

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Bc. Jana Židková

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech - chirurgie

**MANAGEMENT OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA
PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Heiderová, RN

PLZEŇ 2015

Zde bude originál Zadání DP

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Kobeřicích, dne 20. 03. 2015

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování:

Velmi děkuji paní PhDr. Haně Heiderové, RN za vedení diplomové práce, poskytování rad a podnětů. Dále děkuji respondentům, jejichž spoluprací bylo realizováno výzkumné šetření diplomové práce. Velký dík rovněž vyjadřuji své rodině za všestrannou podporu v průběhu celého studia.

ANOTACE

Příjmení a jméno:	Židková Jana
Katedra:	Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Název práce:	Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny
Vedoucí práce:	PhDr. Hana Heiderová, RN
Počet stran:	130 (číslované 87, nečíslované 43)
Počet příloh:	9
Počet titulů použité literatury:	82
Klíčová slova:	amputace – dolní končetina - management ošetrovatelská péče – pacient – sestra

Souhrn:

Diplomová práce se zaměřuje na management ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny, práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části práce je z aktuálních českých i zahraničních zdrojů analyzována problematika ošetrovatelského managementu po amputaci dolní končetiny, včetně protetické a rehabilitační péče. V empirické části jsou prezentovány výsledky realizovaného výzkumného šetření, jehož hlavním cílem bylo analyzovat činnosti, znalosti sester a jejich spolupráci s fyzioterapeutem v rámci managementu ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Výzkumného šetření se zúčastnilo 209 respondentů v sedmi vybraných nemocničních zařízeních Moravskoslezského kraje.

ANNOTATION

Surname and name: Židková Jana
Department: Department of Nursing and Midwifery
Title of thesis: Management of nursing care of the patient after amputation of the lower limbs
Consultant: PhDr. Hana Heiderová, RN
Number of pages: 130 (numbered 87, unnumbered 43)
Number of appendices: 9
Number of literature items used: 82
Key words: amputation – lower limb – management – nursing care
patient - nurse

Summary:

This thesis focuses on the management of nursing care after amputation of the lower limbs, the thesis is divided into theoretical and empirical part.

Theoretic part of the current Czech and foreign sources analyzed the problem of nursing management after amputation of the lower limb, including prosthetic and rehabilitation care. In empirical part presents the results of the implemented research, whose main objective was to analyze the activities, knowledge of the nurses and their cooperation with a physiotherapist within the management of nursing care patient after amputation of the lower limbs. Participated in this research 209 respondents in seven selected hospitals of Moravskoslezský region.

OBSAH

ÚVOD	10
1 MANAGEMENT A OŠETŘOVATELSTVÍ.....	12
1.1 Charakteristika managementu a jeho funkcí.....	12
1.2 Management ošetrovatelství	13
1.2.1 Osobnost manažera v ošetrovatelství	13
1.2.2 Sestra jako manažerka na jednotlivých stupních řízení.....	14
1.3 Ošetrovatelský management	15
1.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu	16
1.3.2 Systémy poskytování ošetrovatelské péče.....	17
1.4 Závislost pracovní spokojenosti sester na kvalitu péče	18
2 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY	19
2.1 Definice a historický kontext amputačních výkonů	19
2.2 Dělení a typy amputací na dolní končetině.....	19
2.2.1 Gilotinové a lalokové amputace	20
2.2.2 Topika amputací dolní končetiny	20
2.2.3 Dělení amputace dle časové naléhavosti	20
2.3 Rozhodování o stanovení výše amputace	21
2.4 Operační postup při amputaci dolní končetiny	21
2.5 Indikace k amputaci dolní končetiny	22
2.5.1 Úrazy	23
2.5.2 Tumory	23
2.5.3 Onemocnění končetinových cév.....	24
2.5.4 Infekce	25
2.5.5 Vrozené anomálie	25
2.6 Preventivní opatření před amputací dolní končetiny	25
2.7 Poamputační komplikace	26

3	OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PŘED A PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	28
3.1	Předoperační péče	28
3.1.1	Aktivity sestry v rámci dlouhodobé předoperační péče	28
3.1.2	Aktivity sestry v rámci krátkodobé předoperační péče	29
3.1.3	Aktivity sestry v rámci bezprostřední předoperační péče	30
3.2	Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období	30
3.3	Pooperační péče	31
3.3.1	Aktivity sestry v rámci bezprostřední pooperační péče.....	31
3.3.2	Aktivity sestry v rámci následné pooperační péče	33
3.4	Propuštění pacienta	34
3.5	Specifika ošetrovatelské péče v pooperační péči.....	35
3.5.1	Ošetrovatelská péče o pahýl	35
4	PROBLEMATIKA BOLESTI PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY.....	39
4.1	Fantomová bolest.....	40
5	REHABILITAČNÍ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI	43
5.1	Možnosti aktivního života klientů po amputaci.....	46
6	PSYCHOLOGICKÁ PODPORA U KLIENTŮ PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	47
7	PROTETICKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	52
7.1	Konstrukce a dělení protéz	54
7.1.1	Dle timingu aplikace.....	54
7.1.2	Dle konstrukčního uspořádání	55
8	METODOLOGIE	56
8.1	Formulace problému	56
8.1.1	Hlavní problém.....	56
8.1.2	Dílčí problémy.....	56
8.2	Dílčí cíle, výzkumné problémy a hypotézy	57
8.3	Metody a techniky výzkumného šetření	59
8.4	Organizace výzkumného šetření	60
8.5	Vzorek respondentů	61
8.6	Metody zpracování dat.....	62

8.6.1	Zpracování dat dotazníku	62
8.6.2	Metodika a metody statistického zpracování.....	63
8.6.3	Statistické zpracování dat	63
9	VÝSLEDKY PRÁCE.....	65
9.1	Analýza demografických charakteristik	65
9.2	Analýza empirických údajů	67
9.2.1	Vyhodnocení otázek dotazníků dle stanovených dílčích cílů.....	67
9.2.2	Vyhodnocení hypotéz	81
10	DISKUZE.....	88
	ZÁVĚR	96
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	98
	SEZNAM TABULEK	106
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	106
	SEZNAM PŘÍLOH	108

ÚVOD

Amputace je z pohledu historie jedním z nejstarších chirurgických výkonů. Ještě v 16. století se amputační výkony prováděly poměrně primitivními způsoby, převrat v technice jejich provádění nastal aplikací nových principů, které byly do praxe zavedeny francouzským královským chirurgem Ambroisem Paré a které se v podstatě při amputacích uplatňují i v současné době. (Mesárošová, Mjartanová, 2011, s. 9)

Amputace dolní končetiny je velice vážným zásahem do pacientova života, vede k zásadním změnám ve fyzické a psychické stránce člověka, kde razantně ovlivňuje osobní, rodinnou, manželskou (partnerskou), pracovní, ekonomickou a společenskou oblast života jedince. Může se stát jedinou možností terapie v případě, kdy je dolní končetina destruována úrazem, infekcí, tumorem nebo pokročilým stupněm ischemie, především je však důležitou součástí léčby, která by neměla být automaticky pokládána za neúspěch. Zároveň totiž vytváří značný potenciál pro následnou ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

Amputace dolní končetiny má kromě již výše zmíněných aspektů také závažnou ošetrovatelskou a fyzioterapeutickou rovinu a staví člověka do pozice závislého na pomoci ošetrovatelského personálu. V období po amputačním výkonu se pacient postupně přizpůsobuje nové náročné situaci, nejvíce se soustředí na zvládnutí základních úkonů soběstačnosti. Úlohou všeobecné sestry (dále bude v diplomové práci užíván termín „sestra“) je poskytování pomoci pacientovi se zvládnutím tohoto náročného období. Do určité míry záleží na samotném přístupu pacienta, jaký zaujme k nastalému problému postoj, výrazný vliv zde však má především úroveň multidisciplinární ošetrovatelské péče. Především týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je důležitým předpokladem pro dosažení optimálních výsledků v soběstačnosti pacienta. Pozitivní stránky této vzájemné spolupráce se projeví vysokou úrovní ošetrovatelské a rehabilitační péče a také aktivní účastí pacienta v terapii a tím dosažení co nejlepší sebepečce. Ke společným cílům této spolupráce by mělo patřit udržení pacienta v dobré fyzické i psychické kondici, příprava pacienta na oprotézování a zařazení pacienta zpět a co nejlépe do normálního života.

Diplomovou práci tvoří teoretická a empirická část. Teoretická část se věnuje ošetrovatelskému managementu a problematice amputace dolní končetiny včetně protetické péče. Hlavní zaměření teoretické části je především komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Empirickou část tvoří prezentace výsledků

realizovaného výzkumného šetření, jehož hlavním cílem byla analýza činností, znalostí sester a jejich spolupráce s fyzioterapeutem v rámci managementu ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Do výzkumného šetření se zapojily sestry pracující na chirurgických a traumatologických odděleních ze sedmi vybraných nemocničních zařízení Moravskoslezského kraje.

Byly formulovány čtyři pracovní hypotézy. Byl vysloven předpoklad, zda znalosti sester o ošetřování pahýlu jsou stejné na oddělení chirurgie a traumatologie a zda vzdělání sestry ovlivňuje její přístup k pacientovi s fantomovými bolestmi. Dále byl vysloven předpoklad, že strukturu překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny potýkají, může ovlivňovat typ nemocnice a že vnímání důležitosti spolupráce s fyzioterapeutem je u sester ovlivňováno délkou jejich praxe.

Výsledky výzkumného šetření budou zohledněny při tvorbě návrhu skládaného informačního letáku pro sestry o ošetřování pahýlu, který by mohl mít přínos pro zlepšení stávající ošetrovatelské praxe.

1 MANAGEMENT A OŠETŘOVATELSTVÍ

1.1 Charakteristika managementu a jeho funkcí

Existuje poměrně mnoho významů, které termín „management“ obsahuje. Na straně jedné může termín představovat vedoucí členy určité instituce, na straně druhé vědeckou disciplínu nebo také dovednost určitými způsoby vést či řídit jednotlivce nebo skupinu lidí.

Způsobů, jak management přesněji definovat nebo na něj nahlížet, nabízí i literatura mnoho. Management je možné definovat jako proces, při kterém plánováním, organizováním, vedením lidí a kontrolou, dojde ke splnění cílů organizace. Dále je možné na management nahlížet jako na umění splnit stanovené cíle prostřednictvím práce jiných lidí nebo jako na systém řízení instituce manažery, kteří jsou za svoji činnost odměňováni. (Plevová et al., 2012, s. 11)

Jak již bylo uvedeno, management je proces a ten představuje následující funkce: plánování, organizování, personální činnost, vedení lidí, kontrolování a hodnocení.

Plánování je v managementu považováno za zásadní funkci, od které se odvíjí funkce ostatní. V rámci plánování se stanovují cíle a sestavuje se plán činností nebo úkolů, potřebných právě k dosažení stanovených cílů. Při jejich formulaci je důležité, aby stanovené cíle byly originální, měřitelné, akceptovatelné zájmovými skupinami, realizovatelné při aktuálních podmínkách a termínované. Organizování je činnost uspořádání dostupných prostředků, pomocí kterých je dosaženo stanovených cílů. Jedná se o tvorbu organizačního systému složeného z lidských a materiálních zdrojů. Personální činnost obnáší proces výběru lidských zdrojů, tedy budoucích pracovníků a schopnost identifikovat jejich potenciál tak, aby došlo k efektivnímu plnění již stanovených cílů. Vedení lidí (pracovníků) znamená schopnost ovlivnit je tak, že se dobrovolně účastní na společném dosahování cílů, přičemž u nich dochází k naplnění i jejich vlastních potřeb. Tato schopnost zahrnuje vedení, usměrňování, stimulaci a motivaci. Je popisováno několik stylů vedení pracovníků, je to např. demokratický styl fungující na principu diskuze, autokratický styl založený na využívání především vlastní iniciativy, moci a postavení vedoucího a participativní styl, jenž je kompromisem dvou předchozích, kdy vedoucí od podřízených požaduje vyslovení jejich vlastního pohledu na své závěry a návrhy pro postup možného řešení. Celý proces managementu uzavírá zpětnovazebná funkce kontroly a hodnocení, která zahrnuje monitoring průběhu vykonaných aktivit a aktivní

vyhledávání a nápravu odchylek nebo chyb vzniklých při plnění plánů a to tak, aby se zajistilo plnění stanovených úkolů. Preventivní kontrola slouží k předcházení nebo včasnému odhalení nedostatků, průběžným kontrolováním je možné zjistit soulad prováděných činností a úkolů se stanovenými cíli, kontrola následná je zaměřená na konečné výsledky a je podkladem pro další vývoj a efektivní dosahování cílů. (Jarošová, 2006, s. 8 – 29)

Management zdravotnictví, jehož nejdůležitější náplní je hledat způsoby, kterými bude klientům poskytnuta nejlepší možná péče za využití omezených zdrojů, je v současnosti ovlivňován mnoha faktory, ke kterým je možné řadit např. legislativní změny, ekonomicko-politická situace, stále se zvyšující požadavky na kvalitu poskytovaných služeb i kvalifikaci personálu, rozvoj v oblasti nových technologií, ale také stárnutí populace, sílící konkurence mezi zdravotnickými zařízeními, vyšší výskyt pracovního stresu u zaměstnanců nebo etická problematika oboru. (Hekelová, 2012, s. 9).

