

Fakulta zdravotnických studií

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Simona Petránková

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

PLZEŇ 2014

Zadání BP (sekretariát)

Prohlášení: Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu bibliografických odkazů.

V Plzni dne 15. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla vyslovit poděkování Mgr. Vladimíře Fremrové za odborné vedení práce, za cenné rady a čas, který mně věnovala. Dále bych ráda poděkovala za ochotu vybraným respondentům, přátelům a spolužačkám, kteří mi v těchto nelehkých chvílích pomáhali a podporovali.

Anotace

Příjmení a jméno: Petráková Simona

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Počet stran – číslované 69

Počet stran – nečíslované 31

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: amputace, edukace, dolní končetina, fantomová bolest, protetika, rehabilitace, bolest, ošetrovatelská péče

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá problematikou edukace u pacienta po amputaci dolní končetiny. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se snažím vysvětlit základní informace o edukaci, amputaci, ošetrovatelské péči, bolesti, psychologické podpoře, rehabilitaci a protetické péči. V praktické části jsem použila formu kvalitativního výzkumu s pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Do výzkumného šetření byli zařazeni dohromady čtyři respondenti. Pomocí nasbíraných dat a informací porovnávám edukaci, která u jednotlivých respondentů byla provedena. Hlavním cílem bylo zjistit, jestli je edukace u pacientů po amputaci dolní končetiny dostatečná.

Annotation:

Surname and name: Petráková Simona

Department: Nursing and Midwifery Assistance

Title of thesis: Educational process in a patient after amputation of the lower limb

Consultant: Mgr. Vladimíra Fremrová

Number of pages – numbered 69

Number of pages – unnumbered 31

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 28

Key words: amputation, education, lower limb, phantom pain, orthotics, rehabilitation, pain, nursing care

Summary:

This bachelor thesis deals with the problems of education of a patient after a lower limb amputation. It is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part explains basic information about the education, amputation, nursing care, pain, psychological support, physiotherapy and prosthetic care. In the practical part I used the method of qualitative research through a half-structured interview in which four respondents were involved. By means of this collected data and information I compare the education which was conducted with the individual respondents. The main aim was to find out whether the education of patients after the lower limb amputation is sufficient.

Obsah

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 EDUKACE	10
1.1 Edukace a její aktéři	11
1.2 Edukační proces a jeho fáze	11
1.3 Formy edukace	14
1.4 Faktory bránící edukaci	14
2 FUNKCE A ANATOMIE DOLNÍ KONČETINY	17
2.1 Kostra volné dolní končetiny.....	17
2.2 Klouby dolní končetiny	18
2.3 Nervy a krevní cévy dolní končetiny.....	18
3 AMPUTACE	19
3.1 Indikace k amputacím.....	19
3.2 Rozhodnutí o výši amputace.....	20
3.3 Typy amputací	20
3.3.1 Amputace a exartikulace dolní končetiny	21
3.4 Komplikace amputací	22
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	23
4.1 Předoperační a pooperační péče	23
4.1.1 Péče o operační ránu, pahýl, invazivní vstupy	24
4.1.2 Péče o aktivitu pacienta	25
4.1.3 Péče o výživu, vyprazdňování	26
5 BOLEST	27
5.1 Fantomová bolest.....	27
6 PSYCHOLOGICKÁ PODPORA.....	29
6.1 Předoperační úzkost a strach	29
6.2 Fáze procesu boje s nemocí.....	31
7 REHABILITACE	32
7.1 Rehabilitace před amputací	32
7.2 Rehabilitace po amputaci.....	33
9 PROTETIKA	34
PRAKTICKÁ ČÁST	36

10	FORMULACE PROBLÉMU	36
11	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	36
12	DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY	37
12.1	Metoda	37
12.2	Výběr respondentů	37
12.3	Způsob získávání informací	38
13	ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHOVORŮ	40
14	DISKUZE	66
	ZÁVĚR	71
	POUŽITÁ LITERATURA	73
	SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH	75
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	76
	SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Téma, které jsem si vybrala, pro svoji bakalářskou práci zní Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Za jeden ze základních pilířů efektivní léčby se v současné době považuje právě edukace. Dané téma jsem si vybrala, neboť během své praxe v nemocnici jsem se mnohokrát přesvědčila o tom, že lidé po amputaci mají nedostatek informací. Pro zlepšení kvality života pacientů s amputací, je nezbytná dostatečná a kvalitní edukace. Problematika je pro mne zajímavá i z toho důvodu, že počet lidí s amputacemi dolních končetin v posledních desetiletích stále vzrůstá. Nejčastější příčinou amputace v České republice je DM II. typu a cévní choroby, a to především u starších lidí. V souvislosti s dnešní uspěchanou dobou přibývá úrazů, a proto i mladí lidé častěji podstupují tento zákrok. Jedná se o velice svízelnou problematiku. Amputace dolní končetiny je pro člověka náročná životní situace, která velmi zasáhne nejen jeho psychickou stránku, ale také dosavadní způsob vedení života. Je to změna, která přináší nové problémy a bariéry. Důležitou roli v ošetrovatelské praxi hraje edukační činnost sestry. Sestry představují první linii péče o pacienty a jsou prvními kontaktními osobami v komunikaci mezi lékařem a člověkem, který je hospitalizován.

Práce je rozdělena na dvě části. V části teoretické se zabývám edukací, problematikou amputací, jejich příčinami, indikacemi a možnými komplikacemi. Zmiňuji zde i ošetrovatelskou péči, fantomovou bolest, psychologickou podporu, rehabilitaci a v neposlední řadě i protetickou péči. Podstatou praktické části je porovnání informací z kvalitativního výzkumu, který jsem uskutečnila formou polostrukturovaného rozhovoru, do něhož byli respondenti vybráni záměrně. V druhé části praktické popisuji a srovnávám informace z rozhovorů. Hlavním cílem práce je zjistit, jestli je edukace po amputaci dolní končetiny dostatečná. Pro komplexnost práce jsem si zvolila dílčí cíle: Specifikovat, v jakých oblastech a do jaké míry jsou pacienti edukováni, dále jakým způsobem a kým je edukace prováděna.

Jako doporučení pro praxi jsem v závěru práce, na základě získaných poznatků vytvořila návrh brožury pro pacienty po amputaci. Ráda bych svou práci rozšířila povědomí o této problematice. Doufám, že se práce stane zajímavým informačním zdrojem jak pro studenty, tak i pro samotné pacienty, kteří se s tímto problémem setkávají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EDUKACE

Edukace je pojem, který je odvozen z latinského slova *educare*, *educare*, což v překladu znamená vést vpřed, vychovávat. Tento pojem lze definovat jako proces, který soustavně ovlivňuje chování a jednání jedince, jehož cílem je navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, návycích, postojích a dovednostech. Edukace představuje výchovu a vzdělání jedince, což jsou dva pojmy, které se navzájem prolínají a nelze je od sebe oddělit. Jedná se o jednu z důležitých součástí ošetrovatelské péče.

Průcha říká, že výchova je proces záměrného působení na osobnost člověka, který má za cíl dosáhnout pozitivních změn v jejich vývoji. Přitom jde hlavně o záměrné utváření a ovlivňování podmínek umožňujících optimální rozvoj jedince v souladu s jejich individuálními dispozicemi a stimuluje jeho vlastní snahu stát se autentickou vnitřně integrovanou a socializovanou osobností.

Vzdělávání je proces, který u jedince rozvíjí jeho vědomosti, návyky, dovednosti a také schopnosti. Za výsledný efekt vzdělávání je považována vzdělanost, vzdělávání a v neposlední řadě i kvalifikace.

Vzdělanost je odrazem celkové úrovně vzdělávání v sociální skupině, státě a národě. Pojem vzdělanost také zahrnuje úroveň vědy, techniky, medicíny, ošetrovatelství a sociálně - kulturní život společnosti. (Juřeníková, 2010, s. 9)

Dle Boříka (2011) do průběhu edukace vstupují ovlivňující faktory, které napomáhají k dosažení edukačních cílů. Jinak se nazývají vstupní determinanty edukačního procesu. Ty můžeme rozdělit do pěti kategorií. Patří sem fyzické determinanty jako je například medicínská diagnóza, omezení, tělesné postižení. Mezi další determinanty patří poznávací procesy, jako je akutní a chronická bolest, typ vnímání, stupeň zaměření a schopnost soustředěnosti vědomí, změny v paměti, typ učení, porucha myšlení a další. Mezi další ovlivňující faktor jsou uvedeny aktivační psychické procesy (city, vůle, pohotovost učit se), vlastnosti osobnosti (temperament, sebepojetí), a poslední součástí je podpora rodiny. (Hlinková, Nemčeková, 2007, s. 148)

1.1 Edukace a její aktéři

Dle Juřeníkové (2010) do edukačního procesu vstupují čtyři determinanty. Edukanti a jejich charakteristiky, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí.

Edukant je subjektem učení bez rozdílnosti věku a prostředí, ve kterém edukace probíhá. Nejčastějším subjektem učení ve zdravotnickém prostředí bývá zdravý anebo nemocný klient. Jako edukant může působit i zdravotník, který si prohlubuje své vědomosti, dovednosti v rámci celoživotního vzdělávání. Každý edukant je považován za individuální osobnost, která má své charakteristické vlastnosti. Mezi fyzické vlastnosti patří například věk, zdravotní stav, pohlaví. Mezi afektivní vlastnosti patří například motivace, postoje a mezi kognitivní vlastnosti řadíme schopnost učit se. Charakteristiku edukanta ovlivňuje i etnická příslušnost, jeho víra, sociální prostředí, ve kterém daný jedinec žije a v neposlední řadě i sociálně - kulturní podmínky.

Edukátor je považován za hlavního aktéra edukační aktivity. Nejčastěji se jím ve zdravotnictví stává lékař, zdravotní sestra nebo další články ošetrovatelského týmu jako je například fyzioterapeut, ergoterapeut či nutriční terapeut.

Edukační konstrukty jsou určité plány, zákony, edukační standardy, předpisy, edukační materiály ovlivňující kvalitu edukačního procesu.

Edukační prostředí je místo, kde celá edukace probíhá. Charakter edukačního prostředí mohou ovlivnit podmínky ergonomické, jako je osvětlení, zvuk, barva, prostor, nábytek, dále sociální klima a atmosféra edukace. Příkladem prostředí může být ambulance, kde edukační proces probíhá. Edukátorem je zde všeobecná sestra a edukantem je klient.

Edukační standard je závazná norma, která udržuje požadovanou úroveň kvality edukace. Jedná se o předem naplánovanou edukaci klienta. Nejčastěji se užívají standardy pro klienty s konkrétním onemocněním.

1.2 Edukační proces a jeho fáze

Edukační proces je činnost lidí, díky níž dochází k učení, a to buď formou záměrnou, neboli intencionální nebo formou nezáměrnou, incidentální. Edukační proces probíhá od života prenatálního až do smrti. Jedním z edukačních procesů může být

osvojení si mateřského jazyka dítětem. Dítě se učí dovednostem komunikace při kontaktu s matkou, ale i ostatními lidmi, kdy tito jedinci dítěti předávají své dovednosti záměrným, ale i bezděčným způsobem. (Juřeníková, 2010, s. 9-11)

Hlavním smyslem edukačního procesu je systematické vedení pacienta. Základem dobrého výsledku je pečlivá příprava, která usnadní práci sestry a především motivuje pacienta. Mělo by dojít k osvojení si odpovídajících dovedností, k vytvoření nových hodnotových, postojových a volních struktur osobnosti, které by vedly k vyvolání a postupnému upevnění požadované změny chování. Edukační činnost sestry, která je účelná a správně provedená by neměla spočívat pouze v předání určitého množství informací. Sestra by se měla soustředit hlavně na to, aby společně s pacientem připravila vhodný edukační program, který pacientovi usnadní uskutečnění změny chování. Za nezbytnou součást dobré spolupráce obou subjektů je aktivní spoluúčast pacienta na tvorbě edukačního programu. (Svěráková, 2012, s. 24, 33)

Fáze edukačního procesu

Fáze edukačního procesu probíhají v logické návaznosti pěti etap jako řízený, cílevědomý, záměrný proces v rámci jedné edukační formy. Patří sem fáze posuzování, diagnostika, plánování, realizace a vyhodnocení.

Fáze posuzování má za úkol důkladný sběr a analýzu údajů o pacientovi. Údaje získáváme formou rozhovoru, pozorováním, dotazníkem, informacemi z dokumentace a fyzikálním vyšetřením. Sestra pozoruje pacientovy schopnosti učit se a vztah jedince k sobě samotnému, ke své situaci a životu. Podle chování pacienta se dá těžko zjistit jeho vnitřní motivaci, která je v této fázi nesmírně důležitá. Proto nám k posouzení slouží rozhovor a bedlivé pozorování neverbálních projevů chování.

Fáze diagnostická slouží k získání, posouzení a celkovému shrnutí údajů a následnému stanovení edukační diagnózy sestrou. Diagnóza vymezuje problémy týkající se pacientova problému, jeho potřeby, příčiny a faktory.

Fáze plánování zahrnuje vytvoření edukačního plánu. Při jeho tvorbě se stanovují cíle, díky nimž dosáhneme upevnění zdraví jedince nebo odstranění samotného zdravotního problému. Rozhoduje se zde také o aktivitách, s jejichž pomocí splníme vytýčené cíle. Plán musí být dostatečně pružný, aby mohl být přizpůsoben při

nepředvídatelných změnách podmínek. Je důležité naplánování frekvence a délky trvání edukační aktivity. Jednou ze součástí plánování je i průběžná kontrola při plnění plánu a jeho vyhodnocení. Dalším úkolem je správně zvolená vzdělávací strategie. Při výběru edukačních metod bychom měli zohlednit to, aby po všech stránkách vyhovovaly jak pacientovi, tak i sestře. To se týká i obsahu a tématu edukace. Edukační cíl je hypotetická představa a ideální hranice, ke které se díky edukaci chceme dostat. Jedná se o získávání určitých dovedností, vědomostí, schopností, přehodnocení a změny postojů, osvojení návyků nebo přijetí určitých hodnot. Při plánování je vhodné respektovat tělesný a psychický stav jedince.

Fáze realizace má za úkol aplikovat teoretickou přípravu. Sestra by měla prokázat praktické dovednosti ve vedení edukačního procesu i s jeho následky a důsledky. Aby byla edukace efektivní, je třeba přizpůsobit její tempo edukovanému jedinci. Proces učení zefektivňují dobře zvolené metody a didaktické prostředky. Metoda přednášky je nevhodná, protože neposkytuje přiměřenou zpětnou vazbu. Doporučuje se vynechání odborných výrazů a zkratk z oblasti medicíny. Podpora a povzbuzení ze strany sestry je pro edukanta při získávání nových poznatků a dovedností velmi důležitá. Úspěšně dokončená realizace edukace by měla pomoci k získání soběstačnosti, zlepšení kvality života lidí, ulehčit nabývání vědomostí a porozumění jevům, které se odehrávají v lidském těle. Posledním úkolem je rozšíření jejich poznatků a dodržování preventivních a léčebných zásad.

Fáze vyhodnocení je posledním bodem, kdy sestra poskytuje pacientům pozitivní zpětnou vazbu. Negativní zpětná vazba se v ošetrovatelství používá zřídka, protože demotivuje pacienta od učení. Ve výjimečných případech se jedná spíše o napomenutí, vysvětlování, někdy stačí i ukázka odstrašujícího případu. K hodnocení dochází v průběhu a na závěr edukačního procesu. Hodnotí se hlavně to, jak pacient změnil své chování nebo jednání. Významné je i to, co se jedinec naučil. Hodnotící kritéria, která byla stanovena ve fázi plánování, slouží k náhledu, zda bylo dosaženo stanovených cílů. Při pozorování pacienta u praktických dovedností sestra hodnotí motorické dovednosti, které mají větší vypovídající hodnotu než nabyté vědomosti. Pokud některé z cílů nebyly splněny, je nutné zopakování učebního plánu s případnou modifikací. (Kuberová, 2010, s. 25-30)

1.3 Formy edukace

Edukaci můžeme provádět různými formami. Může probíhat buď formou individuální, nebo skupinovou. Výhodou individuální formy je osobní přístup k potřebám a charakteru klienta. Je zde přítomen edukant a edukátor. Probíhá například prostřednictvím rozhovoru, výkladu, instruktáží a konzultací. Mezi výhodou skupinové formy patří možnost výměny názorů a zkušeností členů skupiny: beseda, kurzy, přednáška, klubové aktivity, cvičení atd. Zde je přítomen edukátor a vyčleněná skupina klientů neboli edukantů. (Svěráková, 2012, s. 39)

Edukace může dále probíhat buď formálním, nebo neformálním způsobem. Pokud se jedná o edukaci formálním způsobem, většinou probíhá ve školícím zařízení nebo nějaké instituci. Je - li edukace neformální, myslíme tím edukaci v běžném životě, rodině či nemocnici.

Informace můžeme poskytovat buď písemnou či ústní formou. Jako prostředek pro ústní formu je nejčastěji využíván rozhovor, přednáška nebo seminář. Pro formu písemnou pak edukační brožury, letáky a písemné materiály. Tyto dvě zmiňované formy může doprovázet demonstrační forma, kdy předvedeme názornou ukázkou. (Brunclíková, 2011, s. 22)

1.4 Faktory bránící edukaci

Důvodem neefektivního edukačního procesu jsou překážky znemožňující sestřám edukovat a dosahovat tím požadované edukační cíle. V důsledku překážek jsou pacienti nepozorní, jsou nepřipraveni přijímat informace a nemohou nabýt zručnosti. Překážky edukace mohou být u pacienta, u sester - edukátorek, tak i u jiných zdravotnických pracovníků, kteří se podílejí na edukaci pacienta či jeho rodiny. Překážka se může objevit i v zdravotnickém systému.

Mezi překážky objevující se u pacienta patří zejména stres způsobený nemocí, který často vyvolává strach a úzkost. To může ovlivňovat pacientovu motivaci a brání mu při zapojení do procesu učení. Osobní charakteristika pacienta, který se učí, ovlivňuje dosažení očekávaných výsledků chování. Odmítání edukačních potřeb, popírání, odpor k autoritě, nedostatek ochoty k převzetí zodpovědnosti jsou závažnými psychickými překážkami při dosahování změn v chování. Aktivní přístup v rozhodování, který je pro

správný postup edukace nesmírně důležitý, v mnoha případech ovlivňuje negativní vliv nemocničního prostředí. Důsledkem je především nedostatek soukromí, sociální izolace a ztráta kontroly. (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 28, 29)

Hlavní bariéry, které se objevují u sestry nebo jiných zdravotnických pracovníků, jsou nedostatečná příprava zdravotníka, kdy edukace probíhá nahodile a neplánovaně. Dále nízká motivace zdravotníka edukovat pacienta, často spojená s nedostatečnými dovednostmi a vědomostmi, únavou, nedostatkem času a nedostatečnou spoluprací s ostatním zdravotnickým týmem. (Juřeníková, 2010, s. 57)

Překážky v zdravotnickém systému se nejčastěji dotýkají oblasti personální, organizační, řídicí a materiálně - technické. Nedostatek času na edukaci díky brzkému propuštění pacienta z nemocnice umožňuje krátký kontakt k navázání patřičného stavu důvěry. Při pracovním vytížení sester je těžké a namáhavé najít si na edukaci čas. Sestra by měla umět vyhodnotit, co je prioritou v edukaci ještě před propuštěním pacienta z nemocnice. Měla by umět zvolit správnou metodu zkrácené, účelné edukace za užití vhodných edukačních pomůcek, které má k dispozici. Aby pacient přijal nové informace, musíme ho získat na svou stranu a správně ho motivovat k aktivní činnosti. Omezený počet návštěv, krátký čas na návštěvy, to jsou limity, které ovlivňují edukaci v domácím prostředí. Sestra musí počítat s jednotlivými komponenty péče s ohledem na prostředí pacienta, jeho zdroje a potřeby, možnosti rodiny. Musí přizpůsobit prostředí. Proto by sestra měla být tvořivá a flexibilní. Edukační prostředí hraje v edukaci pacienta také významnou roli, protože nevhodné prostředí nepřispívá k dosahování určitého cíle edukace. Jde hlavně o nedostatek místa, soukromí, hluk nebo ustavičné přerušování v průběhu edukace. Toto jsou nejčastější bariéry, které znesnadňují jak u pacienta, tak u sestry učení, které by bylo jinak efektivní. Ze strany lékařů, ale i administrátorů (pojišťovny) se edukaci přikládá nízká priorita. Chybění náhradních výdajů edukace pacientů zatím patří mezi poměrně nízké priority. Ošetrovatelské služby v nemocničních zařízeních jsou součástí platby za lůžko. Edukace se přitom realizuje i v domácí péči. Informatika systému zdravotní péče často zapříčiňuje frustraci pacienta. Zde se odráží jeho účast na plnění cílů edukace. Aby byly překážky eliminovány, bylo by potřebné, aby se edukace stala součástí standardní intervence v zdravotní péči jak v rovině profesionální, tak i společensko - ekonomické. K takovému kroku by měly dopomoci právě sestry, které

budou edukaci realizovat, ale i vyhodnocovat a potvrzovat její efektivitu s ohledem na kvalitu poskytované péče. (Nemcová, Hlinková a kol., 2010, s. 29)

2 FUNKCE A ANATOMIE DOLNÍ KONČETINY

Za hlavní funkci dolní končetiny je považován stoj a chůze, tedy stabilita a lokomoce. Dolní končetina (membrum inferius) je párový orgán opory, díky kterému je zajištěný pohyb vzpřímeného těla. V porovnání s končetinou horní má sice stejné základní články, ale vyznačuje se robustnější kostrou, mohutnější svalovou skupinou a omezenou pohyblivostí v jednotlivých kloubech, což je dané za lepší stabilitu vzpřímeného těla. (Dylevský, 2009, s. 171, 283)

Kostra dolní končetiny je složena z pletence dolní končetiny a z kostry volné dolní končetiny. (Naňka, Elišková, Eliška, 2009, s. 29), (viz. příloha č. 1)

V anatomické terminologii se často setkáváme s pojmem noha. Ten se vztahuje pouze na oblast kotníku a chodidla, ve smyslu laickém se termín používá na celou dolní končetinu. Dolní končetina nese velkou váhu trupu. Stabilitu jí poskytují silné svaly, které se podílejí i na jejích pohybech. (Lidské tělo, 2011, s. 172, 181)

Pánevní kosti tvoří kruh (pletenec), na který je v kloubu křížokyčelním přenášena velká část hmotnosti těla. Pánevní pletenec je tvořen dvěma pánevními kostmi (os coxae) a nepárovou kostí křížovou (os sacrum). Pánevní kruh kostí je spojený tuhým křížokyčelním kloubem a chrupavčitou sponou (symfýzou). Pánevní kost je tvořena spojením kyčelní kosti, stydké a sedací. (Hanzlová, Hemza, 2009, s. 41)

2.1 Kostra volné dolní končetiny

Je tvořena kostí stehenní, kostí bérce a kostmi nohy. (Pospíšilová, Procházková, 2010, s. 41)

Kost stehenní (femur) je největší a nejmohutnější kostí v lidském těle. V sagitální rovině je mírně prohnutá vpřed a v kyčelním kloubu je spojena s pávní. V kolenním kloubu je spojena s čéškou, holenní a lýtkovou kostí.

