí, o jakou léčbu půjde, vždy závisí na celkovém stavu pacienta. V ošetrovatelské péči u pacienta seniora se zlomeninou krčku kosti stehenní je důležitá nejen samotná ošetrovatelská péče, ale také spolupráce s fyzioterapeutem. Nedílnou součástí kvalitní léčby a rekonvalescence je získání důvěry pacienta. Navázání vhodných interakcí mezi sestrou a pacientem má vliv na samotnou léčbu a navrácení se pacienta do běžného způsobu života. Dále je nutná spolupráce s rodinou a sociálním pracovníkem. Sociální pracovník pomůže pacientovi najít vhodnou alternativu další péče po propuštění z oddělení následné péče. Pacient senior potřebuje od ošetrovatelského personálu nejen zvýšenou ošetrovatelskou péči, ale především psychickou podporu.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jaká jsou specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní, jaké jsou možnosti další péče o pacienta po ukončení hospitalizace na oddělení následné péče. Posledním cílem je zjistit, jaká je spolupráce s rodinou pacienta na oddělení následné péče. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část práce je zaměřena na problematiku zlomenin krčku kosti stehenní u seniorů na oddělení následné péče, na jejich příčinu, léčbu a především ošetrovatelskou péči o tyto pacienty. Část výzkumná obsahuje výsledky výzkumného šetření z rozhovorů se sestrami z oddělení následné péče.



# 1 Současný stav

## 1.1 Gerontologie a geriatrie

Gerontologie je věda o zkoumání podstaty lidského stárnutí a stáří. Zabývá se zákonitostmi, příčinami a projevy člověka ve stáří. Tato věda se dělí na tři důležité okruhy. Gerontologie experimentální se zaměřuje na procesy biologického a psychologického stárnutí člověka a na mechanismy biologického stárnutí buněk, tkání a orgánů. Dalším okruhem je gerontologie sociální, která věnuje svou pozornost hlavně zajištění sociálních potřeb starým lidem, pozici starého člověka ve společnosti, ale i sociálním dopadům na člověka ve stáří. Posledním okruhem je gerontologie klinická neboli geriatrie, která se zabývá chorobami a léčbou starých lidí, udržením a podporou ve zdraví ve stáří (Čevela et al., 2012).

Geriatric je zaměřená ve svém zkoumání na zdraví a jeho udržení ve stáří. Zaměřuje se na zdravotní a medicínské problémy v životě starého člověka, na geriatrickou křehkost ve stáří, na zvláštnosti určitých chorob, diagnostické a léčebné postupy starých lidí včetně prevence chorob, léčení a rehabilitaci (Čevela et al., 2012).

V České republice je geriatrie samostatným lékařským oborem od roku 1982. Zabývá se specifickými problémy starých lidí. Zvyšující se podíl pacientů vyššího věku prakticky ve všech oborech medicíny lze označit jako geriatricizaci medicíny. Proto bychom potřebám starých nemocných měli přizpůsobit strukturu zdravotnických a sociálních zařízení, spektrum poskytovaných služeb i charakter péče (Čevela et al., 2012).

### 1.1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je přirozený, biologický proces, při kterém dochází ke snížení adaptační schopnosti a ubývají fyzické síly jedince. Tento proces probíhá od početí po stáří, které je poslední etapou zakončující lidský život (Čevela et al., 2012).

V tomto přirozeném procesu dochází nejen ke změnám fyzického vzhledu, psychologickým změnám a sociálním změnám u člověka, ale i degenerativním a funkčním změnám jednotlivých orgánů. Důsledkem stárnutí mnohdy dochází k závislosti jedince na druhé osobě. Při ztrátě sebezpečce je nutné přijmout novou roli a vzdát se řady činností. Stárnutí představuje neodvratný fyziologický děj, který je cestou do stáří (Jiráček et al., 2013).

Stáří neboli sénium je poslední z etap ontogenetického vývoje člověka. Jde o bio-psycho-sociálně-spirituální proces involučních a adaptačních změn, které probíhají

u každého jedince individuálně a s různou rychlostí. Rychlost a charakter stáří podmiňuje celá řada faktorů např. zdravotní stav jedince, genetické informace, životní styl a dále vlivy sociálně ekonomické a psychické (Čevela et al., 2014).

Na stáří můžeme pohlížet z různého hlediska, například kalendářního, biologického a sociálního. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka. Kalendářní věk je dán datem narození, lze jej přesně vymezit. Podle Světové zdravotnické organizace dělíme stáří na tři kategorie. Počínající neboli rané stáří 60 - 74 let, vlastní stáří (senium) 75 - 89 let a období dlouhověkosti 90 let a více. Stáří biologické je velice individuálním odrazem naší péče o vlastní zdraví a tělo, kdy velkou roli hraje životní styl a životospráva. Dochází k přirozeným tělesným změnám v období stáří, které jsou způsobeny i přítomností nemocí typických pro tento věk. Sociální stáří je vyznačováno změnou sociálních rolí, změnou životního stylu, poklesem životní úrovně, ztrátou životního partnera. Jde vlastně o období, kdy člověk přijímá nové role a musí se adaptovat na nové skutečnosti, které nastaly v jeho životě (Čevela et al., 2012).

### *1.1.2 Zdravotní a sociální péče o seniory*

Zdravotní a sociální péči o pacienty seniory nelze oddělit, protože zdravotní problémy často doprovázejí problémy sociální a naopak. Zdravotní péče má být proto komplexní, s širokou účastí péče sociální. Je důležité, aby péče zdravotní i sociální byly dostupné pro osoby, které ji potřebují (Dvořáčková, 2012).

Senior je spokojenější ve svém domácím prostředí, k tomu je zapotřebí hlavně spolupráce rodiny, pomoc komunity a různých společenských institucí. V poslední době jsou vytvářena charitativní sdružení, svépomocné skupiny, pomáhají i dobrovolníci. Vždy by měly být respektovány konkrétní potřeby seniora, jeho individualita, důstojnost a také právo na soukromí. Stárnoucí populace a zhoršující se zdravotní stav zapříčiňují vysokou návštěvnost v ordinacích praktiků i odborných lékařů. Tato skutečnost znamená zaměřit se na rozvoj kvalifikace zdravotnických a sociálních pracovníků v geriatrické problematice jednotlivých oborů tak, aby odpovídala potřebám seniorů ve zdravotnické i sociální sféře (Dvořáčková, 2012).

Úkolem zdravotně-sociální péče je nejen léčit choroby provázející stáří, ale podporovat maximální soběstačnost jedince a zajistit plnohodnotný život seniorů. Jednotlivé projekty podpory zdraví ve vyšším věku se zabývají zdánlivými drobnostmi, které mohou mít na zdraví a soběstačnost seniorů významný vliv. Jedná se především

o správnou výživu, bezpečnost v dopravě, pohybový režim, trénování paměti, prevenci přenosných i nepřenosných nemocí a prevenci pádů a zlomenin (Čevela et al., 2012).

### *1.1.3 Onemocnění u seniorů*

Nemoci ve stáří mají řadu zvláštností, kdy v důsledku chronických nemocí a vyššího věku dochází k opotřebením orgánů a vzniku degenerativních onemocnění. Organismus seniora se s nemocemi vyrovnává hůře, přizpůsobivost orgánů je daleko menší než v mládí, proto se zhoršuje schopnost reagovat a vyrovnat se se změnami zdravotního stavu. Kvalita života a životního prostředí ve stáří je výrazně determinována vnějším prostředím, ekonomickým zázemím, psychickou pohodou, mobilitou a využitím volnočasových aktivit. Nejčastějšími a nejzávažnějšími typy onemocnění u seniorů jsou onemocnění kardiovaskulárního systému, metabolická onemocnění, choroby plic a nervového systému, degenerativní onemocnění (Nováková, 2011).

Jedním z nejpodstatnějších témat v geriatrii je geriatrická křehkost. Podstatou klinického obrazu geriatrické křehkosti je dlouhodobý zhoršující se pokles zdatnosti, odolnosti a přizpůsobivosti s rozvojem přibývajících funkčních deficitů (Inouye et al., 2007). K častým projevům ve stáří patří především únava při běžných denních činnostech a nárůst pohybového dyskomfortu, pokles pohybové aktivity, zpomalení a zhoršení chůze. U seniorů dochází ke zhoršení smyslových schopností, s tím jsou v důsledku spojovány změny postojů k sobě samému nebo ke svému okolí. Dalším častým příznakem je přechodné nebo trvalé postižení poznávacích neboli kognitivních funkcí, u kterých dochází k poruchám paměti, poruchám pozornosti a celkovému zhoršení poznávání i vnímání. U seniorů se objevuje přetrvávající chronická bolest, která může vést až ke ztrátě soběstačnosti a mobility. Dochází k úbytku svalové hmoty, hubnutí a vzniku malnutrice, které doprovázejí nenávratné zhoršení nutričního stavu pacienta. Geriatrická křehkost je také spojována s instabilitou pacienta seniora, u kterého dochází často k pádům. Ty způsobují úrazy, které mohou progredovat ke ztrátě soběstačnosti a potřebě dlouhodobé péče (Kalvach et al., 2008).

Díky stárnoucí populaci či zvyšování průměrného věku přibývá úrazů ve vyšším věku. Pacienti senioři trpí řadou chronických onemocnění, která často souvisejí s následným vznikem úrazu, jehož hlavní příčinou bývá pád. Mezi jednu z příčin pádu patří synkopy neboli krátkodobá ztráta vědomí, dále užívání některých léků například antidepresiv, antihypertenziv, hypnotik, které mohou mít tlumivý účinek během dne.

Senioři trpí bolestivostí kloubů, což vede k narušení chůze nebo svalové slabosti. Časté používání nevhodných kompenzačních pomůcek může vést také k pádu (Mlýnková, 2011).

Hlavní komplikací pádů jsou nejzávažnější zlomeniny, které často vznikají v důsledku osteoporózy a mohou vést ke ztrátě soběstačnosti (Warriner et al., 2009). Senioři jsou ohroženi vysokým rizikem vzniku zlomeniny kosti pažní, zlomeniny pánve, kompresivní zlomeniny obratlů, zlomeniny petrochanterické a subtrochanterické. Každá zlomenina může mít pro seniora dlouhodobé následky a může vzhledem k typu zlomeniny dojít k invalidizaci pacienta. U pacienta je nutné dbát z důvodu imobilizace na lůžku v důsledku zlomeniny na jeho individualitu a uspokojování potřeb (Kalvach et al., 2004).

Další část bakalářské práce se bude zabývat zlomeninou krčku kosti stehenní (Příloha 2). Senioři se dožívají stále vyššího věku, s tím souvisí přibývání úrazů včetně pádů a to vede k výskytu jedné z nejčastějších zlomenin - zlomeniny krčku kosti stehenní. Právě kyčelní kloub je vystaven častým zlomeninám, jejichž příčinou je pád, osteoporóza, artróza, ale i úbytek svalové hmoty. Zlomenina krčku kosti stehenní vede u seniorů k problému terapeutickému i sociálnímu (Kubešová et al., 2009).

## ***1.2 Anatomie fyziologie kyčelního kloubu***

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je synoviální, kulový kloub spojující stehenní kost neboli kosti dolní končetiny s pletencem dolní končetiny, který tvoří kosti pánevní. Hlavice kosti stehenní a jamka kyčelní kosti tvoří kloubní plochy kyčelního kloubu (Hudák, Kachlík, 2013). Jamka kyčelního kloubu (acetabulum) má tvar duté polokoule, její příčný průměr je asi 2,5 cm a nejhlubším místem jamky je její střed. Acetabulum je tvořeno ze tří pánevních kostí (kost sedací, stydká a kyčelní). Chrupavčitý okraj acetabula je nejsilnější částí, který je zesílen dvěma systémy kosterních trámců, ty se protínají nad acetabulem a mají tvar gotického oblouku. Acetabulum je skloněno zevně dolů a dopředu a jeho postavení je individuální a proměnlivé vzhledem k pohlaví. Dále je jamka prohloubena vazivovým límcem, který zvětšuje kapacitu kloubní jamky. Dno acetabula vyplňuje tukový polštář, jeho hlavní funkcí je tlumit nárazy (Dylevský, 2006).

Stehenní kost (femur) - nejdelší a nejmohutnější kost v lidském těle - je v sagitální rovině prohnuta mírně vpřed. Hlavní částí femuru jsou hlavice (caput femoris), krček (collum femoris), tělo (corpus femoris) a kloubní plochy pro spojení s tibií (condyli

femoris), (Grim et al., 2014). Hlavice kosti stehenní tvoří proximální konec a má tvar polokoule, v její zadní dolní části je různě hluboká trojboká jamka. Hlavice je přímým pokračováním krčku femuru, který má svou délku kolem pěti centimetrů a s tělem kosti stehenní svírá úhel přibližně 125 stupňů (kolodifyzární úhel), který se v průběhu života zmenšuje. Krček pokrývá synoviální výstelka a v místě, kde probíhají tepenné větve zásobující hlavici, tvoří výstelka synoviální řasy. Trochanterický masív je tvořen velkým chocholíkem (trochanter major) a malým chocholíkem (trochanter minor), (Naňka, Elišková, 2015). Tělo femuru má začátek pod malým chocholíkem a přechází do distálního konce kosti stehenní. Ze zadní části kosti stehenní vystupuje kostní hřeben (linea aspera). Je složen ze dvou souběžných hran, které se proximálně a distálně rozbíhají. Na distálním konci kosti stehenní jsou kloubní hrboly. Mají různý obvod, postavení a profil, vnitřní hrbol je užší a delší než zevní hrbol kosti stehenní. Rozdílné zakřivení, postavení a velikost obou hrbolu mají význam při pohybu kolenního kloubu (Dylevský, 2006).

Kyčelní kloub má velmi silné pouzdro a vazivový systém. Pouzdro kyčelního kloubu začíná na okrajích acetabula, kdy límec jamky je uvnitř kloubu a je upínán na krček femuru. S pouzdrem kyčelního kloubu srůstají vazy, které zesilují pouzdro hlavně na přední ploše a na spodní ploše krčku je slabé vazivo. Kloubní pouzdro je zesíleno čtyřmi vazy. Kyčlostehenní vaz (ligamentum iliofemorale) je nejpevnějším vazem v lidském těle a jeho začátek je pod předním horním trnem kosti kyčelní. Tento vaz ukončuje extenzi kyčelního kloubu a zabraňuje záklonu trupu. Ligamentum pubofemorale je vaz, který vede od horního ramene stydké kosti a po dolní ploše pouzdra ke stehenní kosti. Jeho funkcí je omezení abdukce a zevní rotace v kyčelním kloubu. Ligamentum ischiofemorale vede zezadu od kosti sedací ke kloubnímu pouzdru a k zevnímu ramenu iliofemorálního vazu, se kterým splývá. Tento vaz omezuje addukci a vnitřní rotaci v kloubech. Zona orbicularis je vaz, který má kruhovitý tvar a obtáčí krček femuru (Dylevský, 2006).

Vnitřní svaly kyčelního kloubu jsou uloženy na jeho přední straně a mezi ně patří bedrokyčlostehenní sval (musculus iliopsoas), složený z bedrostehenního svalu (musculus psoas) a kyčlostehenního svalu (musculus iliacus). Tyto svaly vykonávají flexi kyčelního kloubu a pomáhají při jeho addukci se zevní rotací a udržují rovnováhu trupu. Na zadní straně kyčelního kloubu jsou zevní kyčelní svaly a to hlavně velký hýžd'ový sval, střední a malý hýžd'ový sval, napínač povázky stehenní a pelvitrochanterické svaly. Hlavní funkcí těchto svalů je provádění extenze a zevní

rotace kyčelního kloubu, abdukce a addukce stehna a udržení vzpřímené postavy (Grim, Čihák, 2016).

### ***1.3 Zlomenina krčku kosti stehenní***

Zlomeniny krčku kosti stehenní postihují dvě rozdílné skupiny lidí. První malou skupinu tvoří mladí lidé, u kterých došlo k postižením vysokoenergetickým úrazem jako je dopravní nehoda, pád z výšky, úrazy při sportu a další. Tou větší skupinou je starší populace, u níž zlomenina krčku kosti stehenní představuje onemocnění nejčastěji po pádu a při onemocnění kostí (Žvák et al., 2006).

Z pohledu traumatologie se nejčastěji na kyčelním kloubu setkáváme se zlomeninou krčku kosti stehenní. Krček kosti stehenní představuje nejslabší biomechanický článek kyčelního kloubu, který je ohrožen zvýšeným rizikem osteoporózy z důvodu odvápnění kostí (Repko et al., 2012).

Zlomeniny krčku kosti stehenní vznikají u seniorů obvykle po pádu na bok jako přímé trauma, kdy se objevuje bolestivost postižené končetiny, otok, omezení pohyblivosti kloubu s nemožností se postavit, nebo může dojít ke zkrácení postižené končetiny a zevní rotaci končetiny. Krevní ztráty bývají zanedbatelné u zlomenin krčku kosti stehenní. U těchto typů zlomenin je důležité už od samého začátku úrazu dbát na obnovení mobility a aktivitu nemocného. Rozhodnutí o postupu léčby vždy závisí na přesné klasifikaci zlomeniny, na mentálním či fyzickém stavu nemocného (Šváb et al., 2008).

#### ***1.3.1 Klasifikace zlomeniny krčku kosti stehenní***

Tento typ zlomeniny dělíme dle lokalizace na mediocervikální, kdy je zlomenina těsně pod hlavicí, a na laterocervikální, u které je zlomenina při bázi krčku kosti stehenní (Veselý, 2011).

Další dělení zlomeniny krčku kosti stehenní dle mechanické zátěže rozdělil Pauwels do tří typů. U prvního typu lomná linie svírá s horizontálou úhel menší než 30 stupňů a tyto zlomeniny jsou abdukční s dobrým předpokladem k hojení. Druhý typ vzniká, když lomná linie svírá s horizontálou úhel 30 - 70 stupňů, tyto zlomeniny jsou addukční a prognóza je nejistá. Posledním typem je zlomenina, kdy úhel je větší než 75 stupňů a pacienti jsou ohrožení vznikem paklobů a nektrózou hlavice kosti stehenní (Veselý, 2011).

Garden rozdělil tuto zlomeninu na neúplnou, úplnou zlomeninu bez dislokace, úplnou zlomeninu s částečnou dislokací a na úplnou zlomeninu s úplnou dislokací.

Čím více je zlomenina dislokovaná, tím více je postiženo cévní zásobení a zvyšuje se riziko nekrózy hlavice krčku kosti stehenní a vzniku pakloubu (Kilian, Vajcziková, 2014).

#### ***1.4 Léčba zlomeniny krčku kosti stehenní u seniorů***

U starších pacientů je tento typ zlomeniny závažným problémem, který je ohrožuje na životě vzhledem k rizikům a možným komplikacím (Wendsche et al., 2015).

Hlavní úkol léčby zlomeniny krčku kosti stehenní je co nejdříve umožnit seniorovi pohyb, sezení a hlavně chůzi, pokud možno do stavu, jaký byl před vzniklým úrazem. Léčbu volíme vždy podle typu zlomeniny, věku pacienta, celkového stavu pacienta, stavu kůže a přítomnosti zánětu, stavu kyčelního kloubu a celkové pohyblivosti pacienta seniora před vznikem úrazu (Bliemel et al., 2013). Cílem léčby je zmírnění bolesti a dosažení co nejvyšší kvality života seniora ať už konzervativním způsobem, či chirurgickým způsobem v nejkratším možném intervalu od úrazu (Schneiderová, 2014).