1.2 Management ošetřovatelství

Management v ošetřovatelství a ošetřovatelský management – zdánlivě navzájem si podobné pojmy, které oblast řízení v ošetřovatelství obsahuje, ovšem které je nutné rozlišovat. Ošetřovatelským managementem se plánuje a řídí ošetřovatelský proces, který vykonává sestra na nejnižší úrovni u jednotlivých pacientů. Management v ošetřovatelství aplikuje metodiku a terminologii obecného managementu a zaměřuje se na kvalitu poskytovaných služeb a kvalitu personálu. Od managementu v jiných oborech se liší filozofií poskytovaných služeb. (Jarošová, 2006, s. 2)

1.2.1 Osobnost manažera v ošetřovatelství

Manažera je možné charakterizovat jako vedoucího pracovníka, který nese odpovědnost za dosažení stanovených cílů využitím spolupráce se svými podřízenými nebo spolupracovníky a dostupných zdrojů. Manažerem v ošetřovatelství je sestra zastávající funkci v jedné ze tří řídicích úrovní v oblasti zdravotnictví (viz kap. 1.2.2). Jelikož základních prvků manažerských funkcí sestra využívá již při běžné práci s pacientem, je možné konstatovat, že i ona je manažerem, který plánuje, realizuje a vyhodnocuje poskytnutou péči pacientovi nebo komunitě. (Jarošová, 2006, s. 5)

Ze své pozice manažer představuje interpersonální roli, v jejímž rámci vystupuje jako reprezentant daného zdravotnického zařízení a vedoucí svých podřízených. V rámci

informační role získává informace a přenáší je dále, role rozhodovací obnáší využití autority a získaných informací k tvorbě strategických rozhodnutí a administrativní role představuje ekonomickou činnost jako je příslušné vedení veškeré dokumentace nebo spravování rozpočtu pracoviště. (Hekelová, 2012, s. 18)

Aby manažer dovedl efektivně vést podřízené pracovníky a řídit celé zdravotnické zařízení tak, aby docházelo k plnění stanovených strategických cílů, měl by disponovat specifickými vrozenými vlastnostmi a získanými dovednostmi. K vrozeným vlastnostem patří např. potřeba vést, potřeba moci, inteligence, komunikativnost, odpovědnost, kreativita nebo strategické myšlení. Získané dovednosti se opírají kupříkladu o odbornou znalost dané problematiky, znalost managementu, ekonomické znalosti, sociálně-psychologické znalosti nebo o dobrou duševní i tělesnou zdatnost. (Plevová et al., 2012, s. 20)

K obecným povinnostem manažera v ošetrovatelství patří plnit cíle daného zařízení nebo oddělení ošetrovatelské péče, udržovat kvalitu ošetrovatelské péče v rámci aktuální finanční situace, zvyšovat motivaci zaměstnanců i pacientů, učit podřízené přijímat změny a budovat tým spolu s profesním rozvojem pracovníků. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 157)

1.2.2 Sestra jako manažerka na jednotlivých stupních řízení

Sestry - manažerky ošetrovatelství vykonávají manažerské funkce na třech základních úrovních, kterými jsou:

1. Manažeři první linie – odpovídají za činnosti v rámci zajištění každodenních úkolů, nejdůležitější úlohou je zajistit komunikaci mezi vedením zdravotnického zařízení a řadovými zaměstnanci a základní plánování.

2. Střední manažeři – pomocí koordinace liniových manažerů, taktické a operativní činnosti plní plány a cíle daného zařízení.

3. Vrcholoví manažeři – orientují se hlavně na strategické plány, koncepce a vize daného zařízení a jsou odpovědní za jeho celkový výkon. (Svobodník, 2009, s. 48)

Představitelkou první úrovně je např. staniční sestra, která zde vystupuje jako vedoucí ošetrovatelského týmu na oddělení ošetrovatelské péče a je tedy manažerem ošetrovatelské péče poskytované pacientům. Dohlíží na kvalitu poskytovaných ošetrovatelských služeb a zajišťuje komunikaci uvnitř ošetrovatelského týmu.

Střední úroveň řízení reprezentuje vrchní sestra, která je jedním ze členů vedení kliniky či oddělení a je odpovědná náměstkyni pro ošetřovatelskou péči za činnost ošetřovatelského personálu v rámci dané kliniky nebo oddělení. Podílí se na vzdělávání a rozvoji podřízených, personální činnosti, sestavování rozpočtu a hodnotí kvalitu poskytované ošetřovatelské péče. Organizuje plánované úkoly činností staničních sester.

Vrcholovým manažerem v ošetřovatelství je náměstkyně pro ošetřovatelskou péči, která je celkově zodpovědná za činnost ošetřovatelského úseku v rámci zdravotnického zařízení. Strategicky plánuje a zajišťuje potřebné zdroje pro ošetřovatelský úsek zdravotnického zařízení. Je přímým nadřízeným pracovníkem sestrám - manažerkám střední úrovně. (Plevová et al., 2012, s. 38 - 42)

Ať už vedení probíhá na kterémkoliv z výše uvedených stupňů, jsou na sestru - manažerku kladeny obdobné požadavky, jako jsou účelnost (dělat věci správně), účinnost (dělat věci správným způsobem), hospodárnost (počítat si úsporně) a odpovědnost (jednat spravedlivě a podle práva). (Škrála, Škrlová, 2003, s. 223)

1.3 Ošetřovatelský management

Jak již bylo uvedeno, ošetřovatelským managementem se označuje řízení činnosti sester, tzn. řízení ošetřovatelského procesu, kterým sestra plánuje a poskytuje ošetřovatelskou péči pacientům. Metoda ošetřovatelského procesu začala z USA do evropského ošetřovatelství pronikat ke konci šedesátých let minulého století jako koncept pozitivního přístupu k ošetřovatelské péči o nemocného, u nás se teorie ošetřovatelského procesu začala zavádět v devadesátých letech minulého století. Dosud bylo publikováno mnoho definic ošetřovatelského procesu, avšak společný mají komplexní přístup v ošetřovatelské péči a důraz na individuální potřeby pacienta s cílem vyřešit a předcházet jeho problémům. Definovat ošetřovatelský proces je možné jako systematický způsob plánování a následného poskytování ošetřovatelské péče, jehož smyslem je pozitivně změnit zdravotní stav pacienta. Na rozdíl od procesu medicínského, který je zaměřen na chorobný stav, stojí v popředí ošetřovatelského procesu reakce pacienta na určité onemocnění. Samotný proces zahrnuje pět fází, které na sebe kontinuálně navazují a jsou to: posouzení zdravotního stavu, diagnostika, plánování, realizace plánu péče a vyhodnocení. (Tóthová et al., 2014, s. 16)

1.3.1 Fáze ošetrovatelského procesu

1. Posouzení zdravotního stavu – v této fázi sestra získává, porovnává, uspořádává a následně do ošetrovatelské dokumentace zaznamenává subjektivní a objektivní údaje získané rozhovorem s pacientem a členy jeho rodiny, dále pozorováním, fyzikálním vyšetřením, lékařskou anamnézou, spoluprací s dalšími zdravotnickými pracovníky. Komplexním zhodnocením je možné vytvořit celkový obraz zdravotního stavu pacienta. K ošetrovatelskému zhodnocení je často využíván model Funkčního typu zdraví Marjory Gordonové, který identifikuje pacientův zdravotní stav jako funkční typ zdraví, jehož ovlivňují biologické, vývojové, kulturní, sociální a duchovní faktory anebo jako dysfunkční typ zdraví, který zahrnuje patologický stav i relativně zdravé jedince, u kterých při neposkytnutí příslušné ošetrovatelské péče může dojít k narušení jejich zdraví.

2. Diagnostika – ošetrovatelská diagnóza charakterizuje reakci pacienta na chorobný stav a hlavním cílem ošetrovatelské diagnostiky je tedy pojmenovat pacientův problém pomocí odborné terminologie. Děje se tak analýzou získaných údajů a identifikací potřeb pacienta. Na základě určené diagnózy plánuje sestra činnosti vedoucí k odstranění nebo zmírnění pacientova problému. Pořadí jednotlivých ošetrovatelských diagnóz je u daného pacienta řazeno dle naléhavosti problémů, které ošetrovatelské diagnózy představují. (Tóthová et al., 2014, s. 38 – 134)

3. Plánování – v této fázi sestra určuje na pacienta zaměřené cíle a plánuje ošetrovatelské strategie, kterými bude dosaženo naplánovaných cílů, tedy řešení pacientových problémů. Výsledkem plánování je plán ošetrovatelské péče pro konkrétního pacienta, který obsahuje ošetrovatelské diagnózy, stanovené cíle s výslednými kritérii, ošetrovatelské intervence a hodnocení. Přesným plánováním se zajistí individuálnost a koordinovanost ošetrovatelské péče.

4. Realizace plánu péče – v této fázi se uskutečňují ošetrovatelské činnosti zaznamenané v ošetrovatelském plánu a je tedy konkrétní ošetrovatelskou péčí. Realizace obnáší opakované posouzení problémů a potřeb pacienta, případnou aktualizaci ošetrovatelského plánu, organizování lidských a materiálních zdrojů, předvídání potencionálních komplikací a jejich prevence. Korespondence ošetrovatelského plánu s aktuálním zdravotním stavem pacienta a zrealizované plánované ošetrovatelské aktivity jsou hlavním předpokladem pro řešení pacientových problémů. (Tóthová et al., 2014, s. 38 – 134)

5. Vyhodnocení plánu péče – v poslední fázi ošetřovatelského procesu sestra hodnotí účinnost poskytnuté ošetřovatelské péče danému pacientovi. Pátrá, jestli cíle v ošetřovatelském plánu byly splněny tak, že srovnává aktuální zjištěné výsledky s plánovanými cíli v plánu péče. Jestliže je mezi nimi zjištěn nesoulad, je třeba ošetřovatelský plán revidovat a modifikovat a zabránit tak vykonávání bezúčelných ošetřovatelských činností. Sestra se stává zodpovědnou za jí poskytovanou ošetřovatelskou péči pacientům. (Tóthová et al., 2014, s. 38 – 134)

1.3.2 Systémy poskytování ošetřovatelské péče

Organizaci práce sester při poskytování ošetřovatelské péče charakterizují různé systémy ošetřovatelské péče. Tyto systémy umožňují poskytovat individualizovanou ošetřovatelskou péči v rámci ošetřovatelského procesu.

V současnosti se používá systém funkčního ošetřování, systém týmového ošetřování, systém skupinové péče, systém primárních sester a systém ošetřování zaměřený na případ neboli case management. (Tóthová et al., 2014, s. 110)

V systému funkčního ošetřování je ošetřovatelská péče rozdělena do skupin jednotlivých činností a ty jsou přiděleny personálu různých kompetencí, kteří je provádějí u všech pacientů na daném oddělení. Péče je zde orientována více na úkol, méně na klienta. Vysoká fragmentace péče komplikuje koordinaci, komplexnost a kvalitu ošetřovatelské péče o pacienta. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 164)

Systém týmového ošetřování se uplatňuje, jestliže jednotlivci z ošetřovatelského personálu mají rozdílné kompetence. Tento tým poskytuje péči pod vedením sestry, která zodpovídá za plnění ošetřovatelského procesu u jednotlivých pacientů tím, že rozhoduje o pořadí uspokojování potřeb klienta, plánuje, dohlíží a hodnotí ošetřovatelskou péči. (Tóthová et al., 2014, s. 111)

V rámci systému skupinové péče sestra zodpovídá za konkrétní skupinu pacientů, vedení a dokumentaci jim poskytnuté ošetřovatelské péče a za osobní předání této skupiny pacientů do péče personálu následující směny. Jedná se o systém zaměřený na pacienta, skupině pacientů poskytuje ošetřovatelskou péči na každé směně stejná skupinová sestra. (Tóthová et al., 2014, s. 111)

Systém primárního ošetřovatelství představuje tzv. primární sestru, které jsou přidělovány pacientům v počátku jejich hospitalizace a která je následně odpovědná za jim poskytovanou veškerou ošetřovatelskou péči. Primární sestra poskytuje svým pacientům péči ve spolupráci s dalšími pracovníky a tzv. sestrou sekundární, která poskytne celkovou

pěči pacientům, jejichž primární sestra není na směně. Sekundární sestra přitom může být primární sestrou jiných pacientů. (Grohar-Murray, DiCroce, 2003, s. 165)

Systémem ošetřování zaměřeného na případ jsou pacienti přidělováni jednotlivým sestram (case managerům) na základě předem daných kritérií, kupříkladu monitoring účinnosti a efektu péče dle diagnózy, léčby atd. (Tóthová et al., 2014, s. 111)

1.4 Závislost pracovní spokojenosti sester na kvalitě péče

Pracovní spokojenost nebo nespokojenost je dána mj. vztahem k vykonané práci, pracovnímu prostředí a kolektivu. Není stálá a závisí na řadě faktorů, obecně se faktory pracovní spokojenosti dělí do dvou kategorií a jsou to faktory vnitřní, kam je možné řadit věk, pohlaví, vzdělání, funkční zařazení, a faktory vnější, ke kterým patří mzda, charakter vykonávané práce, způsob vedení, vztahy na pracovišti, fyzické podmínky práce a péče o pracovníky. Finanční odměna má na pracovní spokojenost rozdílný vliv, protože její hodnota má pro jednotlivé pracovníky různou motivační funkci. Zajímavost, pestrost práce a zpětná vazba přispívají k pracovní spokojenosti. Vzájemné sdílení, přátelství, ale i konflikty se rovněž podílejí na míře pracovní spokojenosti stejně jako pracovní prostředí. K péči o zaměstnance je možné řadit příspěvky na stravování, kulturu, sport, rekreaci nebo penzijní připojištění. (Plevová et al., 2012, s. 162 – 164)

Vhodné a zdravé podporující pracovní prostředí, spokojenost a pohoda zaměstnanců ovlivňují kulturu oddělení, pracovní morálku, ale hlavně i kvalitu poskytované ošetrovatelské péče, která by kromě spokojenosti pacienta měla vyjadřovat i spokojenost ze strany personálu. Vliv kvality pracovního prostředí sester na kvalitu ošetrovatelské péče zdůraznila i Mezinárodní rada sester, která jako hlavní téma mezinárodního dne sester v roce 2007 určila Pozitivní pracovní prostředí: Kvalitní pracoviště = kvalitní ošetrovatelská péče o pacienty. Slovenská studie, které se účastnily sestry pracující na chirurgických pracovištích, analyzovala strukturu personálu, vztah k pracovišti, pocit pracovního úspěchu, interpersonální vztahy, vybavení pracoviště, pracovní zátěž a zájem vedení zařízení o další vzdělávání sester. Výsledky této studie poukázaly mj. na nemotivující podmínky pro kontinuální vzdělávání a tudíž i na nezájem sester o odborný růst, velmi sníženou důvěru k vedení organizace, vnímání vysoce neobjektivního ohodnocení pracovního výkonu, zhoršenou komunikaci mezi sestrami a lékaři a na celkově negativní charakter pracovních vztahů na pracovištích. (Kollárová, Požonská, Miženková, 2010, s. 165 - 169)

2 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY

2.1 Definice a historický kontext amputačních výkonů

Amputační operační výkony jsou jedny z historicky nejstarších známých prováděných výkonů, jejichž tři hlavní zásady platí již od dob Hippokratových do současnosti. Jsou jimi odstranění poškozené tkáně, snížení invalidity a záchrana života. K amputacím se však přistupovalo nejen z důvodu terapeutického efektu, ale rovněž rituálního nebo trestného, kdy amputovaná končetina měla působit varovným a odstrašujícím dojmem. Nejvíce se problematika amputací rozvíjela v průběhu válek, protože na pozadí velmi omezených technických a medikamentózních možností představovaly amputace především rychlé řešení válečných traumat s masivním krvácením. Tyto operační výkony však byly často spojeny s vysokou úmrtností, ztrátami krve, nedostatečnou hygienou a absencí aseptických zásad při ošetřování. Např. během 1. světové války se provedlo asi 100 000 amputací. Ligatura velkých cév, zavedení asepse a anestezie nebo užívání antibiotik výrazně snížilo počet komplikací, zvláště infekčních. Rozvoj rekonstrukční a cévní chirurgie dále s sebou přinesl pokles indikací k nutnosti amputace. (Sosna, 2001, s. 157)

„Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření.“ (Dungl et al., 2005, s. 165)

Podle údajů Světové zdravotnické organizace se celosvětově provádí až 206 amputací na 100 000 obyvatel. Nejvyšší počet amputací se v celosvětovém měřítku vyskytuje u indiánské populace ve Spojených státech amerických, naopak v Dánsku nebo v Anglii je počet amputací celosvětově nejnižší. (Kálal, 2005, s. 24)

2.2 Dělení a typy amputací na dolní končetině

Dělit amputační výkony na dolní končetině je možné vícero způsoby. Z hlediska způsobu provedení jde o amputace gilotinové a lalokové. Dále je možné amputace dělit podle toho, v jaké části dolní končetiny je amputace provedena. Podle časové naléhavosti se amputace dělí na primární, sekundární a terciární.