Kostra bérce je považována za střední článek dolní končetiny. Její skelet tvoří dvě kosti - kost holenní, jejíž dolní konec vybíhá ve vnitřní kotník a kost lýtková, která vybíhá v zevní kotník. Nepravou, neboli sezamskou kostí je čéška (patella).

Kostra nohy je tvořena třemi oddíly: zánártí (tarsus), nárt (metatarsus) a články prstů (phalanges). Zánártní kosti (tarzální) tvoří sedm masivních kostí, které mají

nepravidelný tvar. Jedná se o kost hlezenní (talus), kost patní (calcaneus), zbývajícímí kostmi jsou tři kosti klínové, kost člunková a kost krychlová. (Dylevský, 2006, s. 162-174)

2.2 Klouby dolní končetiny

Kyčelní kloub (articulatio coxae) je omezený kulový kloub, který spojuje stehenní kost s pletencem DK. Jedná se o největší kloub, který v lidském těle můžeme najít.

Kolenní kloub (articulatio genus) je nejsložitější kloub v těle, v němž artikulují tři kosti: femur, tibia a patella. Uvnitř kloubu jsou dva chrupavčité menisky (mediální a laterální) a dva zkřížené vazy, které jsou přibližně stejně dlouhé. (Dylevský, 2009, s. 182- 89)

Klouby nohy na sebe těsně navazují. Patří k nim horní a dolní kloub zánártní, tarzometatarzální, metatarzofalangeální a interfalangeální klouby. (Pospíšilová, Procházková, 2010, s. 57).

Jedná se o málo pohyblivý celek. Svým tvarem i vzájemným uspořádáním jsou kosti nohy uzpůsobeny tak, že vytvářejí podélnou a příčnou nožní klenbu. Ta má velký význam pro pružné našlapování. (Dylevský, 2011, s. 90)

Vazy zesilují pouzdro hlavně tam, kde je kloub více namáhán. Omezují pohyb, který je nežádoucí a zabezpečují dotyk kloubních ploch (vazy kolenního kloubu). (Kožíková, 2012, s. 14)

2.3 Nervy a krevní cévy dolní končetiny

Dolní končetinu zásobuje stehenní tepna, která je zásobena aortou díky vnější pánevní tepně. Ta probíhá dolů stehnem, dále v oblasti pod kolenem, kde se z ní stává zákolenní tepna. Ta se nadále větví do dalších částí dolní končetiny. Probíhají zde i povrchové a hluboké žíly. Povrchové žíly probíhají pod kůží, hluboké podél tepen. Žíly na končetině jsou opatřeny systémem chlopní. Velké nervy, které zásobují končetinu, tvoří stehenní nerv, ucpávačový nerv a sedací nerv. Tyto nervy se větví a mají za úkol zásobit svaly a kůži na dolních končetinách. Sedací nerv zásobuje svaly sedací, holeň a také nohu. (Lidské tělo, 2011, s. 177)

3 AMPUTACE

Z hlediska historického patří mezi nejstarší doložené provádějící výkony. Amputaci definujeme jako odstranění periferní části těla, včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční či kosmetické změně a možností následného využití oboru protetiky. Exartikulace znamená odstranění periferie v linii kloubu, na rozdíl od amputace. (Dungl a kol., 2005, s. 165)

Dle naléhavosti výkonu a z hlediska časového rozlišujeme amputace primární, sekundární a terciální. Primární amputaci je nutné provést co nejdříve. Sekundární typ se provádí často po vyčerpání jiných léčebných metod. U terciálního typu je hlavním cílem zlepšení funkce či kosmetické důvody. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 211)

V zásadě se jedná o výkony rekonstrukčního rázu, jejichž účelem je eliminovat onemocnění nebo funkční postižení se snahou o dosažení návratu lokomoce nebo částečné funkce. (Dungl, 2005, s. 165)

3.1 Indikace k amputacím

Pokud se k tomuto zásadnímu kroku rozhodneme, je důležité, aby riziko vlastní operace bylo sníženo na minimum. Indikací k amputacím je řada. Například trauma, infekty, nekróza, tumory, stav kožního krytu nebo měkkých tkání. Jedna z indikací je trauma. Tato dříve častá indikace je nyní často vytlačována díky mikrochirurgii a cévní chirurgii. Dnes zůstává jedinou absolutní indikací k amputaci ireverzibilní ischemie z traumatické nebo jiné etiologie. U infektů se jedná o život zachraňující operaci, kde výkony zůstávají vyhrazeny pro nezvládnutelnou akutní sepsi, která je způsobena lokálním infektem. U nekrotů je rozhodnutí výše amputace stanoveno až po určení hranice nekrózy. Jde zde i o nekrózy, které jsou způsobeny fyzikálními vlivy, tj. omrzliny, popáleniny, poranění elektrickým proudem. Etiologie amputací je podmíněna a do jisté míry se značně kryje s indikacemi, jako jsou cévní, neurologické, kožní, kostní, tumorózní a fyzikální příčiny. (Dungl a kol., 2005, s. 167, 169)

Vyhnánek (2003) shrnul příčiny amputace na dolní končetině do následujících pěti bodů:

1. Úplná ztráta krevního oběhu, kdy byly vyčerpány konzervativní i operační metody k zajištění krevního oběhu
2. Osteomyelitida (zánět kostní tkáně), ischemie ohrožující život nemocného například sepsí
3. Těžké trauma končetiny, které je neslučitelné s jejím zachováním (rozdrcení)
4. Pokud je kostní tkáň postižena osteosarkomem (zhoubné nádorové onemocnění), kdy nejčastější lokalizace je na stehenní a holenní kosti v blízkosti kloubu
5. Poškození končetiny, které vede ke ztrátě její funkčnosti (Vyhnánek, 2003, s. 57)

3.2 Rozhodnutí o výši amputace

O výšce amputace rozhodují dva významné faktory: cirkulace krve ve zbylé části končetiny a následná možnost protézování. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 215)

Roli zde hraje rozsah postižené tkáně a stav jednotlivých tkání:

1. Kožní kryt - dnes tato situace jde řešit pomocí laloků a štěpů ve spolupráci s plastickými chirurgy.
2. Svaly - tvoří měknotkáňový obal skeletu, kde musíme dbát na zachování vitálních svalů, skelet musí být přerušen v takové výši, aby byl zachován dostatečný kryt měkkých tkání.
3. Nervová tkáň - zde zůstává otázka řešení stavů u neurologického podkladu.
4. Cévní zásobení - dříve patřilo k historicky nejčastější indikací jak v důsledku arteriálního (akutní nebo chronická ischemie na různém podkladu), tak i venózního postižení (chronická žilní insuficience).
5. Možnost optimálního protetického vybavení - je dobré předem domluvená konzultace s protetikem, ohledně délky pahýlu.

Platí, že čím delší pahýl je, tím se zmenšují energetické nároky při chůzi nemocného.

3.3 Typy amputací

Můžeme rozdělit do dvou skupin. Gilotinové a lalokové, které mohou být provedeny jako zavřené anebo otevřené. Otevřená technika znamená, že rána není po amputaci zavřena a bude muset proběhnout další operace, aby se vytvořil kvalitní pahýl.

Tato technika je indikována hlavně u případů různých infekcí, u těžkého zhmoždění a kontaminaci měkkých tkání. V dřívějších dobách, hlavně při válečných podmínkách se prováděly amputace gilotinové (cirkulární) bez anestezie. Jednalo se o amputaci, která byla provedena otevřenou technikou. Krvácení se zastavovalo pomocí zaškrcení pahýlu nebo ponořením pahýlu do horkého oleje. Lalokové amputace patří mezi modernější techniky, kde se cévy podvazují a vytváří se měkký kryt pahýlu. Poprvé byla laloková amputace publikována roku 1837. Jedná se o platný standardní operační výkon, který prodělal určitý vývoj. U otevřené techniky je doporučena technika invertovaných (překlopených) kožních laloků. Pahýl je dále kryt mastným tylem a je na něj přiložená náplastová kožní trakce. Obě zmíněné techniky se používají dodnes. (Dungl a kol., 2005, s. 165-169)

Úroveň amputace je závislá na aktuálním posouzení stavu pacienta, pokročilosti základního onemocnění a dalších chirurgických možnostech. (Janíková, Zeleníková, 2012, s. 215)

3.3.1 Amputace a exartikulace dolní končetiny

Hemipelvectomie (Hemipelvectomia) je málo častý způsob amputace. Zasahuje nad oblast pánve.

Exartikulace v kyčelním kloubu (Exarticulatio coxae) je typ amputace vyžadující zvláštní vybavení, které se skládá ze tří kloubů a pánevního koše.

Transfemorální amputace (Amputatio in femore) jinak stehenní amputace. Nejčastěji se provádí u diabetiků a u pacientů s cévním onemocněním. Pro příznivý průběh léčby je vhodný pahýl od jedné až dvou třetin stehna. Vybavení má možnost mnoha variant, hlavně různé charakteristiky kolenních kloubů.

Exartikulace v kolenním kloubu (Exarticulatio genus) je v současné době způsob amputace, který nahrazuje ultrakrátké bérce pahýly. U většiny případů jsou plně zatížitelné. Proto vytvářejí samostatné konstrukční řešení odlišující se od principu protézy bérce nebo stehenní.

Transtibiální amputace (Amputatio in crure) jinak označována jako amputace v bérce. Zde záleží na délce pahýlu. Platí, že blízkost kloubu vytváří kritickou oblast pro technické vybavení. (jak u dlouhých, tak i u ultrakrátkých pahýlů).

Amputace v oblasti nohy (Amputatio pedis) můžeme označit i podle její úrovně za transmetatarsální. Jsou i speciální druhy a názvy amputace jako je Chopart, Pirogov nebo Symeho. Důležité je vědět, zda se jedná o pahýl nášlapný. Amputace v noze můžeme řešit pomocí ortopedické obuvi nebo speciálně vyrobenými štítovými protézami. (Půlpán, 2011, s. 13-17)

3.4 Komplikace amputací

Hned na začátku je dobré říci, že nejlepší prevencí, jak se komplikacím vyhnout je šetrná, rychlá operační technika a správná indikace výše amputace. Komplikací máme několik. V případě hematomu je nejlepší prevence správná drenáž rány. U dehiscence rány je vyžadováno přistoupení k revizi. Pokud dojde ke gangréně, je třeba počkat na určení hranice nekrózy a poté podstoupit reamputaci. Při otoku je důležité správné bandážování pomocí elastického obinadla, které by mělo být přiloženo již na operačním sále. Prevencí kontraktury pahýlu je dobře zvolené časné polohování a cvičení pahýlu. Mezi komplikace samozřejmě patří i fantomová bolest. Psychologické potíže jsou další častou komplikací, které může člověka po tomto zásahu postihnout. Měli bychom tedy zajistit konzultaci s psychologem. Amputace jdou ruku v ruce s následným protetickým vybavením, rehabilitací a znovunaučení většiny prováděných životních činností. (Dungl a kol., 2005, s. 169)

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

V péči o pacienta vycházíme z jeho aktuálního stavu a poskytujeme mu pomoc dle stavu soběstačnosti.

4.1 Předoperační a pooperační péče

Výkon je třeba pečlivě zvážit, protože důsledky zákroku mají vliv na další život klienta. K pacientovi musíme přistupovat individuálně. Lépe jsou snášeny amputace sekundární, kdy předchází období s bolestí a strachem. V takových případech může toto radikální řešení přinést v konečném důsledku zvýšení kvality v pacientově životě. I přes to se jedná o výkon stresující. Proto bychom měli myslet na psychický stav pacienta a poskytnout mu dostatek času při rozhodování. Můžeme zde do péče přizvat i pomoc psychologa. Velkou roli mohou hrát i sociální podmínky. Například pracovní zařazení pacienta nebo kde a s kým pacient žije. Pokud jde o výkon plánovaný, předchází mu standardní předoperační vyšetření a příprava. Posuzuje se celkový stav pacienta a končetiny (pomocí CT angiografie, MR, CT). Cílem předoperační přípravy diabetického pacienta je kompenzace DM II. typu. DM často doprovází hypertenze, proto je třeba provést i kardiologické vyšetření, s pravidelnou kontrolou vitálních funkcí, EKG. Neměly by nám uniknout informace o jaterních a renálních funkcích. Součástí přípravy by měla být i rehabilitace, která by se měla zaměřit na posílení svalů na druhé dolní končetině, na posílení svalů na horních končetinách, na nácvik sebeobsluhy, chůzi o berlích, či jízdu na vozíku. Vhodné je vyzkoušení cviků na podporu rovnováhy, obratnosti a vyzkoušení dechové gymnastiky. Zajistit bychom měli i konzultaci s protetickým pracovníkem. Zapojení rodiny do celkového předoperačního procesu je také velmi důležité. Krátkodobá příprava na operaci je standardní. Hodnotí se zde laboratorní hodnoty glykemie. Při bezprostřední přípravě je aplikována infuzní terapie, je označena výška amputace a strana končetiny, která má být amputována. Při amputačním výkonu je pacient na operačním sále uložen do polohy na zádech. Výkon je prováděn buď v celkové, nebo svodné anestezii. Záleží na výšce zvolené amputace. Při operaci je vhodné použít zvyklé operační postupy, nutností je pečlivé stavění krvácení. Cílem je vytvořit kvalitní kožní krytí bez přílišného napětí měkkých tkání.

Nemocný je po operaci umístěn buď na JIP nebo na standardním oddělení. To, kde je umístěn, se odvíjí od jeho aktuálního stavu. Pacient s amputací v oblasti femuru by měl

být uložen na JIP vzhledem k možným komplikacím u tohoto výkonu. Bezprostředně po operaci sestra sleduje FF, saturaci, stav vědomí a provádí záznam hodnocení bolesti, kde sleduje její intenzitu, lokalizaci a charakter. (viz příloha č. 5) Dle ordinace lékaře aplikuje analgetika. Mezi další medikaci zařazujeme infuzní terapii, která se ponechává až do doby, kdy je pacient převeden na perorální příjem. Jestliže se jedná o diabetického pacienta, ponechává se na injekční aplikaci inzulínu, pokud tak bylo staveno už v době před operací. Monitoruje se hladina glykemie a jsou sledovány projevy dekompenzace diabetu jako je hypo - či hyperglykemie. Dále jsou kontrolovány laboratorní hodnoty, jako je krevní obraz, biochemie - jaterní a renální funkce atd. Pacient je uložen do polohy na zádech, kdy je pahýl bez podložení. Sestra sleduje prosakování krycích vrstev obvazu, které v případě prosáknutí nikdy nesundává a pouze nadvazuje dle potřeby. O veškerém průběhu péče informuje lékaře. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 216-220)

4.1.1 Péče o operační ránu, pahýl, invazivní vstupy

Mezi nejdůležitější a nepřetěžovanější částí těla se stává pahýl, kterému je třeba věnovat zvýšenou pozornost a péči. Cílem amputace je vytvoření kvalitního nosného pahýlu nášlapného typu, který bude mít dostatečné množství měkkých tkání. (Půlpán, 2011, s. 95)

Pahýl se po amputaci poměrně dlouho vyvíjí (jeden rok i déle). Mezi základní prvek v péči o pahýl patří bandážování pomocí elastického obinadla, které pahýl zformuje do náležitého kónického tvaru. Významnou procedurou je polohování pahýlu pomocí tlaku nebo zátěžového vaku. Polohováním zabraňujeme vzniku flekčních kontraktur. Nezbytnou součástí je vertikalizace z lůžka, cvičení v představě, kdy pacient cvičí se zachovalou končetinou a představuje si, jakoby cvičil i s amputovanou. Podle zkušeností se zdá, že tento postup přispívá k omezení výskytu fantomových bolestí. (Kolář et al., 2009, s. 535)

Kromě každodenní hygieny je třeba myslet z počátku na poklepové masáže, masáže žínkou nebo jemným kartáčkem. Doporučené je pahýl otužovat studenou a teplou vodou. Tyto kroky vedou ke zlepšení prokrvení pahýlu. Jizvy a kůže v oblasti pahýlu je třeba pravidelně promazávat (vepřové nesolené sádlo). Nedoporučuje se užití parfémovaných mýdel a přípravků, které by mohly vyvolat nežádoucí reakci. (Půlpán, 2011, s. 95)

Bandážování by mělo být prováděno do mírně kónického tvaru nad blízký kloub (u amputace v bérce nad koleno, u stehenní amputace se fixuje obvaz otočkou okolo pasu).

Přiložení bandáže by mělo trvat po celých čtyřiaadvacet hodin s výjimkou, kdy jsou dolní končetiny postiženy ischemií. Nevhodné je, pokud je bandáž moc zaškrcená a pahýl příliš stahuje. Mohou se tak tvořit varhánky na kůži. Je proto potřeba zvolit vhodnou šířku obinadla - při amputaci pod kolenem deset až dvanáct centimetrů, oblast nad kolenem čtrnáct centimetrů.

Vytvoření funkčního amputačního pahýlu je hlavním cílem ošetrovatelské péče. Nevhodný tvar pahýlu znesnadňuje pozdější použití protetické pomůcky.(viz. příloha č. 8) Po operaci je pahýl zpravidla oteklý, hodně bolestivý a z operační rány je vyveden Redonův drén. Pokud nedojde ke komplikacím a rána při kontrole obvazu neprosakuje, první převaz se provádí druhý nebo třetí den po operaci. Nadále se rána převazuje pravidelně minimálně jedenkrát denně. Při výskytu nějaké komplikace nebo problému by měla sestra ihned upozornit lékaře. S šetrností provádíme bandážování pahýlu vzhledem k přítomnosti drénu a bolestivosti místa. Drén se vytahuje druhý či třetí pooperační den. Závisí na množství sekrece, které drén odvádí. Stehy se vytahují v období mezi čtrnáctým až jednadvacátým dnem po operačním zákroku. Co se týká vstupů, klient má zaveden většinou PVK nebo CVK, do kterého aplikujeme medikaci, kterou lékař naordinuje. Většinou se jedná o ATB v rámci prevence infekce, která jsou později nahrazena formou perorální. Dle stavu pacienta mohou být zavedeny další vstupy jako PMK, epidurální katétr apod. Péče o vstupy by sestra měla pravidelně kontrolovat. Jsou nedílnou součástí ošetrovatelské péče.

4.1.2 Péče o aktivitu pacienta

Důraz je kladen na včasnou mobilizaci pacienta po operaci. Již první nebo druhý den po zákroku by měla sestra vést pacienta k nácvičku samoobsluhy hlavně při činnostech hygieny a příjmu stravy. Sestra hodnotí soběstačnost pacienta. (Hodnocení soběstačnosti viz. příloha č. 4)Vhodné je poskytnout dostatek času, zajistit klidnou atmosféru, podporu, dohled. Na všeobecnou sestru se klade nárok na míru značné trpělivosti. Při volbě intenzity cvičení vždy přihlížíme na aktuální stav nemocného. Cvičení má dopad na psychickou stránku, a proto je zde dobré pacienta vhodně motivovat za pomoci fyzioterapeuta. Zpravidla se začíná pozvolna cvičením horních končetin, dále se přistupuje k pasivnímu cvičení pahýlu, polohování, nácvičku sedu apod. Cílem je zabránit kontrakturám a případnému rozvoji infekce. Když pacient zvládne sed, cvičí se nácvičkou přesunu na invalidní vozík, který je důležitým krokem v celé rehabilitaci. Klademe důraz na

bezpečnost pacienta a prevenci pádu. (Hodnocení rizika pádu viz. příloha č.6) Následně nacvičujeme stoj a chůzi o berlích. Kontraindikací k nácvičku chůze o berlích je defekt na druhé končetině a bolest. Při rehabilitaci záleží i na výšce provedené amputace. Hlavním cílem péče je zvládnutí správného, bezpečného, účelného užívání protézy a dalších potřebných pomůcek, se kterými pacient zvládne chůzi v prostoru a tím dosáhne maximální sebeobsluhy.

4.1.3 Péče o výživu, vyprazdňování

Návrat k perorální stravě je doporučen v období co nejdříve po operaci. Realimentace začíná v operační den. Nejdříve se začíná dietou OS a dále se přechází na základní dietu, která se vztahuje k přidruženým onemocněním. Sestra by měla kontrolovat pooperační nauzeu a zvracení. Pokud pacient trpí nemocí DM, je třeba příjem stravy pokrýt medikací a to buď formou PAD, nebo inzulinem. Standardně by se měl pacient vymočit do šesti hodin po operačním zákroku, pokud nemá zaveden PMK. Vyprázdnění tlustého střeva může být značně zpomaleno, a to díky omezené pohyblivosti. Sestra by měla tyto aspekty sledovat a činit opatření, které by vedla k prevenci zácpy (dostatek tekutin, soukromí, zajištění vhodné polohy, aplikace laxativ). Častým problémem, se kterým se setkáváme, je bariéra při vyprazdňování na lůžku, kterou se snažíme odbourat. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 218-220)

5 BOLEST

Je nepříjemný smyslový a emoční zážitek, který je spojen se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně, nebo popisovanými výrazy pro takové poškození. Důležité je, že bolest je vždy subjektivní. (Rokyta, 2012, s. 17)

Po amputaci končetiny se setkáváme s bolestí, která je u každého pacienta individuální. Všeobecná sestra by měla provádět zápis do záznamu hodnocení bolesti. (viz. příloha č. 5)

Pooperační bolest je ostrá, lokalizovaná (běžně je vnímána v prvním až čtvrtém týdnu po amputaci končetiny). S pohybem končetiny se bolest stupňuje. Objevuje se i tlak nebo otok v oblasti rány. Většinou po zhojení rány problémy vymizí. Bolest regulujeme pomocí různých medikamentů, použitím fyzikálních metod, přikládáme kompresivní elastické bandáže. Sestra by měla kontrolovat otok a hojení rány, měla by končetinu pravidelně dvakrát až třikrát denně po dobu jedné až dvou hodin polohovat do zvýšené pozice. Pahýl by měl být vyšetřen, aby byly zjištěny příčiny bolesti a aby se předešlo případné infekci.