Zlomeniny krčku kosti stehenní jsou specifické tím, že se velmi špatně reponují vzhledem ke koncentraci ohybových sil a často jsou spojovány s problémy s hojením. Léčba zahrnuje dvě možnosti a to konzervativní postup léčby, který je indikován pouze u pacientů, kteří nejsou schopni operačního výkonu či u zaklíněných nebo nedislokovaných typů zlomenin, a operativní postup, při němž je možné zvolit druh kyčelní náhrady. Ten je zvolen častěji z důvodu časnější mobilizace pacienta a snížení bolestivosti postižené končetiny (Dungl, 2014).

##### ***1.4.1 Konzervativní způsob léčby zlomeniny krčku kosti stehenní***

Konzervativní postup léčby je indikován nejen u zaklíněných nebo nedislokovaných typů zlomenin krčku kosti stehenní bez poruchy periferie, ale i v případě paliativní péče, kdy stav pacienta neumožňuje operační řešení. Léčba bez operace je zvolena po posouzení celkového stavu pacienta či při lokálním nálezu (Veselý, 2011).

Dále je tento postup často zvolen u pacientů seniorů, kteří už před úrazem nebyli schopni samostatné vertikalizace a u imobilních pacientů. Důležitou součástí konzervativního postupu je postupná mobilizace pacientů, u kterých je doba odležení zlomeniny zhruba 6-8 týdnů. Provádí se rentgenové snímky pro kontrolu, zda nedošlo k porušení stability zlomeniny. Lépe se pacient mobilizuje u nedislokované zlomeniny krčku kosti stehenní (Wendsche et al., 2015).

Dle Schneiderové (2014) je při konzervativní léčbě krčku kosti stehenní u nedislokovaných zlomenin důležitý klid na lůžku nebo extenze na Braunově dlaze. Účel extenze je udržení kostních úlomků v reпозиčním postavení prostřednictvím tahu.

Slezáková et al. (2010) dodává, že je důležité při použití extenze u pacienta sledovat prokrvení končetiny, motoriku i cití na končetině, správné postavení dolní končetiny v extenzi. Úlohou sestry je vždy dbát na předcházení komplikací a provádět pravidelnou kontrolu pacienta s extenzí.

Jak již bylo zmíněno, konzervativní léčení zlomeniny krčku kosti stehenní prodlužuje začátek rehabilitace a mobilizaci pacienta seniora. Velice často dochází k nespolupráci pacienta a negativnímu přístupu ze strany seniora z důvodu bolesti (Šváb et al., 2008).

#### *1.4.2 Chirurgický způsob léčby zlomeniny krčku kosti stehenní*

Pacienti se zlomeninou krčku kosti stehenní jsou co nejdříve indikováni k operačnímu výkonu, pokud výkonu nebrání jiná komplikace. Končetina, na které je zlomenina, by v době čekání na výkon měla být imobilizována použitím náplastové extenze nebo derotační botičky, které končetinu fixují. Tím dochází ke snížení bolestivosti a prevenci komplikací. K fixaci končetiny je možné použít i několik druhů dlah. Například vakuová dlaha se používá na velmi krátkou dobu pro riziko útlaku na kůži (Wendsche et al., 2015).

Operační léčba umožňuje provedení osteosyntézy či aloplastiky. Osteosyntéza se provádí za použití šroubů, hřebů nebo drátů, kdy jsou fragmenty znehybněny tak, že bezprostředně po výkonu je umožněn pohyb či cvičení na lůžku a brzká mobilizace pacienta (Wendsche et al., 2015).

V dnešní době převládá osteosyntéza dynamickým kyčelním kloubem - metoda DHS (Příloha 3) s přidanou aplikací antirotacího šroubu, která je preferována u dislokovaných zlomenin z důvodu větší stability a menší náročnosti výkonu (Stoffel et al., 2017). Podmínkou je dostatečně velký proximální fragment. Čím laterálněji je na krčku kosti stehenní lomná linie, tím je příznivější předpoklad pro hojení a snížené riziko vzniku nekrózy hlavice kosti stehenní. Vzhledem k možným rizikům rozvoje avaskulární nekrózy je důležité k operaci přistoupit co nejdříve, nejlépe do 6 hodin. Při časovém odstupu déle než 24 hodin je zvýšeno riziko vysokým počtem komplikací. Operace krčku kosti stehenní je indikována u všech dislokovaných zlomenin nebo u trochanterických zlomenin, pokud to stav pacienta dovoluje. Zavádění šroubů



je kontrolováno pod rentgenem, aby nedošlo k poškození kloubní plochy kyčelní hlavice. Dále lze použít metodu osteosyntézy třemi šrouby, která je však z důvodu biomechanického hlediska pro osteoporotickou kost méně vhodná. Technika provedení u zaklíněných nebo nedislokovaných zlomenin typu Garden 1 a 2 je fixována in situ jednou z uvedených metod. U dislokovaných zlomenin typu Garden 3 a 4 se reponuje zlomenina do lehce valgózního postavení tak, aby hlavice kosti stehenní se posadila na krček kosti stehenní a tím došlo k impakci či vyloučení sřížných sil. Repozici je nutné provádět šetrně, aby nedošlo k poškození cévního zásobení hlavice kyčelního kloubu (Hoza et al., 2008).

Aloplastika je další metodou, která je prováděna především u pacientů nad 70 let věku s dislokovanou zlomeninou krčku kosti stehenní. Tato metoda je vhodnou indikací ke kloubní náhradě, pokud je přítomna artróza kyčelního kloubu, pokročilejší osteoporóza nebo patologická zlomenina. Aloplastika dovoluje u pacientů okamžitou rehabilitaci s relativně nízkým rizikem vzniku komplikací. Provádí se hlavně cervikokapitální endoprotéza (Příloha 4), která je indikována právě u starších pacientů, kdy je předpoklad nepoškozené kloubní jamky. Cervikokapitální náhrada je pro pacienta šetrnější a rychlejší výkon, u kterého je nižší krevní ztráta. Kontraindikací k provedení cervikokapitální endoprotézy je artróza kyčelního kloubu, v tomto případě je nutné provést totální endoprotézu kyčelního kloubu. Totální endoprotéza kyčelního kloubu se provádí u pacientů seniorů po domluvě s ortopedy (Čech et al., 2016).

Cílem každé léčby je včasná mobilizace, která bývá u starších pacientů velice obtížná vzhledem k celkovému fyzickému či psychickému stavu (Šváb et al., 2008).

### ***1.5 Komplikace u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní a jejich prevence***

Pacient senior je v souvislosti se zlomeninou krčku kosti stehenní ohrožen vysokým rizikem vzniku komplikací z důvodu upoutání na lůžko. Polymorbidita u seniorů výrazně ovlivňuje hojivý proces, proto je nutná dlouhodobá péče a prevence možných komplikací (Kalvach et al., 2008).

Významnou komplikací je imobilizační syndrom, který vzniká v souvislosti s negativními důsledky a projevy dlouhodobého omezení pohybové aktivity. Imobilizační syndrom je geriatrický syndrom, často se projevuje dekompenzací a zhoršováním zdravotního stavu pacienta. Tento syndrom způsobuje poruchy na orgánových soustavách. Podstatné je včasné odhalení rizik, která souvisejí

s dlouhodobým pobytem pacienta na lůžku. V předcházení komplikací je vhodné využít lůžko, polohovací pomůcky a pomůcky k podpoře dýchání u pacienta, například acapella nebo flutter. Využitím kompenzačních pomůcek u lůžka zajišťuje pacientovi seniorovi zvýšení aktivity a pohodlí při pohybu. Při pohybu a nácvičku aktivity jsou využívány kompenzační pomůcky jako například chodítka, francouzské berle, klozetové křeslo, hrazda s hrazdičkou, žebříček k lůžku. Kompenzační pomůcky podporují či nahrazují ztracenou funkci, přispívají k podpoře funkčních schopností a tím dochází u seniora k zapojení do běžného denního života. Kompenzační pomůcky zjednodušují každodenní činnost pacienta (Mikšová et al., 2006).

Obzvláště u geriatrických křehkých pacientů, u kterých je snížen potenciál zdraví, se vyskytuje porucha regulačních mechanismů a tím se zvyšuje pravděpodobnost vzniku dekubitů. U pacientů seniorů dochází mnohem rychleji k rozvoji vzniku dekubitů, kdy jejich léčba je velice problematická a souvisí s tím i chronická dehydratace a malnutrice, která zatěžuje léčbu a celkový stav pacienta. Důležité je dbát na čistotu lůžka, aby bylo suché, převlečené dle potřeby pacienta. U nepohyblivých pacientů je podstatné polohování pacienta v pravidelných intervalech. Při polohování je možnost využití různých polohovacích pomůcek, například pomůcky z molitanu různých tvarů a velikostí, derotační boty, podpatěnky, klíny, válce a další, které mají velký význam v prevenci dekubitů. V prevenci dekubitů je důležité nabízet pacientovi seniorovi dostatečné množství tekutin, aby nedošlo k dehydrataci. Také je nutné podávat pacientovi seniorovi pestrou a vyváženou stravu s dostatečným množstvím potřebných živin z důvodu úbytku svalové hmoty. V důsledku úbytku svalové hmoty dochází ke snížení obranyschopnosti procesů hojení a k omezení hybnosti (Mikšová et al., 2006).

Dále je vysoké riziko flebotrombózy žil na dolních končetinách, a to zejména u zlomenin dolních končetin a pánve, u kterých dojde k omezení mobility. Flebotrombóza je stav, kdy se uvnitř žíly utvoří krevní sraženina, která žilní řečiště ucpe částečně či úplně. Další příčinou je porucha koagulačních faktorů u obézních pacientů, u kuřáků a pacientů se srdečním selháním (Geerts et al., 2008). V prevenci flebotrombózy je nutné zabránit zpomalenému průtoku krve v žilním řečišti pravidelným pohybem - zejména cvičením končetinami na lůžku, včasnou rehabilitací po operaci a postupnou vertikalizací pacienta seniora. Součástí prevence tromboembolické nemoci je provádění bandáží na dolních končetinách či použití elastických kompresivních punčoch. Dle ordinace lékaře je aplikován subkutánně

nízkomolekulární heparin, který snižuje krevní sráživost. Vhodné je zajistit mírnou elevaci dolních končetin. Významnou roli v prevenci hraje cévní gymnastika, která spočívá v zapojení svalů na dolních končetinách, čímž je podporován návrat stagnující krve z dolních končetin. Cviky spočívají v krátkodobém intenzivním stahování svalů, které lze provádět vsedě či vleže. Důležité je také pacienta upozornit, aby dodržoval pitný režim a za den vypil zhruba 2 litry tekutin. (Vytejková et al., 2011).

Další komplikací u imobilního pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní je pneumonie, která postihuje dýchací systém v důsledku plicní hypoventilace. Proto je nutné se co nejvíce věnovat minimalizaci upoutání pacienta na lůžku (Schuler, Oster, 2010). V prevenci pneumonie je vhodné zvolit správnou polohu pacienta ke zvýšení plicní ventilace, kterou nám zajistí Fowlerova poloha. Prevencí vzniku pneumonie je dechové cvičení, například nafukování balonku či nácvik nádechu a výdechu ve spolupráci s fyzioterapeutem. Důležité je poučit pacienta o vhodné poloze v polosedu a o odkašlávání sekretu z horních cest dýchacích. Součástí přecházení této komplikace je zvlhčování vzduchu, podávání nebulizace přes kyslíkovou masku a zajištění dostatečné hydratace pacienta (Maďar et al., 2006).

Stav u seniorů zkomplikuje infekce močového systému. Často dochází k urogenitálním zánětům. U pacientů seniorů je častým problémem inkontinence moči. Možným rizikem infekce je dlouhodobé zavedení permanentního močového katétru. Prevence infekcí močového systému spočívá v dostatečném množství tekutin podávané pacientovi či podání infúzních roztoků dle ordinace lékaře. Permanentní močový katétr se zavádí pouze v nejnutnějších případech, například při retenci moče nebo ze zdravotní indikace. Úloha sestry či lékaře je aseptické zavedení močového katétru a poté dbát na zvýšenou hygienu genitálu (Vytejková et al., 2011).

U pacientů s omezenou pohyblivostí se rozvíjí i porucha vyprazdňování stolice, kdy pacienti trpí obstipací spojenou s nechutenstvím, bolestivostí břicha a konečníku, nepříjemným pocitem vyprazdňování na lůžku (Schuler, Oster, 2010). Z důvodu možného vzniku zácpy je nutné, aby sestra zajistila pacientovi vhodnou dietu a dostatečné množství tekutin. Důležité je poučit pacienta o možných rizicích vzniku zácpy a způsobu předcházení. U pacienta seniora dbáme na zvýšení pohyblivosti, což významně ovlivňuje peristaltiku střev (Vytejková et al., 2011).

Senioři často trpí psychosociálními problémy - především depresemi, úzkostí a sociálním odloučením od svých blízkých. Tento soubor komplikací se může u seniorů vyvinout i během několika hodin (Kalvach et al., 2008). Dbáme o zlepšení nálady

u pacienta seniora, aby nedocházelo k úzkosti a depresím. Důležité je komunikovat s pacientem o jeho problému a věnovat rozhovoru dostatek času, dopřát pacientovi návštěvy rodiny a jeho blízkých, popřípadě zajistit vhodnou duchovní potřebu (Vytejšková et al., 2011).

Konzervativní léčba zlomeniny krčku kosti stehenní ohrožuje pacienta vysokým rizikem sekundární dislokace, vzniku pakloubu nebo nekrózou hlavice krčku kosti stehenní (Veselý et al., 2011). Pravidelné polohování a rehabilitace je základem správné prevence kontraktur, atrofií svalů a ztuhnutí kloubů (Vytejšková et al., 2011).

Chirurgická léčba zlomeniny krčku kosti stehenní má navíc riziko vzniku infekční komplikace, uvolnění implantátu, nekrózy kyčelní hlavice či vznik pakloubu po selhání osteosyntézy. Další komplikace je infekce v ráně, která způsobuje špatné hojení a prodloužení hospitalizace pacienta. U totální endoprotézy kyčelního kloubu může dojít k luxaci kyčelní hlavice nebo k uvolnění endoprotézy (Veselý, 2011). Důležité je zabránit vzniku infekce již na operačním sále, kde je zvýšené riziko nozokomiální infekce, které ovlivňují hojení operační rány. Prevence avaskulární nekrózy hlavice krčku kosti stehenní je včasné provedení operačního výkonu, pokud to stav pacienta dovoluje. Díky rozvoji nových metod osteosyntézy a hlavně aloplastiky dochází ke vzniku pakloubu u zlomeniny krčku kosti stehenní velice zřídka. Důležitou prevencí komplikací je správné polohování pacienta a jeho spolupráce při rehabilitaci, tím je snížena sekundární dislokace nebo uvolnění implantátu po výkonu (Dungl, 2014).

### ***1.6 Ošetrovatelská péče u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče***

Nedílnou součástí léčby pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče je ošetrovatelská péče, kdy je nutné se zaměřit na bio-psycho-sociální potřeby pacienta. Hlavním cílem péče o pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní je zajistit nejen profesionální, odbornou, ale i lidskou péči samotnému pacientovi i jeho rodině. Ošetrovatelská péče o pacienta seniora je ovlivněna řadou faktorů, například celkovým zdravotním stavem pacienta, schopností sebez péče a úrovní soběstačnosti, bolestí, imobilitou, psychickým stavem, ale i spoluprací jeho rodiny a neuspokojením základních a vyšších potřeb pacienta. Role sestry v péči o pacienty upoutané na lůžko je velice důležitá, nemocným ležícím nebo zcela nesoběstačným pacientům věnuje péči zejména v uspokojení základních potřeb. Sestra pečuje o výživu,

hygienu, vyprazdňování a další potřeby pacienta. Ošetrovatelská péče je velice důležitá i v prevenci vzniku komplikací (Trachtová et al., 2013).

Sestra zajišťuje dopomoc při denních běžných činnostech u pacientů seniorů, kteří mají aktuálně nebo potencionálně sníženou schopnost soběstačnosti. Důležité je pacientům seniorům připravit potřebné pomůcky k vykonání hygieny, čisté ložní a osobní prádlo. Hygienická péče je jednou ze základních potřeb, proto je důležité dbát na její uspokojení individuálně u každého pacienta. Součástí hygienické péče u pacientů seniorů je péče o pokožku a pravidelná úprava nehtů. U ležících nesoběstačných pacientů věnuje sestra zvláštní péči dutině ústní. Zvýšená péče o pokožku je významná z důvodu ztráty elasticity, křehkosti a vyššího rizika zranitelnosti. Právě z tohoto důvodu častěji dochází k poruše integrity kůže a vzniku defektu. Úlohou sestry je pravidelně pokožku seniora promazávat a sledovat případné změny na kůži. U pacientů, kteří mají operační ránu, sestra kontroluje stav jizvy a pečuje o ni pravidelným promazáváním (Vytejková et al., 2011). U pacientů, kteří sami nezvládají péči, zajišťuje hygienu sestra s dopomocí nebo provádí celkovou hygienu pacienta na lůžku (Mikšová et al., 2006).

U pacientů seniorů hraje významnou roli zajištění výživy a zvolení vhodné diety. Nesoběstačným pacientům zajistí sestra nutný dohled a dopomoc při podávání stavy, popřípadě nakrmení pacienta seniora. Výživa by měla být kompletní a organismu by měla poskytovat potřebné živiny ve správném poměru. U každého pacienta je důležité zjistit, jaké má stravovací návyky, jakému jídlu dává přednost, poruchy s výživou spojené s polykáním a kousáním, zda pacientovi nějaké potraviny způsobují zažívací potíže či alergii na potraviny. U pacientů seniorů dbá sestra na dostatečnou hydrataci a sleduje známky dehydratace (Mlýnková, 2010). Sestra pravidelně hodnotí stav výživy na základě BMI či přepočítáním nutričního screeningu. Zaznamená změny v příjmu potravy a zhoršení celkového stavu pacienta. U pacientů s nedostatečným příjmem jsou podávány bílkovinné přípravky, které významně podporují stav výživy. Sestra u seniorů monitoruje a zaznamenává množství snědené potravy (Mikšová et al., 2006).

Dále je úlohou sestry zjistit, zda pacient netrpí potížemi s vyprazdňováním a poučit pacienta seniora o faktorech, které ovlivňují defekaci, jako je například příjem tekutin, strava, pohyb. Sestra podporuje pravidelnou defekaci u pacienta zajištěním soukromí při defekaci, včasným podáním podložní mísy nebo doprovodem na toaletu. Pacienti seniori často trpí patologickými změnami vyprazdňování stolice jako je průjem, zácpa,

bolestivé vyprazdňování stolice i plynatost a inkontinence stolice. Zácpa je zapříčiněna změnou prostředí, nevhodnou stravou, sníženým množstvím tekutin, sníženou fyzickou aktivitou, ztrátou soukromí při vyprazdňování, ale i užíváním některých léčiv. Sestra dbá na dostatečnou hydrataci, zvýšení mobility pacienta, úpravu stravy, zajištění soukromí a náviku defekačního reflexu. Pokud je vyprazdňování stolice stále ztíženo, lékař ordinuje podání Laxativ či klyzmatu. Při vyprazdňování stolice sleduje sestra barvu, množství, konzistenci, zápach a příměsi hlenu a krve. U pacientů, kteří trpí inkontinencí moče a stolice, je používána plena, kterou sestra vyměňuje dle potřeby. Nutné je dbát na zvýšenou hygienu genitálu. U nesoběstačných pacientů s poruchou mikce bývá zaveden permanentní močový katétr, u kterého je riziko zanesení infekce, proto je nutné dodržovat zásady asepse při provádění výkonu a zvýšení hygieny. Sestra dohlíží pravidelně, zda je močový katétr průchodný, zapisuje množství vyloučené moče. Dále sleduje barvu moče, možné příměsi, které mohou znamenat infekci močových cest (Kelnarová et al., 2015).