2.2.1 Gilotinové a lalokové amputace

Gilotinové amputace se dnes provádějí při nutnosti provést zákrok v co nejkratším čase (válečné podmínky, velmi závažné infekce). Dříve se prováděly jednoduchým cirkulárním oddělením končetiny jedním řezem ve stejné rovině. V současné době se nejdříve cirkulárně přeruší kožní kryt, který se retrahuje a v jeho linii se za podvazu cév a ošetření nervů přeruší svaly. Ty se rovněž retrahují a v jejich linii se následně přeruší i kost. Jelikož jsou gilotinové amputace prováděny jako otevřené, kdy není kožní kryt primárně uzavřen, přistupuje se k další fázi operačního zákroku, při kterém je provedena konečná úprava pahýlu pro následnou možnost oprotézování. Dříve následovala náplast'ová trakce kožního krytu, po které většinou revize nebo sutura pahýlu nebyla nutná. (Dungl et al., 2005, s. 165 - 166)

Laloková amputace je standardním operačním výkonem. U otevřeného typu lalokové amputace je upřednostňována technika invertovaných kožních laloků, které jsou delší a jsou překlopeny a sešity přeloženou plochou k sobě. Přerušená kost je kryta periostem. Pahýl se kryje mastným tylem a naloží se na něj náplast'ová kožní trakce, následně je pravidelně převazován a asi po dvou týdnech se po předchozím uvolnění laloků provede primární sutura. Jizva by měla být umístěna mimo nášlapnou plochu pahýlu. (Dungl et al., 2005, s. 166 - 167)

2.2.2 Topika amputací dolní končetiny

Extrémně náročnými a výjimečnými amputačními výkony jsou hemikorporektomie a hemipelvektomie. Hemikorporektomie je odstranění pánevního pletence a kosti křížové s nutností derivace trávicího a vylučovacího systému, při hemipelvektomii je odstraněná celá dolní končetina i s pánevními kostmi. Dále rozeznáváme exartikulaci (amputace v kloubu) v kyčelním kloubu, amputaci ve stehně, exartikulaci v kolenním kloubu, bércovou amputaci a amputaci v oblasti nohy, kde se rozlišují amputace dle Symeho, Pirogova, Boyda, Choparta nebo dle Lisfranca. (Dungl et al., 2005, s. 172 – 176)

2.2.3 Dělení amputace dle časové naléhavosti

Dle časové naléhavosti se rozdělují amputace na primární, sekundární a terciární. Primární amputaci je nutné provést co nejdříve, k sekundární amputaci se přistupuje až po vyčerpání všech terapeutických metod a účelem amputace terciární je zlepšit funkci končetiny nebo kosmetický důvod. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 211)

2.3 Rozhodování o stanovení výše amputace

V minulosti se při stanovování výše amputace vycházelo z tzv. amputačních schémat, která na končetině rozlišovala části důležité, méně důležité, bezcenné a překážející. Za důležité se považovaly střední části dlouhých kostí, naopak za překážející koncové části kostí. Tato schémata se již v současnosti vzhledem k rozvoji protetiky považují za překonaná. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 244)

Určení výše amputace je dáno nejen rozsahem traumatu a infekce, protetikými možnostmi, lokalizací cévních poruch nebo nádorů atd. Velmi významný je také stav kožního krytu, svalů, nervové tkáně a cévního zásobení, přičemž by měla být vyvíjena snaha o zachování kolenního kloubu. Především se však provádí ve tkáni umožňující dobré zhojení. Délku budoucího pahýlu je velmi vhodné předem konzultovat také s protetikým technikem. (Dungl et al., 2005, s. 169)

Z hlediska klientem vynaložené energie při chůzi s amputovanou dolní končetinou platí, že čím výše je amputace provedena, tím více energie je nutné pro chůzi vynaložit. Např. pacient s amputací v bérce při chůzi na protéze potřebuje o 50 % více energie než člověk bez amputace, při stehenní amputaci je nárůst spotřeby energie během chůze na protéze o 100 % vyšší oproti člověku bez amputace dolní končetiny. (Kálal, 2005, s. 28)

2.4 Operační postup při amputaci dolní končetiny

K amputaci dolní končetiny by se mělo přistupovat individuálně, zohledňuje se jak stav dané končetiny, tak i celkový stav pacienta a jeho pracovní zařazení. Jestliže se nejedná o amputaci z vitální indikace, pacient nejprve musí podepsat souhlas k jejímu provedení.

Při amputaci končetin způsobené úrazem existuje za určitých podmínek i možnost replantace, tedy operačního výkonu, při kterém je amputovaná končetina našita zpět. Replantovat je možné dobře prokrvené oddělené části končetin. Replantace na dolní končetině je však indikována výjimečně, protože zhmoždění místa amputace je rozsáhlé, dolní končetiny jsou oproti horním končetinám hůře prokrveny, což má za následek tvorbu infikovaných defektů a ztížené hojení ran. Rovněž reinervace periferních nervů je pomalejší než u horní končetiny. Replantace dolní končetiny je tak případně indikována u mladších klientů s poraněním periferních částí dolních končetin. (Nejedlý et al., 2003, s. 99).

Vlastní operační výkon amputace začíná zajištěním bezkrví pomocí turniketu pro zpřehlednění operačního pole. Jestliže se jedná o amputaci z cévní indikace, turniket se neužívá. Následuje úprava kožních laloků, je důležité, aby byl později amputační pahýl krytý kvalitním kožním krytem, který bude mobilní, citlivý a dobře prokrvený. Poté se provede protěti svalů, které je vedeno mírně distálně od plánovaného místa kostní amputace. Následně se provádí ošetření cév a nervů. Velké cévní kmeny se podvazují, po uvolnění turniketu se krvácení důsledně staví koagulací nebo opichy. Ošetření nervového pahýlu se nejčastěji provádí jeho povytáhnutím z operačního pole a následným protětim skalpelem. Následná úprava kostního pahýlu se provádí osteotomií za pomoci oscilační pily, přičemž kostní nerovnosti se zkosí. Protilehlé skupiny svalů se poté sešívají přes kostní pahýl k sobě. Operační rána se obvykle zajistí podtlakovou drenáží po dobu dvou až tří dnů. (Sosna, 2001, s. 157 - 158)

Po operaci se léčebná péče zaměřuje na léčbu základních onemocnění, antibiotickou terapii, analgezii, vazodilatační léčbu, úpravu metabolické rovnováhy, hyperbaroxii, rehabilitaci a kompenzaci protetickými pomůckami. (Slezáková et al., 2010, s. 154)

Pooperační léčebná péče se rovněž zaměřuje na péči o amputační pahýl a dobré zhojení operační rány uplatňováním aseptických technik hojení ran, důležitá je také šetrná manipulace pahýlem a prevence možného edému pahýlu pomocí komprese obvazovým materiálem. (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2111)

2.5 Indikace k amputaci dolní končetiny

K amputaci dolní končetiny může dojít z mnoha příčin, avšak nejčastější příčinou je diabetes mellitus a jeho cévní komplikace, které mohou vést až k vysokým amputacím dolní končetiny, při nichž se pooperační mortalita pohybuje okolo 23 % a tříleté přežívání okolo 61 %. (Staffa, 2007, s. 83)

Onemocnění cév je příčinou až 83 % všech amputací, následují úrazy (8 %), tumory (4 %), kongenitální anomálie (3 %), a infekce (2 %). (Krawczyk, 2011, s. 57)

K základním indikacím k amputaci dolní končetiny tedy patří onemocnění končetinových cév, úrazy, tumory, infekce či vrozené anomálie. (Sosna, 2001, s. 157)

V rámci rozhodování o (ne)provedení amputace mohou být dobře využitelné i různé bodovací systémy, jejichž užití může omezit subjektivní názory při tomto rozhodování. Jedním z nich je např. MESS, tedy Mangled extremity severity score. Hodnotícími faktory skóre jsou energie úrazového mechanismu, stabilita krevního tlaku,

ischemické postižení končetiny a věk nemocného. Maximum dosažitelných bodů je 10, minimum 2 body. Skóre 7 a vyšší je indikací k provedení amputace, při hodnotě 6 a níže má racionální smysl pokusit se končetinu zachránit. (Ferko et al., 2002, s. 552)

2.5.1 Úrazy

Úrazy byly dříve častou indikací k amputaci, avšak ta s rozvojem cévní chirurgie a mikrochirurgie v těchto případech dnes už není tak nevyhnutelná. Amputace je většinou indikována při devastujícím poranění, které bývá často spojené s polytraumatem. Nejčastěji k těmto vážným úrazům dochází při práci nebo v dopravě. V některých případech má pro pacienta větší benefit časně provedená amputace jako způsob definitivního ošetření, protože umožní dříve začít s funkční rehabilitací. Zahraniční studie hodnotila 72 klientů se závažnými zlomeninami dolních končetin, spojenými s těžkým cévním poraněním. U 22 z nich byla provedena revaskularizace s cílem zachránit končetinu, zbývajících 44 klientů podstoupilo amputaci. U první skupiny bylo dosaženo požadovaného výsledku pouze u 32 % klientů, u druhé skupiny amputovaných se jednalo až o 70 %. (Murphy, 2000, s. 79 – 80)

V rámci úrazových příčin amputací dolních končetin by neměly zůstat opomenuty amputace válečné. Vzhledem k tomu, kde a za jakých podmínek k nim a jejich řešení dochází, si žádají odlišný terapeutický postup nežli ve standardních mírových podmínkách s možnostmi využít adekvátní přístrojovou techniku a pomůcky. Cílem chirurgie ve válečném konfliktu je záchrana života, končetiny a příprava zraněného k odsunu. Z balistických traumat jsou ze 40 – 60 % právě končetiny nejčastěji poraněny, jedná se o poranění minami a střepinami. Vykrvácení z poranění končetin je nejčastější příčina smrti v průběhu válečných konfliktů. Velký význam zde má v rámci první pomoci přiložení turniketu k zástavě život ohrožujícího krvácení v boji. Nejčastěji jsou prováděny amputace v bérce a ve stehně. (Klein, Ferko, 2005, s. 63 – 74)

2.5.2 Tumory

Amputace je radikálním řešením u maligních tumorů, které se primárně vyskytují v dětství, dospívání a rané dospělosti nebo u generalizovaných nádorů s hrozcí exulcerací, nezvládnutelnými bolestmi a v případech, kdy lokální chirurgická terapie by nezajistila dobrou funkci končetiny. V současné době jsou však v těchto případech voleny spíše šetrné operační postupy se snahou o co největší zachování končetiny. (Ludíková, 2013, s. 32)

2.5.3 Onemocnění končetinových cév

Nejčastější příčinou je diabetická angiopatie vedoucí až k diabetické gangréně a akutní nebo chronická arteriální insuficience vedoucí ke končetinové ischemii. (Sosna, 2001, s. 157)

Principem ischemické choroby dolních končetin je nedostatečný průtok krve v dolních končetinách, který je nejčastěji způsoben zužováním tepen při ateroskleróze. Vyskytuje se ve formě akutní, při které dochází k bezprostřednímu ohrožení končetiny, a chronické, při které k zhoršování krevního průtoku dochází postupně. Při akutním uzávěru tepny vzniká náhlá a prudká bolest a bledost končetiny, která je studená a bez hmatného pulzu. Postupně dochází k trofickým defektům. Chronická forma se může rozvíjet i několik let a projevuje se střídavými klaudikačními bolestmi dolních končetin. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 212)

Třicetiprocentní pravděpodobnost amputace dolní končetiny do jednoho roku mají ti pacienti, u kterých dochází ke klaudikačním bolestem do 100 metrů chůze po rovině a kteří mají známky kritické nedokrevnosti dolních končetin s výskytem trofických defektů. Navíc po jednom roce až dvou letech je nutné přistoupit u těchto pacientů k opakované amputaci. K následnému úmrtí dochází až u 30 % pacientů. (Spáčil, 2009, s. 68 - 69)

V rámci snahy zachránit kriticky ischemickou končetinu se provádí revaskularizace pomocí cévních rekonstrukcí a dalších endovaskulárních výkonů. Velice efektivní metodou je pedální bypass, při kterém jsou tepny bérce anastomózou přemostěny autologním žilním štěpem na některou z tepen pedálních. Tento zákrok se často provádí u pacientů se syndromem diabetické nohy kombinovaným s aterosklerózou bérce tepen. (Staffa, 2005, s. 43)

Syndrom diabetické nohy se vyskytuje u 5 - 10 % diabetiků. Janíková, Zeleníková (2013, s. 212) charakterizují syndrom diabetické nohy jako: „*ulceraci nebo postižení hlubokých tkání nohy distálně od kotníku, včetně kotníku, spojené s různým stupněm ischemie a neuropatie u diabetiků, často s přítomností infekce.*“

Příčiny jsou multifaktoriální, největší podíl mají předchozí ulcerace, neuropatie a angiopatie, trauma, ischemická choroba dolních končetin nebo velice nestabilní hodnoty glykémie. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 212)

Nezastupitelnou roli zde má prevence u diabetiků, která spočívá především v péči o dolní končetiny, absenci nikotinu, pravidelných kontrolách hladiny glykémie. (Carmona et al., 2005, s. 454)

2.5.4 Infekce

K amputaci v těchto případech dochází při dlouhodobých lokálních procesech nebo při nezvládnutelné akutní sepsi způsobené lokálním infektem. K infekcím, které mohou vést k amputaci dolní končetiny, patří např. flegmóna, plynatá gangréna nebo nekrotizující fascitida, které produkují řadu smrtících toxinů. Nekrotizující fascitida je těžká ranná pooperační infekce, při níž dochází k nekróze fascií a produkci páchnoucího sekretu. Plynatá sněť je život ohrožující infekce, která navazuje na úraz nebo operaci. Produkovaný toxin ničí měkké tkáně, dochází k bolestivému edému a krepitaci v podkoží vzniklého plynu. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 72)

2.5.5 Vrozené anomálie

Amputace u vrozených anomálií se provádí jen tehdy, jestliže je postižená končetina nefunkční a u níž není možná její ortoticko-protetická kompenzace.