Bolest způsobená protézou je obecně lépe diagnostikovaná a léčená. Obvykle je to typ mechanického rázu, který je ve většině případů způsoben třením, tlakem a tahem kůže. Pokud je nemocný schopen určit místo bolesti, protetický pracovník zjistí odpovídající oblast v lůžku pahýlu. Díky úpravě v určité oblasti bolest obvykle zmírní. Jestliže rána není dostatečně zhojena nebo je - li pokožka narušena, protéza by se neměla užívat. V takovém případě by se měl kontaktovat protetický pracovník. Díky chodítku nebo berlím si pacient může zachovat svojí mobilitu. Pokud dochází k abnormálnímu tření pahýlového lůžka o protézu, doporučuje se upravit upevnění protézy, aby se snížilo napětí, které na pokožku působí. Dalším opatřením je použití návleků, které ochrání kůži a zabrání jejímu poškození. (Smutný, 2013, s. 34, 35)

5.1 Fantomová bolest

Je vztažená k chirurgicky nebo traumaticky odstraněné části lidského těla, zpravidla již v jeho integritě neexistující. Fantomová bolest končetiny je klinicky nejvýznamnější a nejčastější. Syndrom fantomové končetiny je přirozeným důsledkem každé amputace. Nepředstavuje tedy vždy problém léčby. Zahrnuje v sobě totiž i jiné sensorické vjemy než

je právě bolest. Objevuje se přibližně asi u padesáti až pětasedmdesáti procent pacientů v prvním týdnu po amputaci. Nástup bolesti může být zpožděn o měsíce, někdy i roky. Pacienti bolest popisují jako palčivou, pálivou, štípavou, někdy jako křečovitou, svíravou, mačkovou. Charakterizovaná bývá i jako bolest bodavá, řezavá, kroutivá, drtivá a je často vnímána v nepřírozeném a překrouceném postavení. Zdá se, že fantomová bolest je častější u pacientů, kteří měli již před amputací bolest. Bolest se většinou postupně snižuje a u některých pacientů může během roka až dvou úplně vymizet.

Fantomové pocity (senzace). Jedná se o nebolestivé vnímání a uvědomování neexistující končetiny. Vyskytují se často u nemocných po chirurgické nebo traumatické amputaci. Nejslabší bývají pod amputací nad kolenem a častější bývají na dominantní končetině. Fantomové pocity se vyskytují téměř u 100 % pacientů po amputaci. Rozlišujeme je na pocity jednoduché (dotyk, teplo, tlak, chlad a jiné), pocity komplexní (délka, pozice a objem končetiny) a pocity pohybu končetin (volní a spontánní).

Pahýlová bolest se objevuje v místě amputačního pahýlu. Vyskytuje se až u 50 % případů. Je lokalizována často poblíž jizvy a popisována jako bodavá, někdy jako elektrizující bolest. Neexistující končetinu postižený někdy vnímá s takovou zničující bolestí, že postižený sáhne až k suicidálnímu pokusu. I přes obrovské množství práce věnované právě tomuto problému, zůstává vysvětlení fantomových bolestí nedokonalé. (Rokyta, 2012, s. 291-292)

Při léčbě fantomové bolesti je uplatňováno několik postupů. Nefarmakologické a farmakologické. Do nefarmakologických postupů patří například transkutánní elektrická nervová stimulace, akupunktura, relaxační techniky a fyzikální terapie. Do farmakologických postupů můžeme zařadit užití antidepressiv, antikonvulziv, analgetik. Jako poslední možnost je chirurgická terapie, kde se provádí revize pahýlu, reamputace, a další). (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 218)

6 PSYCHOLOGICKÁ PODPORA

V oblasti psychiky je důležité vyrovnat se ztrátou končetiny. Každý se s tímto problémem vyrovnává individuálně a individuálně ho prožívá. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 220)

Mezi příčiny špatného psychického stavu pacientů po amputaci patří především nedostatek informací o amputaci končetiny, dále pocit kontroly a strach ze závislosti na druhých lidech. Další příčinou je totální změna v životě způsobená nedostatečnou soběstačností a funkčností, pocit nepotřebnosti v naší společnosti. Pak také změna vzhledu a nedostatečné pochopení u léčebného procesu.

6.1 Předoperační úzkost a strach

Amputace je jako chirurgický výkon obvykle spojena se stresem a úzkostí. Úzkost vzniká především z toho, že pacient má strach z neznáma. Strach je nepříjemná emoce, prožitek, který se projevuje zpravidla zblednutím, chvěním, bušením srdce, zrychleným dýcháním, zvýšeným krevním tlakem. Jde o normální reakci na skutečné nebezpečí či ohrožení. Úzkost je nepříjemný citový stav, kdy převažují pocity napětí a obav z neurčitého obsahu. Pacient, který prožívá úzkost, pociťuje více bolesti, protože zvýšená úzkost vede ke zvýšenému svalovému tonu, což následně vede ke zvýšení bolesti a zvýšení krevního tlaku. To ovlivňuje pooperační průběh, hlavně zotavení a rehabilitaci, délka hospitalizace se může prodloužit. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 83, 84)

Snížit strach a úzkost u pacienta, ale i jeho rodiny můžeme předcházet podáním dostatečných informací. Dobré je získat pacienta a rodinu pro spolupráci v léčebném režimu. To pomáhá k vyrovnání se s novým stavem. (Smutný, 2013, s. 62)

Psychologická péče u léčby bolesti

Psychologická péče má při nefarmakologickém postupu u léčby bolesti velký význam. Měla by přicházet již v období před amputací. Součástí je podrobná informace o problematice fantomové bolesti a možnosti jejího léčení. Pacienti často zažívají období, kdy jsou emočně labilní, mají deprese, obavy z toho co bude následovat. Často se stává, že skutečné fantomové prožitky a obavy zamlčují, aby je ostatní neoznačovali jako duševně nemocné.

Narušený obraz těla

Amputace je příčinou změny v tělesném obrazu. To jak pacient vnímá svůj tělesný vzhled je pokládáno za důležitou součást sebekoncepcce. Ta má velký vliv na celkové psychosociální fungování jedince. Pojem obraz těla popisuje, jak jedinec vnímá a hodnotí své tělo. Jeho funkci a také vzhled. Změna tělesného vzhledu může mít dopad na emocionální stránku jedince, dále může ovlivňovat chování, sebepojetí, vnímání vlastní hodnoty, sebedůvěry a sexuality. Proto by sestra měla pozorovat pacientovo chování, projevy a měla by mu být nápomocna vyrovnat se s touto změnou. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 91, 92)

Reakce na ztrátu končetiny

Mluvit o svých pocitech je důležité. Napomáhá to k zmírnění pocitu úzkosti a k přijetí aktuálního stavu. Pomáhá to vyřešit problémy nového pohledu: jak pacient vnímá sebe a jak ho vnímá okolí, zvláště pokud se to týká jeho vzhledu. Lidé, kteří přišli o končetinu z důvodu nemoci, se smířili s tím, že jejich tělo není dokonalé. Amputace pro ně představuje úlevu od bolesti a návrat k lepšímu fungování v životě. Amputaci mohou také pochopit jako přiblížení se smrti, kterou léčebnými postupy nelze nijak ovlivnit. Pokud pacient přijde o končetinu z důvodu úrazu, jeho změna ve vzhledu těla je neočekávaná. Špatně se vyrovnávají s tím, že původně zdravé, svěží tělo je nyní vnímáno jako „necelé“. Může se bát pohybu mezi veřejností. Má strach, že ho lidé spatří s jeho odhalenou amputovanou končetinou. V této situaci je třeba pacienta povzbudit a vysvětlit mu, aby si zvykal na pohledy od jiných lidí.

Psychologická léčba by se měla týkat jak pacienta, tak i jeho rodiny. Vhodné je vytvořit bezpečné prostředí, kde pacient může otevřeně mluvit o svých pocitech a obavách z budoucnosti. O jeho tělesné změně a možných negativních reakcí ze strany okolí je třeba beze strachu hovořit a pacienta povzbuzovat k návratu do společnosti. Psychologové považují za nejlepší metodu setkání s podobně postiženou osobou přiměřeného věku. Za výsledek považuje to, pokud se pacient vrátí zpět do své původní role v životě a ke své dřívější profesi. Pokud to je nemožné, je třeba najít nové role, které mu dodají pocit, že je stále prospěšný a užitečný pro naši společnost. (Smutný, 2013, s. 62, 63)

Psychologická podpora je důležitá hlavně v první fázi léčby, bez ohledu na věk pacienta. (Janíček a kol., 2012, s. 105)

6.2 Fáze procesu boje s nemocí

V období, kdy pacient řeší svůj zdravotní problém, bylo popsáno několik etap. Tyto etapy jsou podobné těm, které popsala paní Elisabet Kübler-Ross v terminální fázi nemoci. Zde jsou uvedeny etapy zvládnání nemoci podle pana Shontze:

Šok - Dochází k němu u mnoha pacientů, kteří se dozvědí o vážném onemocnění, nebo u nich došlo k těžkému úrazu. Z psychologického hlediska je tento stav charakterizován jako ustrnutí na jedné straně, na druhé straně jako zděšené chování. Obě formy šoku se v čase mohou střídat. Pacient se mentálně odpoutává od reality (duchapřítomnost).

Usebrání - Když se pacient dostane z relativně krátké fáze šoku, kde se změnil psychický stav, pomalu se psychicky vrací ke skutečnosti. Nelze to považovat za zcela normální mentální stav, protože jeho myšlení je neuspořádané a jeho emoce jsou výrazně negativní. Často u něho nacházíme strach, obavy, žal, pocity bezmoci, zármutek a nedostatek pomoci.

Stažení se ze hry - V této etapě pacient vědomě odchází do svého únikového mentálního osamění, kde mu je poskytnuta možnost popření všeho. Hlavně zde dochází k ulehčení od duševní tíhy, která přišla s objevením těžkého onemocnění. Únik dává pacientovi možnost reorientace, změny pohledu na danou situaci a také příležitost k naplňování programu k následnému dalšímu postupu.

Tvorba programu k řešení krize - teorie krizové intervence počítá s tím, že u člověka je udržení celkové rovnováhy podobné jako ve světě fyzikálním, tedy jedním z hlavních cílů veškerého chování. Proto je nemoc brána jako narušení rovnováhy. S takovýmto stavem je třeba se správně vyrovnat a odstranit ho. (Křivohlavý, 2002 s. 36-37)

Někteří pacienti po určitou dobu prodělávají stavy smutku, začnou se přizpůsobovat nové situaci a nadále se opět vrací k fázi první. Jsou také případy, kdy pacienti přeskakují z jedné fáze do druhé nebo ustrnou v jedné fázi. (Smutný, 2013, s. 62)

7 REHABILITACE

Jde o koordinované a plynulé úsilí společnosti, jejímž cílem je sociální integrace jedince. U osob se zdravotním postižením se užívá pojem ucelená rehabilitace. Ta se definuje jako koordinovaný, provázaný a cílený proces. Základní náplní procesu je minimalizovat jak přímé, tak i nepřímé důsledky trvalého nebo dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem optimálního začlenění do naší společnosti. (Kolář et al., 2009, s. 1, 2)

Po amputaci končetiny je vyžadován komplexní terapeutický přístup, který obsahuje poznatky z ortopedie, ortoptiky, neurologie, psychologie, terapie bolesti, sociální a pracovní rehabilitace. Amputace je výrazným zásahem do integrity organismu. Vedle poškození somatického rázu má následky i psychické. (Kolář et al., 2009, s. 533)

Každý úraz vyžaduje zcela jiný a individuální přístup. Velkou roli tu hraje osobnost pacienta, jeho motivace, ochota, schopnost porozumět problému a trpělivě spolupracovat, i když to občas není jednoduché. Lepší výsledky lze očekávat z hlediska hojivosti u pacientů mladších. (Nejedlý, 2003, s. 117)

Hlavními cíli rehabilitace jsou především rychlý návrat fyziologických funkcí, prevence sekundárních změn, nácvik kompenzačních mechanismů, nácvik optimální tělesné zdatnosti, soběstačnosti a nezávislosti. Mezi důležité složky rehabilitace patří léčebná tělesná výchova, ergoterapie, výchova k soběstačnosti, použití fyzikální terapie a sociálně-ekonomicky-pedagogická a psychologická asistence. Mezi základní rehabilitační úkony řadíme správné napolohování pacienta, pasivní či asistované cvičení, aktivní cvičení, dechové cvičení a nácvik soběstačnosti. (Janíček a kol., 2012, s. 107)

7.1 Rehabilitace před amputací

Před plánovanou amputací je dobré zajistit konzultaci mezi pacientem a fyzioterapeutem. Po konzultaci by měl pacient věnovat určitý čas cvičením. Nezbytné je posilování horních a dolních končetin a trupu. Rehabilitace přispívá nejen k posílení svalových skupin v těle, ale upevňuje i stránku psychické odolnosti. Pokud je pacient aktivní a projevuje zájem o cvičení, tím lépe bude následovně čelit problémům, který v případě amputace mohou nastat.

Stav po amputaci se výrazně zlepší, pokud pacient bude pravidelně cvičit. Snažíme se docílit toho, aby došlo ke zvýšení nebo zachování rozsahu pohybu u všech končetin, aby se zlepšila stabilita končetin a také se zvýšila odolnost při denních aktivitách. (Smutný, 2013, s. 6, 24)

7.2 Rehabilitace po amputaci

Bezprostředně v období po amputaci, jakmile to zdravotní stav dovolí, se rychle přistupuje k zahájení vertikalizace pacienta. Používají se při tom různé pomůcky. Jsou to nejčastěji chodítka s podpažními podporami, podpažní a francouzské hole. Dlouhé odpočívání vsedě se nedoporučuje, protože by mohlo dojít ke vzniku flekční kontraktury. Pokud pacient zvládne stoj, přistupuje se k nácviku rovnováhy s následným nácvikem chůze. U amputace v oblasti stehna nácvik s protézou probíhá nejdříve s uzavřeným kolenním kloubem a teprve po zvládnutí se kolenní kloub uvolní. Po amputaci v bérce nebo stehně je možné, s přihlédnutím na věk, celkovou kondici a s přihlédnutím na celkový stav, naučit pacienta chůzi bez jakékoli opory. Někteří pacienti mají problémy se stabilitou a z tohoto důvodu se obávají pádů, především na nerovném terénu. Proto užívají jednu francouzskou nebo vycházkovou hůl. Ta je vždy na straně zdravé, plně funkční končetiny. Hůl vykročí současně s protézou dolní končetiny. (Kolář et al., 2009, s. 535)

9 PROTETIKA

Obor technické ortopedie, který se zabývá léčbou pacienta zevně aplikovanými protézami. Protéza nahrazuje funkci kosmeticky a funkčně amputovanou část těla. (Gallo, 2011, s. 194)

V dnešní době se protetika neustále vyvíjí. Design a konstrukce protéz tomu i odpovídají. Hlavní součástí rehabilitace po amputaci končetiny je nasazení protézy a následný nácvik pohybu s ní. Protetická pomůcka je ordinována vždy lékařem podle typu amputace, základního onemocnění, mentálních schopností pacienta, celkové pohybové dynamiky a schopnosti spolupráce. Protéza by měla zajišťovat dobrou stabilitu ve stoji i při pohybu. Jako první krok se nacvičuje stoj s protézou a po zvládnutí stoje se pomalu trénuje i chůze. Mezi kontraindikace protézování patří kardiovaskulární dekompenzace, kachexie, klidová dušnost, defekt kožního krytu nebo deformace pahýlu. Pokud má pacient hemiparézu po cévní mozkové příhodě či pokročilý stupeň onkologického onemocnění, musíme přiložení protézy zvážit. Pokud protézu stav klienta nedovolí, doporučuje se použití invalidního vozíku. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 221, 222)

V současné době se k výrobě protéz využívají Ortolen-PVC materiály. Protéza musí být zkonstruována jednoduše, s minimálními nároky na údržbu a musí být spolehlivá. (Janíček a kol., 2012, s. 104)

Skladba protézy

Protéza pro dolní končetinu se skládá ze tří základních částí: lůžka, trubkové konstrukce a chodidla. Lůžko (pahýlová objímka) je část, která má mít tvar amputačního pahýlu, kvůli dobré přiléhavosti. (Kolář et al., 2009, s. 534, 535)

Dle konstrukce protézy můžeme rozdělit na endoskeletární (použití vnitřního trubkového systému) a exoskeletární (nosná prvek je plášť protézy). Amputace v oblasti nohy je většinou ošetřena ortopedickou obuví nebo typem štítové protézy. (Půlpán, 2011, s. 38-40)

Indikace protetické pomůcky

Vybavení protézou je těžké rozhodnutí, jak z hlediska psychologického, sociálního, tak i ekonomického. Pokud pacient užívá protézu ne jen jako kosmetický doplněk těla, ale

využívá ji i při chůzi, jedná se tzv. funkční protézování. Aby mohlo dojít k funkčnímu vybavení protézou, důležité je splnit fyzické, sociální a psychické podmínky. Pokud se chce jedinec při pohybu na protéze dobře pohybovat, musí mít správný tvar a délku amputačního pahýlu.

Sdružení amputovaných

No foot, No stress vzniklo jako dobrovolné, nezávislé společenství, které sdružuje osoby se zdravotním handicapem s amputací dolních končetin. Toto sdružení (NFNS) oficiálně vzniklo v roce dva tisíce dvanáct v rehabilitačním středisku v Praze. Cílem sdružení je pomoc osobám, které jsou po amputaci končetiny. Také pomáhá při předávání zkušeností nejen v situacích běžného života, pomáhá při zajištění kvalitní rehabilitace (nákup rehabilitačních pomůcek) a v neposlední řadě psychicky podporuje lidi, kteří jsou bez končetiny. Tím jím ukazuje, že v tom nejsou sami. NFNS pořádá kulturní, sportovní, společenské a naučné akce, které se mohou účastnit i lidé zcela zdraví. (No foot, No Stress, 2012)

PRAKTICKÁ ČÁST

10 FORMULACE PROBLÉMU

V České republice v posledních letech stoupá počet nemocných s amputací dolní končetiny. Nejčastěji jsou amputace zapříčiněné DM II. typu, a to především u starších lidí se špatně prokrvenými dolními končetinami. Pacienti s amputovanou končetinou se vyskytují i mezi mladými lidmi. Jedná se hlavně o amputace způsobené úrazy. V posledních letech je edukace téma, o kterém se často diskutuje. Považuje se za jeden ze základních pilířů efektivní léčby. Edukace je v dnešní době často opomíjena z hlediska nedostatku času. Dobře zvolená edukace může ovlivnit kvalitu života, ale také efektivitu léčebného režimu. Na základě poznatků v teoretické části bakalářské práce a svých osobních zkušeností jsem se zaměřila na edukaci nemocných po amputaci dolní končetiny. Za hlavní koncepční problém jsem si stanovila v této oblasti zodpovězení otázky: Je edukace po amputaci dolní končetiny dostatečná?

11 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda je edukace po amputaci dolní končetiny dostatečná. Protože se jedná o nelehkou problematiku, stanovila jsem si dílčí cíle a k nim výzkumné otázky.

Cíl 1: Specifikovat, v jaké oblasti a do jaké míry byli pacienti s amputací dolní končetiny edukováni?

Výzkumná otázka č. 1: Byl pro pacienty rozsah edukace dostatečný?

Cíl 2: Zjistit jakým způsobem a kým byla edukace provedena?

Výzkumná otázka č. 2: Kdo pacienty edukoval a jak?

Cíl 3: Vytvořit návrh brožury pro pacienty po amputaci dolní končetiny.

12 DRUH VÝZKUMU A VÝBĚR METODIKY

Pro výzkumné šetření jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Vlastní sběr dat proběhl formou polostandardizovaného rozhovoru. Pracovala jsem na základě mnou vytvořených výzkumných otázek.

Metodologie je považována za filozofickou vědu. Jedná se o souhrn badatelských postupů, které se používají v určitém vědeckém přístupu například v ošetrovatelství. Studuje poznávací procesy. Je to souhrn činností, pomocí kterých získáme nové poznatky, odhalujeme jejich příčiny a souvislosti. (Kutnohorská, 2009, s. 12)

Kvalitativní výzkum můžeme definovat jako systematický proces sběru dat. Nesmí zde chybět subjektivní přístup k popisu a interpretaci výsledků získaných od respondentů. Nejčastěji se provádí jako intenzivní a dlouhý kontakt s životní situací nebo terénem. U tohoto typu výzkumu je nutné dodržovat několik zásad, jako je například otevřenost, subjektivita, procesualnost, reflexivita, zaměření na případ a další. (Bártlová, Sadílek, Tóthová, 2005, s. 15, 16)

12.1 Metoda

Polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor vyžaduje důslednou technickou přípravu. Tazatel si vytvoří určité schéma (oblasti), které je pro něj závazné a na které se během rozhovoru zaměří. K jednotlivým oblastem se vytvoří otázky, na které se bude respondentů ptát. Pořadí otázek je možné libovolně zaměňovat. Aby odpovědi účastníků byly přesné, je důležité si ověřit jejich odpovědi. To znamená, že si tazatel nechá vysvětlit, jak účastník danou věc myslel. Odpovědi si můžeme ověřit různými doplňujícími otázkami, a tak dané téma rozpracovat více do hloubky. Výhodou tohoto druhu interview je jeho kreativita. (Kutnohorská, 2009, s. 40)

12.2 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl záměrný. Do výzkumného šetření byli zařazeni pacienti, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny. Výška amputace nerozhodovala. Věk respondentů se lišil. Příčina amputace nebyla pro výzkum podstatná. Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti s úrazovou a neúrazovou amputací. Do neúrazových amputací řadím ty, které jsou způsobené gangrénou a cévním onemocněním. Respondenti tedy mají podobnou pouze diagnózu, v ostatní oblastech se liší. Odlišují se zejména zmíněnou

příčinou, která k amputaci vedla, věkem, pohlavím, zaměstnáním, dosaženým vzděláním, typem užívaných protéz. Pro svůj průzkum jsem vybrala pět klientů. Tři muže a dvě ženy, kteří amputaci podstoupili v minulých letech, ne však dříve, jak před půl rokem. Tyto klienty jsem oslovila na základě doporučení mé vedoucí bakalářské práce, jedné vyučující a jednoho známého, který se s těmito klienty často setkává. Pacienti byli hospitalizováni v různých nemocnicích na západě Čech. Respondenty jsem seznámila s důvodem průzkumu a získala jejich souhlas s účastí při rozhovoru. Jedna klientka následně svoji účast odvolala. Svůj souhlas zrušila bez udání důvodu. Konečný počet respondentů účastnících se průzkumného šetření je tedy čtyři. Tři muži a jedna žena. Rozhovory jsem nahrála na záznamové zařízení, následně přepsala do počítače a dále analyzovala.