Podstatnou součástí ošetrovatelské péče u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní je zajištění pohody, tedy odstranění nebo zmírnění bolesti. Role sestry v této problematice je velice důležitá. Sestra získá informace o probíhající bolesti od pacienta pozorováním nebo rozhovorem. Důležité je s pacientem o jeho bolesti hovořit, sestra zjistí charakter, lokalizaci a intenzitu bolesti či časové určení bolesti. Sestra pacienta poučí o možných úlevových polohách, redukuje faktory, které bolest zhoršují (hluk, izolace, únava a další), naučí pacienta předcházet bolesti. Sestra pozorně naslouchá pacientovi s bolestí a pohotově reaguje na jeho potřeby, informuje lékaře a dohodnou se na společném překonání bolesti a aplikaci analgetik dle potřeby pacienta. Pacient je informován o možnosti vzniku nežádoucích účinků po podání analgetik. Další možností zmírnění bolesti u pacienta je provedení relaxačních technik, přikládání tepla či chladu. Sestra naučí pacienta bolest hodnotit na stupnici 0 – 10, vše důkladně zaznamenává do dokumentace. Bolest je pro pacienta nepříjemný, subjektivní pocit, kdy je důležité pacientovi naslouchat a pozorovat jeho celkové projevy. Dle ordinace lékaře sestra podává analgetika a sleduje, zda došlo k úlevě bolesti (Mikšová et al., 2006).

Další součástí péče o pacienta je monitorování fyziologických funkcí. Sestra pravidelně kontroluje krevní tlak, pulz a dech. U pacientů seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní se často setkáváme s chronickými nemocemi, převážně s hypertenzí či hypotenzí, ale i poruchou pulzů a dechu. Úlohou sestry je pravidelně měřit fyziologické funkce a při nějaké změně zapsat do dokumentace a ohlásit lékaři. Tělesná

teplota je ovlivněna věkem, tělesnou aktivitou, denní dobou i teplotou okolí a je zpravidla měřena ráno a večer. Měření pulzu sestra sleduje frekvenci, kvalitu a rytmus. Pulz je měřen palpačně nejčastěji na arteria radialis a na arteria karotis. Krevní tlak je měřen pacientů seniorů na oddělení následné péče neinvazivní metodou, tedy za použití tonometru a fonendoskopu na paži. Při měření krevního tlaku zaznamenává sestra systolický a diastolický tlak, který může být ovlivněn věkem, pohlavím, tělesnou aktivitou, obezitou, některými léky a další. Při měření dechu sestra sleduje frekvenci, hloubku, rytmus a charakter. Dech je ovlivnitelný vůlí, proto musí sestra měřit bez vědomí pacienta. Veškeré naměřené hodnoty jsou zapsány do dokumentace a případné patologické změny hlásí sestra lékaři (Mikšová et al., 2006).

Ošetrovatelská péče při uspokojení spánku a odpočinku je nedílnou součástí péče o pacienta. Sestra zabezpečí vhodné podmínky pro zajištění spánku a stará se o odstranění příčin, které spánek narušují. Poruchy spánku mají různé druhy příčin v souvislosti se změnou prostředí, s obavami pacienta, bolestí, zvýšeným hlukem, ale i neuskutečněnými spánkovými rituály pacienta. V této problematice je role sestry zaměřená na minimalizaci rušivých vlivů zvolením vhodného pokoje, vhodným výběrem spolupacientů, omezení hluku, nastavení lůžka do polohy, která je pacientovi příjemná. Sestra zajistí pacientovi spánkové návyky, psychickou pohodu a uvolnění, pohodlné oblečení na spaní, vyprázdnění před spánkem a zmírnění projevů nemoci. Sestra pečuje o přiměřenou aktivitu pacienta během dne a zajistí pacientovi veškeré informace o faktorech, které ovlivňují spánek. Při přetrvávajících poruchách spánku je nutné informovat lékaře a aplikovat léky dle jeho ordinace. Během spánku sestra pravidelně kontroluje pacienta. Důležité je, aby se pacient po probuzení cítil odpočatý (Kelnarová et al., 2009).

U pacientů seniorů v důsledku omezené hybnosti a imobilitě dochází ke vzniku dekubitů. Vznik dekubitů ovlivňuje několik faktorů, které působí na celkový stav pacienta. Mezi tyto faktory patří věk pacienta, výživa, tělesná teplota, inkontinence moče a stolice, zvýšené pocení, nesprávná hygiena, mobilita pacienta, tření a tlak kůže o prostěradlo a matraci. Z důvodu vysokého rizika vzniku dekubitů a starších pacientů je nutné, aby sestra dbala na pravidelné polohování pacienta po každých dvou hodinách. K polohování pacienta je možné použít polohovací pomůcky, které zajišťují polohu a zvyšují pohodlí pacienta. Sestra pečuje o zvýšenou hygienu pacienta, zajistí dostatečnou hydrataci a výživu, poučí pacienta o možném vzniku dekubitů, aktivně zapojuje pacienta do cvičení a nácviku soběstačnosti. U pacienta, u kterého došlo

ke vzniku dekubitu, je podstatná péče o ránu za přítomnosti lékaře, je nutné provádět převaz asepticky a pravidelně, aby došlo k časnému zhojení. U neoperovaných pacientů z důvodu imobility a omezené hybnosti je riziko vzniku dekubitu vyšší, proto je velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče nácvik sebedpěče a postupná rehabilitace. U pacientů po operativním řešení je důležitá motivace a včasná rehabilitace (Mikšová et al., 2006).

Ošetrovatelské péče o pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní zahrnuje také nácvik sebedpěče a soběstačnosti pacienta. Důležitou činností sestry v lůžkových i sociálních zařízeních je hodnotit úroveň sebedpěče získáním informací pozorováním nemocného, v rozhovoru s ním i s jeho rodinou a s ostatními zdravotníky. Získané informace je třeba vyhodnotit tak, aby bylo možné stanovit míru soběstačnosti nemocného (Trachtová et al., 2013). Sestra dbá na dostatečné množství pohybu a pacienta motivuje k nácviku zvládnání lehkých činností, nácviku chůze, posazování se na lůžku (Mlýnková, 2011).

V ošetrovatelské péči je podstatné se též zaměřit na péči o psychiku u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní. Pacient senior je ovlivněn dlouhodobou hospitalizací, což vede k zatížení psychiky. Důležitý je kontakt se zdravotníky a rodinou. Sestra chápe seniora a jeho onemocnění, při komunikaci s ním je empatická, trpělivá a hlavně nemocnému naslouchá a bere na ohled jeho celkový stav (Hrozenká, Dvořáčková, 2013).

Důležitou částí ošetrovatelské péče u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní je poučení o dodržování léčebného režimu, postupné mobilizaci a používání kompenzačních pomůcek při nácviku chůze (Mikšová et al., 2006).

#### *1.6.1 Rehabilitační ošetrovatelství u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní*

Cíl rehabilitačního ošetrovatelství je obnovení původního stavu pacienta seniora jak z hlediska výkonnosti, tak i soběstačnosti a pohyblivosti. Činnost rehabilitačního ošetrovatelství napomáhá pacientům navrátit se do běžného plnohodnotného života. Rehabilitační ošetrovatelství je u starších pacientů dlouhodobý proces, který mnohdy bývá časově náročnější a největší důraz je kladen na zlepšení soběstačnosti a nezávislosti seniora v domácím, pracovním i sociálním prostředí. Rehabilitační postup musí být zvolený tak, aby byl individuální pro každého pacienta s ohledem na jeho věk, pohlaví a fyzickou zdatnost. Rehabilitační ošetrovatelství je vyznačováno spoluprácí



fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sestry a ostatního ošetrovatelského personálu (Krhutová, Novosad, 2006).

Součástí rehabilitačního ošetrovatelství je zhodnocení soběstačnosti pacienta. Zhodnocení funkční soběstačnosti u seniorů lze posoudit užitím klasifikace funkční úrovně sebezpečí dle Marjory Gordonové, která vymezuje 6 stupňů závislosti. Dále je často ke zhodnocení soběstačnosti seniorů používán test základních všedních činností podle Barthelové. Součástí rehabilitačního ošetrovatelství je nácvik sebezpečí z hlediska stravování, udržení osobní hygieny, oblékání, vyprazdňování, schopností mobility, komunikace a chůze pacienta. Cílem nácviku je zlepšení stupně soběstačnosti seniora (Pokorná et al., 2013).

Mezi důležité metody využívané u pacientů seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní patří polohování pacienta, dechová gymnastika, kondiční cvičení, pasivní a aktivní pohyby, cévní gymnastika, nácvik sedu a stoje z lůžka, nácvik chůze pacienta (Kolář, Máček, 2015).

V léčebné rehabilitaci je zaměření na zvětšování rozsahu v kyčelním kloubu, posilování pelvifemorálního svalstva a nácvik chůze s odlehčením operované končetiny. U chirurgické léčby zlomeniny krčku kosti stehenní je povolena zátěž v souvislosti na typu zlomeniny, kvalitě kosti a druhu osteosyntézy. Po implantaci cervikokapitální náhrady je možná mobilizace pacienta 2. den po výkonu, což je jednou z výhod této metody. Důležité je odlehčení operované končetiny, tak aby nedocházelo k zatížení operované kyčle. Pacienti se nejdříve učí posazovat na lůžku, poté postavit do chodítka nebo podpažních berlí. Fyzioterapeut často k rozcvičení operované končetiny používá motodlahu, která zvyšuje rozsah pohybu kyčelního kloubu. Pacienti by se měli vyvarovat dlouhému stání a dlouhých chůzí z důvodu přetížení nosných kloubů (Kolář et al., 2009).

U konzervativně řešené zlomeniny krčku kosti stehenní je možná plná zátěž za 8 týdnů od vzniku úrazu. Mobilizace pacienta seniora začíná částečným zatěžováním (Kolář, Máček, 2015).

V rehabilitaci u starších pacientů hraje velkou roli polymorbidita, chronické choroby seniorů a odkázanost na druhé osobě. Včasná rehabilitace u seniorů může zabránit komplikacím, jako jsou dekubity, flebotrombóza a další. Při jakékoliv činnosti je nutné pacientům vše vysvětlit a umět s nimi správně komunikovat (Kalvach et al., 2008).

### ***1.7 Zvláštnosti komunikace se seniory***

Komunikace je chápána jako proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími osobami. Je to také proces sdělování přenosu a výměny významů a hodnot, které obsahují nejen oblast informací, ale i jiné projevy a výsledky lidské aktivity. Správně zvolený způsob je základem dobrého vztahu mezi sestrou, pacientem a jeho rodinou (Pokorná, 2010). Dle Venglářové (2007) je komunikace také předávání informací, pocitů i citů.

Podle použitého způsobu předávání informací dělíme komunikaci na verbální a neverbální. Verbální komunikace je charakterizována použitím slov k předávání myšlenek, zkušeností, zážitků a ověření mínění druhých i vnímání okolního světa. Neverbální komunikace je projevem mimoslovního sdělování informací prostřednictvím, například očního kontaktu, mimikou, pohybem těla, gestikulací i haptikou. Také postoje, které zaujímáme nebo vzdálenost, kterou udržujeme, jsou důležitou složkou neverbální komunikace. Sestra musí umět ovládat svůj slovní i mimoslovní způsob vyjadřování. (Pokorná, 2010).

V ošetrovatelství se stává efektivní komunikace hlavním prvkem účinně poskytnuté péče vzhledem k identifikaci potřeb u nemocných, kterým je péče poskytována. Vzhledem ke zdravotnické praxi musí sestra rozlišovat tři druhy profesionální komunikace. Jedním z nich je sociální komunikace, u které se jedná o běžný hovor s pacientem. Pro tento druh komunikace je důležitý kontakt s nemocným, což vytváří vztah nemocného k ošetřujícímu personálu. Pro rozvoj sociální komunikace je vhodná úprava lůžka a hygiena pacienta, pomoc při podávání stravy a místo, kde probíhá rozhovor mezi sestrou a pacientem. Dalším způsobem je specifická neboli strukturovaná komunikace, kdy jde o způsob sdělování důležitých informací pacientovi či motivování pacienta k léčbě. Pro tento typ komunikace jsou zvýšené nároky vzhledem k aktuálnímu stavu pacienta, proto je důležité dbát na srozumitelnost sdělení informací pacientovi. Tímto způsobem komunikace je pacientovi sdělován nejen postup ošetrovatelské i léčebné péče, ale i možná rizika. Posledním druhem je komunikace terapeutická, která využívá určité formy rozhovoru s pacientem. Sestra poskytuje pacientovi při jakémkoliv kontaktu podporu při zvládnání těžkých chvílí, přijímání negativních zpráv a pomáhá při adaptaci seniora na vzniklou změnu (Venglářová, Mahrová, 2006).

V efektivní komunikaci sestry je důležité, aby mluvčí i příjemce dostávali důležité informace. Komunikace s pacientem je důstojná a ve srozumitelné formě. Sestra

poskytne pacientovi prostor pro dotazy či zopakuje vše nejasné. Pacient má při rozhovoru možnost vyjádřit svůj názor (Pokorná, 2010).

Každý senior má určitý styl komunikace, proto je nutné dbát na jeho věk, vrozené tempo řeči a slovní zásobu. Zvolené komunikační techniky a dovednosti při rozhovoru se seniorem musí být přizpůsobeny individuálním požadavkům komunikujícím subjektům. Správně zvoleným komunikačním stylem přizpůsobeným schopnostem a dovednostem seniorovi zvýší sestra pravděpodobnost porozumění a omezení nesprávného pochopení. V komunikaci u seniorů přihlížíme na pokles kognitivních funkcí, zejména na určité změny paměti. Komunikace v geriatrii je ovlivňována výběrem komunikačních prostředků, metod a postupů. Pacientům je nutné zajistit zejména potřebu sociálního kontaktu a interakce, potřebu vysvětlení, potvrzení a ujištění, potřebu rady, podpory a edukace a potřeba komfortu a útěchy, ujištění i uklidnění (Pokorná, 2010).

#### *1.7.1 Bariéry v komunikaci se seniory*

Komunikaci vedenou s geriatrickým pacientem a jeho rodinou nejvíce komplikují komunikační bariéry. Je nutné dbát na předcházení vzniku bariéry ještě před zahájením komunikace. Bariéry při komunikaci dělíme na interní a externí. Interní jsou překážky dány především schopnostmi a dovednostmi pacienta seniora, jeho prožíváním, zdravotním stavem, obavou z neúspěchu, negativními emocemi, například strachem či zlostí. Interní překážka může vyplývat i z postoje pacienta, jsou to například xenofobie, nepřipravenost na komunikaci, nepohodlí nebo nemoc. Externí bariéry jsou tvořeny zevním prostředím a jeho uspořádáním. To je zejména vyrušení při komunikaci další osobou, hlukem, vizuálním rozptýlením v okolí, komunikačním zahlcením nebo neschopností pacienta naslouchat. Dalším rozdělením komunikačních bariér je třídění dle komplexního pohledu na pacienta seniora ve vztahu v sociokulturní souvislosti společnosti a ve vztahu ke komunikaci. Vychází hlavně z fyzických, psychických, kognitivních a psychosociálních změn. Komplikací v komunikaci je zejména porucha sluchu, zraku, řeči a demence. (Pokorná, 2010).

Při komunikaci je důležité správně zvolit vhodné prostředí a vytvořit příjemnou atmosféru pro pacienta seniora, odstranit rušivé zvuky při komunikaci a seniorovi umožnit použití vhodných kompenzačních pomůcek jako jsou brýle a naslouchátka. Se seniorem je nutné vést komunikaci v krátkých větách, mluvit pomalu a vyvarovat se odborným výrazům (Schuler, Oster, 2010).

Při ošetřování seniorů, kteří v důsledku neurologického onemocnění ztratili schopnost mluvit nebo rozumět řeči, je důležité zvolit vhodný přístup, mít dostatek trpělivosti a hledat jiné alternativní možnosti. Při této poruše může sestra použít k dorozumívání s pacientem obrázky, posunky, gesta, tabulky s písmeny a další. Nemožnost domluvit se vede často u pacienta k pocitu hněvu, nervozitě až agresivitě, proto je důležité pacienta neopravovat a dát mu prostor k vyjádření (Venglářová, 2007).

Zvláštní přístup vyžadují pacienti trpící demencí. V komunikaci s pacientem s demencí je nutné zachovat jeho sebeúctu. Při sdělování informací musí sestra ověřit, zda pacient rozuměl a zapamatoval si je. Během komunikace sestra může posilovat orientaci pacienta v čase, prostoru a v osobách kolem něho (Venglářová, Mahrová, 2006).

Základem úspěšné komunikace se seniorem je schopnost vzájemně si naslouchat. Aktivní naslouchání je důležitým prvkem v komunikaci se seniorem. Sestra je ochotna naslouchat a hlavně porozumět citovým prožitkům pacienta. Správné naslouchání vede k ideálním podmínkám pro vedení další komunikace a pro navození důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem. Během aktivního naslouchání si sestra všímá neverbálních projevů pacienta (Mlýnková, 2011).

Správně vedená komunikace je základem dobrého vztahu mezi pacientem a sestrou. Při komunikaci se seniorem je důležité dbát na správně kladené otázky, abychom pacienta seniora neznejistili či v něm nevzbudili negativní dojem (Pokorná, 2010). Jak uvádí Kalvach et al. (2008), je nutné dbát na dodržování zásad při vedení komunikace s pacientem seniorem a každý zdravotnický pracovník by si měl osvojit komunikaci s křehkým geriatrickým pacientem.

### ***1.8 Možnosti dalších sociálních služeb u pacienta seniora po zlomenině krčku kosti stehenní***

Sociální služby ve zdravotnickém zařízení jsou poskytovány ve spolupráci se sociálním pracovníkem. Sociální pracovník má vyšší odbornou kvalifikaci v oboru sociálních služeb, dokonalé znalosti v problematice sociálního oboru, komunikační dovednosti, schopnost týmové spolupráce a profesionální vystupování. Jeho činností je pomoc hospitalizovaným pacientům vyřešit sociální problematiku, která souvisí s jeho zdravotním stavem. Sociální pracovník spolupracuje se zdravotnickým personálem a rodinou pacienta (Malíková, 2011).

V současné době je zjištěno, že většina lidí se chce o své rodiče ve stáří a v nesoběstačnosti postarat v domácím prostředí za využití agentury domácí péče. Tato služba poskytuje pomoc v oblasti hygieny, převazy chronických ran, doprovod k lékaři, nákupy a další. V domácím prostředí je možné zajistit v péči o seniora doplňkové služby, které zprostředkovává pečovatelská služba, osobní asistence, denní a týdenní stacionáře nebo pomoc agentury domácí péče, popřípadě další zařízení. Seniori mají možnost využití příspěvku na péči k využívání několika druhů sociálních služeb. Výše příspěvku je určována dle stupně závislosti. Péče o seniory po propuštění ze zdravotnického zařízení následné péče je realizována v domácím prostředí nebo v dalších zdravotních či sociálních zařízeních. Vždy je na prvním místě péče v rodině (Čevela et al., 2012). V případě nemožnosti poskytovat péči seniorovi v jeho přirozených podmínkách je za pomoci sociálního pracovníka umístěn do pobytového zařízení. Možnými problémy rodiny seniora je nemožnost poskytovat péči z důvodu zaměstnání, finanční situace a další (Malíková, 2011).