2.6 Preventivní opatření před amputací dolní končetiny

Existuje několik doporučení, jejichž akceptací je možné do určité míry amputaci předejít. Jedná se především o režimová opatření při výskytu cévních onemocnění a diabetu mellitu. V zásadě jde o absolvování lékařské preventivní péče, kontrolu hladiny glykémie, vhodnou dietu a správné užívání léků, používání vhodné obuvi, kontrolu stavu chodidel, péči o chodidla a o absenci nikotinu. Pacientům s cukrovkou se doporučuje diabetická obuv, která by měla mít pevnou podrážku s měkkou nášlapnou stélkou a dostatečný prostor pro prsty. Střih by měl respektovat případné změny objemu nohy během denního nošení. Před nazutím obuvi je vhodné přesvědčit se, zda uvnitř nejsou kamínky či jiné předměty. Hygiena a kontrola chodidla pohledem i pohmatem by měla probíhat denně. Pátrá se po drobných poraněních nebo puchýřích. K hůře dostupným místům je vhodné použít zrcadlo. Po hygieně je nutné pečlivě pokožku osušit, zvláště mezi prsty. Nehty se zastříhávají rovně, ne do obloučku. (Smutný, 2013, s. 3-4)

2.7 Poamputační komplikace

Komplikace po amputačních výkonech na dolních končetinách je možné dělit na lokální a celkové. K celkovým se řadí psychologické komplikace a mortalita. Amputace končetiny je pro klienta zásadním zásahem do jeho života, akceptace probíhá pomalu a většinou komplikovaně. Následná spolupráce s psychologem je téměř nutností. Pooperační mortalitu snižuje prevence šoku, dobře zvolená chirurgická technika a první pomoc, dostupné kvalitní ošetření a aplikace antibiotik. (Sosna, 2001, s. 158)

K místním komplikacím patří hematoma, nekróza, dehiscence v ráně, gangréna, edém, svalové kontraktury, infekce a bolest. (Sosna, 2001, s. 158)

Vznik hematoma je poměrně vážným problémem, který může vést k dalším komplikacím jako je infekce, nekróza nebo bolesti. U většího hematoma se většinou přistupuje k operační revizi. Prevencí hematomů je správná drenáž rány, která by měla vykazovat vysokou míru biokompatibility a biostability. (Krška et al., 2011, s. 223)

Pokud k nekróze dojde a je-li menšího rozsahu, je možné ponechat operační ránu zhojit per secundam, naopak při větším rozsahu se přistupuje k operační revizi s následnou nekrektomií, tedy odstraněním poškozené tkáně, a následné resuturě. (Sosna, 2001, s. 158)

K dehiscenci, tedy rozestupu operační rány, může dojít v celé její vrstvě a délce nebo jen v některé její části. Obvykle je indikována operační revize s následnou toaletou operační rány a resuturou. (Sosna, 2001, s. 158)

Gangréna vzniká lokální ischemií z řady příčin, např. nevhodně zvolená výše amputace nebo arteriální uzávěr. Řešením je kombinace antibiotik a reamputace v adekvátní výšce. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 71)

Výskyt edému nebo pozdější přítomnost svalových kontraktur jsou ovlivnitelné správnou péčí o pahýl. Příčinou edému nejčastěji bývá nesprávná volba obvazu a neprovedení bandáže do kónického tvaru, nýbrž do tvaru hruškovitého, který se poté protězuje s obtížemi. Kontrakturám je možné zabránit správným polohováním pahýlu a správnou rehabilitací. (Sosna, 2001, s. 158)

Infekce operační rány vede k poruchám jejího hojení a dochází tak k hojení per secundam. Řešení se odvíjí od příčiny, mikrobiálního nálezu a celkového stavu pacienta. Ke standardním postupům v ošetření patří operační revize, antiseptická proplachová laváž a podávání celkově působících antibiotik. (Višňa, Hoch, 2004, s. 17)

Před amputací z traumatických příčin s případnou přítomností těžce pohmožděných tkání se profylakticky podávají antibiotika. Podávání by mělo být krátkodobé, ale s maximálním účinkem v době operačního výkonu a voleno by mělo být antibiotikum, které se nepoužívá v rámci běžné terapie. (Valenta et al., 2007, s. 61)

U amputovaných se lze často setkat s pro ně typickými fantomovými pocity nebo až fantomovými bolestmi. Fantomové pocity pacient pociťuje jako stálý pocit přítomnosti končetiny, fantomová bolest je bolestivý pocit neexistující (amputované) končetiny. Její korekce je možná medikamentózní nebo neurochirurgickou cestou. (Dungl et al., 2005, s. 169)

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PŘED A PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Ošetrovatelská péče před a po chirurgickém výkonu je součástí perioperační péče, kterou se rozumí péče v období okolo operačního výkonu, tzn. před, během a po operaci. Každé z těchto období má svá specifika a intervence v rámci jejich průběhu vycházejí ze standardů zdravotnických pracovišť s přihlédnutím k individuálním potřebám jednotlivých pacientů. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 26)

Velmi důležitá je informovanost pacienta o předoperačních ošetrovatelských intervencích. Na ni a na výskyt nejčastějších pooperačních problémů se soustředila jedna slovenská studie, při níž se ukázalo, že pacienti nejvíce postrádali informace o premedikaci, předoperačním cvičení (dechová cvičení, svalová cvičení) a o nácviku vyprazdňování a hygieny vleže. Jako nejčastější pooperační problémy pacienti uvedli bolest, problémy s vyprazdňováním a dýcháním. Většina pacientů uvedla, že při zvládnutí pooperačního období jim nejvíce pomohla sestra. (Hrušková, Hanzlíková, 2000, s. 32)

3.1 Předoperační péče

Předoperační péči nelze striktně časově omezit, zahrnuje péči o pacienta od rozhodnutí k amputaci po předání pacienta na operační sál. Úkolem předoperační přípravy je vytvořit takové podmínky, aby došlo k zvládnutí operační zátěže, k nekomplikovanému hojení a rekonvalescenci. Příprava k operaci zahrnuje prvky obecné, které se plní před každým operačním výkonem, a prvky speciální, které se odvíjejí od diagnózy a typu plánované operace. Předoperační péči lze rozdělovat z několika hledisek, pro účely této kapitoly bude využito časové dělení na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední předoperační péči. (Zeman, Krška et al., 2011, s. 126)

3.1.1 Aktivity sestry v rámci dlouhodobé předoperační péče

Sestra pacientovi vysvětlí potřebu předoperační přípravy a nutnost předoperačních vyšetření, kterými jsou screeningové vyšetření krve a moče, interní vyšetření (jeho rozsah je dán charakterem operačního výkonu, anestézie a celkovým zdravotním stavem klienta), elektrokardiografie, rentgenologické vyšetření srdce a plic. U žen by mělo být provedeno i gynekologické vyšetření. Výsledky těchto vyšetření by neměly být starší čtrnácti dnů. Další druhy vyšetření se odvíjejí od celkového stavu nemocného a od příčiny amputace dolní končetiny. Dále sestra pacienta informuje o hygieně před výkonem a přípravě

operačního pole. Rovněž vysvětluje léčebné postupy nařízené lékařem a v případě celkové anestézie potřebu nepřijímat stravu či tekutiny osm hodin před výkonem. Dále informuje o absolvování anesteziologického vyšetření a o možnosti zavedení invazivních vstupů před operací. Pacient je nakonec informován, kde operace proběhne a popř. kdo bude přítomen. (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 95 - 96)

Dlouhodobá předoperační péče zahrnuje kompenzaci přidružených onemocnění jako např. diabetes mellitus, který je častou příčinou amputace dolní končetiny. Kompenzace tohoto onemocnění je důležitá, je snahou udržet hladinu glykémie mezi 6 - 10 mmol/l. Pacient s diabetem by měl být hospitalizován dva dny před operací, v případě kompenzovaného diabetu jeden den a v ideálním případě je zařazen na začátku operačního programu, nejlépe na začátku týdne. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 31)

3.1.2 Aktivity sestry v rámci krátkodobé předoperační péče

Krátkodobá předoperační příprava se odehrává 24 hodin před operačním výkonem. Sestra pacientovi vysvětlí průběh přípravy k operaci, vhodně s pacientem komunikuje a zmírňuje obavy, seznámí ho s oddělením a jeho chodem. Dále zajistí celkovou hygienu, odstranění laku z nehtů a dalších kosmetických přípravků. Připraví pacienta na pooperační ránu, pooperační bolest a její řešení, intravenózní terapii a také ho seznámí s pooperačními aktivizačními prvky a se způsobem vyprazdňování po výkonu. Poté kontroluje anamnestické údaje a zajistí podepsání informovaného souhlasu s léčbou a operačním výkonem (amputace dolní končetiny), anestézií a hospitalizací. Pravidelně kontroluje dle ordinace lékaře fyziologické funkce, podává léky, zavádí invazivní vstupy a aplikuje případnou prepremedikaci. Sleduje fyzický i psychický stav pacienta. Dle druhu anestézie zajistí, aby 8 hodin před výkonem pacient nic perorálně nepřijímal. Nakonec sestra k operačnímu výkonu zajistí pacientovu veškerou potřebnou dokumentaci. (Mikšová, Froňková, Zajíčková, 2006, s. 96)

Vyprázdnění střev před každým operačním výkonem je v současnosti překonáno. Obecně se doporučuje před břišními operacemi a u klientů trpících zácpou. Jelikož amputaci podstupují většinou lidé vyššího věku s více přidruženými chorobami, u kterých je možné předpokládat výskyt pooperačních problémů s vyprazdňováním, záleží na zvyklostech oddělení, zda se k vyprázdnění střev přistoupí nebo ne.

3.1.3 Aktivity sestry v rámci bezprostřední předoperační péče

Bezprostřední předoperační péče se odehrává v den operace, asi 2 hodiny před plánovaným časem operace. Intervence sestry jsou zaměřeny na kontrolu dokumentace, výsledků vyšetření a úkonů z předchozí části předoperační přípravy. Dále sestra zajistí ranní hygienu, sepsání a uložení cenností pacienta dle zvyklosti oddělení, přípravu operačního pole, zavedení invazivních vstupů jako např. periferní žilní katétr nebo permanentní močový katétr (jestliže nebyly nutné dříve), dále zajišťuje odložení osobního prádla, monitoring fyziologických funkcí, medikaci a premedikaci dle ordinace lékaře. Sestra dále vyzve pacienta k odstranění šperků a všech volných kompenzačních pomůcek, následně provede kontrolu. Po aplikaci premedikace dodržuje pacient již klidový režim na lůžku. Nakonec sestra zajistí převoz pacienta a jeho dokumentace na operační sál. (Kubicová et al., 2005, s. 17)

3.2 Specifika ošetrovatelské péče v předoperačním období

Amputace dolní končetiny je vážným zásahem do všech stránek života pacienta, je zákrokem, který zasahuje tělesnou a duševní stránku člověka. Týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je při ošetřování před a po amputaci nevyhnutelná k dosažení optimálních výsledků v soběstačnosti, podpoře a rozvoji pacienta. Cílem spolupráce sestry a fyzioterapeuta v předoperačním období je připravit pacienta na amputaci, identifikovat jeho subjektivní pocity, zmírnit psychické trauma nebo rozvíjející depresi a pocity vyřazení z rodiny či společnosti. Je potřeba empatického přístupu v komunikaci k podpoře kladného sebepřijetí a k pocitu užitečnosti pacienta, kterým se rozptýlí obavy, že by mohl být své rodině přítěží. Sestra a fyzioterapeut musí zdůrazňovat, že pacient po amputaci dolní končetiny může být mobilní, samoobslužný a že s použitím protézy dojde k zlepšení jeho fyzické aktivity. Velice vhodný je kontakt s člověkem, který v minulosti prožil stejnou situaci a který může pacientovi ukázat pohybové možnosti, kterých i on může dosáhnout. Velmi důležité je, aby se sestra a fyzioterapeut vyvarovali při komunikaci velkému optimismu nebo bagatelizování situace. Pacient by měl cítit osobní angažovanost sestry a fyzioterapeuta při řešení jeho potřeb. Pozornost by měla být věnována i příbuzným pacienta. Před operací je vhodné, pokud to celkový stav pacienta dovolí, naučit pacienta chůzi o berlích, vykonávání osobní hygieny v lehu, naučit ho dechovým cvičením, zlepšit prokrvení končetin cévní gymnastikou a posílit svalstvo trupu a horních končetin. Velmi

vhodné je protahování končetin v kolenním a kyčelním kloubu, kde často po amputaci dochází ke kontrakturám. (Polhorská, 2009, s. 16)

3.3 Pooperační péče

Pooperační péče je interval mezi probuzením pacienta z anestézie až k jeho propuštění do domácího ošetřování nebo přeložení na rehabilitační pracoviště. Období pooperační péče je možné rozdělit na období bezprostřední pooperační péče (do 24 hodin po operaci) a následnou pooperační péči. Bezprostřední pooperační péče se zaměřuje na prevenci pooperačních komplikací a monitoring základních životních funkcí, následná pooperační péče na eliminaci bolesti, diskomfortu a rehabilitaci – návrat pacienta k jeho předchozímu životu. (Kubicová, 2005, s. 26)