12.3 Způsob získávání informací

Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení. Před rozhovorem byl respondent seznámen s názvem práce a výzkumným šetřením. Podepsal informovaný souhlas s nahráváním a využitím informací pro vypracování bakalářské práce. (viz. příloha č. 9)

Výzkumná šetření proběhla na předem domluveném místě. Zcela jsem se přizpůsobila vybranému místu i času, který si respondent zvolil. Tři rozhovory proběhly v místě bydliště respondentů, tedy v přirozeném a známém prostředí. Poslední rozhovor byl uskutečněn v kavárně.

Každý rozhovor trval v rozmezí od 30 - 90 minut. Díky příjemnému a známému prostředí, ve kterých se rozhovory s respondenty uskutečnily, probíhaly rozhovory bez problémů, bez rušivých elementů a v přátelském duchu. Sběr informací byl zahájen v lednu a skončil v březnu roku 2014.

Pro rozhovor bylo nutné si předem sestavit otázky výzkumného šetření, zajistit funkčnost záznamového zařízení, vytvořit souhlas s nahráváním rozhovoru a pomůcky na případné zapisování získaných údajů.

Hned v úvodu rozhovoru byla položena otázka, jaká příčina k amputaci vedla. Zde následoval prostor, kdy jsem respondenty poprosila, aby mi vyprávěli svůj příběh, jak o končetinu přišly. Respondenti měli čas pro vyjádření pocitů a emocí. Tak jsem získala lepší náhled na situaci, která proběhla. Snažila jsem se u respondentů zachovat jejich

autentičnost. Otázky byly předem stanovené, ale pro lepší dokreslení jednotlivých případů byly některé otázky přidány.

13 ANALÝZA A INTERPRETACE ROZHovorŮ

Respondent A

Muž, 29 let. V květnu 2012 provedena amputace PDK v bérce (12 cm pod kolenem). Příčinou byla nehoda na motorce. Respondent byl po operaci hospitalizován nejdříve na JIP, následně byl přeložen na oddělení ortopedické traumatologie. Hospitalizace trvala přes 1 měsíc ve FNL v Plzni.

Rozhovor probíhal 20. 1. 2014 v kavárně. Na čase a místě rozhovoru jsem byla s respondentem předem telefonicky domluvena. Respondent měl ze začátku rozhovoru trochu obavy z toho, že nebude umět sám mluvit, ale jeho obavy byly zcela zbytečné. O svém příběhu uvolněně a otevřeně mluvil, na otázky odpovídal s rozvážností a přemýšlivostí. Nejvíce mě zaujalo to, jaké má pacient po amputaci koníčky a to, jak si dokáže užívat života.

Osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci. S ničím se neléčí. Zdráv. V květnu 2012 provedena traumatická amputace PDK v bérce. Nekuřák, alkohol pije příležitostně. Káva občas. Alergie neudává. Volný čas věnuje rodině, svým koníčkům, přítelkyni. Jezdí na motorce, má rád adrenalinové sporty a život se snaží žít aktivním způsobem.

Rodinná anamnéza

Otec i matka zdraví. Sestra zdráva.

Sociální anamnéza

Svobodný, bezdětný. Bydlí ve městě s přítelkyní v rodinném baráku. Vystudoval vysokou školu se zaměřením na ekonomii. Před úrazem začal studovat strojní fakultu. V současné době pracuje jako technik kvality v automobilovém průmyslu, toto povolání vykonával již před úrazem. Hodně cestuje.

1. Jaká byla příčina amputace?

„Mam traumatickou amputaci, po nehodě na motorce.“

2. Mohl byste mi popsat, co přesně se stalo, jak k situaci došlo?

„Co se stalo? Byla to asi tak trochu moje vina, protože jsem jel rychle, samozřejmě, jako každé motorkář. Byla to shoda událostí, rychlá jízda a olej na silnici, po kterém jsem uklouzl. Kdybych nejel rychle, tak bych to možná udržel. Těžko říct. Jel jsem sám, naštěstí. Většinou jezdím na motorce sám, jinak bych jel určitě pomalejš. Uklouzl jsem v zatáčce 400 metrů před domovem, kde to perfektně znám. Jel jsem tou samou cestou 10 minut předtím, v protisměru a ničeho jsem si nevšim, takže jsem to tam prostě „poslal.“ Za mnou jel kluk na motorce, kterej mě pomohl jako první. Pamatuju si celou tu nehodu. Pamatuju si, že jsem se odkopl od motorky. Motorka šla do svodidel, já šel pod ně, ale noha se tam už nevešla. Probral jsem se asi za 10 až 20 vteřin v pangejtu. První co mě napadlo, bylo jestli mi fungujou nohy, zdálo se mi, že fungujou obě dvě, že se hejbou prsty. Takže to bylo v pohodě. To bylo asi první, co mi napadlo při tom, když jsem uklouzl a viděl, jak ode mě motorka odjíždí. Napadlo mě: buď je to vozejk, nebo smrt, protože náraz do svodidel v takový rychlosti je hodně špatný. Když jsem se probral v tom příkopě, tak jsem viděl, jak mi stříká z nohy krev. Jediný, co mi napadlo, bylo vytočit 112, nevzpomněl jsem si na žádný jiný čísla, tak jsem vytočil 112, ale naštěstí za mnou přiběhl ten kluk, co jel za mnou, ten už se záchrankou mluvil. Řek sem mu, aby sehnal nějakou kus gumy, kterou jsme nohu zaškrtili a čekali jsme, až přijede pomoc. Nevim, za jak dlouho přijeli. Ten čas jsem si moc neuvědomoval. V tu chvíli jsem ani neměl moc bolesti. Byla to dost velká rána, takže nervy byly pomačkaný a nebolely. Bolet mi to začalo, až když mi nesli do vrtulníku, ale to už mi zase dávali morfin, takže to rychle přestalo. Nebyla to sranda, ale zas tak strašný to nebylo. Hodně bolet to začlo až v nemocnici. Pak si střídavě pamatuju let vrtulníkem, to jsem nakukoval z okýnka, protože mi zajímá lítání. To se mi jako líbilo. Nepamatuji si vůbec převoz z vrtulníku sanitkou do emergency centra na Lochotín. To jsem byl asi trošku mimo. Pak si pamatuju, jak mi poslali na CT, tam mě zrentgenovali a pak už jsem byl uspanej. Když jsem se probudil, byl jsem docela překvapenej, že tam ta noha je. Měl jsem starost, mam kamaráda co má amputaci ruky, tak jsem se o to začal zajímat už předtím kvůli němu, abych mu něco našel. Jediná moje starost byla, aby mi nebrali koleno, to jsem jim říkal už i na tom emergency, že bych rád, aby ho zachovali. Podkolení amputace je lepší, než ta ve stehně. Byl jsem překvapenej, když mi z nohy koukali dráty a chodidlo tam bylo. Sice mělo takovou divnou barvu, ale říkal jsem docela dobrý. Asi 14 dní se nohu snažili zachraňovat, chodil jsem na reoperace, kde seškrabávali nekrózy a mrtvý tkáň. Po dohodě s doktorama jsem se rozhodl, dát nohu pryč, protože by stejně nebyla funkční. To

nemělo budoucnost. Sval vepředu byl mrtvej, vzadu bylo svalů málo a kost byla hodně poškozená. Z protézy se dá vytěžit víc, než by se dalo vytěžit z toho, co by tam zůstalo. Tak jsem se rozhodl.“

3. Byl jste před operací informován o amputaci a změnách, které by mohly nastat?

„Informace jsem si našel spíš sám. Moc informací jsem neměl. Možná to někteří pacienti nechtějí slyšet, ale já bych ocenil víc informací. Jaký jsou druhy amputací, jaký jsou druhy kožního krytí. Určitě bych to bral. Vim, že doktoři rozhodli nejlíp, jak mohli, ale já mám rád přehled. Protetik za mnou před zákrokem nebyl. Anesteziolog za mnou byl asi 8 krát, jak jsem chodil na ty reoperace. Takže narkóza jsem si užil docela dost. Ležel jsem na ortopedické traumatologii.“

4. Jaké byly Vaše pocity po operaci?

„Dost mi to bolelo, asi den sem byl trochu mrzutej. Bylo riziko, že se pahejl bude muset zkrátit, naštěstí se to nestalo.“

5. Jak byste zhodnotil péči personálu během hospitalizace? Na stupnici jedna až pět.

Kdy jednička je jako nejlepší.

„Pro mě pobyt v nemocnici je naprosto nesnesitelná věc. Mě nebaví ležet. To nesnáším. Když se o mě někdo stará, tak to strašně nemám rád. Je mi to nepříjemný, ale za to personál nemůže. Jejich chování a péče byla dobrá. Ohodnotil bych to asi dvojkou.“

6. Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech?

„Ano, ale jen hodně obecně.“

7. Informoval Vás někdo, jak správně pečovat o pahýl?

„Ani moc ne. Mělo by se učit, jak pečovat o pahýl, jak ho bandážovat, aby neotejkal. Musel jsem se to naučit sám. Něco jsem odkoukal od sester při převazech. Vysloveně edukace jako: tady to chyťte, zavažte do konusu, ta neprobíhala. Učil jsem se to sám. Mluvim dvěma světovými jazykama, takže jsem hledal informace na internetu, v knížkách, v angličtině a němčině. Tam jsem toho našel podstatně víc než v českých zdrojích.“

8. Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel.

„Ne.“

9. Byly Vám podány informace o možnostech protetické péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek?

„V nemocnici ne, až na protetice.“

10. Navštívil Vás během hospitalizace protetický pracovník?

„Ne. Odlitky mi dělali až na protetice na Lochotíně. Tam je to dobrý, měl jsem štěstí. Chytnul jsem dobrýho protetika, kterej věděl, co dělá. Začal jsem chodit fakt hodně rychle. Protézu jsem měl na konci srpna. Bez berlí jsem chodil po 14 dnech, co jsem dostal protézu. Je jasný, člověk v tom ze začátku nevydržel ani 2 hodiny. Různě se ten pahýl potí, všechno je to ještě živý, ale musí se začít.“

11. Proběhla během hospitalizace rehabilitace?

„Ano, nějaká rehabilitace proběhla, jinak jsem rehabilitoval hned, jak mě pustili domů, takže asi za měsíc.“

12. Byl jste spokojen s rozsahem rehabilitace a edukace ze strany fyzioterapeuta?

„Rozhodně by to v nemocnici chtělo lepší fyzioterapii. V nemocnici končila fyzioterapie postavením se do berlí. Na JIP byla fyzioterapie na dobré úrovni. Doma jsem začínal po malých krůčcích, napřed přechod z berlí do francouzských holí, pak kolo a posilování, Všechno podstatné probíhalo doma.“

13. Byl jste dostatečně připraven pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

„Jak jsem říkal, musel jsem si informace vyhledat sám a sám se ty věci naučit i dělat. Dneska už vím co a jak. Používám speciální ranní a noční krém od firmy Otto bock, se kterým pahýl promašťuji. Dále ho omývám, sprchuji, pravidelně ho prohlížím, promašťuji jizvu a také pahýl otužuju.“

14. Byla Vám nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

„Ne, nebyla třeba.“

15. Informoval Vás někdo při propuštění na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

„Po propuštění jsem chodil 2x týdně na převazy. Dotazy jsem měl přímo na doktory na ambulanci“

16. Byl jste spokojen s rozsahem edukace v nemocnici?

„Určitě bych ocenil víc informací, ale o tom jsme se bavili už před chvílí.“

17. Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

„Určitě ovlivnila. Mám jiné pohled na svět. Dřív jsem byl na každého víc hodnej, teď už si nenechám všechno líbit. Člověka to trochu zocelí. Jak říkám, dá se s tím dělat úplně všechno. Co mi to sebralo, je asi jasný, ale poznal sem spoustu nových lidí. Začal jsem stavět barák, vlastně než se stala nehoda, teďka jsem se přestěhoval. Teď jsem začal spolupracovat s firmou Otto bock z Německa. Mám od nich poslední model protézy. To je paráda. Jinak mám nárok na jednu protézu za dva roky. Předvádím pro ně nohy, když mají nějaká školení. Protetika jde dopředu. Člověk to musí využít pozitivně, ne negativně. Práci mam bezvadnou, žívím se spíš hlavou. Dělán technika kvality v automobilovém průmyslu. Mam na starosti kvalitu dílů a komunikaci se zákazníkem. Díky práci jezdím po světě. Nedávno jsem byl ve Francii, v Portugalsku, Německo už nepočítám. Na podzim jsem začal skákat z letadla. To je paráda. Sporty mam rád obecně. Zajímá mi i protetika. .Občas mi dělá problém pohyb na nerovném terénu, protože kotník se nehýbe. Jinak řídím auto, na motorce jsem jezdil už několikrát. Myslim, že jsem se s tím vyrovnal dobře. V ničem mě to neomezuje. Jsou věci, na který si člověk musí zvyknout ale překážky jsou jen v hlavě.“

18. Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

„Podpora rodiny a přítelkyně byla stoprocentní. Asi nejhůř to nesla mamka s přítelkyní., ale prošli to semnou. Vidí, že jsem v pohodě. Ze strany kamarádů jsem měl taky velkou podporu.“

19. Jak se u Vás projevuje fantomová bolest?

„Mam jí od rána do večera, akorát přes den si to moc neuvědomujete, není čas na to myslet. Večer jí vnímám nejvíc. Občas je to intenzivní, občas se to dá. Fantomový bolesti jsou zvláštní. Od té doby, co se to stalo, se bolesti nezmírňují, spíš bych řekl, že jsem si na ně zvykl. Bral jsem nějaký léky, ale zdálo se mi, že nepomáhají, spíš mi připadalo, že jsem po nich ospalej, tak jsem je po měsíci vysadil. Zkoušel jsem zrcadlovou terapii. Ta mi ale taky nějak moc nezabírala.“

20. Znáte nějaké občanské sdružení, které se týká této problematiky?

„Znám sdružení No foot, No stress. Jsem členem. Je to dobrá věc, pomáhá lidem, kteří nemají podporu a mají málo informací, je to určitě dobrý. Pořádají kulturní a společenské akce. Je to zajímavé.“

Poznámka výzkumníka:

Muž je spíše extrovert. Mluví otevřeně, je komunikativní. Než něco odpoví, chvíli se rozmyslí. Je vidět, že to má v hlavě srovnané a o amputace se zajímá. Často používal odborné termíny. Respondent je po celou dobu rozhovoru klidný, usmívá se, odpovídá plynule. Nezaskočila ho žádná otázka. Svůj život opravdu žije. Je to velký bojovník a nebojí se o svém problému hovořit. Myslí pozitivně. Se ztrátou končetiny se smířil.

Respondent B

Muž, 37 let. V lednu, v roce 2003 mu byla provedena traumatická amputace ve stehně na PDK. Příčinou byla autonehoda. Respondent byl po operaci hospitalizován dva dny na JIP, dále byl přeložen na standardní chirurgické oddělení. Hospitalizace trvala 2 měsíce, ve FNL v Plzni.

Rozhovor byl proveden 11. 3. 2013 v podzemní garáži pod panelákovými byty. Na čase jsem byla s respondentem předem telefonicky domluvena. Sběru informací se zúčastnil i můj kamarád, co mi tohoto klienta k rozhovoru doporučil. Do rozhovoru zasahoval minimálně, protože respondentův příběh zná. Protože respondent musí stále něco dělat, místo se přizpůsobilo aktuální situaci a to tedy, jak již bylo zmíněno, rozhovor se uskutečnil v garáži. Občas byla naše slova přerušena projíždějícími auty, ale i přes tuto překážku respondent odpověděl na všechny otázky. Jako předešlý respondent měl obavy z toho, že se nebude umět správně vyjadřovat a hovořit, ale rozhovor byl plynulý, probíhal bez problémů.

Osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci. S ničím se neléčí. Zdráv. V roce 2003 mu byla provedena amputace ve stehně. Kuřák. Alkohol - rád pije pivo. Káva denně. Alergie na ořechy. Volný čas tráví s rodinou, jízdou na motorce či autě, rád lyžuje, zajímá se o protetiku a občas posedí s přáteli u dobrého piva. Žije aktivním životem, nemá rád nudu.

Rodinná anamnéza

Bezvýznamná.

Sociální anamnéza

Ženatý. Žije v Plzni s manželkou v panelákovém bytě. Byt je situován ve 4. patře s výtahem. Má jednoho syna. Vystudoval učební obor zámečnický, kterému se dlouho nevěnoval. Pracoval jako taxikář, nyní pracuje už sedmým rokem jako technický protetik. K této práci se dostal právě díky svému úrazu, kdy chodil do ordinace jako pacient a jeho, již nynější šéf mu nabídl práci v tomto oboru.

1. Jaká byla příčina amputace?

„Měl jsem autonehodu.“

2. Mohl byste popsat, co přesně se stalo, jak k situaci došlo?

„V lednu, v roce 2003 jsem měl těžkou dopravní nehodu. Seděl jsem v autě, na sedadle smrti, v malém papírovém pežotu - hrozný auto. Šofér se rozhodl předjíždět, ale zjistil, že vůči tomu autu co dojíždí je moc rychlejší, tak to nějak zatočil, šlápnul na brzdu, auto udělalo smyk, hodiny, napicli jsme do svodidla, který nebylo zapuštěný do země, auto napáhalo. Pak ta rána. Snažil jsem se křejt. Vyrázilo nás to oba ven, ještě, že jsme nebyli připoutaní. Skončili jsme za autem u jednoho kola. To nevím, jak se událo. V bezvědomí jsem možná byl, ale nevím, jak dlouho to trvalo, jestli vteřinu, dvacet vteřin nebo minutu, ale dlouho to nebylo. Pomoc zavolali lidi, co okolo projížděli. Bolest jsem cítil, ale jak jsem byl v šoku, moc jsem to nevnímal. Cítit to bylo, ale nic extrém. Šofér byl pode mnou a spal, já seděl na něm. Koukam, moje noha vedle mě, bez boty na takový červený tkaničce. Za chvíli nějaký lidi okolo mě, nevím, co jsem jim říkal. Asi, že dobrý, že žiju. Slyšel jsem, jak jede záchranka, jak houkají. Měl jsem radost, že už jedou. Slíknul jsem se z bundy, oni mi naložili i s tou nohou a odvezli mi do nemocnice. Řekl jsem, že jsem unavenější, že si chci odpočnout a že možná budu zvracet, tak mi dali tu miskou. Pak jsem si nějak dáchnul, a pak vim, že mi píchali do paty, jestli to cítím. Říkali, že necítím 3 nervy a že to není dobrý, že to nemá cenu řešit. Oni to nemohli vyřešit, aby to nějak zpravili, protože tam chyběli nějaký dva kousky kostí a zbytek byl rozřítěnej na kousky.“

3. Jaké byly Vaše pocity po operaci?

„Probudil jsem se naštvanej, že nemam nohu. To je jasný. Měl jsem žízeň, hroznou žízeň. Oni mi nechtěli nic dát. Čaj mi nechtěli dát, zmrzlinu, vodu. Nic. Hádal jsem se s doktorem. Ten řekl, že jsem zdravější až moc, tak mi z JIP přendali na normální oddělení. Jinak jsem měl zraněnou i druhou nohu. Kromě kosti jsem měl všechno přetrhaný. Mám tam teďka takovou hlubokou jizvu. S touhle nohou měli víc práce, než s tou amputací, protože tam byly nečistoty ze silnice a svodidel. Byl jsem na sále asi 5 hodin. Bylo to rychlý. Byl to šok. Kouknu a pod peřinou se hejbla jenom půlka nohy.“

4. Jak byste zhodnotil péči personálu během hospitalizace? Na stupnici jedna až pět.

Kdy jednička je jako nejlepší.

„Pil jsem víno a pivo se sestřičkama. Né, kecam. Sestřičky tam byly výborný. Já si na ně stěžovat nemůžu. Taky mi hodně pomohl jeden mladej zdravotník. Tejden jsem ležel jenom na zádech. Dávali mi mísu. To nešlo takhle na zádech. S tím zdravotníkem byla řeč. Tak jsem mu říkal, že mi musí dostat na záchod. Moje první cesta teda byla, víte kam. Tak nějak přistrkal vozejk. Nešlo zajet až nazáchod, protože se tam ten vozík nevešel, tak jsem tam po jedne noze doskával. Od té doby jsem přestával na tom pokoji bejt celej den. Doktor říkal, ať se hejbu, ať mam nějakej pohyb. Zdravotník mi sehnal takovej pěkněj vypořstrovanej vozík, krásně jezdil. Tak jsem projel celou nemocnici několikrát sem a tam, od rána do večera jsem jezdil. Pokud mi nenahlásili nějaký vyšetření, nebo nebyl čas oběda a večere. Na odpolední vizity jsem kašlal, na ty jsem neměl čas. Byl jsem furt na vozíku. Kamarádi pro mě přijeli, odvezli mi, pak mi zase přivezli. Nějak jsem to tam ty 2 měsíce musel přežít. Ten zdravotník mi hodně pomohl. Jsem mu vděčnej. Personál byl vstřícnej a hodnej. Kdybych měl hodnotit, dal bych nejspíše dvojku.

5. Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech?

„Ne. Už jsem o nich slyšel, tak nějak jsem tušil, ale nikdo o nich nic neříkal.“

6. Informoval Vás někdo, jak správně pečovat o pahýl?

„Ani ne. To si nevybavuju. Jen mi ho bandážovali. To jsem se naučil sám. To jsem okoukal. Pak jsem dostal elastickou punčochu. Řekli mi, že jí mam nosit. Tak jsem ji nosil. Pak říkali něco o hygieně jizvy, ale protože jsem s ní měl problémy, nešlo to nějak speciálně opečovávat.“

7. Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel.

„Ne, nebyl.“

8. Byly Vám podány informace o možnostech protetické péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek?

„Potkal jsem na chodbě doktora a ten řekl, že budu chodit, že mi udělají protézu. Jinak jsem využíval ten vozík, kterej mi zařídil ten zdravotník a francouzský hole.