Možnosti po propuštění seniora z oddělení následné péče je domov s pečovatelskou službou, ve kterém je senior ve svém bytě a současně je mu poskytována péče o sebe a domácnost. Dále jsou využívány sociální služby v domovech pro seniory, kde je péče uplatňována s celoročním provozem pro seniory se sníženou soběstačností nebo plnou závislostí vyžadující pravidelnou pomoc a ošetrovatelskou péči. U pacientů seniorů s duševní poruchou či nějakým stupněm demence je zvolena péče v domovech se zvláštním režimem. Každé zařízení je přizpůsobeno individualitě seniora (Malíková, 2011).

V problematice seniorů v pobytových sociálních službách je důležitý přechod k poskytování sociální služby zaměřené na individualitu člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle je dle sociálního zákona rozvinuta škála terénních a ambulantních služeb. Tyto služby umožňují lidem v nepříznivé situaci setrvat ve svém domácím prostředí (Čevela et al., 2012).

## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíle práce**

**Cíl 1** Zjistit specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní.

**Cíl 2** Zjistit, jaké jsou možnosti další péče o pacienta po ukončení hospitalizace na oddělení následné péče.

**Cíl 3** Zjistit, jaká je spolupráce s rodinou pacienta na oddělení následné péče.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka č. 1:** Jaké specifické činnosti uplatňují sestry při ošetrovatelské péči na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jaká jsou rizika u pacienta seniora se zlomeninou krčku kosti stehenní?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jaké jsou možnosti další péče u pacienta po propuštění z oddělení následné péče?

**Výzkumná otázka č. 4:** V jakých oblastech je důležitá spolupráce s rodinou u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní?

### **2.3 Operacionalizace pojmů**

**Ošetrovatelská péče** – je základní péče v oblastech, kdy se pacient není schopen sám o sebe postarat. Dále ošetrovatelská péče zahrnuje medicínskou péči, každodenní individuální aktivizaci člověka, včasnou mobilizaci pacienta a psychosociální péči. Cílem ošetrovatelské péče je udržet a podpořit soběstačnost pacienta a uchovat nebo zlepšit jeho kvalitu života. Vždy je u každého pacienta sestavený individuální plán péče (Schuler, Oster, 2010).

**Následná péče** – je rehabilitační či doléčovací oddělení, které je určeno pro pacienty v dobrém zdravotním stavu, u kterých je potřeba zabezpečit následnou rehabilitaci včetně nácviku soběstačnosti a sebedpěče (Mlýnková, 2011).

**Zlomenina krčku kosti stehenní** – vzniká především u starších osob zpravidla jako přímé poranění po pádu na bok (Schuler, Oster, 2010).

**Geriatrický pacient (senior)** – bývá charakterizován vyšším věkem, významnou nemocností a hrozícími nebo již přítomnými funkčními omezeními (Schuler, Oster, 2010).

### **3 Metodika práce a charakteristika výzkumného souboru**

#### **3.1 Metodika práce**

Pro získání informací byla použita forma kvalitativního výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření probíhalo na oddělení následné péče se sestrami, které ošetřují nejen pacienty po zlomenině krčku kosti stehenní, ale i pacienty s jinými diagnózami. Rozhovory probíhaly od 20. 2. 2017 do 10. 3. 2017 se svolením hlavní sestry a se svolením vrchní sestry z oddělení následné péče. S ohledem na zachování anonymity nejsou tyto souhlasy součástí bakalářské práce, ale jsou k nahlédnutí u autorky bakalářské práce. Sestrám bylo položeno 15 otázek (Příloha 5), které byly doplňovány v průběhu rozhovoru o další podotázky. Sestry byly seznámeny s tématem práce a souhlasily s provedením rozhovorů, ale nesouhlasily s použitím diktafonu při zaznamenávání rozhovorů. Rozhovory s některými sestrami probíhaly individuálně na tichém místě oddělení, s jinými v jejich domácím prostředí po předchozí telefonické domluvě. Sestry byly velice ochotné poskytnout odpovědi na otázky k bakalářské práci. Pro některé bylo provedení rozhovorů velice zajímavé, jiné říkaly, že k zamyšlení jsou otázky týkající se rodin pacientů. U sester bylo zjišťováno, jakým způsobem provádějí ošetrovatelskou péči u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní a jaké jsou možnosti další péče po ukončení hospitalizace na oddělení následné péče. Dále bylo zjišťováno, do jaké míry spolupracuje rodina pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní. Všechny rozhovory byly zaznamenány písemným zápisem (Příloha 6 CD) a následně zpracovány metodou tužka – papír do kategorizačních skupin (Příloha 7). Tato metoda je označována jako kódování v ruce, údaje jsou rozebrány, konceptualizovány a sestaveny novým způsobem (Švaříček, Šedová, 2007). Vazby a jevy byly deduktivně odhaleny pomocí literatury, na základě vlastních zkušeností a v závislosti na kladené otázce.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Ve výzkumném souboru odpovídalo 7 sester z oddělení následné péče (Příloha 8), kde jsou hospitalizováni pacienti s mnoha diagnózami včetně zlomeniny krčku kosti stehenní. Výzkumný soubor byl tvořen 7 sestrami ve věku 26 až 62 let. Výběr sester byl nahodilý bez ohledu na věk a praxi na oddělení následné péče.

## **4 Výsledky**

### ***4.1 Kategorizace výsledků z rozhovorů se sestrami***

#### ***Kategorizační skupiny***

1. kategorie výskyt pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče
2. kategorie informovanost pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní při přijetí na oddělení následné péče
3. kategorie poskytování základní ošetrovatelské péče pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní
  - a) podkategorie poskytování hygienické péče
  - b) podkategorie příjem potravy a hydratace
  - c) podkategorie péče o vyprazdňování
  - d) podkategorie mobilita pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní
  - e) podkategorie sledování bolesti
  - f) podkategorie odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů s jinou diagnózou
4. kategorie odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní řešené konzervativně a chirurgicky
5. kategorie komplikace po zlomenině krčku kosti stehenní
  - a) podkategorie předcházení vzniku komplikací
  - b) podkategorie péče o již vniklou komplikaci
6. kategorie spolupráce rodiny pacienta
  - a) podkategorie oslovení rodiny sestrou
7. kategorie možnosti péče po propuštění pacienta z oddělení následné péče
8. kategorie nejčastější dotazy rodiny pacienta na oddělení následné péče
9. kategorie nejčastější otázky kladené rodinou před propuštěním z oddělení následné péče
  - a) podkategorie problémy spojené s propuštěním pacienta z oddělení následné péče
  - b) podkategorie žádost rodiny o informace o domácí péči
10. kategorie pomůcky doporučované rodině při propuštění pacienta do domácí péče
11. kategorie kurz péče o seniory pro rodinné příslušníky



### ***1. kategorie výskyt pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče***

Na otázku, zda jsou pacienti po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče, uvedly sestry 1, 2, 4, 5, 6, že počet těchto pacientů se liší každý měsíc, ale všechny sestry se shodly, že počet pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní se pohybuje zhruba okolo pěti pacientů. Sestra 2 uvedla, že některý měsíc nepřijmou žádného pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní: *„Jak který měsíc, někdy jsou to tři pacienti, jindy jich máme třeba i pět, ale některý měsíc žádného pacienta po zlomenině krčku.“* Sestra 5 se shoduje s odpovědí sestry 2: *„Záleží na měsíci, zhruba 5 lidí, nikdy není počet těchto pacientů stejný.“*

### ***2. kategorie informovanost pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní při přijetí na oddělení následné péče***

Všechny sestry z oddělení následné péče se shodly, že nejprve poučí pacienta při přijetí na oddělení o režimu a chodu této stanice. Sestra 1 uvedla, že poučuje pacienta o ošetrovatelské péči a zodpoví veškeré dotazy pacienta ohledně oddělení následné péče, protože senioři mají toto oddělení spojené s tím, že už se nevrátí domů. Sestra 2 odpověděla, že nejčastěji podává informace o pohybovém režimu, úlevových polohách a že pacient nesmí sám slézat z postele. Sestra 3 uvedla, že podání informací pacientovi záleží na jeho celkovém stavu, poučuje tedy o chodu oddělení a pohybovém režimu pacienta. Také tvrdí, že informace podávají v průběhu dne nebo celé hospitalizace. Sestra 4 měla na tuto otázku podobnou odpověď jako sestra 3 a uvedla, že je pacient informován o následné rehabilitaci. Sestra 5 se shoduje se sestrami 1, 2, 3, 4 o ústní informovanosti při přijetí pacienta na oddělení následné péče. Pacienty informuje o chodu oddělení a průběhu ošetrovatelské péče. Sestra 6 rozšířila odpověď tím, že je důležité informovat pacienta o možném riziku pádu. Sestra 7 poučuje také o režimu oddělení, odpověď rozvedla takto: *„Záleží, zda je pacient po operaci či bez operace. Pacient je seznámen s tím, jak bude probíhat léčba dále, co může podniknout sám proto, aby se co nejdříve navrátil do svého životního stereotypu, na který byl zvyklý před úrazem. Sestra vždy vysvětlí pacientovi informace k dennímu režimu oddělení. Po přijetí na naše oddělení je vyšetřen lékařem a je mu vysvětlen další postup léčby. Rehabilitační pracovník pacientovi vysvětlí průběh rehabilitace.“*

### **3. kategorie poskytování základní ošetrovatelské péče u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní**

Sestra 1 odpověděla, že dbají na jejich oddělení jako u jiných pacientů - především na hydrataci pacientů, na výživu, hygienu, vyprazdňování a na zvýšení mobility pacienta. S touto odpovědí se téměř shodují i sestry 3, 4, 5 a 6. Sestra 1 dodává, že je důležité přizpůsobit denní režim každému pacientovi individuálně vzhledem k jeho soběstačnosti, věku a celkovému stavu pacienta, což potvrzuje i sestra 6. Sestry 1, 3 a 7 se shodují v odpovědi, že pečují o psychický stav pacienta. Sestra 2 a sestra 6 odpovídají, že u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní je důležité pečovat o ránu, pokud je pacient po operaci a sestra 2 zdůraznila péči o kůži pacienta. Dále sestry 2 a 3 tvrdí, že pacientovi dopomáhají při změně polohy na lůžku. Sestra 4 říká: „*Když se pacient s touto diagnózou dostane k nám na oddělení, tak plnou ošetrovatelskou péčí včetně hygieny, pohybu, vyprazdňování, sebeobslužnost a další.*“

Sestra 5 dodává: „*Určitě zatím hygienu na lůžku, poté hygiena s dopomocí a dále dle stavu pacienta. U nás jedenkrát týdně vozíme pacienty do sprchy. Dále podávání stravy pacientovi popřípadě nakrmení pacienta, podání léků pacientovi a dále u pacientů sledujeme příjem tekutin a popřípadě zajištění zvýšení hydratace a podání infúzí dle lékaře. Při nedostatečné výživě podáváme doplňky stravy.*“ Sestra 6 říká, že je důležité zajistit celkovou péči u pacienta. Sestra 7 rozšířila odpověď takto: „*Po této zlomenině je důležité postupné zatěžování operované končetiny tak, jak se hojí zlomenina, učí se používat berle, rozcvičuje ztuhlé klouby. Toto se děje pod dohledem rehabilitačního pracovníka a lékařů. Často si tyto pacienti stěžují na bolest v neoperované končetině, jelikož je o to více zatěžována proto je nutno monitorovat pacientovi bolesti. Pacienti, kteří jsou přijímáni na naše oddělení, mají ve většině případů přidružená onemocnění (kardiovaskulární onemocnění, diabetes, demenci a další). Důležitá je také psychická podpora pacientů, často upadají do depresí a vzdávají léčbu. Dále je důležitá prevence imobilizačního syndromu, prevence dekubitů a možných pádů.*“

#### **a) podkategorie poskytování hygienické péče**

Sestry 1, 2, 3, 5, 6, 7 mají podobné názory na hygienu, která se provádí u všech pacientů stejně, kdy je nutno přihlížet na celkový stav seniora. Zejména hygiena je prováděna u nesoběstačných či méně soběstačných pacientů s dopomocí nebo provedením celkové hygieny na lůžku. Všechny sestry se shodují v tom, že jedenkrát

týdně je u pacientů provedena hygiena na lehátku ve sprše. Sestry 1 a 2 říkají, že provádějí hygienu ráno a večer u pacientů, ale naopak sestra 4 tvrdí, že provádí u pacientů hygienu jednou denně nebo dle potřeby. Sestra 2 dodává: „*Většinou u méně pohyblivých pacientů ve dvou lidech z důvodu lepší manipulace s pacientem a dále, aby pacient měl co nejmenší bolesti. Hygienu provádíme na lůžku každé ráno a večer. Jedenkrát týdně vozíme pacienty na lehátku do sprchy. U každé hygieny dbáme na čistotu lůžka a péči o pokožku.*“. Sestra 3 pečuje o pokožku nemocného promazáním a kontrolou, zda nevznikl nějaký defekt na kůži. Dále dodává, že při celkové hygieně ve sprše stříhá nehty a myje vlasy nemocného. Sestra 1 zdůrazňuje nutnost péče o dutinu ústní u ležících pacientů a také souhlasí s péčí o pokožku.

#### ***b) podkategorie příjem potravy a hydratace***

Sestry 1, 2, 3, 4, 7 se shodují, že zapisují množství snědené stravy a tekutin do daného záznamu. Sestry 5 a 6 odpovídají, že dohlízejí na hydrataci pacienta a množství tekutin zaznamenávají. Sestra 5 doplňuje, že při nedostatečné hydrataci podává infuze dle ordinace lékaře. Sestra 4 zdůrazňuje nutnost častějších návštěv na pokoji z důvodu pacientovi podání pití či jídla. Sestra 1 rozvedla odpověď takto: „*Denní příjem potravy a tekutin je u každého pacienta důkladně sledován a zapisován do tabulky, kterou má každý pacient na oddělení následné péče u lůžka. U každého pacienta, přijatého na naše oddělení, je počítán nutriční screening a podle toho se upravuje dieta ve spolupráci s nutriční sestrou. U pacientů, kteří mají problém s polykáním nebo kousáním stravy, je objednána mletá strava. Pokud pacient není schopen sám se najíst, stravu podává sestra.*“ Sestry 2 a 3 také udávají jako sestra 1, že konzultují dietu s lékařem a dietní sestrou dle stavu pacienta. Všechny sestry - mimo sestry 3 a 4 mají podobný názor na podávání stravy u pacientů, kteří nejsou schopni se sami najíst. Se stravou nemocným pomáhají dokrmením či úplným nakrmením pacienta. Dále jsou u pacientů při nedostatečné výživě podávány výživové doplňky, udává sestra 2, která říká: „*U starších pacientů se špatným příjmem potravy dáváme doplňky - tedy nutri krémy či nutridrinky.*“ S touto odpovědí se shoduje i sestra 5, sestra 6 dodává, že podává navíc mléčné výrobky, s čímž se shoduje i odpověď sestry 7.

#### ***c) podkategorie péče o vyprazdňování***

Sestry 1, 2, 3, 4, 6, 7 se shodují, že u mobilních pacientů dopomáhají na toaletní křeslo bez došlapu na zlomenou končetinu, pokud to stav pacienta dovoluje. Sestry 2, 3, 6 a 7 dodávají, že u pacientů, kteří přesun nezvládnou, je nutné podat podložní mísu.

Sestra 4 rozvedla odpověď takto: „Většina pacientů není schopna samostatně dojít na toaletu, proto máme k dispozici signalizační zařízení, kdy v případě potřeby pacient zazvoní. Při zlepšení mobility nacvičujeme s pacientem přesun na toaletní křeslo v blízkosti lůžka a poté, když pacient zvládá chůzi, může dojít za pomoci chodítka na toaletu. U inkontinentních pacientů máme k dispozici plenkové kalhotky.“ Sestra 2 dodává, že problémem bývá, pokud pacient nepochopí informaci o pohybovém režimu a došlápne na zlomenou končetinu. Častou komplikací u těchto pacientů z důvodu nízké mobility je zácpa, tvrdí sestry 1, 5 a 7. Dle jejich názoru je podávána Lactulosa či glycerinový čípek po domluvě s lékařem. Sestra 5 dodává, že je důležité sledovat každý den, zda byl pacient na stoličce a vše důkladně zapisovat. Sestry 1 a 5 říkají, že u pacientů inkontinentních a nepohyblivých je zaveden močový katétr. Sestry 1, 4, 5, 6 a 7 dodávají, že využívají často plenkové kalhotky u inkontinentních pacientů, kteří nejsou schopni dojít na toaletu. Sestra 1 udává, že plenkové kalhotky mění ráno, po obědě, večer a před spaním či dle potřeby. S tím souvisí i zvýšená hygiena genitálu po každé vykonané potřebě říkají sestry 1, 2, 5 a 6. K tomu dodává sestra 3: „Muži, kteří zvládají, mají u lůžka močovou láhev.“

#### ***d) podkategorie mobilita pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní***

Všechny sestry mají podobné názory ohledně mobility u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní. Většinou začínají s rehabilitací na lůžku, posazováním a nácvikem chůze, snaží se o zvýšení pohyblivosti pacienta. Sestra 1 tvrdí, že je důležitý nácvik sebezpečí, sestra 4 dodává, že se snaží o co nejrychlejší vertikalizaci pacienta, nácvik sedu, pokud to stav pacienta dovoluje, snaží se o co nejrychlejší aktivizaci pacienta k soběstačnosti v základních činnostech a samozřejmě dosažení chůze u pacienta. Sestry 1, 2, 3 tvrdí, že je důležité pacienta motivovat při nácviku rehabilitace. Sestra 7 dodává, že se vždy snaží vyvarovat upoutání pacienta na lůžku. Dále dle jejího názoru je důležité, přihlížet na celkový stav pacienta, s čímž se shodují i sestry 3, 5 a 6. Sestra 3 ještě dodává: „Vždy záleží na celkovém stavu pacienta a nenutit ho dělat věci, když má bolesti.“ Sestra 1 říká: „U každého pacienta je samozřejmě rehabilitace individuální.“ U ležících nemobilních pacientů dbají sestry 1, 2 a 5 na pravidelné polohování za pomoci polohovacích pomůcek. Sestra 1 dále říká: „V nácviku soběstačnosti a nácviku chůze je důležitá spolupráce s rehabilitačním pracovníkem.“ V tom se shoduje s odpovědí sestry 7, která odpovídá, že rehabilitační sestra přizpůsobí rehabilitaci stavu a dalším možnostem pacienta. Sestra 2 se zmiňuje: „Jak jsem již

*řekla, pacienti špatně rozumí, že nesmí došlapovat na zlomenou končetinu, proto je nácvik chůze a rehabilitace delší. “*