Bezprostředně po operaci je pacient převezen z operačního sálu na postanestetický zotavovací pokoj, kde je monitorován anesteziologem a anesteziologickou sestrou až do návratu obranných reflexů, spontánního dýchání a stabilizace krevního oběhu. Zde setrvává obvykle 2 hodiny. Jestliže je celkový stav pacienta uspokojivý a bez komplikací, je poté přeložen na ošetrovací jednotku, na které pobýval před operací. V případě (očekávaných) komplikací a nutnosti soustavného sledování celkového stavu a vitálních funkcí, je pacient převážen na jednotku intenzivní péče. V umístění pacienta na standardní oddělení či jednotku intenzivní péče hraje zásadní roli také výška amputace, např. pacient po amputaci ve stehně by měl být na jednotku intenzivní péče překládán automaticky. (Slezáková et al., 2007, s. 74)

3.3.1 Aktivity sestry v rámci bezprostřední pooperační péče

Sestra zahajuje bezprostřední pooperační péči převzetím pacienta a kompletní dokumentace od anesteziologické sestry. Do dokumentace zapíše čas převzetí pacienta, posoudí vitální funkce a uloží pacienta v poloze na zádech s mírně zvýšenou horní polovinou těla na čisté polohovatelné lůžko, vybavené signalizací a pomůckami usnadňující pozdější pohyb jako např. hrazdička, žebříček. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 218 – 220)

Po operačním výkonu amputace může dojít k pooperačnímu krvácení, které se může rozvíjet pomalu nebo se projeví formou masivního krvácení z pahýlu. Proto připravuje sestra k lůžku pacienta turniket (obvykle Esmarchovo obinadlo) a dostatek kompresivního obvazového materiálu, které použije při náhlém masivním krvácení z pahýlu ještě dříve, než uvědomí lékaře (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2114)

Důležité je zajistit bezpečnost pacienta na lůžku (např. použitím postranic). Poté sestra sleduje základní vitální funkce, tj. krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu a stav vědomí, saturaci kyslíkem, křivku EKG v případě překlada pacienta na jednotku intenzivní péče v lékařem ordinovaných intervalech. Naměřené hodnoty jsou zapisovány do dokumentace. Důležitý je monitoring bolesti, tedy intenzity, lokalizace, charakteru a reakce na aplikovaná analgetika ordinovaná lékařem. Bolest je standardně tlumena aplikací opioidů nebo neopioidních analgetik intramuskulární nebo intravenózní cestou. Pacientům, kteří podstoupili epidurální anestezii, může být bolest tlumena kontinuálně epidurální cestou. Dále sestra sleduje polohu pahýlu a případné krvácení z operační rány, které by se projevilo prosakováním krve obvazem a proto je vhodné pro snadnou kontrolu ponechat pahýl bez příkrývky. Při lehkém prosakování sestra naváže další vrstvu obvazu. Pahýl po operaci setrvává položený rovně až v mírné elevaci, která je preventivním opatřením před vznikem otoku. Elevaci sestra zajišťuje polohovatelností lůžka nikoliv podložením pahýlu např. polštářem, které by vedlo k pozdějším závažným komplikacím, jako jsou velice obtížně napravitelné flekční kontraktury. Dle ordinací lékaře sestra zajišťuje odběr biologického materiálu a jeho laboratorní vyšetření a následné výsledky, aplikaci infuzní terapie a případné krevní transfuze, aplikaci léků (např. antibiotika, chronická medikace, analgetika, antikoagulancia). Pacientům, kteří trpí diabetem, je pravidelně monitorována hodnota glykémie (min. 4x denně) a jsou sledovány projevy dekompenzace diabetu. Součástí bezprostřední pooperační péče je rovněž sledování a zapisování bilance tekutin, sledování odchodu plynů a močení, ke kterému by mělo dojít do 8 hodin po operaci, sledování odpadu z Redonova drénu (funkčnost drénu, množství a charakter tekutiny) a sledování nauzey a případného zvracení. Nedílnou součástí je i péče o invazivní vstupy (periferní žilní katétr nebo centrální žilní katétr, permanentní močový katétr, epidurální katétr atd.), péče o klidových režim a dopomoc při hygieně na lůžku, která vychází z aktuálních potřeb pacienta. Realimentace probíhá podle zvoleného druhu anestézie a zvyklosti oddělení. V případě epidurální svodné anestézie není příjem potravy a tekutin po zákroku nijak omezen, v případě celkové anestézie je možné klientovi nabídnout tekutiny v malých dávkách po dvou hodinách od příjezdu na oddělení a večer může sestra pacientovi podat lehkou večeři za předpokladu, že pacient netrpí nevolností. V celém průběhu bezprostřední pooperační péče sestra sleduje příznaky pooperačních komplikací a celkový stav pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 218 – 220)

3.3.2 Aktivity sestry v rámci následné pooperační péče

Následná pooperační péče navazuje na bezprostřední pooperační péči první den po operaci a končí propuštěním pacienta na rehabilitační pracoviště, doléčovací oddělení nebo do domácího ošetřování. Ošetrovatelská péče se soustřeďuje zejména na podporu návratu k soběstačnosti, pohyblivosti, vytvoření „funkčního“ pahýlu, eliminaci bolesti, pooperačních komplikací a na psychologickou péči a podporu. (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 218 – 220)

Sestra dále na základě ordinací lékaře zajišťuje monitoring základních vitálních funkcí (obvykle 3x denně), bolesti, bilance tekutin, výsledků vyšetření. Při sledování bolesti se sestra orientuje na její lokalizaci, charakter a intenzitu, kterou je možné identifikovat na základě dostupných škál jako je např. numerická škála bolesti se stupnicí 0 - 10. U pacientů po amputaci dolní končetiny dochází k výše zmíněným fantomovým pocitům nebo až k fantomovým bolestem, na které někteří pacienti pro obavy z nepochopení či nedůvěry ze strany personálu neradi upozorňují. Sestra by měla pacientovi pomoci přijmout možnost, že tyto pocity či bolest v určité míře může pociťovat po celý život. Bolest se však po operačním výkonu nemusí vyskytovat pouze v souvislosti s amputovanou končetinou. Velice důležitou součástí následného pooperačního ošetřování je péče o amputační pahýl, která zahrnuje pravidelné převazy, správné polohování, bandážování, postupnou extrakci stehů, péči o kůži pahýlu, masírování a otužování pahýlu. Neméně důležitou součástí ošetrovatelské péče je také péče o aktivitu pacienta a jeho zapojení do rehabilitace, které obnáší časnou postupnou mobilizaci již od prvního dne po operaci zvládnutím samoobslužných činností na lůžku, cvičení horními končetinami, pasivní cvičení pahýlu, nácvik sedu a přesunu na invalidní vozík, trénink stoje a chůze o berlích. K úkolům sestry patří dále odběry biologického materiálu, aplikace léčivých přípravků perorální nebo parenterální cestou dle ordinací lékaře a sledování jejich účinků, včetně nežádoucích. V pooperačním období jsou pacientům ordinovány nejčastěji analgetika, antibiotika či antikoagulantia. U pacientů, kteří jsou diabetiky, sestra dle ordinací lékaře sleduje hladinu glykémie. Sestra dále zajišťuje péči o vyprazdňování a výživu. Postupná realimentace začíná již v den operace, poté se přechází na základní dietu dle přidružených onemocnění. Po amputaci často dochází k problémům s vyprazdňováním tlustého střeva pro značně omezenou pooperační aktivitu i psychickou zátěž. Je důležité vyprazdňování sledovat a tak dbát na prevenci zácpy, např. mobilizací, aktivním podáváním tekutin, zajištěním intimity při vyprazdňování, odbouráním

psychologických bariér vyprazdňování na lůžku, aplikací laxativ dle ordinací lékaře. Po zhodnocení úrovně sebekpěče je sestra pacientovi nápomocna při provádění hygieny, přijímání potravy, nácviku soběstačnosti. Při provádění hygieny by měla být zvýšená pozornost věnována péči o kůži a kožní řasy a rovněž o oblast genitálií, jelikož je zde vysoká možnost vzniku infekce a narušení integrity kůže, které mohou komplikovat průběh rekonvalescence. Rovněž důsledná prevence proleženin je v rámci pooperační péče stěžejní. V následujících dnech po operaci sestra pokračuje v péči o invazivní vstupy, případně jsou postupně dle ordinací lékaře odstraňovány. U drénu se sleduje jeho funkčnost, místo zavedení, množství, charakter a konzistence odváděné tekutiny. Odstraňován bývá zpravidla druhý až třetí pooperační den v závislosti na množství odváděného sekretu. Neopomenutelnou součástí následné pooperační ošetrovatelské péče o klienta po amputaci dolní končetiny je psychologická péče a podpora, kdy sestra pacienta po amputaci povzbuzuje, dodává mu důvěru a naději, monitoruje projevy smutku a deprese, dává mu prostor pro vyjádření pocitů. Potřebnou se stává spolupráce s rodinou klienta a jeho kontakt s ní. (Hlinková, Michálková, Nemcová, 2011, s. 5 - 8)

3.4 Propuštění pacienta

Sestra a fyzioterapeut spolupracují po dobu hospitalizace na povzbuzení, pozitivní motivaci pacienta k pohybu, poskytují informace o denním pohybovém režimu pacienta, udržování konstantní tělesné váhy, úpravě domácího prostředí, kompenzačních pomůckách. Rovněž seznamují pacienta s možnostmi sebekpěče, velice přínosné je seznámit i rodinu pacienta s péčí o člověka po amputaci. Z nemocnice jsou klienti překládáni do domácího ošetřování, na doléčovací oddělení nebo na rehabilitační pracoviště. (Polhorská, 2009, s. 17)

Propuštěn nebo přeložen je pacient po zhojení operační rány a zvládnutí základních prvků sebekpěče. Sestra pacienta edukuje v péči o pahýl a zbylou dolní končetinu, seznamuje ho s případnými pozdními komplikacemi po výkonu a s jejich příznaky, podporuje ho v aktivitě a samostatnosti s důrazem na bezpečnost a prevenci zranění. Před propuštěním se doporučuje, aby pacienta po amputaci navštívil pracovník sociální péče, který mu poskytne informace o službách, kterých může využít (lázeňská péče, domácí péče, finanční podpora hmotného zabezpečení, bezbariérový přístup k bytu či domu apod.). (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 220)

Před propuštěním do domácího ošetřování by měl pacient splňovat tato kritéria:

- popíše přístup k zvládnutí bolesti (její farmakologické i nefarmakologické ovlivnění),
- popíše péči o pahýl včetně jeho bandážování a péči zbylou končetinu,
- je schopen pohybu – předvede přesun případně stoj či chůzi o berlích,
- aktivně se zapojuje do rehabilitace s cílem získat samostatnost a je informován o jejím dalším průběhu a jejích metodách,
- uvede příznaky případných komplikací (silná bolest, příznaky infekce, defekt na pahýlu nebo na druhé končetině),
- měl by mít zajištěnou možnost profesionální pomoci (např. agentura domácí péče),
- hovoří o prožívání nastalé situace (vliv na fyzický vzhled i psychický stav),
- uvědomuje si nutnost realizace úprav bytu nebo domu pro bezpečný pohyb v něm,
- ví o nutnosti dispenzarizace (termín následné kontroly), o potřebě rehabilitace a adekvátním životním stylu, tzn. vhodná aktivita a cvičení. (upraveno dle Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2115)

K dobrému zotavení a návratu do společenského života může pacientům po amputaci výrazně přispět kontakt s nestátními neziskovými organizacemi (např. nadace, občanská sdružení), podporující tělesně postižené a hendikepované. Občanské sdružení No Foot, No Stress!, o.s. je dobrovolným společenstvím sdružující amputované, kterým poskytuje pomoc a psychickou podporu. Sdružení pro své členy organizuje různé kulturně-spoločenské i na sport zaměřené akce. (No Foot No Stress!, 2012)

3.5 Specifika ošetrovatelské péče v pooperační péči

Specifickým se v pooperační ošetrovatelské péči o pacienta po amputaci dolní končetiny stává ošetrovatelská péče o amputační pahýl, rehabilitační ošetrovatelství a zlepšování mobility a soběstačnosti, ošetrování pacienta s fantomovými bolestmi, psychologická péče, edukace pacienta a spolupráce s jeho rodinou. (Polhorská, 2009, s. 17)

3.5.1 Ošetrovatelská péče o pahýl

Správně prováděné ošetrování pahýlu je základním předpokladem pro pozdější přiložení protézy a tak i návrat ke kvalitě života přibližující se té před amputací.

Hned po operaci je pahýl oteklý a bolestivý, je z něj obvykle veden Redonův drén. Na operačním sále je operační rána ošetřena zpravidla mastným tylem, sterilním krytím a pahýl je převázán obvazy. Jestliže po operačním výkonu nedojde k prosakování obvazů

či jiným komplikacím, je první převaz proveden za přítomnosti lékaře obvykle v druhý den po operaci a dále jsou převazy prováděny zpravidla jednou denně. Samozřejmostí u provádění převazů je aseptický postup za použití jednorázových pomůcek, aby se docílilo nekomplikovaného zhojení operační rány. Součástí převazu je samozřejmě kontrola a zhodnocení rány s provedením výkonů dle ordinace lékaře, může se jednat např. o odstranění drénu nebo stehů. Drén se odstraňuje obvykle druhý až třetí den po operaci, stehy se pak extrahují v odstupu dvou až tří týdnů většinou ve dvou fázích, tedy ob jeden steh. (Pokorná, Mrázová, 2012, s. 34)

V prevenci proti flekčním a abdukčním kontrakturám, které by mohly značně zkomplikovat přiložení protézy, je důležité správné polohování pahýlu. Pahýl spočívá v extenzi, addukci a mírné elevaci zajištěné polohovatelností lůžka. Výraznější elevace pahýlu v případě krvácení z pahýlu by měla po operačním výkonu trvat co nejkratší dobu. Polohování pahýlu do abdukce, externí rotace a flexe je nežádoucí. Je nutné vyvarovat se jakémukoliv podkládání pahýlu polštáři, dlahami apod. nebo jejich vkládáním mezi končetiny, které by vedlo právě ke zmíněným kontrakturám. Při stehenní amputaci často vznikají kontraktury v kyčelním kloubu, při bérkové v kolenním kloubu. Od prvního pooperačního dne je možné provádět polohování v lehu na zádech nebo na břiše pokud pacient netrpí dechovou insuficiencí. Při stehenní amputaci se vleže na zádech podkládá pánev a zatíží se přední část pahýlu, v lehu na břiše setrvává pahýl v zanožení, přičemž nesmí dojít k abdukci. Při amputaci v bérce se vleže na zádech mírně podloží konec pahýlu a zajistí se extenze v kolenním kloubu, v lehu na břiše se provede mírné podložení pahýlu a konec pahýlu se mírně zatíží. Při stehenní amputaci není v pooperačním období vhodné dlouhé sezení, při amputaci bérkové není vhodné delší sezení se svěřeným pahýlem, ten by měl být vždy podkládán do extenze v koleni. Při polohování lze využít zátěžové vaky. (Kovařová, 2012, s. 240 – 241) Nevhodné polohovací návyky pacienta jsou zobrazeny v příloze č. 1.