9. Navštívil Vás během hospitalizace protetický pracovník?

„Protetik za mnou nebyl. Sanitka mi odvezla z nemocnice rovnou na protetiku, kde mi různě pahýl měřili, dělali sádrový odlitky, pak jsem se zase vrátil zpět. Byl jsem tam s tou jizvou, protože ta se hojila nejhůř. Když mi řekli, že je hotová protéza, dojel jsem si pro ní normálně v autě, dal jsem berle na plyn a jel jsem. Ale to nikde neříkejte, nebo mi ještě zavrou. První den jsem nevěřil, že by se na protéze dalo chodit. Jak jsem v nemocnici znal ty lidi, tak mi buzerovali, abych dal nohy k sobě, dal je blíž. Když jsem si přivezl protézu, tak jsem jim po pár dnech zdrhnul ze špitálu. Za dva měsíce jsem se zbavil francouzských holí. Pak jsem poznával překážky, zvykal jsem si, hledal jsem grif, jak překonávat to, co pro mě bylo těžký.“

10. Proběhla během hospitalizace rehabilitace?

„Měl jsem docela těžký zranění. Tejdén jsem jen tak ležel. Asi třetí den za mnou byl fyzioterapeut a zkoušel semnou nějak pohybovat. Nepamatuju si to. Dávali mi morfin a byl jsem zfetovanej. Pak jsem řekl, že už nechci, aby mi ho dávali. Jak jsem říkal, jezdil jsem na vozíku potom jsem se přesunul na chodítko, na kterým jsem se natáhnul, protože byla mokrá chodba. Ustlal jsem si na chodbě. Pic a ležel jsem. Pak mi učili chodit o francouzských holích. Honili mi po schodech nahoru a dolů.“

11. Byl jste spokojen s rozsahem rehabilitace a edukace ze strany fyzioterapeuta?

„Něco mi naučili, třeba, jak správně chodit o berlích. S tím jsem měl zezачátku problémy. Říkali, hejbejte se, hejbejte se. Dali mi půl kilový činky do ruky a řekli, ať s nima cvičím, ať něco dělám a jenom úplně neležím. Fyzioterapeut mi říkal, že mam procvičovat úpony. Sestřička řekla, ať zkouším zatěžovat konec pahýlu a ať ho procvičuju. Takže jako jo, docela to šlo. Nemůžu říct, že bych byl spokojenej, ale na tu dobu to bylo docela dobrý. Určitě by se na tom dalo hodně zlepšovat. Jak dělám v protetice, lecos teďka vím a jelikož se setkávám s lidma s amputacemi každý den, vím, že rehabilitace je často podceňována. Neříkam, že ve všech případech, ale u většiny to tak prostě je. Taky záleží, jak k tomu člověk přistupuje.“

12. Byl jste dostatečně připraven pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

„Nějak jsem to zvládl. Pár informací jsem měl z nemocnice. Něco jsem okoukal. To záleží na člověku, když se chce, všechno jde. Pár věcí jsem si vyhledal, pak mi docela dost věci

řekli na protetice, kam jsem docházel. Teďka každý den pahýl meju, prohlížim, mačkam z toho bed'áry. Jizvy mastim. Občas otužuju.“

13. Byla Vám nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

„Nebyla. Bral jsem to tak, jak to je. Snažil jsem se s tím vyrovnat sám, ono to podle mě ani jinak nejde. Smířil jsem se s tím a žiju prostě dál.“

14. Informoval Vás někdo při propuštění, na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

„Ano mohl jsem kdykoliv zavolat, nebo rovnou přijít.“

15. Byl jste spokojen s rozsahem edukace v nemocnici?

„Tak někdo mi něco málo řekl. Ale ono, když přídete o nohu, chcete toho vědět co nejvíc. Nebo já to tak aspoň měl. Řekl bych, že informace od zdravotníků jsou lidem předávány jenom v tej základní úrovni. Mohlo by to být rozhodně lepší. Něco málo mi řekli sestřičky, něco fyzioterapeut. Dneska protetici podávají stokrát víc informací, než jsem jich dostal já. Od té doby se toho hodně změnilo. Protetické firmy se začínají více zajímat.“

16. Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

„Tohle ovlivní každému život. Naskytlo se mi spousta překážek. Těch je. Když někam nastupuju, přelezam, vylezjam, když mam něco překročit. Když mam vlézt do auta do zadu, tak se tam nemůžu složit. Nebo když nevidim, že šlapu na něco, co je trošku hrbatý, to mi dělá problémy. Nebo zámková dlažba, když je propadlá, tak občas zavravoram div neupadnu. Jinak řídím auto i motorku bez problémů. Jinak, co se týče koníčků, ty se moc nezměnily. Postupem času jsem zase začal dělat prakticky všechno, co před amputací. Lyžuju. Před dvěma lety jsem byl na lyžích v Itálii. Díky úrazu jsem změnil práci. Dřív jsem dělal taxikáře. Po úraze, když jsem chodil na protetické pracoviště mi doktor z protetiky nabídl, jestli bych nechtěl na protetice pracovat. S chutí jsem to přijal. Chtěl jsem tu svou nohu mít pod kontrolou a práce mi zajímala. Na protetice pracuju už 7 let jako protetický technik. Člověk trochu přehodnotí svoje priority, ale žiju dál. Život je krátkej a musíme si ho užít se všim všudy. Moje heslo je: neřešit věci, které nemůžeme změnit a užít si života.“

17. Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

„Rodina a přátelé.“

18. Jak se u Vás projevuje fantomová bolest?

„Fantomová bolest se stále od té doby zmírňuje. Asi je to věc, který se ale nezbavím. Během dne se to běžně neobjevuje. Někdy mi v tom, ale začne strašně rejpat. To je peklo. Cvičí mi to s tou nohou. Většinou je to z konce toho pahýlu. Z toho jak je omačkanej a přetěžovanej. Pomáhá mi na to trochu led.“

19. Znáte nějaké občanské sdružení, které se týká této problematiky?

„Ano znám sdružení No foot, No stress. Jsem jeho členem. Občas s nima vyrazím na nějakou akci, kterou pořádají. Je to super. Je to dobrá věc. Dozvíte se tam mnoho zajímavých informací a taky se potkáte s lidma, co mají stejnej problém. Do budoucna bych taky chtěl založit nějaký sdružení pro lidi bez nohy. Akorát by bylo zaměřený trochu jiným směrem.“

Poznámka výzkumníka:

Muž byl veselý, žádná otázka ho nezaskočila. Do svých odpovědí se snažil zainteresovat drobet nadhledu a vtipu. Zpočátku měl obavy, jak bude mluvit, ale při rozhovoru z něj stres opadl a mluvil bez obtíží. Respondent skutečnost, že nemá končetinu přijal. Myslí pozitivně. Snaží se života užívat, jak to jen jde.

Respondent C

Žena, 70 let. V březnu 2009 provedena amputace LDK ve femuru, z důvodu diabetické gangrény. Operace proběhla v celkové anestezii. Pacientka se zákrokem souhlasila. Po výkonu byla vzhledem k špatnému pooperačnímu stavu hospitalizována na JIP. Po zlepšení stavu, byla zpět přeložena na standardní jednotku chirurgického oddělení. Hospitalizace trvala tři měsíce. První dva měsíce na standardním chirurgickém oddělení, další měsíc na oddělení následné rehabilitace. Pacientka si nepřála zmiňovat nemocnici, kde hospitalizace proběhla.

Rozhovor byl uskutečněn 13. 3. 2014 v místě bydliště respondentky. Na čase a místě rozhovoru jsme byly předem domluveny. Dvakrát termín musela odložit z důvodu nemoci. Klientka má vzhledem ke svému věku problémy se sluchem. Mluva musela být hlasitá. Samotnému rozhovoru předcházelo malé seznámení, neboť respondentka byla velmi nervózní. Některé otázky musely být zopakovány vícekrát za sebou. Rozhovor trval nejdéle, 90 minut. Při rozhovoru respondentka vykouřila 7 cigaret. V průběhu rozhovoru bylo ze strany respondentky požádáno o krátkou pauzu. Byla jsem ráda, že mi klientka umožnila provést rozhovor a odpověděla na všechny otázky. Od doby amputace se straní cizím lidem a o svém problému nerada hovoří.

Osobní anamnéza

Prodělala běžné dětské nemoci. V roce 1989 byla provedena artroskopie, pro bolesti ramene. Léčí se pro hypofunkci štítné žlázy, užívá substituční terapii Euthyrox 50, 1-0-0. V roce 1994 diagnostikován DM II. typu, kompenzovaný na inzulinoterapii. Před 35 lety ji byla provedena cholecystectomie klasickou cestou. V roce 2009 provedena amputace levé dolní končetiny v oblasti femuru. Silná kuřačka (30 cigaret denně), alkohol pije příležitostně. Káva dvakrát denně. Alergie na desinfekci, Amoksiklav. Volný čas zaplňuje sledováním televize (naučené dokumenty), luštěním křížovek, posezení na zahradě, háčkováním, hlídáním vnoučat a vařením.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel na IM. Matka zemřela na karcinom pankreatu, léčena pro DM II. typu, hypertenzi. Bratr (65) se léčí s karcinomem prostaty. Sestra zdravá. Dvě děti - zdravý.

Sociální anamnéza

Vdova v důchodu. Bydlí s dcerou a její rodinou v rodinném domě. V přízemí domu má svojí garsonku, kde tráví většinu svého času. Pracovala jako uklízečka, číšnice, prodavačka. Pochází ze Slovenska. V Čechách žije od 5 let. Studovala na učilišti, obor kuchař.

1. Jaká byla příčina amputace?

„Měla jsem docela ošklivou sňeť na levý noze. Mohla za to cukrovka.“

2. Mohla byste popsat, co přesně se stalo, jak k situaci došlo?

„To bude na dlouho. Nerada se k tomu vracím, ale pro mě za mě, když to chcete slyšet. V lednu 2009 jsem šla nakoupit. Zakopla jsem o větev, která ležela na silnici. Nic se mi nestalo, jenom jsem si trochu na nártu sedřela kůži. Nevěnovala jsem tomu pozornost. Asi za čtyři dny jsem zjistila, že je odřenina zarudlá a zvláště povleklá. Odřeninu jsem vydesinfikovala a zavázala fáčem. V příštích dnech mi noha začala bolet. Bolela mi od nártu až po koleno. Zase jsem ji převázala a nechala to být. Rána se furt zvětšovala, měla jsem bolesti a nehojila se. Sousedka mi poradila, abych si udělala odvar z heřmánku a tím ránu omývala. Zezačátku se zdálo, že se rána hojí, ale po dalších dvou dnech se to zase zhoršilo. Myslela jsem si, že to zvládnou, a vyléčím to sama, ale když jsem dostala po pár dnech horečky, rána měla takovou modrošedou barvu a začala zapáchat, radši jsem se rozhodla navštívit svého obvodáka. Když pan doktor uviděl nohu, okamžitě mi poslal na chirurgickou ambulanci, kde mi diagnostikovali diabetickou gangrénu. Hospitalizovali mi na chirurgii. Po třech dnech léčby mi přišel doktor říct, že by bylo lepší nohu amputovat. Když mi to sdělil, nevěřila jsem, že je to tak vážný. Nejdřív jsem se bránila, ale nakonec jsem podepsala souhlas k operaci.“

3. Byla jste před operací informována o amputaci a změnách, které by mohly nastat?

„Bylo mi sděleno, že je amputace nevyhnutelná. Že je má noha ve špatném stavu. Že jsem to neměla nechat zajít do takový míry. Jo, ještě mi doktor řekl, že mi jí uříznou nad kolenem a operace bude v celkové anestezii. Nic víc.“

4. Jaké byly Vaše pocity po operaci?

„Probudila jsem se a okolo mě bylo strašně hadiček a přístrojů. Byla jsem vylekaná. Bolesti jsem žádný necítila. Bylo mi na zvracení. Byla jsem v takovém stavu, že jsem nedokázala myslet. Ani jsem pořádně nevěděla co se děje. Na nohu jsem si ani nevzpomněla. To, že nemam nohu, mi došlo až druhý den, kdy jsem začala trochu vnímat realitu a nesnesitelnou bolest. V tu chvíli jsem si nepřála nic jiného než umřít.“

5. Jak byste zhodnotila péči personálu během hospitalizace? Na stupnici jedna až pět. Kdy jednička je jako nejlepší.

„Moc si nepamatuju co se dělo, když jsem ležela na JIP, to nemůžu hodnotit, ale když mi přeložili na standardní oddělení, necítila jsem se tam dobře. Nevim, jestli jsem měla smůlu víc na doktory nebo sestry. Doktor, co mi měl na starosti, byl strašně arogantní a řekla bych, že ho nezajímalo, jak se cítím, jak mi je. Vždycky něco zamumlal, nic mi nevysvětlil a odešel. Nevěděla jsem, co mám dělat, co můžu, co nemůžu. Ani od sester jsem se nedozvěděla nějaké informace, nedočkala se podpory. Chování některých nejmenovaných sester mi zaráželo. Nejen, že mi oslovovali babi, ale taky jsem z dálky slyšela, jak si o mně povídají jako o té „babce bez nohy.“ Přišlo mi, že je jen obtěžuju. Bylo mi opravdu špatně a tohle chování mi k tomu moc nepřidalo. Potřebovala jsem pomoct. Nežlobte se, ale nemůžu hodnotit kladně, když to není pravda. Oznamkovala bych čtyřkou. Já nejsem typ člověka, ktorej si stěžuje, ale tentokrát jsem na nemocnici poslala i stížnost. Jediné kladné bylo, když tam chodily žákyňky. Ty se chovaly velice mile a byli moc ochotné. S těma jsem nikdy problém neměla. Fuj, zase jsem se rozčílila. Mohly bychom si dát chvíli přestávku?“

6. Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech?

„O této informaci jsem víc slyšela až od doktora na protetice. Jinak tenhle pojem jsem znala, tak nějak jsem věděla, co to znamená.“

7. Informoval Vás někdo, jak správně pečovat o pahýl?

„Dá se říci, že v podstatě vůbec. Jenom mi pak nějaká sestra říkala, že bych pahýl měla každý den stahovat obinadlem, aby se dobře ztvaroval, ale neukázala mi jak. Vše, co se týkalo pahýlu mi říkala má dcera, která pracuje ve zdravotnictví.“

8. Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel.

„Nebyl.“

9. Byly Vám podány informace o možnostech protetické péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek?

„Ano ten arogantní doktor mi řekl, že mi čeká rehabilitace a že za mnou přijde protetik. Bude mi udělaná protéza, na který se budu učit chodit. Že to bude chvíli trvat a bude to chtít makat. Jako kompenzační pomůcku jsem využívala zezáčátku vozík, pak chodítko a francouzský hole. To vše mi zařídil rehabilitační.“

10. Navštívil Vás během hospitalizace protetický pracovník?

„Jo byl za mnou.“

11. čem Vás protetik informoval?

„Jeho jednání bylo od zdravotnickýho personálu profesionální. Představil se a začal mi pomalu vysvětlovat, co se bude dít. Řekl mi, že mi vyrobí stehenní protézu, ale až po tom, co se operační rána zahojí. Informoval mi o tom, že musím pahýl stahovat obinadlem nebo takovou speciální punčoškou, kterou mi dal, aby se pahýl dobře ztvaroval. Ukázal, jak mam punčochu nasadit. Taky říkal, že mam pahýl postupně zatěžoval. Upozornil mi, abych během dne s pahýlem pravidelně cvičila. Když jsem se na něco zeptala, odpověděl mi. Snažil se mi podpořit. Řikal, že to zvládnou. Rozloučil se semnou a řekl, že mi bude v budoucích týdnech kontaktovat. On mi motivoval a dal mi naději. Cítila jsem se líp.“

12. Proběhla během hospitalizace rehabilitace?

„Myslím, že to bylo až třetí den, protože mi po operaci bylo zle a měla jsem velký bolesti.“

13. Byla jste spokojena s rozsahem rehabilitace a edukace ze strany fyzioterapeuta?

„Naučil mi pomálu chodit, nebo spíš pajdat o berlích no. To určitě chtělo hodně trpělivosti. To musím ocenit. Rehabilitovala jsem každý den ráno. Šlo to pomalu. Měla jsem strašný bolesti. Při každým pohybu se pahýl rozbolavěl ještě víc. Měla jsem ke cvičení odpor, ale musela jsem. Než jsem se postavila, trvalo asi týden. Bylo to pro mě namáhavé. Musela jsem posilovat zdravou nohu, neměla jsem v ní tolika síly, aby mi udržela. Pak mi rehabilitační pomohl dostat se na vozík. Díky němu jsem se dostala mimo ten šílený pokoj.“

To mi motivovalo a postupem času jsem zkoušela pár krůčků na chodítku a pak na holích. Moc jsem toho neušla, ale i s tím málem jsem byla spokojená. Pak mi ještě ukazoval cviky na protažení. Taky semnou hodně cvičila a chodila dcerka. S rehabilitací jsem byla docela spokojená.“

14. Byla jste dostatečně připravena pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

„Jak jsem říkala, veškerý informace ohledně pahýlu, například promazávání jizvy, otužování, kartáčování jsem dostala od mé dcery. Takže připravená jsem byla, ale od ní. Ještě, že jí mam.“

15. Byla Vám nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

„Nebyla.“

16. Chtěla byste se s někým o Vašem problému promluvit?

„I když je to pro mě těžké, můžu Vám říct, že jak si s Vámi povídám, docela se mi ulevilo. Nerada o tom mluvím. Jste zdravotník a myslím, doufám, že mi aspoň trochu chápete. Nakonec jsem ráda, že jsem k rozhovoru přistoupila. Možná bych si o tom s někým promluvila.“

17. Pokud chcete, mohu Vám poskytnout kontakt na jednoho dobrého psychologa, se kterým byste si mohla o Vašich obavách a problémech popovídat, měla byste zájem?

„Ano, zkusit to můžu. Děkuji Vám.“

18. Informoval Vás někdo při propuštění na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

„Naštěstí jsem žádný komplikace neměla. Ale řekli mi, že kdyby náhodou, abych se dostavila na chirurgickou ambulanci.“

19. Byla jste spokojena s rozsahem edukace v nemocnici?

„Nebyla. Kdyby nebylo mé dcery, nevím, jak bych to zvláda. Rehabilitační mi pomohl rozhybat, ukázal mi pár věcí, na co si mam dávat pozor. Naučil mi chodit o berlích. Tomu patří díky. Ale jinak? Bez komentáře.“

20. Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

„Je to velký zásah do života. Sice jsem dostala protézu, má soběstačnost se tím zlepšila, ale nerada protézu nosím. Přejde mi cizí. Nepatří ke mně. Využívám jí sice každý den, ale když nemusím, radši používám hole nebo vozík. Chtěla bych svou nohu zpátky. Je to strašný. Nic teďka nemůžu. Jsem takovej mrzák. Dřív jsem vnoučatům vařila, pomáhala je hlídat, ale takhle je to všechno strašně těžký. Milovala jsem jízdu na kole, na to teďka můžu zapomenout. Nemám ráda pohled na svou uříznutou nohu. Ani se moc od té doby nestýkám s cizíma lidma. Vadí mi, jak blbě koukaj. Takže jsem radši doma a nikam nevyležam. Dá se říct, že si tady tak přežívám. Vim, že si za to můžu sama. Kdybych šla k doktoru dřív, třeba by to tak nemuselo vůbec dopadnout.“

21. Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

„Nejvíc moje dcera a její rodina.“

22. Jak se u Vás projevuje fantomová bolest?

„Mam ji každý den. Někdy se objeví ráno, někdy večer, jindy během dne. Nejde říct kdy. Když přijde tak přijde. V noci bolesti nemám vůbec. Je to palčivá bolest. Nedá se to moc popsat. Často cítím, jak mi svědí koleno. Když je bolest nesnesitelná, dávám si na pahýl studený obklad. To někdy trochu poleví. Jinak se proti tomu nedá dělat nic. Dcera mi jednou objednala na akupunkturu. Ale ani to nepomohlo.“

23. Znáte nějaké občanské sdružení, které se týká této problematiky?

„Neznám a ani mi to nezajímá.“

Poznámka výzkumníka:

Žena byla při rozhovoru nervózní. Mluvila ale klidně a v pomalém tempu. Tón hlasu byl posmutnělý. V její tváři se těžko rozeznávaly emoce. Mimika v obličeji byla stále

stejná. V úvodní části rozhovoru se v očích klientky objevily slzy. Své emoce ale dokázala ovládnout. Svůj problém nese těžce a není se ztrátou končetiny smířena.

Respondent D

Muž, 69 let. V květnu 2011 mu byla amputována LDK v bérce, z důvodu počínající sepse při gangréně LDK, při uzávěru pánevní tepny. Pacient se zákrokem souhlasil. Podepsal informovaný souhlas. Operace byla provedena v celkové anestezii. Hospitalizován byl na standardním lůžkovém oddělení chirurgie. Hospitalizace trvala měsíc. Dále byl přeložen na následná lůžka rehabilitační péče, kde strávil 8 dní. Respondent si nepřeje zmiňovat nemocnici, kde byl hospitalizován.

Rozhovor byl uskutečněn 14. 3. 2014 v místě bydliště pacienta. Na čase a místě jsme byli předem domluveni po telefonické domluvě. Rozhovoru se účastnila i manželka respondenta, která do našich slov vůbec nezasahovala. Klient občas zacházel moc do detailů, byl hodně komunikativní, odpovídal rozsáhlými větami a odbíhal od tématu. Proto bylo občas nutné znovu nasměrovat komunikaci správným směrem. S respondentem se dobře komunikovalo a spolupracovalo.

Osobní anamnéza

Prodělal běžné dětské nemoci. V roce 1956 operace slepého střeva. V roce 1998 měl zlomeninu pravého zápěstí. Má časté bolesti zad v oblasti beder a krční páteře. Docházel na rehabilitace, které nepomohly. V roce 2000 diagnostikována hypertenze. Denně užívá léky na tlak 1-0-0, na název léku si nevzpomíná. V roce 2011 provedena amputace v oblasti bérce na LDK. Kouřil do svých 50 let. Nyní nekuřák. Alkohol příležitostně. Káva jedenkrát denně. Alergie na pyly, roztoče, jód. Ve volném čase se rád stará o svého psa, chodí na procházky a pečuje o zahrádku.

Rodinná anamnéza

Otec zemřel ve věku 82 let na CMP, matka zemřela ve věku 78 let přirozenou smrtí. Bratr (60) léčen pro hypertenzi, hyperlipidémii. Tři děti. Jedna dcera se léčená pro vysoký tlak. Ostatní dvě děti zdravé.