#### ***e) podkategorie sledování bolesti***

Sestra 1 odpovídá, že na hodnocení bolesti mají jistý formulář, bolest je možné hodnotit od 0 – 5. Dále říká, že již při přijetí na jejich oddělení zjišťuje lékař stupeň bolesti. Poté sleduje u pacienta intenzitu, charakter a dobu vzniku bolesti, s tímto názorem se shodují sestry 2 a 5. Sestra 2 navíc sleduje dobu trvání bolesti. Bolest monitorují a důkladně zapisují do dokumentace sestry 2, 5, 6 a 7. Sestra 1 navíc poučuje pacienta, že má informovat o jakémkoliv změně stavu či zhoršení bolesti a dále společně s lékařem najdou alternativu další léčby. Všechny sestry tvrdí mimo sestru 4, že poučují pacienta o možných úlevových polohách při bolesti a k tomu dodává sestra 3, že podává pacientovi chladné obklady a snaží se pacienta odpoutat od bolesti například čtením, sledováním televize či jiným zaměstnáním. Sestry 4, 6 a 7 se shodují v názoru, že je důležité sledovat verbální a neverbální projevy bolesti u pacienta. Sestra 6 řekla: *„Důležitá je komunikace mezi sestrou a pacientem a vždy s pacientem o bolesti hovořit. U seniorů je důležité se pravidelně na bolest ptát a všimnout si i jiných projevů než pacient sám řekne.“* Sestra 4 navíc dodává: *„Určitě je důležitá verbální komunikace s pacientem, což znamená přijímat signály bolesti i mimoslovní – grimasy, sténání, polohu pacienta a postižené končetiny.“* Sestry mají podobnou odpověď. Podávají analgetika dle ordinace lékaře při přetrvávající bolesti a účinek analgetik je následně sledován. Sestra 7 dodává: *„Dbáme na to, aby pacienti bolesti netrpěli, a k tomu přizpůsobujeme i pohybový režim.“*

#### ***f) podkategorie odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacientů s jinou diagnózou***

Sestry 1, 2, 4 se shodují, že ošetrovatelská péče se téměř neliší u pacientů s jinou diagnózou. Naopak sestra 3 tvrdí: *„Rozdíl je především v pohyblivosti pacienta a ke každému pacientovi je nutno přistupovat individuálně. Rozdíl v ošetrovatelské péči může být i u pacientů se stejnou diagnózou.“* Sestry 5, 6 uvádějí, že ošetrovatelská péče se liší, protože každá diagnóza vyžaduje jinou ošetrovatelskou péči, k tomu sestra 5 dodává, že je důležité přizpůsobit ošetrovatelskou péči k jeho základní diagnóze. Sestra 6 odpověděla: *„Každá diagnóza potřebuje trochu odlišnou péči, záleží na celkovém stavu pacienta. Každý pacient je jiný, tudíž i stejná diagnóza u dvou pacientů se může lišit, a to z důvodu přidružených onemocnění.“* Sestra 7 naopak tvrdí, že vidí rozdíl především v rehabilitaci, v polohování pacienta a v manipulaci s pacientem, s jejím

názorem se téměř shoduje sestra 1, která říká: „Péče o pacienty s jinou diagnózou se téměř neliší, ale samozřejmě je péče individuální. Důležité je zajistit plnohodnotnou péči u všech pacientů, ať už jsou chodící nebo ležící. U pacientů po zlomenině krčku se péče liší v rehabilitaci a nácviku mobility.“ Sestra 4 si také myslí, že je rozdíl v manipulaci s pacientem a uvádí příklad: „Pacient s cévní mozkovou příhodou potřebuje jiné zacházení než pacient po zlomenině krčku,“ a navíc říká, že je důležité zajistit základní úkony sebez péče. Sestra 2 naopak říká: „Když tu máme pacienty po cévní mozkové mrtvici, tak je kolikrát stav pacienta po zlomenině krčku stejný. Starší pacienti se bojí manipulace na lůžku, že spadnou a to je stejné u všech.“

#### **4. kategorie odlišnosti v ošetrovatelské péči u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní řešené konzervativně a chirurgicky**

Všechny sestry se shodují, že se péče o tyto pacienty liší. Sestra 1 rozvádí odpověď: „ Zcela zásadně operační řešení přináší starosti jako je po aplikaci narkózy hluboká zmatenost u seniorů, až agresivita. Dále se u operovaných pacientů na oddělení následné péče setkáváme s infekcí v ráně nebo zcela výjimečně dojde k posunu implantátu při nesprávném pohybu pacienta. Konzervativní způsob je pro člověka náročný v dlouhodobé léčbě a často končí neúplnou funkcí končetiny. Vždy záleží na věku a celkovém stavu pacienta. Stává se, že pacienti propadnou panice z nemožnosti chůze a bojí se, že se nezvládnou o sebe už postarat a to platí v obou případech léčby.“ Dále se sestry shodují, že se ošetrovatelská péče liší v nástupu rehabilitace. Sestra 3 odpovídá: „Po operační léčbě víme přesně, kdy s pacientem cvičit, víme, jaký pohybový režim si u něho můžeme dovolit. Vždy je nutno se o pohyblivost pacienta v obou případech domluvit s rehabilitačním pracovníkem a lékařem.“ Sestry 2, 3, 5, 6 a 7 mají stejný názor. Konzervativní postup je pro pacienta více bolestivější. Sestra 2 a 7 dodávají, že je důležité s pacientem šetrněji manipulovat. Sestra 4 říká, že odlišnost je též v délce hojení a sestra 5 dodává, že rekonvalescence nastupuje déle a trvá déle. Sestra 3 tvrdí, že konzervativní léčba zlomeniny krčku kosti stehenní je delší proces. S tím souhlasí sestra 2 a říká, že léčba je delší a existuje mnohem větší riziko vzniku komplikací. Dále je dle jejího názoru nutné podávat častěji analgetika těmto pacientům. Sestra 6 rozvádí svou odpověď takto: „Liší se zejména tím, že konzervativní postup léčby je pro pacienta daleko bolestivější a náročnější na léčbu a ošetrovatelskou péči, ale i rehabilitace je velmi dlouhý proces. Mnohdy se stává, že pacienti po konzervativním způsobu léčby vzhledem k věku a celkovému stavu, nejsou schopni

*nácviku chůze a stávají se závisými na druhé osobě.*“ Sestra 7 tvrdí, že je důležité zvýšit ošetrovatelskou péči a dbát na prevenci vzniku komplikací z důvodu upoutání pacienta na lůžku, ke kterému častěji dochází právě u konzervativního postupu. Sestra 1 naopak říká: *„Péče je u pacientů víceméně stejná, vždy je důležité pečovat o všechny potřeby pacienta.“*

### **5. kategorie komplikace po zlomenině krčku kosti stehenní**

Sestry 1, 2, 3 a 7 se shodují, že u pacientů z důvodu špatné pohyblivosti dochází k nedostatečné výživě a hydrataci. S tímto souvisí porucha vyprazdňování a možný vznik zácpy, což tvrdí sestry 3 a 7. Všechny sestry shodně zastávají názor, že velkým problémem u těchto pacientů bývá zvýšené riziko dekubitů z důvodu nízké mobility pacienta. Sestra 1 dodává: *„Když jsou špatně živeni, tím je samozřejmě zvýšené riziko vzniku dekubitů. Dekubity jsou velkým rizikem i málo pohyblivých pacientů.“* Sestra 5 vidí problém rizika vzniku dekubitů, pokud jsou pacienti špatně polohováni nebo se špatně hýbou. Sestry 2, 4, 5 a 6 tvrdí, že další komplikací u operovaných pacientů je infekce v ráně a špatné hojení rány. Sestra 1 uvádí, že starší lidé mají problém se zhoršením psychiky: *„Dále se zhoršuje psychika nemocného a cítí se odsouzeni ke smrti na oddělení následné péče a hlavně z důvodu, že je rodina nenavštěvuje nebo nikoho nemají. Proto s tím souvisí nespolupráce při rehabilitace, člověk vše vzdává.“* S tímto názorem souhlasí i sestra 7, která udává: *„Nejčastěji podléhají depresím, a to tak, že vzdají léčbu, projeví úplný nezájem se aktivně účastnit léčby, nevěří v znovunavrácení do svého života.“* Sestra 3 říká, že u pacientů může dojít ke vzniku trombózy na dolních končetinách či atrofii svalů na dolních končetinách. K těmto komplikacím dochází především z důvodu upoutání na lůžku. Sestra 4 si myslí, že v důsledku imobilizace dochází nejen ke spasmům či zkrácení a deformitě zlomené končetiny, ale i k posunu implantátu po operaci: *„Nejčastější komplikací je hojení per sekundam či rozpad rány a sekrece z rány. Může dojít i k posunu implantátu po operaci. V důsledku imobilizace dochází ke vzniku dekubitů, spasmům, zkrácení a deformitám končetiny.“* U dlouhodobě ležících pacientů sestra 6 vidí problém v riziku vzniku pneumonie.

#### **a) podkategorie předcházení vzniku komplikací**

V této problematice se shodují sestry v názoru, že je důležité zvýšit mobilitu pacienta ve spolupráci s rehabilitačním pracovníkem. Sestra 1 dodává: *„Pacienta se snažíme motivovat ke spolupráci s rehabilitačním pracovníkem, protože to zvýší jeho*

*pohyblivost a zároveň soběstačnost. Tím, že spolupracuje s rehabilitačním pracovníkem, si zajistí částečnou sebepečí a z toho vyplývá, že není závislý na jiných lidech a tím se zlepší i jeho psychika.“ Podobný názor má i sestra 7, která říká: „Psychicky pacienty podporujeme, přesvědčujeme o tom, že se může navrátit do svého života. S pacientem se rehabilitační sestra snaží cvičit na lůžku, pokud stav nedovoluje nácvik chůze a posazování.“ Sestra 2 udává, že je důležité v prevenci dekubitů hodně promazávat pokožku a udržovat ji vláčnou. S tímto názorem souhlasí i sestry 3 a 7. Všechny sestry mimo sestru 1 tvrdí, že v prevenci dekubitů je důležité polohování pacienta a k tomu sestry 2 a 4 dodávají, že podkládají predilekční místa. Dále sestra 1 říká, že je důležité zajistit důslednou hygienickou péči pacientovi a udržovat lůžko v čistotě. S tím názorem souhlasí i sestra 6, která také tvrdí, že je důležité dbát na čistotu lůžka. Sestry 1, 2, 3, 4, 7 dohlížejí na dostatečnou hydrataci pacienta. Sestry 1, 2 a 4 navíc dbají i na dostatečnou výživu u pacienta. Sestra 3 dodává: „V případech zažívacích obtíží upravujeme stravovací návyky. U seniorů je důležité dohlížet na pitný režim. V případě zácpy podáváme laxativa dle ordinace lékaře.“ Sestra 2 říká, že po domluvě s lékařem - v případě malého příjmu tekutin - podávají infúzní přípravky. Sestra 3 dále říká: „V předcházení atrofie svalů je důležitá spolupráce s rehabilitační sestrou. U trombózy dolních končetin dbáme na pitný režim, provádíme bandáže dolních končetin a dle ordinace lékaře podáváme antikoagulantia. Důležitá je cévní gymnastika, kterou u nás provádí také rehabilitační sestra. Vždy dbáme na zvýšení mobility pacienta dle jeho celkového stavu.“ Sestra 6 tvrdí, že provádí dechovou rehabilitaci ve spolupráci s rehabilitační sestrou v prevenci pneumonie, řádně pečuje a ránu pravidelnými převazy. Sestra 5 dodává, že převazuje ránu za přítomnosti lékaře a sleduje celkový stav pacienta, zda nedochází ke zhoršení.*

#### ***b) podkategorie péče o již vzniklou komplikaci***

Na tuto otázku sestra 1 odpověděla velmi stroze, že záleží na tom, jaká komplikace vznikne. S touto odpovědí se shodují i sestry 2, 3, 5 a 6. Sestry 2, 5, 6 a 7 tvrdí, že veškerá léčba probíhá ve spolupráci s lékařem. Sestry 6 a 7 dále tvrdí, že záleží na celkovém stavu pacienta. Nejčastěji se objevují u těchto pacientů dekubity, proto se sestry 2, 4, 5, 7 shodují, že dbají na pravidelné převazy. Sestra 5 a 7 říkají, že je nutné zpřísnit polohování pacienta. Sestra 7 odpovídá: „Nejčastěji jsou to právě proleženiny, proto je nutné ránu pravidelně převazovat a kontrolovat. Dále je nutné dbát na pravidelné polohování a podkládání rizikových míst. Vždy provádíme léčbu



*ve spolupráci s lékařem a přizpůsobujeme stavu pacienta.*“ Sestra 4 považuje za důležité přidat do výživy nutriční přípravky ke zlepšení hojení. Sestra 5 uvádí: *„Při infekci v ráně a po následném chirurgickém ošetření provádíme pravidelné převazy rány.*“ Sestra 2 klade důraz na podání analgetik pacientovi. Sestra 3 tvrdí, že se snaží vzniklou komplikaci zastavit: *„Snažíme se zastavit průběh komplikace a zamezit dalšímu výskytu stanovením nových preventivních opatření.*“ Sestra 6 se snaží vzniklou komplikaci co nejdříve odstranit. Sestra 7 dbá na co nejrychlejší vyléčení komplikace.

## **6. kategorie spolupráce rodiny pacienta**

Na tuto otázku sestry odpovídaly, že spolupráce rodiny je velice individuální. Za některými pacienty chodí rodina často, za někým vůbec. Zaleží na rodinném zázemí pacienta a na vztazích v rodině. Sestry dále říkají, že zájem pomoci s ošetrovatelskou péčí je velice rozdílný, protože aktivních rodin je velice málo, jak uvedla sestra 4. Sestra 1 vidí u nespolupracující rodiny především problém v tom, že rodiny se ošetrovatelské péče nemohou účastnit z časových důvodů, z důvodu velké vzdálenosti bydliště nebo z důvodu nemoci partnera. Dále sestra 1 říká: *„Pokud chce s ošetrovatelskou péčí pomoci, tak se samozřejmě ptá, ale opět závisí na jednotlivcích. Některé rodiny nemají zájem žádný ani o pacienta, ani o péči.*“ Sestra 4 dodává, že jsou rodiny, které velice intenzivně spolupracují v péči o svého blízkého, ale i rodiny, které nepřijdou za celou dobu hospitalizace a zájem nejeví vůbec. S tímto tvrzením se shodují sestry 5, 6 a 7. Například sestra 7 odpovídá: *„Rodinní příslušníci se ve většině případů aktivně zapojují do péče o pacienta. Nejvíce pomáhají v době oběda a večeře s nakrmením pacienta. Hodně i vídávám, že rodiny pečují o pokožku pacienta promazáváním a masáží. Ale jsou i rodiny, které zájem nejeví. Pacientova rodina se aktivně zajímá o průběh léčby a její další postup. Rehabilitační sestra rodinné příslušníky naučí aktivně se zapojovat do pacienta léčby. Některé rodiny chtějí pomoci, jiné nikoliv.*“ Sestra 5 má podobný názor. Některé rodiny se zapojují do péče například při rehabilitaci, při podávání stravy, ale opět říká, že jsou rodiny, které se nezapojí vůbec. Dále se shoduje se sestrami 1, 2, 6 a se 7 v tom, že se rodiny, které mají zájem o péči u pacienta, aktivně se ptají na průběh léčby a mnohdy vyhledávají i rehabilitační sestru, aby jim poradila, jak s pacientem manipulovat. Sestra 2 naopak tvrdí: *„Pokud to zdravotní stav dovoluje, tak pacienta vezmou do chodítka nebo posadí na lůžku. Mnohdy schopné pacienty vezmou i na vozíku ven nebo je vezmou do sprchy a omyjí je. S ležícím pacientem moc nepomůžou, spíše dávají vinu zdravotnickému personálu*

za špatný stav. Pokud se již pacient může hýbat, snaží se ho posadit, ale bojí se na pacienta prakticky sáhnout, aby mu neublížili. Některé rodiny se snaží pomoci s rehabilitací a chodí s pacientem v chodítku.“ S tímto tvrzením částečně souhlasí i sestra 4, která také říká, že se rodina často bojí s pacientem manipulovat, proto je nutné jim vše ukázat a dopomoci při manipulaci s nemocným. Odlišnou odpověď na tuto otázku má sestra 3, která tvrdí, že rodina často nespolupracuje a je nutné ji oslovit. Dále říká: „Rodina do jisté míry zájem má, ale my jim musíme ukázat správnou cestu, protože rodina často nabourá náš ošetrovatelský plán a vede pacienta k jiným cílům, než my chceme. Například my se pacienta snažíme vést k prevenci zácpy, a pak přijde rodina, která s prominutím, pacienta nacpe potravinami, které zácpu naopak posilují. A je mnoho dalších případů, kdy si rodina myslí, že pomáhá, ale není to tak. Ale přesto to rodině nemůžeme mít za zlé, mají snahu svému blízkému jakkoliv pomoci.“

#### **a) podkategorie oslovení rodiny sestrou**

Všechny sestry rodinu oslovují mimo sestru 2, která uvedla: „Já sama v rámci léčby rodinu neoslovuji, nenabízím něco, pokud nevím, zda rodina chce. Jsem ochotna pomoci, pokud má rodina zájem, ale nevnucuji se.“ Sestry 1 a 3 oslovují rodinu především za účelem donesení osobních věcí z domova například hygienických pomůcek. Sestra 1 dodává, že se navíc táže rodiny, zda si vezmou pacienta domů nebo mají zařídit jiný domov pro pacienta. Sestra 3 navíc říká: „Rodinu oslovujeme za účelem zlepšení spolupráce, jak s pacientem, tak s rodinou samotnou. Tím chceme co nejvíce zlepšit stav pacienta.“ Sestry 4, 5 a 7 oslovují rodinu za účelem pomoci při manipulaci s nemocným či rehabilitací. Sestra 5 dodává, že rodinu poučuje, jak by mohla pomoci s výživou u pacienta. Sestra 6 také informuje rodinu o výživě, ale tvrdí: „Rodinu převážně informuji o výživě a to hlavně v případě, že je pacient diabetik a rodina mu nosí sladké potraviny. Snažím se poučit rodinu o nevhodnosti těchto potravin a možných komplikacích při nedodržování diety.“

#### **7. kategorie možnosti péče po propuštění pacienta z oddělení následné péče**

Všechny sestry se shodují, že je rodině doporučován pohovor se sociálním pracovníkem, který jim následně pomůže s umístěním pacienta po propuštění z oddělení následné péče. Většina rodin velice intenzivně spolupracuje se sociálním pracovníkem především po dobu hospitalizace pacienta. Sociální pracovník pomáhá rodinám najít jiné sociální zařízení, pokud nemůžou péči o seniora poskytnout v domácí

péči. Sestra 5 podotýká, že jim sociální pracovník pomůže sepsat a odeslat žádosti do následujících domovů vhodných pro pacienta. Sestra 2 dodává: „*Dále nabízejí mladším pacientům nebo schopným pacientům oddělení rehabilitace, kde by zdokonalili mobilitu a především chůzi. Také je nabízen rodině soukromý rehabilitační pracovník, ale samozřejmě záleží na jejich přání.*“ Sestra 6 navíc odpovídá: „*Společně dle stavu pacienta vyhledají nový domov nebo naše sociální pracovnice poradí rodině v případě propuštění pacienta do domácího prostředí.*“

#### **8. kategorie nejčastější dotazy rodiny pacienta na oddělení následné péče**

Na tuto otázku sestry 3, 4, 5 a 6 jednoznačně odpovídají, že nejčastější dotazy směřují na informace o zdravotním stavu, které jim podává pouze lékař. Sestry 1 a 6 dodávají, že se rodina snaží získat informace ohledně výživy pacienta. Sestra 1 navíc říká: „*Rodina se často ptá, na otázky kolik pacient snědl, kolik vypije tekutin a jak v noci spí. Ti, co jeví zájem o své bližní, se ptají, kdy bude léčba ukončena a pacient bude moci domů.*“ Sestra 2 tvrdí, že se rodina mnohdy ptá, jak bude léčba dlouho trvat, zda bude pacient chodit a žádá informace o dalších sociálních zařízeních a možnosti zapůjčení pomůcek při nezvládnání sebezpečí pacienta. S touto odpovědí se částečně shoduje odpověď sestry 6, která také dostává dotazy od rodiny ohledně pohybového režimu pacienta. Sestra 4 udává, že se rodina ptá, co může pacientovi donést například hygienické potřeby, potraviny či oblečení. Sestra 7 odpovídá: „*Nejčastěji se zajímají o to, zda se pacient bude schopen vrátit do svého života před úrazem a o postupu další léčby.*“