Pro následné oprotézování pacienta je nejdůležitější spolupráce sestry a fyzioterapeuta při formování a otužování amputačního pahýlu pomocí bandážování, masáží, tepání, postupného zatěžování a příslušné hygienické péče o pokožku a jizvu pahýlu. Tvar pahýlu se formuje již při operaci správnou operační technikou a proces formování pahýlu končí nejdříve za šest měsíců podle individuality klienta. Bandážováním se kůže stává odolnou, podkožní vazivo se zpevní a podkožní tuk postupně atrofuje. Požadovaným výsledkem formování pahýlu je jeho kónický tvar a adaptace měkkých tkání na tah a tlak. Ke třem nejčastějším problémům, které následně výrazně ztěžují používání

protézy, se řadí flekční nebo abdukční postavení pahýlu a špatně tvarovaný pahýl. (Pudner, 2005, s. 453)

Šetrné bandážování začíná již v rámci konečného ošetření na operačním sále. K bandážování se používají elastická obinadla příslušné šířky, obvykle 10 - 14 cm podle objemu pahýlu. Je velmi potřebné, aby sestra pacienta nebo jeho rodinu edukovala o provádění bandážování pahýlu. Existuje více způsobů, jak pahýl pomocí obinadel bandážovat, ať už je to použití osmičkových nebo klasových otoček, je však nutné respektovat několik zásad. První otočka obinadlem by se nikdy neměla vést dokola kolem pahýlu, protože by mohlo dojít k následnému snížení prokrvení pahýlu. Není žádoucí obvaz hodně utahovat, spíše se využívá jeho vlastní pružnost. Silnější tlak by však měl vždy být v dolní části pahýlu, směrem nahoru se tlak postupně snižuje. Bandážuje se nad blízký kloub, tedy u amputace v bérce nad koleno, u amputace ve stehně se nejideálněji fixuje obvaz otočkou kolem pasu. Po zabandážování je pahýl v rovině, nikdy nesmí být tahem obinadla ohnutý. I dobře provedená bandáž pahýlu se po určitém čase uvolňuje a ztrácí tak svůj účel, je proto nutné 2 - 3x za den obvaz převázat a dalšímu bandážování by měla předcházet poklepová masáž pahýlu. Pokud amputace nebyla indikována pro cévní onemocnění, bandáž je přiložena 24 hodin denně. Není vhodné používat kruhové otočky, které mohou omezit krevní průtok. Správně provedená bandáž je pevná, neskluzuje, nebolí, „nepulzuje“ a zabraňuje otokům. Variantou elastických obinadel jsou kompresivní elastické návleky, které stejnoměrně stahují a tvarují pahýl a mohou se používat časně po amputaci. Jestliže je hojení pahýlu provázeno komplikovaným hojením operační rány, může být od bandážování pahýlu po dobu hojení rány upuštěno. (Koval'ová, 2012, s. 240 – 241) Správný postup bandážování stehenního a bércevého pahýlu je zobrazen v příloze č. 2.

V péči o pahýl je velmi důležitá zvýšená a důsledná hygienická péče o něj. Pahýl je výrazně zatěžován, kůže se pod obvazy nebo později pod protézou potí a mohou vznikat různá podráždění nebo oděrky. Kůže pahýlu má větší sklon k otlakům, infekcím nebo plísňovým chorobám. Ideální je provádět hygienu pahýlu večer omýváním v teplé vodě masírováním nedráždivým toaletním mýdlem. Důležité je následně mýdlo dobře opláchnout a důkladně pokožku osušit. Poté je vhodné ošetřit kůži pahýlu nedráždivým krémem. Následuje provedení bandážování pahýlu, aplikace kompresivního návleku nebo později protetického návleku. Součástí provádění hygieny je i kontrola pahýlu pro zachycení případných patologických kožních změn, i nevýznamné oděrky kůže by měly být ošetřeny. Je velmi nevhodné provádět hygienickou péči o pahýl ráno, protože

i nepatrná vlhkost může při celodenním nošení bandáže nebo protézy kůži pahýlu poškodit. (Polhorská, 2009, s. 17)

Po extrakci stehů nastává péče o postupné a šetrné zhojení a změknutí jizvy. Toho lze docílit např. masáží jizvy v odstupe dvou až tří týdnů od operace, je vhodné ji provádět min. 5x denně po dobu 10 minut. Principem je přiměřený tlak na jizvu asi po dobu 30 vteřin, dokud jizva nezbělá, poté dojde na 15 vteřin k uvolnění, dokud se jizva opět neprokrví. Takto se postupuje po celý čas masáže. Vhodné je promašťování jizvy neparfémovaným krémem spolu s jemnou masáží vždy před zabandážováním pahýlu. (Kálal, 2005, s. 27)

Po odstranění stehů je vhodné začít s výše zmíněným postupným otužováním pahýlu. Otužování je vhodné začít lehkým masírováním proti směru venózního proudu nejprve pomocí dlaně, později je možné použití hrubšího povrchu jako je např. froté ručník nebo žínka. Masáž je možné provádět na sucho nebo s použitím masážních krémů. Velmi účinná je i masáž poklepem, nejdříve jemná přes obvazy. Pomocí dlaní se postupně začíná zatěžovat hrot pahýlu, odolnost pahýlu proti zátěži se dále zvyšuje opíráním pahýlu postupně narůstající silou nejprve o měkký terén jako např. lůžko, postupně se využívají podložky z tvrdších materiálů. Jelikož se jedná o náročnější úkon, pacient by ho měl vykonávat vždy za přítomnosti sestry nebo fyzioterapeuta. K dobrému otužování pahýlu přispívá i sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou, naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem nebo míčkování měkkým míčkem. Všechny tyto úkony je vhodné provádět vždy mezi sejmutím a další aplikací bandáže. (Kovařová, 2012, s. 240 – 241)

4 PROBLEMATIKA BOLESTI PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Bolest je v literatuře nejčastěji popisována jako nepříjemná smyslová a emoční zkušenost spojená se skutečným nebo možným poškozením tkáně nebo je popisována výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivním prožitkem, tudíž existuje vždy, když pacient říká, že bolest má. (Rokyta et al., 2009, s. 12)

Při řešení bolesti je velmi důležité aktivní zapojení pacienta, které obnáší navázání kontaktu a dosažení pacientovy spolupráce, vytvoření pocitu bezpečí a jistoty (bolest často provází strach nebo pocit bezmoci), srozumitelné podání informací o příčině bolesti a konečně společnou dohodu o způsobu řešení bolesti. (Janáčková, 2007, s. 138)

Častou komplikací po amputacích dolních končetin, která je pro pacienta nepříjemná a zároveň je terapeuticky nesnadno ovlivnitelná, je právě bolest. Intenzita bolestí po amputaci dolní končetiny je pacienty vnímána jako střední až krutá, ale její prožívání je poměrně vysoce individuální. Pacient po amputaci se může setkat se třemi typy bolestí, jsou jimi pooperační bolest, bolest způsobená protézou a fantomová bolest. (Smutný, 2013, s. 34)

Pooperační bolest obecně je ovlivněna charakterem operačního výkonu, fyzickým a psychickým stavem pacienta (zvláštní pozornost vyžadují děti a geriatricí pacienti), psychologická a farmakologická příprava, typ anestezie, tlášení bolesti před a po operaci a rovněž i kvalita pooperační péče. V tomto případě je operačním výkonem způsobujícím bolest amputace dolní končetiny. Pooperační bolest po amputaci je ostrá, lokalizovaná, obvykle ji pacienti pociťují v prvním až čtvrtém týdnu po amputaci. Její příčinou mohou být zánětlivé změny, infekce, tlak na kostní prominence nebo hematom. Obvykle se zvyšuje při pohybu končetinou nebo otokem pahýlu a může být doprovázena strachem a úzkostí i zpomalením zotavování. Zpravidla po zhojení operační rány pooperační bolest mizí. Možná je její efektivní regulace podáváním opioidních analgetik a používáním fyzikálních metod dle ordinace lékaře, monitorováním otoku a procesu hojení operační rány nebo aplikací kompresivních elastických bandáží. (Málek, Ševčík et al., 2009)

Bolesti způsobené protézou se obecně lépe diagnostikují i léčí. Často je způsobují třecí síly, tlak a tah kůže. Při jejich řešení je nutná spolupráce i s protetickým pracovníkem, který upraví oblast nebo část protézy, která pacientovi působila problém. Jestliže by došlo k narušení kožní integrity, protézu by pacient až do zhojení neměl používat. Protektivní

účinek mají protetické návleky, jejichž používání v kombinaci s protézou je samozřejmostí. (Smutný, 2013, s. 35)

4.1 Fantomová bolest

Vnímání fantomových bolestí je stavem, kdy pacient stále cítí bolesti v končetině, která mu byla amputovaná. Fantomové bolesti může pacient pociťovat i po odstranění jiných částí těla (např. ablace prsu), ale nejčastěji k jejich výskytu dochází zrovna při amputaci dolní končetiny. Výskyt fantomové bolesti po amputaci dolní končetiny se pohybuje mezi 50 – 85 % a existuje určitá míra souvislosti jejího výskytu s bolestí dolní končetiny v době před amputací a komplikacemi v pooperačním období. (Karanikolas, Aretha, Tsolakis et al., 2011, s. 1144)

Objevuje se během prvního pooperačního týdne, ale k jejím projevům může dojít až v odstupe let. Kvalita bolesti je amputovanými popisována jako pálivá, řezavá, bodavá a pacienti mívají i pocit, že končetina je různě zkroucená. Intenzitu, výskyt a kvalitu těchto bolestí ovlivňuje mnoho faktorů (např. emoce, kašel i počasí), výjimečně se jedná o bolest stálou. Postupně dochází ke snižování bolestí, někteří pacienti těmito bolestmi po několika letech již netrpí vůbec, někteří jimi ale mohou trpět po celý život. K úlevě od fantomových bolestí dobře přispívá časně zahájená pooperační rehabilitace a otužování pahýlu. (Lejčko, 2001, s. 2 – 3)

Výskyt fantomové bolesti je závislý i na pohlaví. To ukázala zahraniční multicentrická longitudinální studie, která mj. zjišťovala výskyt fantomových bolestí, jejich časový průběh a přidružené faktory. Výsledkem mj. bylo, že fantomové bolesti cítili pacienti po amputacích dolních končetin nejsilněji šest měsíců od operace, že výskyt fantomových bolestí roste s výší amputace a že se vyskytují častěji u žen (Bosmans, Geertzen, Post et al., 2010, s. 444 - 453)

Mechanismus vzniku fantomových bolestí není dosud zcela jednoznačně objasněn, podíl zde má mnoho faktorů jako změny periferního a centrálního nervstva nebo psychologické faktory. (Wu, Agarwal, Tella et al., 2008, s. 290)

Syndrom fantomové končetiny není vždy terapeutickým problémem, protože nezahrnuje pouze pocity bolesti, ale také fantomové pocity a bolesti pahýlu. Fantomové pocity jsou po amputaci dolní končetiny velmi časté (u amputací z traumatické příčiny se vyskytují téměř vždy) a často i přetrvávají po celý život, pacient dolní končetinu vnímá a cítí ji, jako kdyby k amputaci nedošlo. Pacienti většinou na amputované končetině pociťují chlad, teplo, tlak nebo si uvědomují délku či polohu končetiny, někteří mohou cítit

pohyb končetinou. Bolesti pahýlu jsou lokalizovány přímo do pahýlu (často v oblasti jizvy), vyskytuje se u poloviny amputovaných a nejčastěji bývá spojená s lokálním patologickým nálezem (např. infekce nebo bolest operační rány). Bolest se většinou postupně zmírňuje, až zcela vymizí. (Lejčko, 2001, s. 4)

Léčba fantomových bolestí je nesnadná, protože dosud nebyl vysvětlen mechanismus jejich vzniku. Nezanedbatelnou roli má korekce bolesti a léčba příčiny možné pozdější amputace již v předoperačním období. Metod je dostupných mnoho, ale jejich efektivita většinou nepřekračuje 30 %. Uplatnění zde nachází farmakologická, nefarmakologická a chirurgická terapie. Farmakologická terapie je prezentována antidepressivy, antikonvulzivy, analgetiky či lokálními anestetiky. Chirurgické postupy obnášejí např. revizi pahýlu, reamputaci nebo svodné blokády. Upřednostňovány by měly být neinvazivní postupy, chirurgické řešení by mohlo vést k ještě silnějším bolestem. Z nefarmakologických postupů je využitelná např. akupunktura, relaxace, biofeedback nebo TENS - transkutánní elektrická nervová stimulace. (Vrba, 2003, s. 104 – 111)

Při TENS se pomocí přenosného přístroje přenáší bezbolestný střídavý elektrický proud přímo do bolestivé oblasti. Bylo potvrzeno, že snižuje potřebu analgetik. Léčebná kúra trvá obvykle několik dní, avšak při fantomových bolestech může být nutná stimulace kontinuální. Biofeedback je založen na zpětné vazbě, kdy jsou pacientovi v době bolesti měřeny jeho osobní fyziologické veličiny (krevní tlak, teplota, tep, pocení, svalové napětí), které jsou pak vhodně pacientovi vysvětleny a ten je pak schopen tyto hodnoty ovlivnit vůlí a alespoň z části ovládat. (McGonigle, Caplin, Kovach, 2006, s. 291)

Při ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi mu sestra spolu s fyzioterapeutem objasní, o jaké bolesti jde, jejich příčinu a zároveň empatickou komunikací podporují pacienta při jejich zvládnutí. V mnohých případech je potřebné zajištění péče psychologa. Sestra provádí komplexní hodnocení bolesti, tzn. lokalizace, charakter, časový průběh, frekvence, kvalita, intenzita a určuje potřebnou frekvenci posuzování. Intenzitu bolesti ověřuje spolu s pacientem a všechny údaje a změny zaznamenává do dokumentace, zvažuje pacientovu ochotu ke spolupráci při vytváření strategií na úlevu od bolesti. Dle ordinací lékaře zajišťuje pacientovi analgetika, sleduje jejich účinek i vedlejší účinky a také eliminuje faktory, které by mohly bolest potencionovat, např. strach, únava. Důležité je informovat lékaře o účinnosti analgetik, povzbuzovat pacienta k rozhovoru o prožívání bolesti a sledovat i neverbální projevy bolesti. Vhodné je do procesu zvládnutí zapojit i rodinu pacienta, sestra by měla vždy zabezpečit opatření proti bolesti dříve, než bolest

zesílí a také informovat pacienta i jeho rodinu o nefarmakologických způsobech zvládnání bolesti. (Mesárošová, Mjartanová, 2011, s. 9 - 12)

Pokud pacient popisuje fantomové bolesti či pocity, sestra by měla tyto výpovědi vždy uznat jako reálné a pacienta k jejich verbalizaci povzbuzovat.