Sociální anamnéza

Ženatý, důchodce. Žije s manželkou v rodinném domě. Vystudoval učební obor frézař, ale později pracoval i jako řidič náklad'áku. Dnes je sice v důchodu, ale občas

vypomáhá synovi v práci a jezdí s nákladákem. Manželka je v důchodu a pečuje o domácnost.

1. Jaká byla příčina amputace?

„Řekli mi, že se mi špatně prokrvuje noha, že mi jí uříznou. A tak se i stalo.“

2. Mohl byste popsat, co se přesně stalo, jak k situaci došlo?

„To bylo na začátku května 2011. Měl jsem problémy, že mi zarůstali nehty. Tak jsem jel na chirurgickou ambulanci, kde mi ty nehty prostříhly a ošetřili. Doktor říkal, ať přijdu za tejdén na kontrolu. Musel jsem přijít dřív. Syn mi musel odvézt. Já nemam rád nemocnice. Chodím k doktoru, až když mi opravdu něco je. Tohle se nedalo snést. Strašně mi bolela levá noha a cítil jsem v noze chlad. Dokonce jsem špatně chodil. Bylo mi fakt mizerně. Nejhorší na tom byly ty bolesti. Doktor mi vyšetřil a řekl, že se mi blbě prokrvuje noha a taky, že mam teplotu. Poslal mi do větší nemocnice, kde mi vyšetřili a hospitalizovali. Sestři, nezlobte se, ale nechci říkat, kde jsem byl hospitalizovanej. Když mi přijímali na oddělení, zase mi vyšetřoval doktor. Počkejte, kouknu se do papírů, co mi tam napsali. Do papírů napsal, že prsty jsou bez citu, bez prokrvení, že do třetiny bérce je končetina chladná, mírně oteklá a zarudlá. V tříse nejsou hmatné pulzace atd. Pak mi doktor na závěr řekl mou diagnózu. Počkejte, já to přečtu. Počínající sepse při gangréně LDK, při uzávěru pánevní tepny. Moc jsem nerozuměl tomu, co to má znamenat. Doktor řekl, že pánevní tepna je uzavřená a nemůže zásobit nohu, jak by měla. Navrhoval jediný řešení a to byla amputace. Měl jsem z toho docela šok, ale protože jsem měl velký bolesti a cítil jsem se mizerně, tak jsem s tím souhlasil. Udělali mi nějaký další předoperační vyšetření. Pak už mi vezli na sál. Operaci mi dělali v tej celkové anestezii, takže nic nevím.“

3. Byl jste před operací informován o amputaci a změnách, které by mohly nastat?

„Ne, jenom mi řekli, že mi přijde vyšetřit anesteziolog a že mi uříznou nohu. Bylo to strašně rychlý. Byl to šok.“

4. Jaké byly Vaše pocity po operaci?

„Byl jsem docela omámenej z tý anestezie. Měl jsem bolesti obou nohou. Myslela jsem si, že mi nohu neuřízli, že jí tam mam furt. Když jsem se s nohama snažil pohnout, moc to nešlo. Pak jsem znova usnul. Když jsem se pak znova probudil, opravdu jsem zjistil, že mi

nohu uřízli. Byl to divnej pocit, nemít jí. Sevřel se mi krk. Cítil jsem se hrozně. To si nikdo nedovede představit.“

5. Jak byste zhodnotil péči personálu během hospitalizace? Na stupnici jedna až pět.

Kdy jednička je jako nejlepší.

„Hodnotil bych celkově trojkou. Pomohli mi, s čím jsem potřeboval. Přinesli, odnesli, ustlali. Chovali se dobře. Ale s těma informacema to pokulhávalo.“

6. Informoval Vás někdo z ošetřujícího personálu o fantomových bolestech?

„Nikdo mi nic neřekl. Až jeden den, když byla vizita se tam někdo o fantomových bolestech zmínil. Prej, možná budete mít fantomový bolesti. Já věděl co to je, věděl jsem, že je mam. Sestry se občas na bolest ptaly. Bolesti jsem měl docela velký. Dávali mi po operaci třikrát denně nějaký injekce do zadku, po kterých ta bolest nachvíli ustoupila. Ale zezáčátku to bylo strašný. Čekal jsem, až sestra přijde a píchne mi injekci.“

7. Informoval Vás někdo, jak správně pečovat o pahýl?

„Nepamatuju se, že by někdo přišel a začal mi vysvětlovat co s pahýlem mam dělat. Každý den po operaci mi dělali převazy. Asi třetí den mi vyndali dren. Asi po čtrnácti dnech mi vyndali stehy. Furt říkali, musíte cvičit, musíte se hejbat. To jsem věděl taky, že jo! Občas mi něco řekl fyzioterapeut. Víc informací jsem dostal až na protetice, kde jsem zjistil, že některý věci jsem měl dělat už dávno předtim, třeba pomálu zatěžovat pahýl, otužovat ho a tak.“

8. Jakým způsobem jste byl informován?

„Jak jsem říkal, nějaký informace mi řekl fyzioterapeut. Ukazoval mi jak pahýl správně promasírovat. Taky mi jedna sestra říkala, abych pahýl občas poklepal rukou, ale proč, to jsem nevěděl.“

9. Byl kromě Vás edukován i někdo jiný? Například člen rodiny nebo blízký přítel.

„Ne, na chirurgii, co jsem ležel, vůbec. Pak jsem byl vlastně přeložen na tu rehabilitaci. Tam mi rodina pravidelně navštěvovala. Při jedné z návštěv jim fyzioterapeutka říkala, aby na mě, až se vrátím domů dohlíželi, když budu chodit o berlích. Ukazovala jim, jak bych správně měl berle používat. Jsem za to docela rád. S berlema jsem zezáčátku nebyl“

kamarád, takže manželka do mě furt hučela, ať ty hůlky dam k sobě a tak. To mi pomohlo, ale když už jsem se s holema skamarádil, už jsem je skoro nepotřeboval.“

10. Byly Vám podány informace o možnostech protetické péče a možnosti využití kompenzačních pomůcek?

„Doktor při vizitě povídal, že se za mnou bude stavět protetik, kterej mi řekne víc o protéze nohy. Jako kompenzační pomůcku jsem dostal od fyzioterapeuta francouzský hole a ještě jsem používal před holema takový to chodítko. S tím jsem se cítil trochu jistější než s holema. Na rehabilitaci, kde jsem ležel po tom, jsem využíval jen francouzský hole.“

11. Navštívil Vás během hospitalizace protetický pracovník?

„Ano, protetik za mnou byl celkem dvakrát.“

12. čem Vás protetik informoval?

„Když za mnou byl poprvé, koukl se na pahýl, promáčkal ho a řekl, že za mnou přijde ještě jednou a přinese mi nákou punčochu. To jsem byl docela zmatenej. Asi po tejdnu přišel jinej protetik, kterej mi donesl tu punčochu. Vybral mi správnou velikost. Řekl, ať punčochu necham na stolečku, aby si toho všimly sestřičky. Řekl mi, že bych tu punčochu měl nosit, aby se pahýl dobře ztvaroval. Ale jinak mi toho moc neřekl. Vzal si ode mě telefoní číslo, že až se prej pahýl úplně zahojí, pozvou si mi na protetiku, aby mi mohli vzít míry na vytvoření umělý nohy.“

13. Proběhla během hospitalizace rehabilitace?

„Ano, proběhla. Hned den po operaci za mnou byl fyzioterapeut, ale ten den jsem skoro nic nezvládl, byl jsem unavenej a měl jsem velký bolesti. Trochu jsem hejbal se zdravou nohou a zkoušel jsem se posazovat.“

14. Byl jste spokojen s rozsahem rehabilitace a edukace ze strany fyzioterapeuta?

„Docela to šlo. Naučili mi zase chodit. Ze začátku po operaci jsem se posazoval, pak jsem zkoušel stát u postele a pak jsem začal pomalu chodit. Každý den jsem upajdal delší vzdálenost. Bylo to vysilující. Báł jsem se, že spadnu. Byl jsem jak po deseti pivech. Neměl jsem rovnováhu. Fyzioterapeut mi ukazoval, jak správně pahýl polohovat. Chtěl, abych mu pak ukázal cviky na protahování, které mi den předem naučil. Zkoušel mi, jestli to dělám

dobře. Říkal, že to je pro mě důležité, abych tyhle cviky dělal během dne, aby nedošlo ke zkrácení a pak šla dobře nasadit protéza a dobře jsem se na ní pohyboval.“

15. Byl jste dostatečně připraven pečovat o pahýl v domácích podmínkách?

„Když mi po měsíci z chirurgie přeložili na rehabilitační lůžka, musel jsem se o pahýl začít starat sám. Ze začátku jsem ale vůbec nevěděl co mam dělat. Všecko dělali předtim sestry a já najednou nevěděl, jak mam zavázat pahýl tim fáčem. Pak jsem si vzpomněl, že mam od protetika tu punčochu. Kdybych se nezeptal, nikdo by mi neřekl co s ní mam dělat, jak dlouho jí mam mít a jak jí nasazovat. Ten protetik co za mnou byl řekl, že bych jí měl nosit, ať jí necham na stolečku. Ale sestry to furt vázaly tim obinadlem. Nevim proč no. Každěj den jsem si nasazoval punčochu, každěj den jsem nohu omýval a kontroloval, jestli na ní nejsou nějaký ranky. Hned poprvé jsem nohu umyl mejdlem a udělala se mi strašná vyrážka. To byla chyba. Pak mi někdo řekl, že parfémovaný mejdla nesmim vůbec používat. Takže když se to tak veme, připravenej jsem nebyl. Když jsem se vrátil domů, hodně mi řekl ten muj kamarád, co má amputaci na obou nohou. Od tý doby každěj den otužuju pahýl sprchou, mažu si ho nesoleným vepřovým sádlem. To pahýlek krásně promastí a cítim, že je kůže dobře promaštěná.“

16. Byla Vám nabídnuta možnost využití psychologické péče v průběhu hospitalizace?

„Ne, nikdo mi nic nenabídnul.“

17. Chtěl byste si s někým o Vašem problému popovídat?

„No teďka už ne, ale třeba když jsem byl po operaci, cítil jsem se špatně. V tu chvíli bych možná nějaký dobrý pomocný slova ocenil.“

18. Informoval Vás někdo při propuštění na koho se obrátit v případě komplikací nebo nějakých dotazů?

„Sestra mi při propuštění řekla, že kdybych měl nějaký potíže s pahýlem, abych se dostavil na ambulanci. Když jsem dostal protézu na protetice, tam mi řekli, že kdybych měl nějaký dotazy, nebo kdyby protéza neseseděla, ať zavolam, nebo rovnou přijdu. Jinak mam chodit každých půl roku na kontrolu, aby zjistili, jestli protéza dobře sedí.“

19. Byl jste spokojen s rozsahem edukace v nemocnici?

„Moc informací jsem nedostal. Řekl bych, že mají zdravotníci o tomhle problému málo znalostí, nebo to tak na mě aspoň působilo. Určitě bych od někoho chtěl slyšet víc. Dneska jsou ty internety, ale to už pro mě není. Nebo kdybych si to mohl aspoň někde přečíst. Takhle jsem od někoho slyšel něco a to ještě z půlky. Na protetice, tam už je to jiný kafe. Myslím, že v nemocnici na tom s informacemi nejlíp byli fyzioterapeuti. Ty mi naučili chodit na holích, ukázali mi, jak pahýl polohovat a jak protahovat nohu. Kdybych od začátku věděl, co mi čeká, a věděl, co pořádně s pahýlem dělat, určitě bych se cítil klidnější. Takhle jsem pomálu nevěděl, co bude. Když bych to mohl porovnat s péčí na protetickém pracovišti, je to jako nebe a dudy. Na protetice mi všechno krásně srozumitelně vysvětlili.“

20. Jakým způsobem ovlivnila amputace Váš život?

„Ovlivnila ho hodně. Než mi amputovali nohu, pomáhal jsem synovi v práci. Jezdil jsem s nákladákem. Do auta člověk nějak nalezne, ale do nákladáku asi těžko. Je to moc vysoko. Takže teďka už nemůžu pomáhat synovi. Přestal jsem řídit i auto, bojím se. Mam psa, vlčáka. Dřív jsem s nim chodil na procházky. Ale teďka s nim můžu leda tak na zahradu, protože moc daleko s protézou neujdu a jelikož ten drobeček váží okolo padesáti kilo, když zatáhne za vodítko letím s ním. To vám musím říct. Když jsem s nim šel poprvé na procházku, od té doby co jsem přišel o nohu, říkal jsem si, že to pujde. V tom ale Bárny uviděl nějakou kočku a rozběhl se směrem k ní. Já samozřejmě ze zvyku nepouštím vodítko. Bárnyho jsem neudržel, neudržel jsem se ani já a zalehl jsem na asfaltku. Ležel jsem jako spadlá švestka ze stromu. Od té doby se bojím a se psem na procházky chodí jenom manželka. Koukam víc na televizi, čtu noviny a knížky. Dřív jsem hodně pracoval na zahrádce, ale dneska už nemám tolika elánu a síly. Poznal jsem ty pravé přátele. Hodně mi podporovali. Naši sousedi se s náma přestali úplně bavit, to jsem vůbec nepochopil.“

21. Kdo Vám byl v této těžké životní situaci oporou?

„Nejvíce rodina. Manželka mi moc pomáhala. Každý den za mnou chodila na návštěvy do nemocnice. To byla má velká psychická podpora. Bez ní bych to asi nezvládl. Taky moje děti. Ty mi taky moc podpořili, hlavně když jsem se vrátil domů. Pak taky pár kamarádů. Byl jsem rád, když jsem si mohl pokecat s kamarádem, co nemá ani jednu nohu. Přišel o ně

kvůli cukrovce. Když jsem viděl, jak umí žít bez nohou, říkal jsem si, proč by to nemělo jít mně.“

22. Jak se u Vás projevuje fantomová bolest?

„Musím říct, že co mi nohu uřízli, se bolesti trochu zmírnily. Mam je každý den. Nejčastěji večer, když v klidu ležím. Je to taková zvláštní bolest. Taková svíralá. Bolí mi to v okolí pahýlu, ale někdy cítím, jak mi brní a svědí palec u nohou. Nic na to nepomáhá. Prostě to chvíli trvá a po chvíli to zase přejde. Dá se s tím žít. Ale kdyby bolest nebyla, bylo by to lepší. Četl jsem hodně rad, jak se bolesti zbavit, ale nikdy mi nic nepomohlo. Zkoušel jsem zrcadlovou terapii, kterou mi doporučil doktor z protetiky. Výsledek byl nulovej.“

23. Znáte nějaké občanské sdružení, které se týká této problematiky?

„Nic takového neznam. Ani mi to nezajímá.“

Poznámka výzkumníka:

Muž, na pohled introvertní typ. Ve skutečnosti, po navázání pár slov důvěry extrovert. Realista. Během rozhovoru občas zacházel příliš do detailů. Je vidět, že si rád povídá a vypráví. Při některých otázkách byl skleslý. Myslím, že ve svém nitru má strach a obavy. Během setkání jsem poznala, že i přes tento problém, který ho potkal, je to velmi statečný člověk. Se ztrátou končetiny se stále srovnává.

14 DISKUZE

Podstatou výzkumného šetření bylo zjistit, jestli je úroveň edukace u pacientů po amputaci dolní končetiny dostatečná. Pro každého nemocného je edukace nesmírně důležitá. Dříve byla edukace považována za nepodstatnou součást léčebného režimu, ale v dnešní době je na ni kladen velký důraz. Edukace probíhá nejen při přijetí nemocného, během jeho hospitalizace, ale i před propuštěním do domácího prostředí. Po správně provedené edukaci by měl mít pacient dostatek informací, větší motivaci a celkový proces začlenění zpět do běžného života by měl být snadnější.

Výzkum probíhal od ledna do března roku 2014. K výzkumu jsem použila kvalitativní průzkum formou polostandardizovaného rozhovoru. Kvalitativní výzkum jsem zvolila hlavně z toho důvodu, že jsem chtěla prostoupit hlouběji do této problematiky. Celkem jsem prováděla rozhovor u čtyř, záměrně vybraných respondentů, kterým jsme položila otázky, na které odpovídali. Výzkumný vzorek tedy tvořili tři muži a jedna žena. Na rozhovorech jsem byla s respondenty předem telefonicky domluvena. Ve třech případech rozhovory probíhaly v místě bydliště, poslední rozhovor byl uskutečněn v kavárně. Před začátkem každého rozhovoru jsem vždy respondenta seznámila s názvem bakalářské práce a jejími cíli. Každý respondent byl následně požádán o podepsání informovaného souhlasu s nahráváním, kde respondenta ujišťuji, že získané informace budou využity k vypracování bakalářské práce, bude zachována jeho anonymita a o možnosti odstoupit od rozhovoru kdykoli v jeho průběhu. Při sběru informací jsem se soustředila i na emoce, které vyplývaly z rozhovoru respondentů. Získaná data jsem posléze analyzovala.

Respondent A je muž, 29 let, který podstoupil traumatickou amputaci v bérce. Důvodem byl úraz na motorce. Hospitalizace trvala měsíc. Muž je aktivní, má hodně zálib, po zákroku se rychle naučil chodit na protéze. S protézou dělá úplně všechno, žije naplno. Se ztrátou končetiny se vyrovnal. **Respondent B** je muž, 37 let, kterému byla provedena traumatická amputace ve stehně. Zde byl hlavní důvod amputace těžká autonehoda. Hospitalizace trvala 2 měsíce. Muž je aktivní, proces začlenění zpět do života byl také rychlý, respondent protézu užívá denně a v ničem ho neomezuje. Život bere, jaký je a užívá si ho plnými doušky. Se ztrátou končetiny se vyrovnal. **Respondent C** je žena, 70 let, která podstoupila amputaci ve stehně z důvodu diabetické gangrény. S DM se léčí od roku 1994, kompenzována na inzulinoterapii. Hospitalizace trvala 3 měsíce, z toho

2 měsíce na oddělení chirurgie, 1 měsíc na oddělení následné rehabilitace. Žena je negativistická, s protézou se nesžila. K pohybu používá raději vozík nebo francouzské hole. Respondentka se na rozdíl od předchozích dvou respondentů se ztrátou končetiny nevyrovnala. **Respondent D** je muž, 69 let, kdy příčinou amputace v bérce byl počínající septický stav s gangrénou při uzávěru pánevní tepny. Hospitalizace trvala měsíc, dále byl přeložen na 8 dní na lůžka následné rehabilitace. Proces začlenění probíhal pomaleji, ale bez větších problémů. K pohybu používá protézu, ale pohyb se od doby amputace výrazně omezil. Respondent neujde takové vzdálenosti, jako dříve, jeho chůze není stabilní. Je vidět, že má obavy a strach. Se ztrátou končetiny se stále vyrovnává.

Hlavním cílem bylo zjistit, jestli je edukace u pacienta po amputaci dolní končetiny dostatečná. Na základě hlavního cíle a této složité problematiky jsem si stanovila dílčí cíle, a to specifikovat, v jakých oblastech a do jaké míry edukace probíhá, jakým způsobem a kým je prováděna. Dále jsem si stanovila dvě výzkumné otázky, které se vztahují k předešlým dílčím cílům **První výzkumná otázka**, kterou jsem si stanovila zní: Byl pro pacienty rozsah edukace dostatečný? Dle odpovědí na jednotlivé otázky bylo zjištěno, že všichni čtyři respondenti se shodli na tom, že jim byly předány informace jen velmi obecným způsobem. Nejvíce informací dostali až na protetickém pracovišti ohledně vybavení protézou. **Druhá výzkumná otázka**: Kdo pacienty edukoval a jak? Všichni čtyři respondenti uvedli, že nejvíce informací dostali od protetického pracovníka, hned za ním byl jmenován fyzioterapeut. Když už edukace probíhala ze strany sestry, tak opravdu velmi rychle, v omezené míře a pouze slovně.