#### **9. kategorie nejčastější otázky kladené rodinou před propuštěním z oddělení následné péče**

Sestry 3, 4, 5 a 6 se shodují, že se rodina zajímá o to, jaké kompenzační pomůcky bude pacient potřebovat po propuštění z oddělení následné péče. Sestra 2 dodává, že rodina zjišťuje u inkontinentních pacientů, zda potřebují nějaké pomůcky a kdo jim předepíše plenkové kalhotky. Sestra 5 říká: „*Zajímá se, do jakého zařízení bude pacient převezen, pokud nejde domů.*“ Sestra 3 doplňuje, že se rodina ptá, jak vybavit pokoj pro pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní propuštěného do domácího prostředí. Sestra 1 má odlišný názor a tvrdí, že dotazy jsou směřovány spíše k lékaři. Sestry 4 a 6 uvádějí, že častým dotazem rodiny jsou otázky ohledně léků a medikace. Sestra 2 dále říká, že se rodina často ptá, jak dlouho bude trvat rekonvalescence do úplného uzdravení pacienta. Odpověď sestry 7 se neshoduje s odpověďmi ostatních sester, proto ji uvádím:

*„Ptají se na možnosti péče o pacienta, možnosti domácí péče či návštěvu terénních sester.“*

***a) podkategorie problémy spojené s propuštěním pacienta z oddělení následné péče***

Sestry 1 a 4 tvrdí, že rodina často řeší převoz pacienta do domácího prostředí a ptá se, zda bude mít možnost využít převozu sanitním vozem. Sestry 1 a 6 říkají, že velkým problémem rodiny je nedostatečně vybavený byt a úprava interiéru pro návrat člena rodiny. Sestry 2, 3 a 7 udávají, že dalším problémem rodiny jsou obavy z nezvládnutí péče o svého blízkého. Sestra 7 k tomu dodává: *„Rodina často řeší to, zda je schopna se o svého tatínka či maminku sama postarat, nebo zda bude potřebovat pomoc od odborníka.“* Sestra 2 říká, že rodina se ptá na pomůcky pro ležícího pacienta, které jim pomohou v péči o něho. Sestra 4 uvádí, že rodina zjišťuje, zda bude mít pacient kompenzační pomůcku v den propuštění. Sestra 2 odpovídá, že rodina se ptá, jak správně manipulovat a cvičit s nemocným, aby mu neublížila, s čímž se shoduje i sestra 3. Odpověď sestry 5 se liší od ostatních. Říká: *„No, hlavně řeší, kam pacienta umístit, pokud se o něho v domácím prostředí nejsou schopni postarat.“*

***b) podkategorie žádost rodiny o informace o domácí péči***

Všechny sestry kromě sestry 1 se shodují, že rodiny propuštěného pacienta se na oddělení následné péče nevracejí pro další informace o domácí péči. Sestra 1 má odlišnou zkušenost než ostatní sestry a udává: *„Spíše pouze telefonické dotazy ohledně léků či radě k ošetrovatelské péči. Také se rodina dotazuje na sociálního pracovníka, zda by se s ním mohla poradit.“* Sestra 3 rovněž souhlasí se sestrou 1 a říká: *„Spíše při nějakém problému volají. Většinou chtějí informace ohledně léků nebo péči nezvládají a chtějí číslo na sociálního pracovníka,“* jinak je sestra 3 stejného názoru jako většina sester. Rodina se po propuštění pacienta nevrací. Sestra 6 také uvádí, že se rodiny při nejasnostech informují po telefonu.

***10. kategorie pomůcky doporučované rodině při propuštění pacienta do domácí péče***

Sestry se shodují, že rodině doporučují hlavně pomůcky ke zlepšení mobility a chůze a to zejména chodítka či francouzské berle. Sestra 3 tvrdí, že rodině ukáže pomůcky, které u těchto pacientů využívají na oddělení. Sestry 3, 4 a 5 mají téměř shodné odpovědi. Navržení kompenzačních pomůcek rodině záleží na stavu a schopnostech pacienta. Sestry 1, 2, 3, 4 a 7 tvrdí, že doporučují nástavec na toaletu.

Sestra 2 navíc dodává: „*Také často rodina v domácím prostředí předělává koupelnu na sprchový kout a tam sedačku do sprchy.*“ Sestra 1 navrhuje rodině u ležících pacientů podložní mísu či močovou láhev nebo eventuelně plenkové kalhotky. Sestra 4 má podobnou odpověď jako sestra 1: „*Dále doporučujeme inkontinentní pomůcky při inkontinenci moče a stolice.*“ Sestry 4, 5 a 6 se shodují, že rodině nabízejí u méně pohyblivých pacientů možnost zapůjčení či zakoupení polohovacího lůžka. Sestry 4 a 5 navíc doporučují rodině mechanický vozík a sestra 4 ještě nabízí toaletní křeslo pro pacienty. Sestry 1 a 3 radí rodině, kde si veškeré kompenzační pomůcky může zakoupit či pouze půjčit. Sestra 7 naopak tvrdí: „*Rodině doporučuje vhodné pomůcky především rehabilitační sestra.*“

### **11. kategorie kurz péče o seniory pro rodinné příslušníky**

Na otázku, ohledně kurzu pro rodinné příslušníky, který by pomohl v péči o seniory, jednoznačně odpověděly sestry 1, 3 a 7, že by rodiny tento kurz uvítaly. Sestry 3 například odpovídá: „*No jasně, že využije. Rodina v tomto kurzu uvidí naději v pomoci, že budou mít osobu, na kterou se budou moci obrátit při možných potížích. Také si myslím, že tento kurz by rodině objasnil spoustu nejasností s péčí, pohybovým režimem a jiných.*“ Naopak sestry 4 a 5 si myslí, že by tento kurz využily rodiny v malém množství, protože většina pacientů seniorů odchází do různých sociálních zařízení, v domácí péči je velmi malé množství. Sestra 6 říká: „*To záleží na rodinných vztazích, a zda chce rodina o seniora pečovat. Myslím si, že ho některé rodiny rády využijí, protože jim kurz usnadní péči o nemocného. Jiné se budou bránit a chtít si dělat vše po svém.*“ Odlišný názor má sestra 2, která kurz úplně zavrhla a odpověděla: „*Myslím si, že lidé mají averzi k jakémukoliv organizování. Lidem vyhovuje v tomto problému soukromí a vlastní jednání nebo se dotazují sociálního pracovníka při potřebě. Rodina nerada ventiluje osobní problémy s nemocným v kolektivu. I přesto, že jsou nemocní stejně postižení, tak se rodina bojí možných pomluv u ostatních. Lepší je jedna kancelář, jeden člověk a každého individuálně objednat. Lidé se více budou ptát a bude větší možnost rodině poradit s ošetřováním nemocného. Hromadné rady nemohou fungovat, člověk je individualita.*“

## 5 Diskuze

Výzkumné šetření bakalářské práce se zabývalo otázkami, které se týkaly ošetrovatelské péče u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní a možnými komplikacemi u těchto pacientů. Další problematikou bylo zjistit, jaká je spolupráce rodiny pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní a další možnosti péče po propuštění z oddělení následné péče. V současné době je v nemocnici, ve které byl prováděn výzkum, péče o pacienty s touto zlomeninou z důvodu nutnosti další péče směřována na oddělení následné péče, kde je poskytována komplexní ošetrovatelská i rehabilitační péče. Péče o tyto pacienty seniory vyžaduje určitá specifika a klade tak velké požadavky na znalosti sester v této oblasti.

Analýza kvalitativního šetření byla provedena na základě polostrukturovaných rozhovorů se sedmi sestrami, které pracují na oddělení následné péče.

Prvním cílem bylo zmapovat, jakou ošetrovatelskou péči uplatňují sestry na oddělení následné péče u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní. K tomuto cíli byly stanoveny dvě výzkumné otázky: 1. *Jaké specifické činnosti uplatňují sestry při ošetrovatelské péči na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní?* 2. *Jaká jsou rizika u pacienta seniora se zlomeninou krčku kosti stehenní?*

Druhým cílem bylo zjistit, jaké jsou možnosti další péče po propuštění pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní z oddělení následné péče. K tomuto cíli byla stanovena výzkumná otázka: 3. *Jaké jsou možnosti další péče u pacienta po propuštění z oddělení následné péče?*

Třetím cílem bylo zjistit, jaká je spolupráce s rodinou pacienta na oddělení následné péče a výzkumná otázka zněla: 4. *V jakých oblastech je důležitá spolupráce s rodinou u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní?*

Ošetrovatelská péče je základní péče v oblastech, kdy se pacient není schopen sám o sebe starat. Zahrnuje medicínskou péči, každodenní individuální aktivizaci člověka, včasnou mobilizaci a psychosociální péči. Vždy je cílem ošetrovatelské péče udržet či podpořit soběstačnost pacienta a zlepšit kvalitu jeho života (Schuler, Oster, 2010). Na otázku, jakou ošetrovatelskou péči vyžaduje pacient po zlomenině krčku kosti stehenní se sestrami 1, 3, 4, 5 a 6 téměř shodují v tom, že je důležité dbát především na hydrataci, výživu, vyprazdňování a na zvýšení mobility pacienta. Sestra 1 a 6 říkají, že přizpůsobují denní režim každému pacientovi individuálně. S tímto názorem

souhlasím i já, protože každý pacient má prioritu v jiných potřebách, a proto je nutné přistupovat ke každému pacientovi jako k jiné osobnosti.

Při dotazu, jak zajišťují hygienickou péči u těchto pacientů, se všechny sestry - mimo sestru 4 - shodují, že je nutné přizpůsobit hygienu celkovému stavu pacienta. Dle Vytejškové (2011) je hygienická péče řazena mezi základní činnosti ošetrovatelské péče a úlohou každé sestry je odvíjet ji od úrovně soběstačnosti pacienta. Sestra 1 uvedla: *„Hygienickou péči provádíme u všech pacientů stejně, záleží však na soběstačnosti pacienta. U nesoběstačných a částečně soběstačných je důležitá dopomoc nebo provedení celkové hygieny na lůžku, kdy je součástí i péče o dutinu ústní a péče o pokožku nemocného.“* Všechny tázané sestry odpovídají ve shodě, že jednou týdně je provedena hygiena ve sprše na lehátku. Sestra 3 uvedla, že při každé hygieně pečují o pokožku a sleduje, zda nevznikl nějaký defekt na kůži. Myslím si, že v péči o pokožku je nutné dbát nejen na důkladné omytí, osušení a popřípadě ošetření přípravky na kůži, ale i na čistotu lůžka. Vytejšková et al. (2011) dále uvádí, že důležitou součástí ošetrovatelské péče je výměna ložního prádla u pacienta, aby se zamezilo vzniku některých komplikací jako jsou například dekubity. Sestry 2, 3 a 7 se shodují, že je důležité v prevenci dekubitů promazávat pokožku a udržovat ji vláčnou.

Dále jsme od sester zjišťovali, jakým způsobem zajišťují výživu a hydrataci u těchto pacientů. Téměř všechny dotazované sestry se shodly, že množství snědené potravy a tekutin zapisují u každého pacienta do daného záznamu v ošetrovatelské dokumentaci. S tímto názorem se shoduje i Vytejšková et al. (2011), která uvádí, že je nutné sledovat příjem potravy a tekutin u pacientů. Při nedostatečné výživě a hydrataci u pacienta je důležité pátrat po příčině nechutenství a nedostatečné hydrataci. Sestry 1, 2, 3 při potížích se stravou konzultují vhodnost diety s dietní sestrou či lékařem a přizpůsobí stravu nemocnému. U pacientů, kteří nejsou schopni přijímat potravu sami, je nutné pomoci dokrmením nebo úplným nakrmením. Vytejšková et al. (2011) navíc dodává, že u pacientů s omezenou hybností je důležité při podávání stravy zajistit zubní protézu, vhodnou polohu při stravování, umožnit hygienu rukou, jednorázovou podložku pro ochranu oděvu před potřísněním a po domluvě s pacientem mu jídlo upravit nakrájením a podobně. S názorem Vytejškové (2011) zcela souhlasím, a to zejména na základě zkušeností při práci na oddělení následné péče, kdy pacientům před podáním stravy byly omyty ruce, podán jednorázový „bryndák“, zajištěna vhodná poloha pro stravování a podána zubní protéza. Mikšová et al. (2006) ve své literatuře udává, že je důležité informovat pacienta o správné výživě a hydrataci a pacientovi

zajistit vhodnou a dostatečnou výživu. Sestry 2, 5, 6 a 7 se shodují v odpovědi, že u starších pacientů s nedostatečnou výživou podávají výživové či mléčné doplňky stravy. Vytejková et al. (2011) uvádí, že sestry provádí u pacientů nutriční screening a v případě pozitivního výsledku je nutná konzultace s dietní sestrou a musí být provedena patřičná opatření. S tímto názorem se shoduje i sestra 1, která uvedla, že je nutriční screening proveden u každého přijatého pacienta na oddělení následné péče, avšak žádná z ostatních sester se o nutnosti vypočítání nutričního screeningu nezmínila, ačkoliv je jednou ze součástí zdravotnické dokumentace, se kterou všechny sestry pracují.

Další problematikou řešenou se sestrami je péče o vyprazdňování pacienta. Jak uvádí Mikšová et al. (2006) ve své knize, defekaci ovlivňuje několik faktorů, kterými je například věk, vývojové stádium, množství přijaté stravy a množství tekutin, pohybový režim, způsob života. Z mé vlastní zkušenosti vím, že právě omezená pohyblivost, nedostatečný příjem tekutin, změna stravy a stud před ostatními spolupacienty na pokoji u pacientů seniorů způsobuje problémy s vyprazdňováním stolice jako je zácpa, plynatost a bolestivost při vyprazdňování. S tímto názorem souhlasí i sestry 1, 5 a 7, které při těchto obtížích u pacienta - po domluvě s lékařem - podávají Laxativa. Z tohoto vyplývá, že je důležité pravidelně sledovat, zda se pacient vyprázdní, s čímž souhlasí i sestra 5 a Vytejková et al. (2011) ve své knize. Mikšová et al. (2006) dále udává, že je důležité u pacientů sledovat barvu, konzistenci, tvar, množství, zápach a příměsi stolice. Častým problémem u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní je deficit soběstačnosti při vyprazdňování stolice z důvodu upoutání na lůžko, proto je nutné, aby sestra u pacienta podporovala pravidelnou defekaci a včas zajistila vyprázdnění podáním podložní mísy či dopomocí na toaletu jak uvádí Mikšová et al. (2006). S tímto názorem se shodují téměř všechny sestry, které řekly, že u mobilních pacientů dopomáhají na toaletní křeslo bez došlapu na zlomenou končetinu. K tomuto tvrzení dodávají sestry 2, 3, 6 a 7, že u nemobilních pacientů, kteří přesunu nejsou schopni, je nutné podat podložní mísu. Z mé zkušenosti mohu jasně říci, že podložní mísa je poskytována pacientům, kteří nevládají chůzi. Sestra 4 uvedla, že k dispozici mají pacienti signalizační zařízení v případě jakékoliv potřeby. Jak uvádí Vytejková et al. (2011), je nutné přizpůsobit vyprazdňování soběstačnosti pacienta, jak již řekly i sestry. Dalším problémem je inkontinence - u pacientů seniorů dochází k nechtěnému úniku moče a stolice. Vytejková et al. (2011) poukazuje v tomto případě na vhodný výběr inkontinentních pomůcek pro pacienta, jako jsou slipové vložky,



vložné pleny, plenkové kalhotky a další. Některé sestry se v rozhovoru shodují s Vytejčkovou (2011), že u inkontinentních pacientů používají plenkové kalhoty, ale naopak sestry 1 a 5 říkají, že je zaváděn permanentní močový katétr u inkontinence moče či nepohyblivosti pacienta. Mohu říci, že ve většině případů je pacientům zaváděn močový katétr. Více pohyblivým jsou dávány plenkové kalhotky. Kelnarová et al. (2015) klade důraz na důkladnou hygienickou péči po vyprázdnění pacienta, s čímž se shodují i sestry 1, 2, 5 a 6.

Dále jsme chtěli vědět, čím se sestry řídí v oblasti týkající se mobility u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní. Jak říká Krhutová, Novosad (2006), cílem rehabilitačního ošetrovatelství je navrácení pacientů do běžného života a to z hlediska výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti a sebezpečí. Rehabilitační postup musí být zvolen tak, aby byl individuální každému pacientovi s ohledem na věk, pohlaví, fyzickou zdatnost a další faktory. S tímto tvrzením Krhutové (2006) souhlasí i sestra 1. Podobný názor mají i sestry 3, 5, 6 a 7, které tvrdí, že je důležité pohlížet na celkový stav pacienta. Kolář, Máček (2015) ve své literatuře uvedli, že je důležité u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní polohování, dechová gymnastika, kondiční cvičení, pasivní a aktivní pohyby, cévní gymnastika, nácvik sedu a stoje z lůžka či úplný nácvik chůze. Všechny dotazované sestry se shodly, že začínají s rehabilitací na lůžku, pokračují posazováním, nácvikem chůze a zvýšením pohyblivosti pacienta. Krhutová, Novosad (2006) uvádí, že je důležité vždy spolupracovat v rehabilitaci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem, sestrami a dalším ošetrovatelským týmem. Sestry 1 a 7 potvrzují nutnost spolupráce s rehabilitačním pracovníkem. Problém ve spolupráci zmiňuje sestra 2, která uvádí: „*Jak jsem již řekla, pacienti špatně rozumí, že nesmí došlapovat na zlomenou končetinu, proto je nácvik chůze a rehabilitace delší.*“ S tímto názorem souhlasím, protože při špatném nácviku chůze a došlápnutí na zlomenou končetinu se zvyšuje riziko posunu implantátu po výkonu.

Dále jsme se dotazovali sester na sledování bolesti u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní. Mikšová et al. (2006) uvádí, že v této problematice je důležitá role sestry, především musí s pacientem o bolesti hovořit a získat co nejvíce informací. S tímto souhlasí především sestry 4, 6 a 7, které si navíc všímají i neverbálních projevů. Důležitou úlohou sestry je sledovat u bolesti intenzitu, charakter, lokalizaci a časové určení, jak již tvrdí Mikšová et al. (2006) a sestry 1, 2 a 5. Mikšová et al. (2006) také udává, že je důležité eliminovat faktory, které bolest zhoršují a poučit pacienta o vhodných úlevových polohách. Ve svých odpovědích téměř všechny tázané sestry

uvádějí, že pacienta poučují o úlevových polohách. Jen sestra 3 měla jako jediná odlišný názor. Při bolesti podává chladné obklady a snaží se pacienta od bolesti odpoutat různými činnostmi. Součástí monitorace bolesti u pacienta je hodnocení na stupnici 0 – 10, kdy je nutné výsledek důkladně zaznamenat do zdravotnické dokumentace, uvedla Mikšová et al. (2006). Sestra 3 jako jediná uvedla, že hodnotí bolest na stupnici od 0 – 5. Všechny sestry se shodují, že při bolesti podávají analgetika a následně sledují jejich účinek. Sestra 7 jako jediná uvádí: „*Dbáme na to, aby pacienti bolesti netrpěli, a k tomu přizpůsobujeme i pohybový režim.*“ Dle mého názoru je sledování bolesti u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní jedním z nejdůležitějších bodů ošetrovatelské péče, jelikož bolest ovlivňuje psychiku a celkový stav pacienta. Tudíž si myslím, na základě mé zkušenosti, že z tohoto oddělení všechny sestry o bolest u pacienta pečují, intenzivně se dotazují pacientů či hledají různé možnosti zmírnění bolesti. Už při přijetí na oddělení je mezi prvními otázkami na pacienta dotaz na bolest, což uvedla i sestra 1. Dále si myslím, že u pacientů po konzervativně léčené zlomenině je daleko důležitější dbát na snížení bolesti z důvodu zahájení včasné rehabilitace.