5 REHABILITAČNÍ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI

Rehabilitační ošetřování je součástí komplexní ošetřovatelské péče, kdy sestra pomocí dostupných prostředků zamezuje komplikacím z inaktivity a je charakterizováno spoluprací sestry a fyzioterapeuta. Sestra práci fyzioterapeuta nenahrazuje, ale může ve své praxi pro pacienta s omezenou pohybovou aktivitou učinit velmi mnoho. Zvládnutou činnost nebo obnovenou funkci by měl pacient uplatňovat v denním režimu a sestra by měla mít informace, za jakých podmínek a s jakými pomůckami je pacient danou činnost schopen zvládnout. (Klusoňová, Pitnerová, 2005, s. 38)

Na dosahování optimálních výsledků v soběstačnosti u pacienta po amputaci je týmová práce sestry a fyzioterapeuta nevyhnutelná. Cílem jejich společné práce je udržet pacienta v dobré fyzické i duševní kondici, připravit pacienta na oprotézování a zařadit ho tak v co nejkratším možném období zpět do normálního života. Podíl na dosažení těchto cílů mají rovněž operatér, ošetřující lékař, psycholog, sociální pracovník a rodina pacienta. Nejdůležitější je však spolupracující pacient. Je potřebné vzbuzovat u pacienta zájem o aktivitu a možnou fyzickou samostatnost, dosažení soběstačnosti závisí právě na jeho spolupráci. Funkční zdatnost pacienta je závislá na výši amputace, pacient s transtibiální amputací může dosáhnout pohybové úrovně před amputací, u transfemorální amputace je zpravidla pohybové omezení značnější. (Birgusová, 2006)

Ke sledování aktuálního vývoje soběstačnosti u pacienta má sestra k dispozici poměrně širokou škálu testů úrovně soběstačnosti, jejichž výsledky jsou poté zohledňovány při dalším plánování ošetřovatelské péče. Jedná se např. o Test ošetřovatelské zátěže, Barthelův test základních všedních činností nebo Testování vývoje soběstačnosti. Test ošetřovatelské zátěže je součástí přílohy č. 3. (Staňková, 2001, s. 34)

Je přínosem, když je možnost u plánovaných amputací začít s prvky rehabilitačního ošetřování ještě před samotným operačním výkonem, to je ovšem vzhledem k často celkově méně příznivému zdravotnímu stavu hůře realizovatelné. Vhodné je posilování horními i dolními končetinami (jestliže to stav končetiny dovoluje), seznámení pacienta s chůzí s pomocí berlí nebo manipulací s invalidním vozíkem. S intervencemi v oblasti péče o aktivitu pacienta by se mělo začít co nejdříve po operačním výkonu, od druhého dne po amputaci je vhodné vést pacienta ke zvládnání sebeobslužných činností na lůžku jako např. provedení osobní hygieny nebo příjem potravy. Sestra pacientovi poskytuje dostatek času, dohled a podporuje ho i v případě počátečního nezdaru. Míra aktivity se vždy odvíjí od celkového zdravotního stavu a přidružených onemocnění. Ke společným intervencím

sestry a fyzioterapeuta nejdříve patří dechová gymnastika, cévní gymnastika, aktivní cvičení zdravých částí těla (horní končetiny, případně kontralaterální dolní končetina), polohování pahýlu (viz kap. 3.5.1), poté postupné otužování a pasivní cvičení pahýlu a nácvik sedu a poté i stoje. Dechová gymnastika se realizuje jako cvičení statické od prvního pooperačního dne, později jako dynamické se zapojením pohybu horních končetin (upažení s nádechem, připažení s výdechem). Aktivní cvičení zdravých částí těla lze realizovat při pohybové aktivizaci na lůžku, hygienické péči, při změnách polohy nebo přesunech na lůžku za využití různých pomůcek ulehčujících pohyb. Sestra motivuje a povzbuzuje pacienta k pohybu, neprovádí činnosti, které pacient již zvládne sám. Fyzioterapeut provádí cvičení na posílení břišních a zádočných svalů, při cvičení pacienta vede tak, aby byl schopen po propuštění cvičit sám i v domácím prostředí. Důraz by měla sestra klást na posilování horních končetin, které je předpokladem pro chůzi s berlí a protézou. Po konzultaci s fyzioterapeutem motivuje pacienta k užívání různých pomůcek pro vzpírání na lůžku, jako je např. hrazdička nebo uzdička. Vhodné je také pacientovi poskytnout pryžové kruhy nebo činky pro cvičení horními končetinami v jeho volných chvílích. V rámci polohování pahýlu je nejdůležitější zabránit kontrakturám, při stehenní amputaci se pahýl polohuje proti flexi a abdukci v kyčli, při amputaci v bérce se provádí preventivní polohování pahýlu proti flexi v kolenním kloubu. Pasivní cvičení pahýlu se obvykle realizuje od osmého pooperačního dne, jedná se o pohyby mírného rozsahu, aby nedošlo k uvolnění sutury. (Kristiníková, 2006, s. 4 – 57) V příloze č. 4 je na fotografii uvedena flekční kontraktura kolenního kloubu při amputaci v bérce.

Rovněž velmi prospěšné jsou protahovací cviky dolních končetin. Jedná se např. o střídavé přitahování dolní končetiny směrem ke hrudníku, zatímco druhá končetina spočívá celou svou plochou na lůžku. Sestra nebo fyzioterapeut mohou pomoci přitahovat pahýl směrem k hrudi a současně přidržovat druhou končetinu na lůžku. Dále je možné při transtibiální amputaci protahování kolena v sedu na pevnější podložce, kdy pacient dlaní shora tlačí na stehno těsně nad kolenem. Při protahování by se mělo v dané pozici setrvat asi 30 vteřin a cvik opakovat 10x. Provádět by se měl až 3x denně. Tyto protahovací cviky se však doporučují začínat po zhojení operační rány. (Pejšková, Mareček, 2006, s. 566 – 572)

S vertikalizací je vhodné po amputaci dolních končetin začít co nejdříve, jakmile to dovolí celkový zdravotní stav pacienta. Je realizována spoluprací sestry a fyzioterapeuta. Jakmile pacient zvládne sed, přistupuje se k nácviku přesunu na invalidní vozík. To u pacienta zpravidla zvýší jeho samostatnost, mobilitu i další zapojení v rehabilitaci.

V sedu by se nemělo setrvávat dlouho, navíc s pahýlem spuštěným přes okraj sedací části, jelikož tak mohou vznikat flekční kontraktury. Poté následuje nácvik stoje u lůžka, možný již od prvního nebo druhého pooperačního dne a postupný nácvik stability na jedné dolní končetině. Stoj je krátký, prováděný i několikrát denně a postupně se stoj prodlužuje, velmi důležité je dbát o bezpečnost pacienta a zabránit tak případnému pádu, ideální je přítomnost dvou osob. Nácvik stoje je náročný, mnozí pacienti pro vysoký věk a celkovou slabost ho nejsou schopni. Vlivem amputace dolní končetiny se mění tělesná hmotnost pacienta a tak i těžiště těla více na opačnou polovinu těla, která se tak stává více namáhanou a zatěžovanou. Fyzioterapeut tedy při svých návštěvách pacienta procvičuje pelvifemorální stabilizátory a posiluje zachovanou dolní končetinu. Jakmile pacient stoj toleruje, je nutné pacienta nabádat ke vzpřímenému stoji bez vychýlení páteře do stran. Zvládnutím nácviku rovnováhy pacient přechází k nácviku chůze pomocí různých pomůcek jako např. chodítka s podpažními podporami, podpažní berle nebo francouzské berle. Rovněž sestra s fyzioterapeutem provádějí nácvik vstávání ze židle a lůžka. V rámci nácviku stoje pacient postupně zatěžuje pahýl tím, že se o něj opírá zpočátku lehce a o měkkou podložku (např. o polštář), potom je na pahýl postupně přenášena větší váha a podložka z měkkého materiálu je postupně měněna za vaky vyplněné pevným sypkým materiálem (např. drobné kuličky nebo ovesná zrna), vaky vyplněné pískem a nakonec toto cvičení probíhá na pevném prkénku. (Krawczyk, 2001, s. 23 – 26)

Při propuštění by měl mít pacient k dispozici invalidní vozík, jestliže zde není možnost celodenního pohybu pomocí berlí. Zpravidla je pacient propuštěn na doléčovací oddělení, rehabilitační pracoviště nebo do domácího ošetřování, kde pokračuje v rehabilitaci. Poté, jestliže nejsou přítomny další přidružené kontraindikace, je pacient odeslán na protetické pracoviště, kde jsou odebrány měrné údaje pro zhotovení a předání protézy. Rehabilitační pracoviště spolupracují s protetickými pracovišti, tudíž proces zhotovení protézy může probíhat souběžně s rehabilitací. Ideální je vybavení pacienta dočasnou protézou po zhojení pahýlu, tedy přibližně šest až osm týdnů od amputace. Zpravidla se jedná nejdříve o protézu primární, po uplynutí přibližně jednoho roku se přikládá protéza finální. Po oprotézování je pacient na vybavujícím protetickém pracovišti kontrolován min. 2x ročně. Provádějí se úpravy, seřízení, opravy atd. (Barčová, Nedvědová, 2001, s. 20 – 23)

Intenzivní nácvik chůze se následně provádí v rehabilitačních centrech a v centrech technické pomoci, kde je pacientovi vytvořen individuální rehabilitační plán. Z počátku se pokračuje obvykle v nácviku chůze bez protézy. Pacient je dále instruován v péči

o pahýl a jizvu a o užívání protézy. Součástí celkové rehabilitace na těchto pracovištích je rehabilitace, léčebná tělesná výchova skupinová a individuální, nácvik lokomoce a mobility, mobilizace periferních kloubů, fyzikální terapie, vodoléčebné procedury, ergoterapie skupinová a individuální. Indikována mohou být psychologická vyšetření a psychologická terapie. Na základě ordinace lékaře je možné absolvovat řízení v automobilu s ručním ovládáním, podmínkou je samozřejmě platný řidičský průkaz. Pacienti, kteří protézu používat nebudou, jsou vedeni k zvládnutí nácviku chůze bez protézy pomocí různých opěrných pomůcek a k ovládání mechanického invalidního vozíku. (Talpová, 2011, s. 39 – 41)

Individuální škola chůze s protézou probíhá od nácviku v bradlovém chodníku přes nácvik pomocí francouzských holí, vycházkové hole až po chůzi bez opory s dovedností zvládat i různý terén (tvrdý a měkký terén, schody, labilní plochy, nastoupení do dopravních prostředků). K cvičení stability a svalstva pahýlu je velice vhodné cvičení v bazénu. (Vrablicová et al., 2008, s. 108)

Zcela specifickým cvičením v rehabilitaci pacienta po amputaci dolní končetiny je cvičení v představě. Při tomto cvičení pacient cvičí se zachovanou končetinou a u toho si představuje, že cvičí i s končetinou amputovanou. Toto cvičení přispívá k eliminaci fantomových bolestí. (Kolář et al., 2009, s. 535)

Správnou rehabilitací se 70 - 90 % pacientů po amputaci vrací k rodinnému životu a životu ve společnosti, mohou tedy dosáhnout plné resocializace. (Kálal, 2000, s. 13)

5.1 Možnosti aktivního života klientů po amputaci

Možnosti pohybové aktivity člověka po amputaci dolní končetiny jsou ovlivněny druhem amputace, celkovým zdravotním stavem a přidruženými chorobami, věkem a možnostmi oprotézování pacienta, kdy současným využitím vhodných sportovních protetických pomůcek se může pacient účastnit běžných aktivit. Pohybovou aktivitou se udržuje dobrá tělesná i duševní kondice, provádí se nácvik obratnosti a nových dovedností. Lidé po amputaci se v závislosti na svém zdravotním stavu mohou věnovat běhání, plavání, lyžování se stabilizátory, basketbalu na invalidním vozíku nebo sledge hokeji. (Kudláček et al., 2013, s. 16)

Profesionální sport amputovaných zastřešují mnohé národní i mezinárodní organizace jako Mezinárodní paralympijský výbor nebo Mezinárodní federace sportu vozíčkářů a amputovaných. Na národní úrovni se jedná např. o Český paralympijský výbor nebo Český svaz tělesně postižených sportovců. (Janečka et al., 2012, s. 16)

6 PSYCHOLOGICKÁ PODPORA U PACIENTŮ PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Amputace dolní končetiny přivádí pacienta do velmi náročné životní situace, která se nepříznivě projevuje v psychice člověka, proto se obrazně hovoří, že člověk není amputovaný jen fyzicky, ale i duševně. Je možné pozorovat pocity beznaděje, neužitečnosti, bezmoci, snížené osobní hodnoty a bezvýchodnosti v řešení problémů s omezenou pohyblivostí, setkat se lze také i s narušením vztahů ke svému okolí, rodině a přátelům. Pacienti se často obracejí k minulosti a ke svým plánům, které nestačili zrealizovat. Z budoucnosti mají velké obavy a obvykle ji vidí s tím nejpesimističtější scénářem. Prožívání této nastalé změny životní situace zvládají lépe muži než ženy. V rámci hospitalizace je možné pacientovi poskytnout odbornou psychologickou pomoc, která je poté dostupná i na rehabilitačních a protetických odděleních. (Kálal, 2005, s. 26)