Hned po úvodním seznámení s respondenty byla poskytnuta možnost více se rozhovořit o jejich příběhu. Třem respondentům byla položena otázka, zda byli před amputací informováni o změnách, které by mohly v souvislosti se zákrokem nastat. **Respondenti C, D** nebyli žádným způsobem o změnách informováni. **Respondent A** uvedl, že si informace vyhledával sám. Dále jsem respondenty v jedné z otázek nechala zhodnotit celkovou péči v období hospitalizace. K zhodnocení využili stupnici od 1 do 5, kdy 1 je jako nejlepší. **Respondenti A a B** se totožně shodli na čísle 2, **respondentka C** hodnotila číslem 4, byla velice nespokojena. **Respondent D** ohodnotil péči číslem 3. O tom, zda byly respondentům podány informace o fantomových bolestech, jsem se dozvěděla od **respondenta A**, že pouze v obecné rovině a u ostatních respondentů informace nebyly předány vůbec. Na otázku informoval Vás někdo, jak správně pečovat

o pahýl **respondent A** odpověděl: „*Ani moc ne. Mělo by se učit, jak pečovat o pahýl, jak ho bandážovat, aby neotejkal. Musel jsem se to naučit sám. Něco jsem odkoukal od sester při převazech. Vysloveně edukace jako: tady to chyťte, zavažte do konusu, ta neprobíhala.*“ S touto odpovědí se velice podobně ztotožňoval i **respondent B**. **Respondetka C** uvádí, že informace, co se týká péče o pahýl, jí poskytovala její dcera, která pracuje ve zdravotnictví. **Respondent D** se zmínil, že většinu informací mu poskytli až na protetickém pracovišti. Ani v jednom případě do procesu edukace nebyla zapojena rodina. Rodina u **respondenta D** byla informována až na oddělení následné rehabilitace, a to pouze o tom, jak správně chodit o berlích. **Respondent A** uvedl, že informace o možnostech protetické péče a kompenzačních pomůcek mu byla podána až na protetickém pracovišti. Jako kompenzační pomůcku dostal k dispozici francouzské hole. **Respondent B** uvedl, že věděl od lékaře, že mu na protetice vyrobí umělou končetinu, ale více informací nedostal. Jako kompenzační pomůcky využíval vozík, chodítko a francouzské hole. **Respondenti C a D** na tom byli s informacemi obdobně. Oběma bylo sděleno, že je navštíví protetický pracovník, který jim podá náležitě informace. K pohybu jim fyzioterapeut poskytl vozík, chodítko a hole. **Respondenti A a B** v nemocnici protetický pracovník nenavštívil, oproti dalším dvěma respondentům, za kterými protetik během hospitalizace byl. **Respondentka C** byla s informacemi od protetického pracovníka spokojena oproti **respondentovi D**, kterému nebyly předány ucelené informace, respondent se cítil zmateně a nevěděl, co ho bude následovat. U všech respondentů během hospitalizace proběhla rehabilitace. Shodují se v tom, že je fyzioterapeuti rozhýbali, naučili, jak správně s holemi manipulovat, avšak **respondent A** uvedl, že fyzioterapie není na dostatečné úrovni a končí tím, že člověka naučí, jak správně na berlích stát a udělat pár kroků. **Respondentka C** uvedla, že byla připravena na péči o pahýl v domácím prostředí, ale je důležité zmínit, že to nebylo díky edukaci od ošetřujícího personálu, ale díky její dceři, která jí veškeré informace musela podat. Zbývající respondenti se ztotožňují v tom, že se péči o pahýl naučili sami, odkoukali, jak pečovat o pahýl od sester. **Respondent A** uvedl, že při propuštění dostal informace o tom, kdy chodit na převazy, na případné dotazy se ptal přímo ošetřující lékařky. Ostatní respondenti se shodli na tom, že jim bylo sděleno, že v případě komplikací se mají dostavit na chirurgickou ambulanci nebo zavolat. Na otázku, jestli respondenti byli spokojeni s rozsahem edukace, v nemocnici odpovídali podobně. **Respondetka C** tvrdí, že s edukací spokojena nebyla, „*Kdyby nebylo mé dcery, nevím, jak bych to zvládla*“ uvedla, **Respondent D** tvrdí, že moc informací nedostal a ocenil by větší

zasvěcení do této problematiky. Myslí si, že zdravotníci o tomto problému mají nedostatek informací, **Respondent A a B** se shodují v tom, že by bylo vhodné podávat více informací. Všichni se shodli na tom, že nejvíce poučení byli až na protetickém pracovišti. Některé odpovědi mě zaskočily, například respondentům nebyla nabídnuta psychologická péče, což mi přijde alarmující. **Respondenti A a B** se shodují, že psychologická péče nebyla zapotřebí, neboť se svou situací vyrovnali sami s podporou rodiny. Naopak **respondentka C** by tuto péči ocenila, protože po zákroku se necítila psychicky dobře a se ztrátou končetiny se nevyrovnala. Doslova říká: „*V tu chvíli jsem si nepřála nic jiného než umřít.*“ Při rozhovoru jsem jako pozorovatel intuitivně vycítila strach, obavy a lítost. Když jsem jí nabídla kontakt na psychologa, přijala ho. Zpětně jsem se informovala, zda využila možnosti si o tomto problému popovídat. S psychologem měla pár sezení a cítí se lépe. **Respondent D** odpověděl na tuto otázku: Chtěl byste si s někým o Vašem problému popovídat? „*No teďka už ne, ale třeba když jsem byl po operaci, cítil jsem se špatně. V tu chvíli bych možná nějaký dobrý pomocný slova ocenil.*“ Všichni čtyři respondenti se shodli na tom, že největší oporou v této situaci pro ně byla především rodina. Za zmínku ještě stojí to, že mladší **respondenti A a B** jsou oba členy občanského sdružení No foot, No stress. Oba se ve svých odpovědích zmiňují o tom, že sdružení je dobrá věc, kde se člověk hodně věcí dozví, přiučí a hlavně se setká s lidmi, kteří mají podobné problémy. **Respondenti C a D** nejsou členem žádného sdružení a ani o zapojení do podobné skupiny nemají zájem. Celkové zhodnocení je tedy takové, že edukace není prováděna dostatečným způsobem. Nejlépe jsou na tom s předáváním informací protetici na specializovaném pracovišti. V oblasti psychologické a v oblasti rodiny edukace nebyla provedena vůbec. Jak respondenti uvedli, míra edukace je na hodně obecné úrovni. Nezáleželo na druhu amputace, zda byla způsobena úrazem nebo cévními problémy. V obou případech nebyla edukace správně a dostatečně provedena.

Jako doporučení pro praxi jsem na závěr vytvořila návrh brožury pro pacienty po amputaci dolní končetiny. (viz. příloha č. 7), Vytvořena byla na základě získaných informací od respondentů během rozhovoru a z nastudované literatury. (viz. seznam použité literatury). Navržená brožura by mohla sloužit v nemocničních zařízeních jako průvodce a pomoc pacientům, kteří by z ní mohli čerpat základní informace o tomto problému přehlednou a srozumitelnou formou. Naleznou zde také informace o následné péči o pahýl, jak jej polohovat, otužovat a kde najít potřebné informace atd. Další možnost využití brožury je např. při studiu nelékařských zdravotnických oborů ve výuce předmětu

ošetřovatelství, zaměřené na obor chirurgie. Brožura by v žádném případě neměla nahrazovat všeobecnou sestru, fyzioterapeuta, protetického pracovníka, ani další členy ošetřovatelského týmu, který by se měl podílet na edukaci pacienta.

V praxi bývá edukace bohužel podceňována. To vede k situacím, kdy jsou pacientům informace předávány nedostatečně a chaoticky a není s nimi navázána zpětná vazba, zda pacient informacím dobře porozuměl, aby mohl nové poznatky aplikovat do praxe. Autorka Marcela Svěráková ve své knize Edukační činnost sestry z roku 2012 píše, že se prokázalo, že pokud je pacient informován o svém zdravotním stavu a je obeznámen s léčebným režimem na odpovídající úrovni, je mnohem větší pravděpodobnost, že léčba bude úspěšnější. Každý člověk je individualita a tak prožívání a postoj k této situaci je odlišný. Každá sestra by si měla uvědomit, že v tomto období je pro pacienta důležitou složkou k tomu, aby proces před a po výkonu probíhal, co možná nejefektivněji. Jejím úkolem je ulehčit nemocnému prožívání a orientaci v tomto těžkém období. Včasné zahájená rehabilitační a následná odborná protetická péče, může znamenat, že se v pacientově životě nebudou konat přílišné radikální změny. To je důležitý bod, který by si pacient měl uvědomit. Významným faktorem pro další seberealizaci je rodina a okolí, kteří by měli pacientovi pomoci v zapojení se zpět do běžného života.

Doporučovala bych nejen zlepšit ústní edukaci, ale také by měla být, dle mého názoru, zahrnuta názorná ukázka při činnostech v péči o pahýl. Velmi nápomocná je i možnost setkat se s někým, kdo také amputaci prodělal. Touto formou jim je předáno mnoho cenných informací, zkušeností a zlepší to celkový pohled na situaci. Pacienti jsou mnohem více motivováni, pokud vidí, že v tom nejsou sami a že i s tímto handicapem mohou žít plnohodnotný život.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na edukaci pacienta po amputaci na dolní končetině. Cílem bylo poukázat na důležitost edukace v péči o pacienta po tomto zákroku. Práce je členěna na část teoretickou a praktickou.

Teoretická část obsahuje osm kapitol a několik podkapitol. Popisují zde, co je to edukace, anatomii dolní končetiny, dále amputace a její příčiny, typy, indikace a případné komplikace. Pokračují ošetrovatelskou péčí, kapitolou týkající se bolesti, psychologickou podporou a rehabilitací. Jako poslední kapitolu jsem zvolila protetiku, která je důležitou součástí této problematiky.

V části praktické jsem analyzovala odpovědi na otázky polostandardizovaného rozhovoru, jehož prostřednictvím jsem realizovala kvalitativní průzkum. V průběhu každého rozhovoru jsem dle situace pokládala další otázky, které doplňovaly daný případ. Počet otázek se tedy u každého respondenta lišil.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou pacienti po amputaci dolní končetiny dostatečně edukováni. Hlavní cíl jsem doplnila třemi dílčími cíli. Zaměřovaly se na oblasti, ve kterých byla edukace provedena a do jaké míry, jakým způsobem a kým. V diskuzi jsem shrnula a porovnala odpovědi jednotlivých tázaných respondentů.

Amputace je problém velmi aktuální a v nemocnicích se s ním velice často setkáváme. Každý pacient je odlišný, proto je důležité přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Úkolem každého člověka, který amputaci prodělal je aktivní přístup a účast v péči o pahýl, rehabilitaci, protetice. Tento úkol chce značnou míru trpělivosti, jedná se totiž o zdoluhavý proces. Výsledkem je informovaný, spokojený a smířený pacient, který se plně zapojil zpět do běžného života a umí pečovat o zbylou část končetiny. Výsledkem šetření je fakt, že edukace neprobíhá tak, jak by měla a v určitých oblastech je nedostatečná, například v oblasti péči o pahýl. Pokud se jedná o míru, informace jsou předávány pouze obecně nebo vůbec. Edukace je nejčastěji prováděna protetickým pracovníkem nebo fyzioterapeutem. Život po amputaci dolní končetiny do života přináší mnoho nepříjemných potíží a komplikací. Práce mě obohatila o mnoho informací, zkušeností a také celkový pohledu na tuto problematiku. Díky osobnímu kontaktu s respondenty při rozhovorech a jejich příběhy jsem se utvrdila v tom, že nejdůležitější je pro život zdraví. Jsem moc ráda, že jsem měla možnost respondenty a jejich životní

příběhy poznat. To jim patří obdiv za to, jak situaci zvládli, jak se s touto náročnou životní situací dokázali vypořádat. Dle slov jednoho z respondentů je důležité neřešit věci, které nemůžeme změnit a užívat si života. Protože publikací, týkajících se amputace není mnoho, bylo by vhodné, kdyby byla vydána odborná literatura, která by se dopodrobna zabývala touto oblastí, hlavně samotné edukace.

Edukace je bezesporu velmi zásadní intervencí a sestra - edukátorka a další ošetřující personál by měl mít určité dovednosti a schopnosti, jak klienta v daném problému správně edukovat. Pro zkvalitnění ošetrovatelské péče je nutná dostatečná znalost v oblasti péče o pahýl, rehabilitace, možnostech protetiky a v neposlední řadě i v oblasti psychické. Proto si myslím, že by mělo dojít k rozšíření postgraduální výuky lékařů a především všeobecných sester a dalšího ošetřujícího personálu, který se s těmito pacienty setkává. Mělo by dojít k předání ucelených informací, co se týče předoperační a pooperační péče, péče o pahýl, vedení rehabilitační péče, technické možnosti protetické péče a v celkovém umění informovat pacienta. Při shromažďování a vyhodnocování dat jsem zjistila, že měli respondenti nedostatek informací v oblasti péče o pahýl. Proto by jim ze strany ošetřujícího personálu měl být předán dostatek informací. Dále jsem zjistila, že pouze jednomu ze čtyř respondentů bylo obecně vysvětleno, co to jsou fantomové bolesti, a to i přestože fantomovou bolestí trpí od zákroku každý z nich. Z mého výzkumného šetření vyplynulo, že ani jednomu z respondentů v této těžké situaci nebyla nabídnuta možnost psychologické péče. Ve zdravotnickém zařízení by měla být aktivně nabídnuta a měl by být k dispozici ústavní psycholog, který by pomohl pacientům překonat toto nelehké období.

Jako výstup pro praxi jsem zvolila vytvoření návrhu brožury pro pacienty po amputaci dolní končetiny. (viz. příloha č. 7) Brožuru jsem vytvářela na základě získaných informací z rozhovorů a z odborné literatury.

Tímto způsobem mohu informace dát na vědomí i dalším zdravotníkům a lidem, kteří se o tuto problematiku zajímají. Doufám, že práce bude užitečná nejen pacientům, ale bude sloužit například při výuce nelékařských zdravotnických pracovníků. V neposlední řadě doufám v to, že se edukace pacientů po amputaci posune na vyšší úroveň. Psaní bakalářské práce mě utvrdilo v tom, že edukace je nezbytnou a nedílnou součástí léčby každého pacienta, neboť jedině poučený a dostatečně informovaný pacient může být plnohodnotným účastníkem léčebného procesu.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BÁRTLOVÁ, Sylva, Petr SADÍLEK a Valérie TÓTHOVÁ. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-701-3416-X.
2. *Bolest: monografie algeziologie*. 2. vyd. Editor Richard Rokyta, Miloslav Kršiak, Jiří Kozák. Praha: Tigris, 2012, 747 s. ISBN 978-808-7323-021.
3. BRUNCLÍKOVÁ, Vlasta. *Edukace u klienta s aterosklerózou*. Plzeň, 2011. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Bc. Jaroslava Nováková.
4. DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005, 1273 s. ISBN 80-247-0550-8.
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 532 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
6. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy anatomie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2006, 271 s. ISBN 80-725-4886-7.
7. DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011, 330 s. ISBN 978-808-7419-069.
8. GALLO, Jiří. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 211 s. ISBN 978-802-4424-866.
9. HANZLOVÁ, Jitka a Jan HEMZA. *Základy anatomie pohybového ústrojí*. 2., dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 100 s. ISBN 978-802-1049-376.
10. HLINKOVÁ, Edita a Mária NEMČEKOVÁ. *Nové přístupy k systematickému posúdeniu v edukačnom procese*. In: *Ošetrovatel'stvo – telia, výskum a vzdelávanie*. 1. vyd. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta. 2007, s. 146 – 168. ISBN: 978-80-88866-43-5. Dostupné z: http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/Oset_Files/oset_martin_2007.pdf
11. JANÍČEK, Pavel. *Ortopedie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012, 112 s. ISBN 978-802-1059-719.
12. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124
13. JUŘENÍKOVÁ, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 77 s. ISBN 978-802-4721-712.

14. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.
15. KOŽÍKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o nemocného po amputaci dolní končetiny*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. KUBEROVÁ, Helena. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vyd. Překlad Dagmar Pilařová. Praha: Portál, 2010, 246 s. ISBN 978-807-3676-841.
18. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 175 s. Sestra. ISBN 978-802-4727-134.
19. *Lidské tělo: atlas*. 1. české vyd. Praha: Svojtka, 2011, 224 s. ISBN 978-80-256-0519-6.
20. NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Editor Lubomír Houdek. Praha: Karolinum, 2009, xi, 416 s. ISBN 978-802-4617-176.
21. NEJEDLÝ, Aleš. *Základy replantační chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003, 125 s., obr. ISBN 80-247-0315-7.
22. NEMCOVÁ, Jana a HLINKOVÁ, Edita. *Moderná edukácia v ošetrovatel'stve*. 1. vyd. Martin:Osveta, 2010, 260 s. ISBN 978-80-8063-321-9.
23. NO FOOT, NO STRESS [online]. 2012, [cit. 2014-13-2]. Dostupné z:
http://nofoot.cz/?page_id=33
24. POSPÍŠILOVÁ, Blanka a Olga PROCHÁZKOVÁ. *Anatomie pro bakaláře I: obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, 155 s. ISBN 978-80-7372-675-1.
25. PŮLPÁN, Rudolf. *Základy protetiky*. 1. vyd. Praha: Epimedia, 2011, 99 s. ISBN 978-80-260-0027-3.
26. SMUTNÝ, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vyd. Překlad Sylva Homolová. Brno: MS ortoprotetika, 2013, 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7.
27. SVĚŘÁKOVÁ, Marcela. *Edukační činnost sestry: úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, 63 s. ISBN 978-807-2628-452.
28. VYHNÁNEK, František. *Chirurgie 3: pro střední zdravotnické školy*. 2. přepr. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 135 s. ISBN 80-733-3009-1.

SEZNAM POUŽITÝCH PŘÍLOH

Příloha č. 1 Kosterní systém dolní končetiny

Příloha č. 2 Základní rozdělení oblastí protéz dolních končetin

Příloha č. 3 Typy protéz

Příloha č. 4 Škála měření soběstačnosti - Barthelův test

Příloha č. 5 Záznam hodnocení bolesti

Příloha č. 6 Hodnocení rizika pádu

Příloha č. 7 Brožura pro pacienty po amputaci dolní končetiny

Příloha č. 8 Nevhodné tvary pahýlů

Příloha č. 9 Souhlas s nahráváním rozhovoru

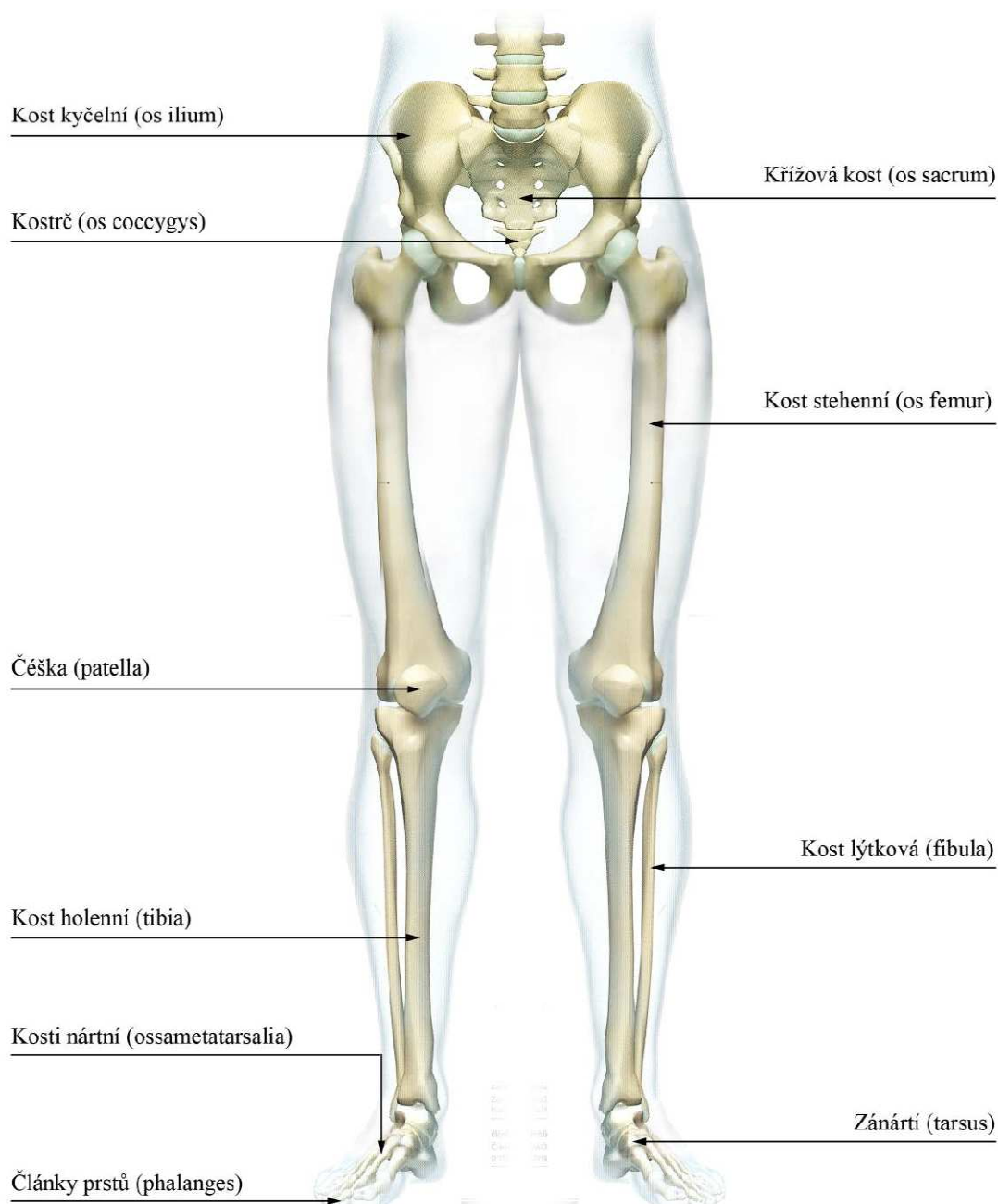
Příloha č. 10 Kritéria propuštění do domácího ošetřování

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
ATB	Antibiotika
CMP	Cévní mozková příhoda
CT	Počítačová tomografie
CVK	Centrální venózní katétr
DM	Diabetes mellitus
EKG	Elektrokardiografie
FF	Fyziologické funkce
FNL	Fakultní nemocnice Lochotín
IM	Infarkt myokardu
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDK	Levá dolní končetina
MR	Magnetická rezonance
NFNS	No foot, No stress
OS	Dieta čajová
PAD	Perorální antidiabetika
PDK	Pravá dolní končetina
PMK	Permanентní močový katétr
PVK	Permanентní venózní katétr
Tj.	To jest
Tzv.	Takzvaně

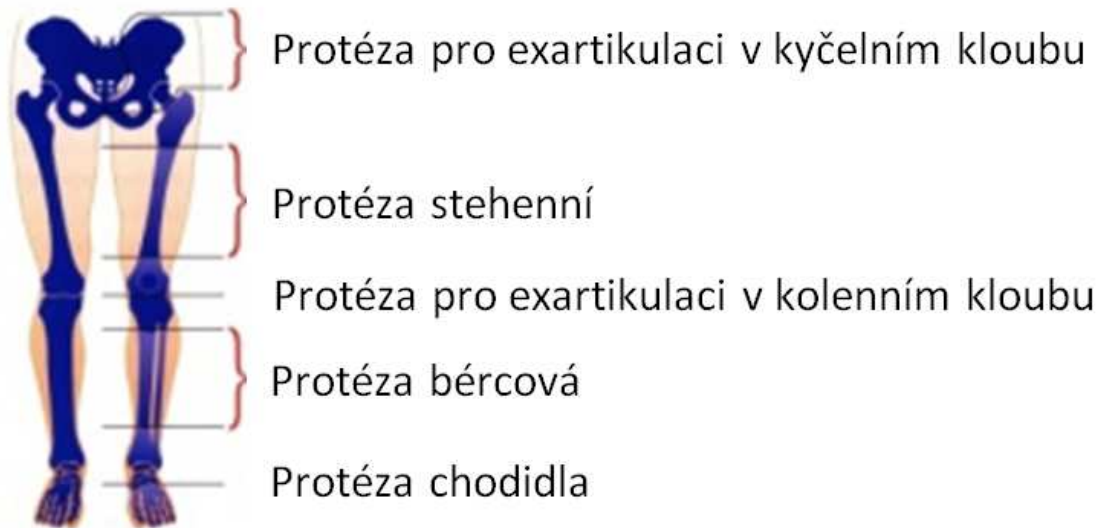
SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1: KOSTERNÍ SYSTÉM DOLNÍ KONČETINY



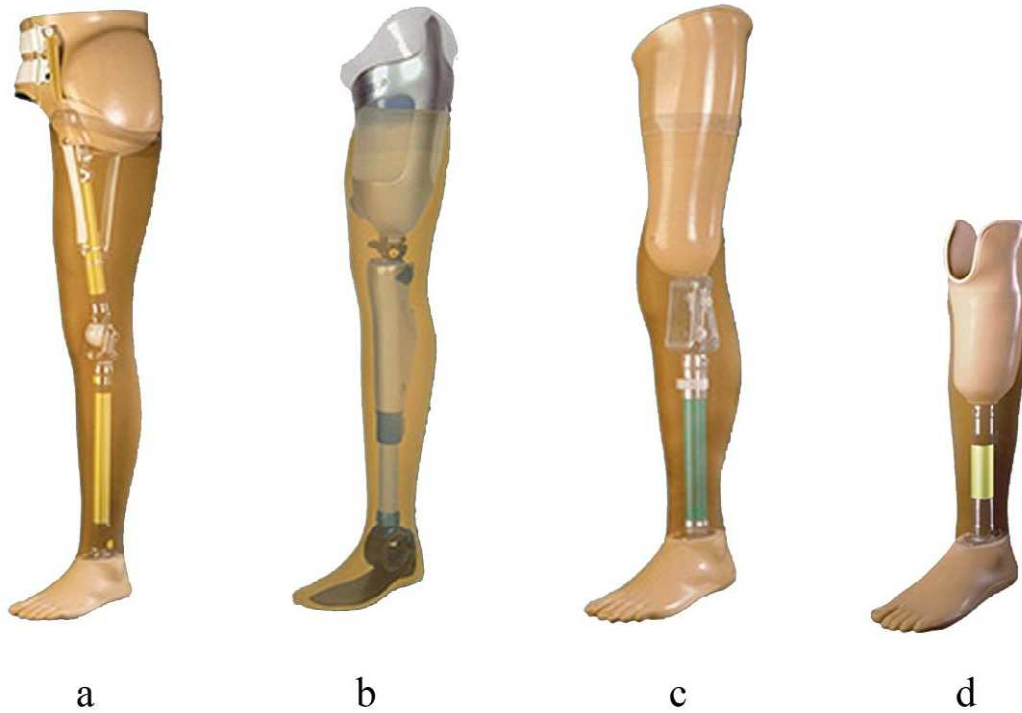
Zdroj: KOŽÍKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o nemocného po amputaci dolní končetiny*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava

Příloha č. 2: Základní rozdělení oblastí protéz dolních končetin



Zdroj: KOŽÍKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o nemocného po amputaci dolní končetiny*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.