Další problematikou, kterou jsme se sestrami při rozhovoru řešily, byly komplikace u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní. Mikšová et al. (2006) uvádí, že významnou komplikací je imobilizační syndrom, který se projevuje dekompenzací či zhoršením zdravotního stavu pacienta a způsobuje poruchy na orgánových soustavách. Z rozhovorů naopak vyplynulo, že nejčastější komplikací jsou dekubity, a to především z důvodu nízké mobility pacienta. Mikšová et al. (2006) ve své knize uvádí, že rizikovým faktorem dekubitů je malnutrice a dehydratace, s čímž souhlasí i sestra 1. Mikšová et al. (2006) uvádějí, že je důležité dbát na čistotu lůžka a dále na polohování v pravidelných intervalech u méně pohyblivých pacientů. Doporučují používání polohovacích pomůcek při úpravě polohy pacienta. S tímto názorem souhlasí všechny dotazované sestry mimo sestru 1. Sestra 2 a 4 zdůraznily i podkládání predilekčních míst. Sestry 2, 3 a 7 se shodují s Mikšovou et al. (2006) v tom, že je důležité pečovat o pokožku pacienta v prevenci dekubitů. Naopak sestra 5 vidí problém vzniku dekubitů v nesprávném polohování pacienta. Sestry 2, 4, 5 a 7 se shodují s Mikšovou et al. (2006), že je důležité dbát u vzniklého dekubitu na pravidelné ošetření a zpřísnění polohování pacienta. Sestra 4 považuje za důležité přidání nutričních doplňků do výživy pro zlepšení hojení defektu. Myslím si, že podání nutričních doplňků má kladný vliv na hojení ran a celkový stav pacienta.

Jak uvádí Geerts et al. (2008) je vysoké riziko vzniku flebotrombózy na dolních končetinách z důvodu zlomeniny či omezení hybnosti. S tím souhlasí jako jediná sestra 3, která zdůrazňuje nutnost provedení bandáží na dolních končetinách, dodržování pitného režimu, provádění cévní gymnastiky a podání antikoagulancií dle ordinace lékaře. K tomu ještě dodává Vytejšková et al. (2011), že je vhodné zajistit pacientovi mírnou elevaci končetin. Myslím si, že zásadní chybou je, že riziko flebotrombózy vidí pouze jedna sestra z výzkumu, protože tato komplikace je velmi častá nejen u pacientů s omezenou hybností, ale i u zlomenin dolních končetin.

Úplně odlišnou odpověď měla sestra 6, která vidí problém u dlouhodobě ležících pacientů se zvýšeným rizikem pneumonie. Právě z tohoto důvodu provádí s rehabilitačním pracovníkem dechovou rehabilitaci. Tuto odpověď doplňuje Maďar et al. (2006). Tvrdí, že je zásadní poučit pacienta o vhodné Fowlerově poloze, zvlhčování vzduchu, podávání nebulizace přes kyslíkovou masku, dostatečné hydrataci a v neposlední řadě o významu dechové rehabilitace, například nafukování balonku. Dle mého názoru je také důležité dbát na předcházení vzniku pneumonie, a to především zajištěním dostatečné hydratace pacienta a co nejvíce minimalizovat upoutání pacienta na lůžku.

Další komplikace, kterou uvedly sestry 1, 2, 3 a 7, je, že z důvodu špatné pohyblivosti dochází k nedostatečné výživě a hydrataci. Sestry 3 a 7 doplnily, že způsobuje poruchu vyprazdňování, tedy zácpu. Schuler, Oster (2010) uvádí ve své literatuře, že pacienti často trpí bolestivostí při vyprázdnění, nechutenstvím, bolestivostí břicha a konečníku. Většina tázaných sester se shoduje s Vytejškovou (2011), že je nutné v prevenci zácpy zajistit pacientovi dostatek tekutin, vhodnou dietu, zvýšení pohyblivosti či po domluvě s lékařem zvážit podání Laxativ. Sestra 2 ještě doplňuje, že v případě nutnosti podává infúzní roztoky dle ordinace lékaře.

Dále sestry 1 a 7 vidí problém ve zhoršení psychiky pacienta, s čímž souhlasí i Kalvach et al. (2008). Ten ve své knize uvádí, že senioři trpí častěji psychosociálními problémy, jakými jsou hlavně deprese, úzkost a sociální odloučení od svých blízkých. Z mé vlastní zkušenosti mohu říci, že spousta pacientů trpěla smutnou náladou a plačtivostí, a to hlavně z důvodu odloučení od rodiny a postrádání blízkých přátel.

Vytejšková et al. (2011) dále uvádí, že pravidelné polohování a rehabilitace jsou základem správné prevence kontraktur, atrofií svalstva a ztuhnutí kloubů, s čímž se shoduje i sestra 3. Sestra 4 říká, že nejčastější komplikací je hojení per sekundam, rozpad rány, sekrece z rány či posun implantátu po operaci. S tímto se do určité míry

shoduje Veselý (2011), který zdůrazňuje u chirurgické léčby riziko vzniku infekce, uvolnění implantátu, nekrózy hlavice kyčelní či vznik paskloubu po selhání osteosyntézy.

Dalším okruhem, který nás zajímal ve výzkumu, byla spolupráce rodiny pacienta na oddělení následné péče. Čevela et al. (2012) říká ve své knize, že v dnešní době se chce většina lidí o své blízké postarat v nesoběstačnosti v domácím prostředí za využití agentury Domácí péče. S tímto názorem do jisté míry nesouhlasím, protože právě většina rodin se o své blízké starat nechce, nebo z nějakých důvodů nemůže. V dnešní době je velkým problémem pracovní vyčerpání či nedostatek prostoru a času na to, aby se rodinní příslušníci mohli nemocnému věnovat. Neříkám, že jsou to všechny rodiny, je to velice individuální situace, ale většina pacientů, která z oddělení následné péče odcházeli, šli právě do nějakého sociálního zařízení. Stejný názor mají i sestry, které se shodly, že tato aktivita rodin pacientů je velice individuální a záleží na rodinných vztazích a zázemí v rodině. Sestra 4 říká, že aktivních rodin je velice málo, s čímž souhlasím i já, protože vidím, že na návštěvy chodí rádi, ale když se jedná o propuštění, tak dávají ruce pryč. Naopak sestra 7 tvrdí, že se rodiny ve většině případů aktivně zapojují do péče o pacienta a mají zájem o průběh léčby a jeho postup. Jak uvádí Mlýnková (2011), rodina má nezastupitelné místo v péči o seniora, protože poskytuje emocionální podporu a nemocný přijímá snáze pomoc od blízkých osob. Z mého vlastního pohledu velice oceňuji spolupráci rodiny a je hezké se dívat, když mají o své blízké zájem. Sestra 5 například říká: „*Jak která rodina. Některé rodiny se zapojují do péče například drobnou rehabilitací nebo chůzí s pacientem po chodbě. A co se týká výživy, tak pomáhají s krmením pacienta. Některé rodiny se nezapojují vůbec.*“ Čevela et al. (2012) vyzdvihuje podporující rodinu a přizpůsobené domácí zázemí.

Všechny dotazované sestry se mimo jednu shodují, že rodiny pacientů oslovují, a to především za účelem donesení hygienickým potřeb, vhodné obuvi či z důvodu předání informací o ošetrovatelské péči. Z odpovědí sester 4, 5 a 7 vyplynulo, že oslovují rodinu v případě pomoci s manipulací s nemocným či nácvikem rehabilitace. V tomto případě jsem oslovovala rodinu také, protože rodiny často neví, jak s nemocným pracovat a mnohdy rehabilitaci neprovádí správně, ačkoliv se snaží. Sestry 2 a 4 mají podobný názor jako já, myslí si, že se rodiny na nemocného bojí sáhnout, aby mu neublížili.

Dále jsme se zabývali možnostmi po propuštění pacienta z oddělení následné péče. Mlýnková (2011) uvádí, že formy péče o seniory lze rozdělit do tří skupin: 1. péče zajišťovaná rodinou, 2. zdravotní péče 3. sociální péče. Jak již zmiňuje Malíková (2011), v zajištění jakékoliv formy péče je možnost využít pomoci sociálního pracovníka, který pomůže s realizací v domácím či jiném sociálním zařízení. Všechny dotázané sestry z oddělení následné péče se shodují, že rodině doporučují pohovor se sociálním pracovníkem, který jim následně pomůže najít vhodné umístění pro pacienta či pomůže s informacemi při propuštění do domácího prostředí. Všechny dotazované sestry dále řekly, že rodiny se sociálním pracovníkem velice intenzivně spolupracují, s tím souhlasím i já, protože aktivita rodiny při vyhledávání sociálního pracovníka byla vysoká, jelikož na sociálního pracovníka má rodina nejvíce otázek.

Jak uvádí Malíková (2011), dalších možností péče po propuštění z oddělení následné péče je mnoho a bývají přizpůsobeny zdravotnímu stavu nemocného, například domovy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem a další. Sestra 6 má stejný názor jako Malíková (2011), že za pomoci sociálního pracovníka vyhledají vhodné umístění pro pacienta nebo poradí o domácí péči. Dle mého názoru tráví rodiny mnoho času se sociálním pracovníkem, a to hlavně z důvodu zařízení bytu v domácím prostředí či vyhledání jiné možnosti umístění.

Před propuštěním pacienta z oddělení následné péče rodiny často řeší problémy spojené s převozem pacienta do domácího prostředí. Sestry 1 a 6 říkají, že častými obavami je nedostatečně vybavený byt či úprava interiéru, jak již píše ve své knize i Mlýnková (2011). Další důvod možných komplikací při propuštění jsou obavy rodiny z nezvládnutí péče, jak řekly sestry 2, 3 a 7. Dle mého názoru právě tyto obavy jsou jedním z důvodů, proč pacienta dají do sociálního zařízení. Bojí se, že blízkému nedají péči, jakou by si sami přáli, a nebudou mít čas se mu věnovat. Dále Vytejšková et al. (2011) uvádí nutnost zajištění vhodných kompenzačních pomůcek ať už v domácím či jiném prostředí. S tím souhlasí všechny dotazované sestry, které rodině pomáhají s výběrem pomůcek. Dále doporučují pomůcky s ohledem na individualitu pacienta. Rodiny často řeší, kde pomůcky seženou a jaké mají pořídit, proto v tomhle případě, jak jsem již zmiňovala, pomůže i sociální pracovník či rehabilitační pracovník, kteří tyto informace rodinám podají. Sestra 2 měla odlišný názor od ostatních sester. Říká, že schopným nebo mladším pacientům je nabízena možnost překlady na rehabilitační oddělení z důvodu zdokonalení mobility a chůze. S tímto názorem ale nesouhlasím.

Z mé vlastní zkušenosti z oddělení následné péče vím, že velmi výjimečně bylo pacientům oddělení rehabilitace nabídnuto. Radši dali přednost jiným oddělením a mladším klientům. Pacienty z oddělení následné péče, dle mého názoru, moc nechtějí z důvodu horší spolupráce či nemožnosti úplné spolupráce.

Tyto výše uvedené skutečnosti bychom mohli shrnout jako činnosti, které uplatňují sestry při poskytování ošetrovatelské péče u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní. Dále jsme zjistili, že spolupráce rodiny je velice individuální a z toho vyplývá, že i sociální péče po propuštění pacienta se odvíjí od zájmu rodiny.

## 6 Závěr

Tato bakalářská práce je věnována problematice ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní na oddělení následné péče. Při zpracování tématu byly stanoveny tři cíle: **1.** Zjistit specifika ošetrovatelské péče na oddělení následné péče u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. **2.** Zjistit, jaké jsou možnosti další péče o pacienta po ukončení hospitalizace na oddělení následné péče. **3.** Zjistit, jaká je spolupráce s rodinou pacienta na oddělení následné péče. Pro splnění cílů byly stanoveny čtyři výzkumné otázky.

První výzkumná otázka zjišťovala, jakým způsobem zajišťují sestry na oddělení následné péče ošetrovatelskou péči u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní. Sestry v této části prokázaly, že přizpůsobují ošetrovatelskou péči každému pacientovi individuálně dle jeho stavu a zaměřují se na komplexní péči včetně nácviku mobility, pohyblivosti a sebeběče. V této oblasti jsme zjišťovali, jakým způsobem zajišťují hygienickou péči, jak sledují příjem potravy a hydrataci, péči o vyprazdňování, nácvik mobility a sledování bolesti u pacienta seniora.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjistit, jaké jsou rizika u pacienta seniora se zlomeninou krčku kosti stehenní. Šetřením bylo zjištěno, že nejvíce ohrožující komplikací jsou dekubity u méně pohyblivých pacientů, dále dochází k nedostatečné výživě a hydrataci a s tím souvisí i porucha vyprazdňování. Dále bylo zjištěno, že velkým rizikem je vznik trombózy na dolních končetinách a pneumonie a v důsledku imobilizace dochází ke svalovým spasmům, deformitám a zkrácení postižené končetiny. U pacientů po chirurgickém zákroku bylo zjištěno, že významnou komplikací je infekce v ráně či uvolnění implantátu.

Třetí výzkumnou otázkou jsme zjišťovali, jaké jsou možnosti další péče u pacienta po propuštění z oddělení následné péče. Sestry se v této oblasti shodly, že je rodinám pacienta doporučován pohovor se sociálním pracovníkem, který jim pomůže s vyhledáním vhodného domova pro seniora či podá informace ohledně péče v domácím prostředí.

Čtvrtou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno, v jakých oblastech je důležitá spolupráce s rodinou u pacienta se zlomeninou krčku kosti stehenní. Sestry v této části výzkumného šetření prokázaly, že spolupráce rodiny pacienta je velice individuální. Záleží na rodinném zázemí a vztazích v rodině. Dále bylo zjištěno, že jsou rodiny, které

se velice aktivně zapojují do ošetrovatelské péče, ale i rodiny, které zájem o péči i pacienta nejeví žádný.

Tato bakalářská práce byla psána tak, aby přinesla základní přehled o problematice u pacientů seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní hospitalizovaných na oddělení následné péče z pohledu sester a mohla být použita jako informační materiál pro již zkušené nebo začínající sestry, které se při své práci setkávají s pacienty seniory po zlomenině krčku kosti stehenní. Praktickým výstupem bakalářské práce je návrh na mezioborový seminář zaměřený na problematiku ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní.



## 7 Seznam použité literatury

1. BLIEMEL, C. et al., 2013. Surgical treatment of proximal femoral fractures – A training intervention?. *Zeitschrift fur Orthopadie und Unfallchirurgie*. 151(2), 180-188, doi: 10.1055/s-0032-1328395.
2. ČECH, O. et al., 2016. *Traumatologie pohybového aparátu, pánve, páteře a pklouby*. Praha: Galén. Acta Chirurgiae orthopaedicae et Traumatologiae czechoslovaca. 611 s. ISBN 978-80-7492-266-4.
3. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada. 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
4. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
5. ČIHÁK, R., GRIM, M., 2016. *Anatomie 3*. 3. vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-3817-8.
6. DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
7. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. DYLEVSKÝ, I., 2006. *Základy anatomie*. Praha: Triton. 272 s. ISBN 80-7254-886-7.
9. GEERTS, W. H. et al., 2008. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practise Guidlines (8th Edition). *CHEST*. 133(6), 381-453, doi: 10.1378/chest.08-0656.
10. GRIM, M. et al., 2014. *Atlas anatomie člověka*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4012-6.
11. HOZA, P. et al., 2008. *Zlomeniny proximálního femuru a jejich řešení. Medicína pro praxi* [online]. Olomouc: Solen, s. r. o. [cit. 2016-11-16]. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/10/12.pdf>
12. HROZENSKÁ, M., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4139-0.
13. HUDÁK, R., KACHLÍK, D., 2013. *Memorix anatomie*. Praha: Triton. 605 s. ISBN 978-80-7387-674-6.
14. INOUYE, S. et al., 2007, Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(5), 780–791, doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.

15. JIRÁK, R. et al., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. 343 s. ISBN 978-80-7262-960-2.
16. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
17. KALVACH, Z. et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
18. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. 240 s. ISBN 978-80-247-5332-4.
19. KELNAROVÁ, J. et al., 2009. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 2. ročník*. Praha: Grada Publishing. 180 s. ISBN 978-80-247-3105-6.
20. KILIAN, M., VAJCZIKOVÁ, S., 2014. *Všeobecná traumatológia dospelých*. Bratislava: HERBA. 176 s. ISBN 978-80-89631-17-9.
21. KOLÁŘ, P. et al., 2009. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
22. KOLÁŘ, P., MÁČEK, M., 2015. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén. 167 s. ISBN 978-80-7492-219-0.
23. KRHUTOVÁ, Z., NOVOSAD, P., 2006. Rehabilitace - Důležitá součást léčby osteoporózy. *Medicína po promoci*. 7 (2), s. 46 – 50. ISSN 1212-9445.
24. KUBEŠOVÁ, H. et al., 2009. *Akutní stavy v geriatricii*. Praha: Galén. 233s. ISBN 978-80-7262-620-5.
25. MAĎAR, R. et al., 2006. *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 80-247-1673-9.
26. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
27. MIKŠOVÁ, Z. et al., 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 2*. 2. vydání. Praha: Grada. 172 s. ISBN 80-247-1443-4.
28. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Pečovatelství 1. díl*. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
29. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
30. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., 2015. *Přehled anatomie*. 3. vydání. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.
31. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192s. ISBN 978-80-247-3708-9.

32. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
33. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetrovatelství v geriatрии: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
34. REPKO, M. et al., 2012. *Perioperační péče o pacienta v ortopedii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 186 s. ISBN 978-80-7013-549-5.
35. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
36. SCHULER, M., OSTER, P., *Geriatрии od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.
37. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii 2*. Praha: Grada. 308 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
38. STOFFEL, K. et al., 2017, Biomechanical Evaluation of the Femoral Neck System in Unstable Pauwels III Femoral Neck Fractures: A Comparison with the Dynamic Hip Screw and Cannulated Screws. *Journal of Orthopaedic Trauma*. 31(3), 131-137, doi: 10.1097/BOT.0000000000000739.
39. ŠVÁB, J. et al., 2008. *Chirurgie vyššího věku*. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-2604-5.
40. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
41. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
42. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
43. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ. G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. 144s. ISBN 80-247-1262-8.
44. VESELÝ, R., 2011. *Perioperační péče o pacienta v traumatologii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 202 s. ISBN 978-80-7013-539-6.
45. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

46. WARRINER, A. et al., 2009, Management of osteoporosis among home health and long-term care patients with a prior fracture. *Southern Medical Journal*. 102(4), 397-404, doi: 10.1097/SMJ.0b013e31819bc1d3.
47. WENDSCHE, P. et al., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 344s. ISBN 978-80-7492-211-4.
48. ŽVÁK, I. et al., 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada. 205 s. ISBN 80-247-1347-0.