Příloha č. 3: Typy protéz



- a - Protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu**
- b - Protéza stehenní**
- c - Protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu**
- d - Protéza pro amputaci v bérce a níže**

Zdroj: KOŽÍKOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče o nemocného po amputaci dolní končetiny*. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jaroslava Nováková.

Příloha č. 4: Škála měření soběstačnosti - Barthelův test

Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
Najedení napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
Přesun lůžko - židle	Samostatně bez pomoci	15
	S malou pomocí	10
	Vydrží sedět	5
	Neprovede	0
Chůze po rovině	Samostatně nad 50 m	15
	S pomocí 50 m	10
	Na vozíku 50 m	5
	Neprovede	0
Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

0 - 40	vysoce závislý
45 - 60	závislost středního stupně
65 - 95	lehká závislost
100 bodů	Nezávislý

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče.* [online]. MultiMedia software, ©2012 [cit. 23. 3. 2014]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>

Příloha č. 5: Záznam hodnocení bolesti

Denní záznam bolesti podle Melzacka

NÁVOD: Zaznamenejte intenzitu bolesti číslem v příslušné kolonce

Uveďte počet hodin spánku a počet tablet, které jste užili na tišení bolesti.

	Ráno	Poledne	Večer	Noc	Léky	Spánek
Pondělí						
Úterý						
Středa						
Čtvrtek						
Pátek						
Sobota						
Neděle						

0 - žádná

1 - mírná

2 - nepříjemná

3 - intenzivní

4 - krutá

5 - nesnesitelná

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. MultiMedia software, ©2012 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5829.pdf>

Záznam hodnocení bolesti

DATUM					
ANALGETIKA					
TOPOLOGIE Kde to bolí? Propagace bolesti (zakreslí šipkou)					
INTENZITA Jak moc to bolí? (označ číslicí na stupnici, např. 7)	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest	nejvýše možná bolest 10 ↑ 5 ↓ 1 žádná bolest
KVALITA Jak to bolí? (pulzující, řezavá, tupá, pálivá, apod.)					
ČAS Kdy to bolí?					
OVLIVNITELNOST Co zmírňuje bolest? Co zesiluje bolest?					
REAKCE NEMOCÉHO NA BOLEST					
PODPIS SESTRY					

Zdroj: VOŠ ZDRAVOTNICKÁ A STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA HRADEC KRÁLOVÉ. *Multimediální trenážér plánování ošetrovatelské péče*. [online]. MultiMedia software, ©2012 [cit. 2014-03-23]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/media/p5838.pdf>

Příloha č. 6: Hodnocení rizika pádu

Pohyb	0	Neomezený
	2	používá pomůcky
	1	potřebuje pomoc k pohybu
	1	neschopen přesunu
Vyprazdňování	0	nevyžaduje pomoc
	1	nykturie / inkontinence
	1	vyžaduje pomoc
Medikace	0	neužívá rizikové léky
	1	Užívá následující léky: diuretika, antiepileptika, antiparkinsonika, antihypertenziva, psychotropní látky, benzodiazepiny
Smyslové poruchy	0	Žádné
	1	vizuální, smyslový deficit
Mentální status	0	Orientován
	1	občasná noční dezorientace
	1	dřívější dezorientace / demence
Věk	0	18 až 75 let
	1	nad 75 let
Pád v anamnéze	1	Ano

Zdroj: KOUKALOVÁ, S. *Hodnocení rizika pádu*. In:[online]. 2006. [cit. 2014-03-22].
Dostupné z: http://vnl.xf.cz/ose/ose-riziko_padu.php

Příloha č. 7: Brožura pro pacienty po amputaci dolní končetiny

Brožura pro pacienty po amputaci dolní končetiny

Amputace... Co dál? Aneb, co můžete udělat Vy

Amputace - odstranění periferní části těla, kdy důvodem může být trauma (úraz) nebo jiné onemocnění organismu, vzniklé následky lze upravit protézou, snahou je co nejrychlejší zahojení pahýlu

Druhy amputací

- Nízká (10 - 15 cm pod kolenem)
- Střední (rozhraní 1/3 stehna)
- Vysoká (odstranění v kyčelním kloubu - exartikulace)

Po operaci je důležitá správná péče o amputovanou končetinu-pahýl, který zahrnuje: správné bandážování a polohování pahýlu, jeho otužování, pravidelné cvičení, péče o jizvu (promazávání)

Rehabilitace - cvičit se začíná co nejdříve kvůli včasné mobilizaci, pokud to celkový stav dovolí, zpravidla již 2. den po operaci za pomoci odborného fyzioterapeuta

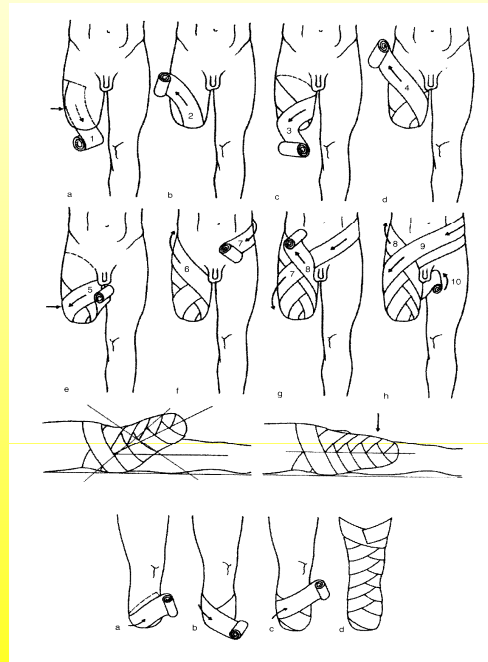
- Rehabilitace zdravé i postižené končetiny
- Postupně se zkouší posazování na lůžku, stoj u lůžka, nácvik udržení rovnováhy s oporou berlí, vstávání ze židle, lůžka s pomocí berlí a nácvik chůze s berlemi
- Posilování horních končetin (přitahování na hrazdě v nemocniční posteli, pomocí činek do 0,5 kg)
- Vzepření na horních končetinách na vozíku nebo židli
- Posílení hýžďového svalstva ("laicky" řečeno - nutno přitahovat pŕlky hýždí k sobě)
- Rehabilitace celého těla (kondiční cviky)
- Při rehabilitaci pozor na pády (suché podlahy, dosah pomůcek)
- Přikládání protézy provádí protetický pracovník

Správná bandáž pahýlu

- K bandáži se používají dostatečně široká elastická obinadla (10 - 14 cm), někdy se používají kompresivní elastické návleky, které pahýl tvarují do správného tvaru
- Obvaz vždy suchý, pružný a čistý
- Přiložení je pevné s rovnoměrně působícím tlakem, nesklouzává
- Použití klasové otočky (ne kruhové - omezení proudění krve)
- Větší tlak je vyvinut na konci pahýlu (kónický tvar)
- Končetina při bandáži nepulzuje, nebolí

- Přiložení bandáže po celých 24 hodin, výjimkou je amputace s cévní příčinou (bandáž provádíme 3x denně, střídáme s další péčí o pahýl)
- Bandáž se provádí až nad zachovalý kloub končetiny (u amputace v bérce nad kolenní kloub, u amputace ve stehně bandážujeme přes pás)
- Špatný tvar pahýlu znemožňuje přiložení protézy

Ukázka, jak správně bandážovat



Možné komplikace spojené s amputací

- Otok pahýlu a jeho bolestivost
- Mechanická závada na pahýlu
- Psychické změny a problémy (vyhledat pomoc psychologa)
- Fantomové obtíže - normální stav po amputaci, pocit přítomnosti končetiny
- Porucha kožní integrity - kožní defekty, otlaky, proleženiny, oslabení pahýlu
- Při podráždění kůže: navštivte lékaře, nechte protézu zkontrolovat protetikem, nepoužívejte ji

Otužování pahýlu, masáže a další péče o pahýl

- Vhodné je střídání koupelí v teplé a studené vodě
- Poklepová masáž prsty, dlaní, pěstí přes obvaz nebo pomocí různých pomůcek
- Postupné zatížení pahýlu (po zhojení měkkých tkání) ve stoji dle Vaší tolerance (ne přes bolest)
- Klasická masáž
- Jako masážní prostředek můžete použít (tělové mléko Menalinda profesional, krém Nivea, Indulona atd.), pokud možno nedráždivé
- Natírání pahýlu a jizvy lanolinovou masťou nebo vepřovým sádlem, vše po dohodě s lékařem
- Ošetřování kůže - větrat, pravidelně omývat vodou a mýdlem, pravidelná kontrola kůže, aktivizace, dieta
- Okolí pahýlu vždy dobře prokrvené a teplé

Správné polohování/cvičení pahýlu - Cílem je zabránit kontrakturám (zkrácení) v kolenním a kyčelním kloubu (posilování pahýlu do natažení v kolenním a kyčelním kloubu)

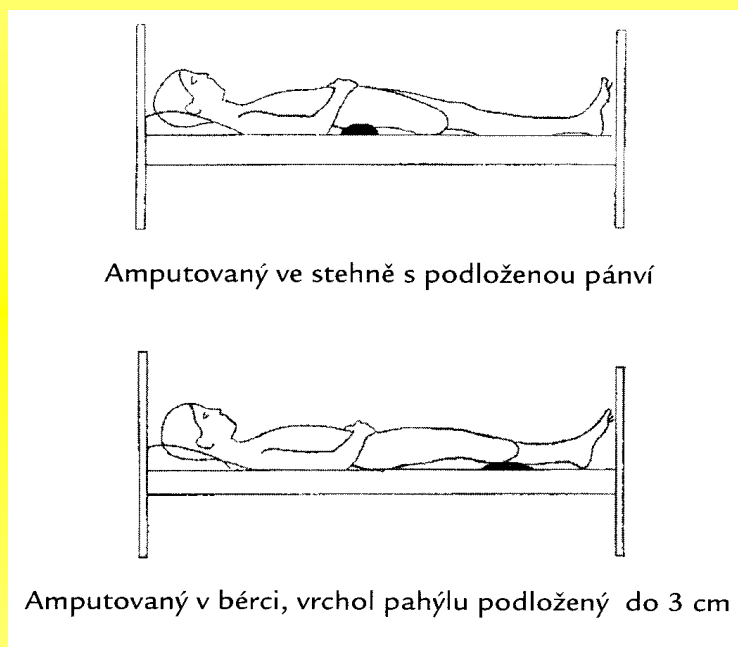
Polohy pahýlu

Vleže na zádech

- U bércevé amputace nízké podložení konce pahýlu
- U stehenní amputace s podloženou pánví
- Protahování kolenního kloubu do extenze (natažení)

Vleže na břiše

- Horní polovina trupu v horizontále - stehenní pahýl podkládáme do zanožení



Špatné polohy a návyky

- Neležet s pahýlem v ohnutí
- Nenechávat pahýl viset přes okraj postele
- Nepodkládat páteř polštářem
- Nedávat polštář mezi stehna
- Nepodkládat kyčel nebo koleno polštářem
- Neseďet s pahýlem na vozíku v ohnutí
- Neseďet s překříženýma nohama

Cvičení pahýlu - cviky ukáže a vysvětlí fyzioterapeut

Vleže na zádech

- Pahýl tlačte do podložky, vydržte 10 vteřin
- Opřete pahýl z vnější a následně i z vnitřní plochy o pevnou oporu (např. ruka rodinného příslušníka nebo fyzioterapeuta) a tlačte pahýl proti odporu, počet cviků postupně navyšujte
- Dejte polštář nebo balon mezi dolní končetiny do úrovně střední části pahýlu a tlačte pahýl proti odporu dovnitř

Vleže na břicho

- Pahýl tlačte do podložky
- Zanožujte pahýl i proti odporu (ruka rodinného příslušníka, pytel s pískem), nesmí se zvedat pánev

Další pomůcky, které usnadňují péči o pahýl

- Kartáčování a poklepávání pomocí jemného kartáčku
- Míček (masáž míčkem)
- Suchá žínka nebo houba na otírání pahýlu
- Akupresurní pomůcky (akupresurní ježek)
- Zatlačování pahýlu do lůžka či židle
- Cílené odtlačování předmětů pahýlem (např. míč)
- Pahýlové návleky - užívají se jako ochrana pahýlu při přiložení protézy

Protetika - obor, který se zabývá náhradou ztracené končetiny, včetně její funkce

- K protézování se přistupuje až po úplném zahojení pahýlu (obvykle 6 - 8. týden po amputaci, neurčí-li lékař jinak), kdy je zvládnuta chůze o berlích a fyzický stav tomu náležitě odpovídá
- Nejdříve se přikládá protéza DOČASNÁ a pak TRVALÁ
- Zpočátku se učí správný postup při nasazení protézy, následně se učí správný stoj, chůze s pomocí berlí, chůze bez berlí
- Při stoji provádějte balanční cviky, nácvik udržení rovnováhy
- Pomocí protézy pacient získá původní soběstačnost

Zpět do života

- Pomoc a zapojení rodiny
- Možnost domácí péče, finanční podpora v rámci hmotného zabezpečení, lázeňská péče
- Informace od sociální pracovnice a dalších pracovníků týmu
- Být v kontaktu s protetickým pracovištěm, kontroly po 6 měsících
- No Foot, No stress - dobrovolné sdružení osob, kteří podstoupili amputaci na dolní končetině, www.nofoot.cz
- Nebojte si říci o pomoc, nebojte se zeptat

Jedině když máte vůli, energii, odhodlání a motivaci něčeho v životě dosáhnout, tak se vám to podaří. Každý může dosáhnout čehokoliv. Všichni musíme překonávat překážky, jen si musíte říkat: Ano já to zvládnu! Nejdůležitější je Váš životní postoj. Je třeba chtít!

Literatura, kde najdete další cenné informace:

Milan Smutný - Informace pro pacienty po amputaci končetiny (2013)

Rudolf Půlpán - Základy protetiky (2011)

Ivan Hadraba - Ortopedická protetika (2006)

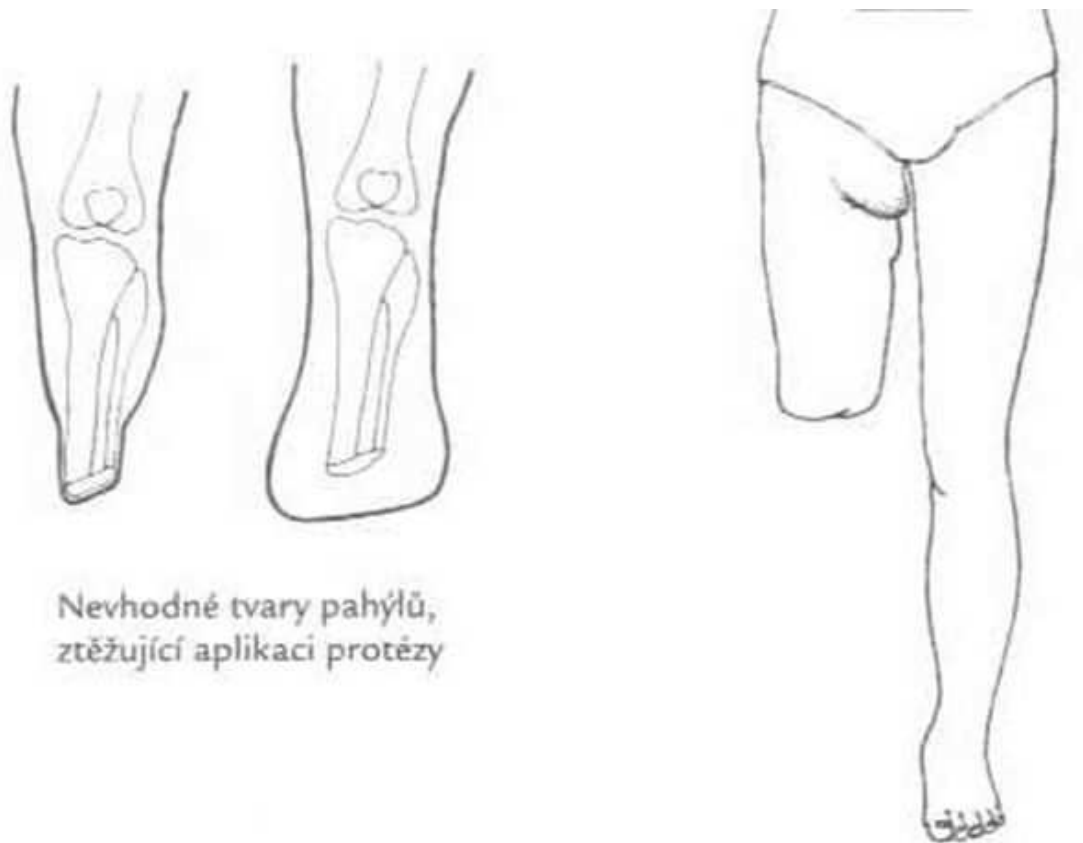
Použité zdroje:

KRAWCZYK, Petr. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci: rady amputovaných na dolních končetinách*. dotisk 1. vydání. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2011, 32 s. ISBN 8023868845.

SMUTNÝ, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vyd. Překlad Sylva Homolová. Brno: MS ortoprotetika, 2013, 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7.

PŮLPÁN, Rudolf. *Základy protetiky*. Vyd. 1. Praha: Epimedia, 2011, 99 s. ISBN 978-80-260-0027-3.

Příloha č. 8: Nevhodné tvary pahýlů



Nevhodné tvary pahýlů,
ztěžující aplikaci protézy

Zdroj: VOJTOVÁ, Jitka. *Amputace*. In:[online]. 2013. [cit. 2014-03-22]. Dostupné z:
<http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/osetrovatelsky-proces/8-osetrovatelsky-proces/148-amputace>

Příloha č. 9: Souhlas s nahráváním rozhovoru



Souhlas s nahráváním rozhovoru

Téma práce: Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny

Vedoucí práce: Mgr. Vladimíra Fremrová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Já,, souhlasím s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení se studentkou Západočeské univerzity v Plzni, Fakulty zdravotnických studií, oboru Všeobecná sestra, Simonou Petrákovou. Dále souhlasím, že úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru odstoupit. Byl/a jsem ujištěna, že anonymita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

V dne

.....

Podpis respondenta

.....

Podpis studenta

Zdroj: AUTOR

**Příloha č. 10: Kritéria propuštění do domácího ošetřování
(upraveno dle Smeltzer et al. 2010)**

Při propuštění by měl být pacient či pečovatel schopen:	Pacient	Pečovatel
Popsat přístup zvládnutí bolesti (farmakologické, nefarmakologické metody ovlivnění bolesti).	x	x
Informovat o bolesti, na kterou nezabírají zvolené farmakologické či jiné metody.	x	
Popsat péči o pahýl (jizvu, kůži) a podmínky protézování (péči o protézu samotnou – nasazování) a péči o zbylou končetinu.	x	x
Jíst vyváženou stravu (s obsahem všech složek, zejm. těch, které podporují hojení ran).	x	
Demonstrovat přesun, příp. stoj či chůzi o berlích (schopnost pohybu).	x	
Využívat bezpečné techniky pohybu.	x	
Spolupracovat v rámci rehabilitačního programu s cílem získání samostatnosti (má informace o dalších metodách rehabilitace – fyzikální terapie, fototerapie, magnetoterapie, TENS proudy).	x	
Uvést příznaky komplikací, které jej zavedou k lékaři (nezvládnutá bolest, místní a celkové příznaky infekce, tvořící se defekt na pahýlu či druhé končetině).	x	x
Mít zjištěny možnosti profesionální pomoci (agentura domácí péče, pečovatelská služba).	x	x
Vědět o podporujících skupinách usnadňujících rehabilitaci.	x	x
Hovořit o svém prožívání amputace (o vlivu na tělesný vzhled, psychický stav).	x	
Mít znalosti o technikách zvládnutí náročné životní situace.	x	x
Popsat změny/úpravy svého bytu/domu (bezbariérový a bezpečný přístup) k zajištění bezpečného pohybu.	x	x
Vědět o nutnosti a potřebě dispenzarizace (o následujícím termínu kontroly, péči o druhou končetinu), následné rehabilitaci a životním stylu (vhodné aktivity, včetně cvičení).	x	x

Zdroj: JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, 249 s. ISBN 978-802-4744-124.