## **8 Přílohy**

### **Seznam příloh**

- Příloha 1 Návrh na mezioborový seminář
- Příloha 2 Rentgenový snímek zlomeniny krčku kosti stehenní
- Příloha 3 Rentgenový snímek osteosyntézy
- Příloha 4 Rentgenový snímek cervikokapitální náhrady
- Příloha 5 Otázky k rozhovorům se sestrami
- Příloha 6 CD - Písemné zápisy rozhovorů
- Příloha 7 Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír
- Příloha 8 Identifikační údaje sester

## **MEZIOBOROVÝ SEMINÁŘ SESTER ZAMĚŘENÝ NA PROBLEMATIKU OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U SENIORŮ PO ZLOMENINĚ KRČKU KOSTI STEHENNÍ – NÁVRH**

### **Poslání**

Zlomenina krčku kosti stehenní je jedním z nejčastějších úrazů u seniorů. Z pohledu sestry je ošetrovatelská péče o tyto pacienty velice náročná, má svá přesně stanovená specifika z důvodu polymorbidity seniorů. Sestry by měly mít základní vědomosti a dovednosti v této problematice.

Posláním semináře je seznámení sester s touto problematikou a také praktický nácvik vybraných ošetrovatelských činností.

### **Cíle programu**

- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na léčbu zlomeniny krčku kosti stehenní u seniorů
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na ošetrovatelskou péči u pacientů seniorů se zlomeninou krčku kosti stehenní
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na komplikace a jejich řešení u pacientů seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní
- předat cílové skupině znalosti a dovednosti zaměřené na rehabilitační péči u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní
- podporovat cílovou skupinu v tom, aby tyto znalosti a dovednosti dokázala uplatnit ve své praxi

### **Cílová skupina**

- cílovou skupinou jsou sestry pracující v nemocnici na oddělení následné péče

### **Forma vzdělání**

- skupinová – do 10 účastníků

### **Průběh semináře**

Semináře se konají dvakrát ročně. Jsou zaměřeny na problematiku seniorů po zlomenině krku kosti stehenní a následnou ošetrovatelskou péči o tyto pacienty.

Program je realizován interaktivní formou. Součástí je mapování znalostí a dovedností sester v dané problematice. Velká část semináře je věnována diskuzím. Účastníci pracují individuálně i ve skupinách. Seminář trvá 120 minut a probíhá v zasedací místnosti ortopedického oddělení. Vlastní průběh je rozdělen do čtyř částí pod vedením lékaře z ortopedického oddělení a z oddělení následné péče, vrchní sestry oddělení následné péče, fyzioterapeuta.

### **Náplň programu**

- problematika léčby zlomeniny krčku kosti stehenní u seniorů
- problematika ošetrovatelské péče u seniorů po zlomenině krčku kosti stehenní
- problematika komplikací u zlomeniny krčku kosti stehenní
- problematika rehabilitace u pacientů po zlomenině krčku kosti stehenní

### **Pomůcky**

- projektor
- počítač
- rehabilitační a polohovací pomůcky

Příloha 2

**Rentgenový snímek zlomeniny krčku kosti stehenní**

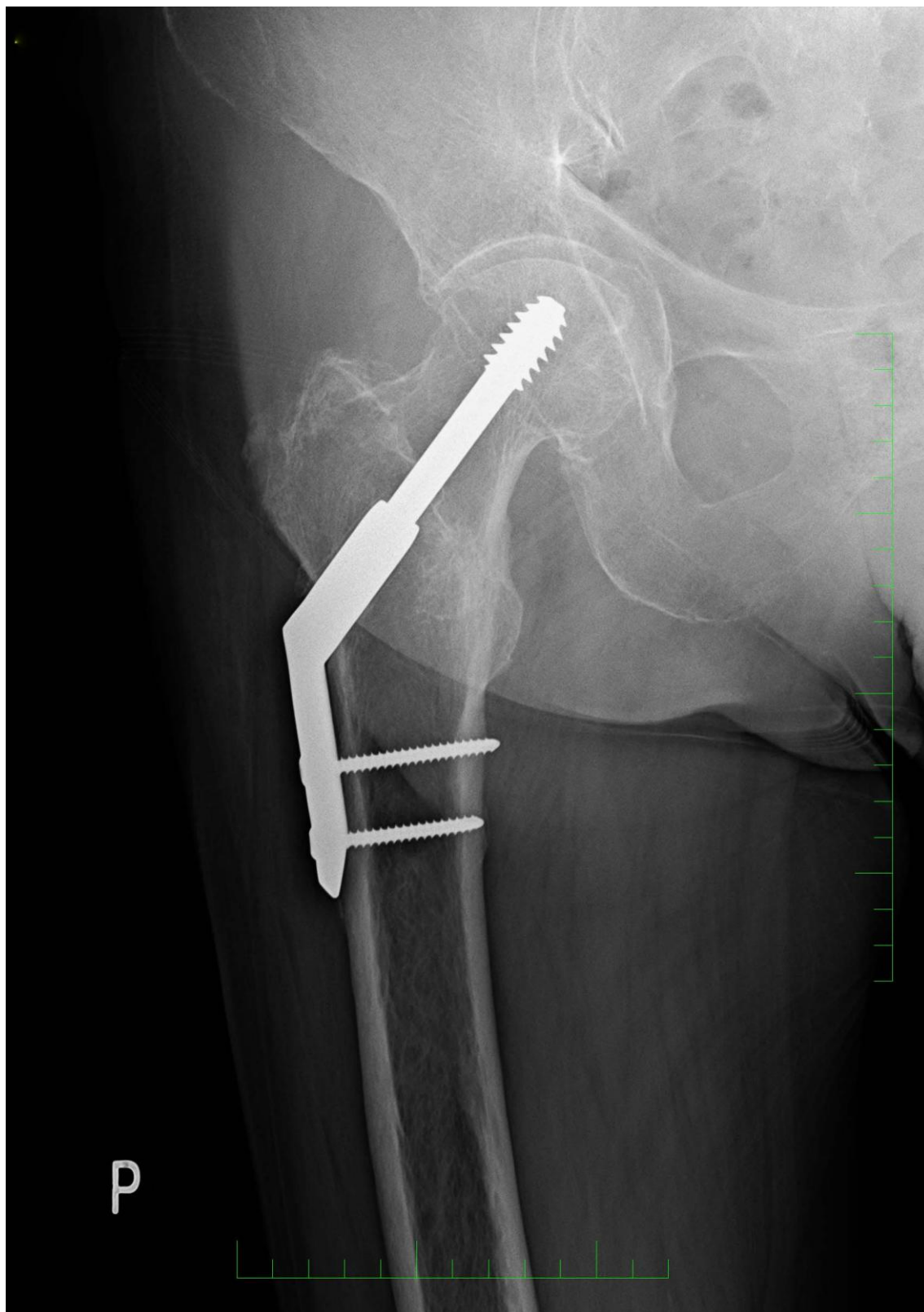


Zdroj: nejmenovaná nemocnice, ve které byl prováděn výzkum



Příloha 3

**Rentgenový snímek osteosyntézy**



Zdroj: nejmenovaná nemocnice, ve které byl prováděn výzkum

Příloha 4

**Rentgenový snímek cervikokapitální náhrady**



Zdroj: nejmenovaná nemocnice, ve které byl prováděn výzkum

### **Otázky k rozhovorům se sestrami**

**Máte na vašem oddělení pacienty se zlomeninou krčku kosti stehenní?**

Kolik jich asi máte s touto diagnózou za měsíc?

**Jaké informace jsou pacientovi po zlomenině krčku kosti stehenní podány při přijetí na vaše oddělení?**

**Jakou ošetrovatelskou péči vyžaduje pacient po zlomenině krčku kosti stehenní na vašem oddělení?**

Je nějaký rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů s jinou diagnózou?

**Liší se ošetrovatelská péče u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní řešené konzervativně či chirurgicky?**

Jestliže ano, v jakých oblastech se tedy liší ošetrovatelská péče?

**Jaké nejčastější komplikace se objevují u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní?**

Jakým způsobem předcházíte vzniku komplikací u těchto pacientů?

Pokud se nějaká komplikace objeví i přes veškerou péči, jak jej řešíte?

**Jak často dochází rodina či blízcí přátelé za pacientem?**

**Do jaké míry spolupracuje rodina při poskytování ošetrovatelské péče na vašem oddělení?**

Má rodina zájem účastnit se ošetrovatelské péče?

Ptá se rodina, jak pomoci s ošetrovatelskou péčí?

Oslovujete rodinu? A za jakým účelem?

**Jaké jsou pacientovi a rodině nabízeny možnosti další péče při nemožnosti se o seniora starat?**

**Jaké nejčastější informace žádá rodina pacienta na vašem oddělení?**

**Jaké nejčastější otázky má rodina pacienta před propuštěním z vašeho oddělení?**

**Jaké problémy spojené s propuštěním pacienta rodina často řeší?**

**Jaké pomůcky doporučujete rodině při propuštění pacienta do domácí péče?**

**Vrací se rodina pacienta na oddělení následné péče pro informace o domácí péči?**

**Spolupracuje rodina pacienta se sociálním pracovníkem?**

**Myslíte si, že kdyby existoval kurz pro rodinné příslušníky, který by pomohl v péči o seniory, že by rodina měla zájem?**

Zdroj: vlastní

## Příloha 7

### Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

Sestra 2, 62 let, 7 let praxe na oddělení následné péče

Máte na vašem oddělení pacienty se zlomeninou krčku kosti stehenní? Sestra se zasměje a odpovídá: „Ježší křiste těch tady je.“

Kolik jich máte s touto diagnózou za měsíc? Odpovídá: „Jak který měsíc, někdy jsou to tři pacienti, jindy jich máme třeba i pět, ale některý měsíc žádného pacienta po zlomenině krčku.“

Jaké informace jsou pacientovi, po zlomenině krčku kosti stehenní podány při přijetí na vaše oddělení? Sestra říká: „Nejčastěji jsou to informace o pohybovém režimu, úlevových polohách při bolesti, a že pacient nesmí sám slézat z postele. Dále pacienta informujeme o denním režimu oddělení.“

Jakou ošetrovatelskou péči vyžaduje pacient, po zlomenině krčku kosti stehenní na vašem oddělení? Sestra odpovídá: „Hlavně dbáme na to, aby pacient byl bez bolesti. Dále pečujeme o ránu, pokud byl na operaci. Dopomáháme pacientovi při změně polohy lůžku.“

Jak zajišťujete hygienickou péči u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní? Sestra odpovídá: „Většinou u méně pohyblivých pacientů ve dvou lidech z důvodu lepší manipulace s pacientem a dále, aby pacient měl, co nejmenší bolest. Hygienu provádíme na lůžku každé ráno a večer. Jednou týdně vozíme pacienty na lehátko do sprchy. U každé hygieny dbáme na čistotu lůžka a péči o pokožku.“

Jak dbáte na sledování potravy a hydratace u pacienta? Sestra říká: „U starších pacientů se špatným příjmem potravy dáváme doplňky tedy nutri krémy či nutridrinky. Dietu volíme po domluvě s lékařem a dietní sestrou dle stavu pacienta. Každý z našich

pacientů má u lůžka tabulku, kde se zaznamenáváme, kolik snědl a kolik za den vypije tekutin. Méně pohyblivým pacientům dopomáháme při jídle dokrmním.“

Jak pečujete o vyprazdňování pacienta? Sestra na tuto otázku odpovídá: „Záleží v jakém stavu je hojení rány, zda je pacient chodící, tak dopomáháme pacientovi na toaletní křeslo. Ležícím pacientům dáváme podložní mísu. Problém je však, že lidé špatně chápou, že zlomenou končetinu nesmí došlapovat, proto je to s chůzí na toaletu horší. Vždy dbáme na dostatečnou hygienu po vykonání potřeby.“

Na otázku týkající se mobility pacienta sestra odpověděla: „Jak jsem již řekla, pacienti špatně rozumí, že nesmí došlapovat na zlomenou končetinu, proto je návčik chůze a rehabilitace delší. Pacienty se snažíme často posazovat. U ležících pacientů dbáme na změnu polohy každé 2 hodiny, aby nedošlo k prodloužení nemocného položení. Důležité je pacienty motivovat při návčiku rehabilitace,“ vysvětluje sestra.

Při dotazu zaměřeném na bolest u pacienta sestra říká: „Už při příjmu na naše oddělení informujeme pacienta o úlevových polohách, a pokud bude bolet přetrvávat, domlouváme se s lékařem na dalším postupu tedy na analgetické léčbě. Vždy u bolesti hodnotíme charakter, dobu vzniku a trvání a především intenzitu. Vždy důkladně zaznamenáme do dokumentace a při jakémkoliv zhoršení informujeme lékaře.“

Je nějaký rozdíl v ošetrovatelské péči u pacientů s jinou diagnózou? Sestra říká: „Když tu máme pacienty po cévní mozkové mrtvici, tak je kolikrát stav pacienta po zlomenině krčku stejný. Starší pacienti se bojí manipulace na lůžku, že spadnou a to je stejné u všech. Rozdíl velký nevidím. Péči je nutné provádět u všech pacientů důkladně.“

Zdroj: vlastní

## Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

Liší se ošetrovatelská péče u pacienta po zlomenině krčku kosti stehenní řešené konzervativně či chirurgicky? Sestra odpovídá: „Ano liší a to velice zásadně.“

V jakých oblastech se tedy liší ošetrovatelská péče? Sestra říká: „Konzervativní léčba více bojí, proto je nutno šetrnější manipulace s pacientem. Nutné je tedy podávat častěji analgetika. Léčba trvá déle, tudíž je větší riziko proleženin.“

Jaké nejčastější komplikace se objevují u pacientů se zlomeninou krčku kosti stehenní? Na tuto otázku sestra odpovídá: „Nejčastější komplikace jsou proleženiny a někdy infekce v ráně, ale to velice výjimečně. Také z důvodu špatné mobility dochází k dehydrataci a špatnému příjmu potravy.“

Jakým způsobem předcházíte vzniku komplikací u těchto pacientů? Sestra říká: „Důležité je šetrné polohování a podkládání rizikových míst na těle při přecházení“

Jak často dochází rodina či blízcí přátelé za pacientem? Sestra sklání smutně hlavu a odpovídá: „Záleží na rodinném zázemí, za někým chodí každý den, za někým nikdy.“

Do jaké míry spolupracuje rodina, při poskytování ošetrovatelské péče na vašem oddělení? Sestra na tuto otázku říká: „Pokud to zdravotní stav dovoluje, tak pacienta vezmou do chodítka nebo posadí na lůžku. Mnohdy schopné pacienty vezmou i na vozíku ven nebo je vezmou do sprchy a omýtí je. S ležícím pacientem moc nepomůžou, spíše dávají vinu zdravotnickému personálu za špatný stav.“

Má rodina zájem účastnit se ošetrovatelské péče? Sestra odpovídá: „Pokud se již pacient může hýbat, snaží se posadit, ale bojí se na pacienta prakticky sáhnout, aby mu neublížili. Některé rodiny se snaží pomoci s rehabilitací a to, že chodí s pacientem v chodítku.“

Ptá se rodina, jak pomoci ošetrovatelskou péčí? Sestra přikyvuje hlavou a říká: „Ano ptají nebo přijdou, že chtějí s pacientem pomoci. Jak už jsem řekla, bojí se často s pacientem manipulovat, aby mu neublížili.“

Ostrovujete rodinu? A za jakým účelem? Sestra ihned reaguje: „Já sama v rámci léčby rodinu neoslovuji, nenabízím něco, pokud nevím, zda rodina chce. Jsem ochotna pomoci, pokud má rodina zájem, ale nevnučuji se.“

Jaké jsou pacientovi a rodině nabízeny možnosti další péče při nemožnosti se o seniora starat? Sestra po vybidnutí začne hovořit o další problematice: „Je zde sociální pracovnice, která nabízí další možnosti péče, jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných, domovi pro seniory a jiné. Dále nabízejí mladším pacientům nebo schopným pacientům oddělení rehabilitace, kde by zdokonalili mobilitu a především chůzi. Také je nabízen rodině soukromý rehabilitační pracovník, ale samozřejmě záleží na jejich přání.“

Jaké nejčastější informace žádá rodina pacienta na vašem oddělení? Sestra reaguje: „Rodina se často ptá na otázky typu, jak to bude vše dlouho trvat, zda bude pacient chodit. Pokud pacient nevládá sebepečí, vyžadují informace o dalších sociálních zařízeních a možnost zapůjčení pomůcek.“

Jaké nejčastější otázky má rodina pacienta před propuštěním z vašeho oddělení? Sestra říká: „Pokud jde pacient domů, tak zjišťuji, zda potřebují nějaké pomůcky, u inkontinentních pacientů chtějí vědět, kdo jim předepíše plenkové kalhotky. Rodina se často ptá, jak dlouho může trvat doba rekonvalescence do úplného zhojení zlomeniny.“

Zdroj: vlastní

## Zpracování rozhovoru metodou tužka - papír

11. S1  
Jaké problémy spojené s propuštěním pacienta rodina často řeší? Sestra ihned reaguje odpovědí: „Často řeší, že nezvládnou péči o seniора. Dále jejich velkým problémem je organizování péče pro nájemci, jakliž blízkého. U každého pacienta žaší potřeby, které jim mají pomoci v péči. Také se ptají jak správně se seniorem manipulovat a jak správně cvičit doma. Rodina se bojí manipulace.“

12. S2  
Jaké pomůcky doporučujete rodině při propuštění pacienta do domácí péče? Sestra odpovídá: „Nejčastěji doporučujeme nástavec na WC, sedačku do vany. Také často rodina v domácím prostředí předělává koupelnu na sprchový kout a tam sedačku do sprchy. Dále doporučujeme chodítko či francouzské hole.“

13. S2  
Vrací se rodina pacienta na oddělení následné péče pro informace o domácí péči? Na tuto otázku sestra říká: „Poté už se rodina nevrací, spíše se dotazují u svého lékaře.“

S2 M.  
Spolupracuje rodina pacienta se sociálním pracovníkem? Sestra odpovídá: „Určitě, pokud potřebují péči sociálního pracovníka, tak vždy vyhledají.“

15. S2  
Myslíte si, že kdyby existoval kurz pro rodinné příslušníky, který by pomohl v péči o seniory, že by rodina měla zájem? Sestra pohotově reaguje: „Myslím si, že lidé mají averzi k jakémukoliv organizování. Lidem vyhovuje v tomto problému soukromí a vlastní jednání nebo se dotazují sociálního pracovníka při potřebě. Rodina nerada ventiluje osobní problémy s nemocným v kolektivu. I přesto, že jsou nemocní stejně postižení, tak se rodina bojí možných pomluv u ostatních. Lepší je jedna kancelář, jeden člověk a každého individuálně objednat. Lidé se více budou ptát a bude větší možnost rodině poradit s ošetřováním nemocného. Hromadné rady nemohou fungovat, člověk je individualita.“

Příloha 8

**Identifikační údaje sester**

<b>Respondent</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka praxe na oddělení následné péče</b>
<b>Sestra 1</b>	60 let	20 let
<b>Sestra 2</b>	62 let	7 let
<b>Sestra 3</b>	26 let	4 roky
<b>Sestra 4</b>	38 let	4 roky
<b>Sestra 5</b>	53 let	8 let
<b>Sestra 6</b>	44 let	12 let
<b>Sestra 7</b>	28 let	1 rok

Zdroj: vlastní