Klinický psycholog v nemocnici zajišťuje údaje o nejdůležitějších charakteristikách osobnosti pacienta, o kvalitě jeho života, emocionalitě, způsobech zvládání těžkostí, o jeho stresu a celkovém psychickém stavu. Je vhodné zapojit klinického psychologa nejen do pooperační péče, ale i do předoperačního období, kdy pomůže pacientovi lépe přijmout skutečnost amputace. Psycholog pomáhá také pacientovi při zvládání bolesti a pozitivně ovlivňuje klientovu compliance. (Křivohlavý, 2002, s. 54)

Před člověkem po amputaci vyvstávají na druhou stranu nové výzvy. Jsou jimi poznání a přijetí svých omezení, poznání svých schopností i možností a vyvinutí úsilí k uskutečnění reálných cílů. Snaha, úsilí a smysluplná aktivita je zásadní. (Kantor et al., 2013, s. 24)

Zkušenosti z praxe ukázaly, že lidé s tělesným postižením, kteří jsou poučení o podstatě své situace a zdravotním stavu, kteří jsou vhodně motivováni, mají vytvořený systém hodnot, podporu blízkých a zřetelnou životní perspektivu, lépe spolupracují a rychleji se adaptují či aktivně zvládají nesnáze. (Novosad, 2011, s. 109)

K přičinám špatného psychického stavu pacienta po amputaci patří nedostatečné informace o amputaci, pocit ztráty kontroly nad sebou a závislosti na okolí, ztráta pracovní výkonnosti, výše zmíněný pocit neužitečnosti, nedostatečné pochopení léčebného postupu, zhroucení životních plánů a změny ve vnímání tělesného vzhledu. Je možné se setkat např. s tím, že pacient po amputaci má zábrany se pahýlu dotýkat a má tendenci mít pahýl stále pod pokrývkou. Pro pacienta, který podstoupil amputaci v důsledku úrazu, je změna

tělesného vzhledu náhlá, neočekávaná a jen velice obtížně se s takovou změnou vyrovnává. Může se následně stranit veřejnosti, aby okolí nespátřilo amputovanou končetinu a tak je potřebné povzbudit pacienta k postupnému akceptování pohledů lidí kolem a podpořit ho zpočátku např. tím, že mu nabídneme doprovod. I následný začátek používání protézy je pro tělesný a psychický stav pacienta velmi náročný s pocity rozčarování nebo zklamání. Dostatečná informovanost o léčebném postupu a režimových opatřeních před a po operačním výkonu pomáhá snižovat úzkost pacienta i obavy jeho příbuzných a získat je pro spolupráci v léčebném programu. (Smutný, 2013, s. 60)

Důležité je vytvoření bezpečného prostředí, kde pacient může hovořit o svých pocitech a strachu z budoucnosti a získání jeho důvěry a tím ho přimět k tomu, aby otevřeně o svých pocitech mluvil. Zmírní se tak pocity úzkosti, usnadní se vyrovnávání s nastalou těžkou životní situací a získávání nového pohledu na sebe sama. Doporučuje se také otevřeně s pacientem hovořit o jeho tělesné změně a připravit ho na možné negativní reakce z okolí. K efektivní psychologické pomoci patří zajištění setkání pacienta s člověkem přiměřeného věku a v podobné situaci jako je pacient sám. Velmi potřebná je také orientace pacienta na realistické cíle v následné rehabilitaci a budoucím nezávislém fungování. Veškerou snahou je pacientovi pomoci vrátit se zpět do své původní role v životě, ale jestliže toto možné není, pak je potřeba nalézt pro něj nové role, ve kterých dosáhne opět pocitu užitečnosti a prospěšnosti. (Smutný, 2013, s. 62 – 63)

Vyrovnávání se se ztrátou končetiny je dlouhým procesem, který je možné popsat v pěti fázích, které jsou si velice podobné s modelem pěti fází smutku Elisabeth Kübler - Rossové. Jednotlivé fáze jsou následující:

1. Fáze šoku – pacient prožívá hluboký otřes, vyčerpání a nesmyslnost života, snaží se popírat nebo ignorovat nežádoucí informaci.

2. Fáze reaktivní – pacient prožívá zklamání a úzkost, může se projevovat agresivitou, odmítáním, pocitem viny a selháním.

3. Fáze adaptace – pacient začíná situaci reálně hodnotit a snaží se získávat informace.

4. Fáze reorientace – pacient začíná jednat, je aktivní, vyhledává pomoc, reorganizují se vztahy k okolnímu světu, mění se sociální role a status.

5. Fáze překonání krize – pacient se dle svých možností adaptoval na novou situaci a začíná žít v upraveném režimu a upravených poměrech. (Smutný, 2013, s. 62).

Pacienti, kteří se již začali přizpůsobovat změněné životní situaci, se mohou vrátit k fázím předchozím nebo u dalších pacientů je možné se setkat s „přeskakováním“ z jedné fáze do druhé nebo naopak s ustrnutím v jedné fázi, např. v depresi.

Právě upadání do deprese je pro pacienta velmi nepříznivým stavem, který se projevuje rezignací, ztrátou perspektivy, uzavřením se, nezájmem o okolí, ztrátou sociálních kontaktů, distancováním se od podnětů z okolí. Je velmi důležité, aby sestra monitorovala psychický stav pacienta, jeho projevy, chování a reakce a včas upozornila lékaře na vážné změny. V této fázi je obvykle nezbytný zásah psychologa a intervence psychiatra. K depresi u pacientů po amputaci dolní končetiny výrazně přispívají fantomové bolesti. Výskytem deprese u pacientů po amputaci dolní končetiny se zabývala zahraniční studie, do které bylo přizváno 75 pacientů po amputaci dolní končetiny. Autoři odhalili těžkou depresi u 27 % z nich, u dalších 25 % pacientů byly odhaleny projevy úzkosti. Jedním z prediktivních faktorů pro rozvoj deprese a úzkosti u pacientů po amputaci dolní končetiny je nemožnost plnohodnotně používat protézu. (Seidel, Lange, Wetz, Heuft, 2006, s. 1152)

Těžká životní situace nastalá po amputaci dolní končetiny výrazně ovlivňuje životní spokojenost. Amputací jsou výrazně sníženy aspekty životní spokojenosti v oblasti sexuality, manželství nebo partnerství a samozřejmě zdraví. Vysokou hodnotu pro člověka po amputaci ve zvládnání těžké životní situace má přátelství a hlavně psychická opora v přátelích a známých. (Barnetová, Ježorská, 2009, s. 31)

Možnost opory v přátelích a rodinných příslušnících má výrazný pozitivní vliv právě u pacientů, kterým náhlý chirurgický zásah zanechal trvalé následky. Pacienti uvažují nad tím, jak rodina zareaguje na jejich změnu zdravotního stavu, do jaké míry bude ovlivněn jejich manželský život včetně rodičovské role, autority a materiálního zabezpečení rodiny. Důležité je tak podporovat rodinu pacienta v častých návštěvách, informovat ji o nastalé situaci a o tom, jakým způsobem může dotyčného podpořit. Kontaktem s rodinou sestra získává důležité informace o rodinném prostředí, manželských a partnerských vztazích, které jsou důležité pro návrat pacienta a lze jejich zjištěním orientačně předpovědět i budoucí vývoj celkového stavu. Sestra by se měla podílet na přípravě rodiny, jak nejlépe zvládnout domácí ošetřování svého člena, přiblížit jí důležité oblasti péče o jejich příbuzného v domácím prostředí (Gulášová, Švecová, Breza, Riedel, 2010, s. 82)

Člověk po amputaci se může časem setkat s předsudky veřejnosti, které handicapující důsledky tělesného postižení zesilují. Společnost dotyčného může vnímat

jako bezmocného, závislého, čekajícího na pomoc druhých, který si zaslouží soucit nebo také jako na neoprávněné uživatele nezasloužených výhod (služby, sociální dávky, příspěvky). Setkat se je možné rovněž s odmítavým přístupem, kdy člověk s tělesným postižením je vnímán jako přítěž, neužitečný, neproduktivní, který si svou situaci zavinil sám (byl neopatrný, neměl zájem o rehabilitaci, dělal nebezpečné věci) anebo právě zcela opačně jako hrdina, který je mravní výzvou pro ostatní a zaslouží si obdiv. (Michalík et al., 2011, s. 253)

Následující život s postižením je ovlivněn subjektivními a objektivními činiteli. K subjektivním činitelům se řadí samotný zdravotní stav a omezení, která z něj vyplývají, osobnostní rysy člověka s postižením, vlastní sebehodnocení, schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci a rodina či známí, na kterých může být člověk s tělesným postižením závislý. Objektivní činitelé na osobě s postižením méně závisejí, jsou to postoje a vztahy společnosti k lidem s postižením, stav životního prostředí, sociální politika, vzdělávací politika (profesní příprava lidí s tělesným postižením), vytváření pracovních míst pro osoby tělesně postižené a kvalita sociálních služeb. (Novosad, 2009, s. 19 - 20)

Jestliže se pacient po amputaci dostal do zotavovací fáze, kdy je schopen samostatné aktivity s invalidním vozíkem, je dobré dodržovat při komunikaci s ním několik zásad. Člověk z invalidního vozíku shlíží na okolní svět z výrazně nižší úrovně než okolostojící. Při komunikaci by se měla sestra snažit o to, aby dorozumívání bylo opravdu partnerské, aby mohlo docházet k adekvátnímu zrakovému kontaktu. Stát při delším rozhovoru nad pacientem sedícím na invalidním vozíku je nevhodné a pro dobrou komunikaci neefektivní. Jestliže je nutné pacienta doprovodit na nějaká vyšetření, je vhodné snažit se jít spíše po boku pacienta nežli za ním. Komunikuje-li sestra případně s pacientem, který již používá podpažní či francouzské berle nebo protézu, měla by pamatovat na to, že delší rozhovor vestoje je pro pacienta velmi zatěžující. Pocit jistoty a bezpečí je u pacienta mj. právě vázán na používané kompenzační pomůcky, ty by měl mít pacient vždy ve své blízkosti a na dosah. (Slowik, 2010, s. 38)

Při adaptaci na náročnou životní situaci po amputaci dolní končetiny, může pacientům výrazně pomoci spolupráce s tzv. podpůrnými skupinami, které jsou součástí následné péče o pacienty po amputaci převážně v zahraničí, nejčastěji ve Spojených státech amerických, kde jsou nedílnou součástí rehabilitace. Hlavním organizátorem je sestra, která spolupracuje s odborníky z dalších oborů jako např. psychologie, protetika, fyzioterapie, sociální péče. Ke spolupráci jsou přizváni i dobrovolníci, kteří podstoupili amputaci již před delší dobou. Organizace podpůrné skupiny spočívá v posouzení

pacientových potřeb, hledání potřebných odborníků a dobrovolníků, plánování setkání (čas, místo, frekvence, témata) a realizace setkání. K tématům nejčastěji patří zvládání smutku a ztráty končetiny, akceptace změny životního stylu, výběr rehabilitačního zařízení, možnosti aktivního života, možnosti úpravy domácího prostředí, sexualita, péče o pahýl, používání a údržba protéz. (Marzen-Groller, Bartman, 2005, s. 42 – 45)

Jednou z forem podpory pacientů po amputaci je specializované léčebné centrum pro pacienty s amputací, které zřídila při Walter Reed Army Hospital ve Washingtonu, D. C. americká armáda. Své služby cílí především na své příslušníky, kteří utrpěli balistická zranění končetin v bojích v Íráku a Afgánistánu. Uplatňováním behaviorálního přístupu v poskytované péči se snaží mj. i o psychickou a sociální podporu pacientům, kteří prodělali ztrátové poranění. (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2111)

7 PROTETICKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Protetika se zabývá výrobou a aplikací zevně aplikovaných pomůcek – protéz, které nahrazují chybějící popřípadě nedostatečně vyvinutou část končetiny. Cílem aplikace protézy nebo protetického přístroje (nověji ortoprotézy) je nahradit končetinu jak kosmeticky (tvarově) tak funkčně. (Krawczyk, 2011, s. 4)

V případě amputace dolní končetiny bývá uplatňován trend časného oprotézování, které spadá do období zhojené amputační jizvy, tedy do doby mezi druhým až čtvrtým pooperačním týdnem kdy již lze provést vyšetřovací a měrné úkony a aplikovat tzv. prozatímní (cvičnou) protézu. Při oprotézování pacienta je snaha o obnovení vyvážené bipedální podpěrné i rovnovážné funkce dolní končetiny spolu se substitucí fyziologického stoje a chůze (Hadraba, 2006, s. 20)

Indikace a preskripce protézy náleží k činnostem ošetřujícího lékaře erudovaného v ortopedické protetice, který vypisuje poukaz na zhotovení protézy a kontaktuje protetické pracoviště, které zajišťuje individuální zhotovení pomůcky. Velmi přínosná je spolupráce indikujícího lékaře s protetickým technikem, který rovněž provádí vyšetření pacienta po technické stránce, podílí se na přípravě pacienta na používání protézy, a který se poté vyjadřuje i k návrhu protetické pomůcky. Při propuštění z nemocnice do domácího ošetřování je pacient směřován k příslušnému protetickému pracovišti, kde mu jsou odebrány měrné podklady včetně sádrového otisku amputované končetiny pro výrobu lůžka protézy a jejího funkčního vybavení. Než dojde k předání protézy, pacient zpravidla absolvuje na protetickém pracovišti tři až čtyři návštěvy. Protéza se přikládá na pahýl se zhojenou operační ranou, pahýl by měl být před jejím přiložením dobře otužován, nesmí být oteklý. Předání protézy se tedy obvykle uskuteční na protetickém pracovišti již v rámci domácího ošetřování nebo se proces zhotovení a předání protézy uskutečňuje na rehabilitačním pracovišti, na které byl pacient z nemocnice přeložen a které rovněž spolupracuje s protetickými pracovišti. Při předávání protézy pacientovi, musí být pacient vždy edukován o používání a péči o protézu. Důležitá je kontrola pacienta co nejdříve od předání protézy u lékaře, který protézu indikoval. Následně se provádějí kontroly v určitých časových odstupech pro včasné odhalení změn zdravotního stavu nebo stavu pahýlu a tak i případné dysfunkčnosti protézy. (Smutný, 2013, s. 38)

Před oprotézováním pacienta po amputaci je nutné přihlížet k případným kontraindikacím. Těmi mohou být závažná srdeční insuficience s klidovou dušností, značná instabilita vsedě, hrozící ztráta zachované končetiny, onkologické onemocnění s nepříznivou prognózou, defekt na pahýlu nebo také závažné psychiatrické onemocnění. Pro správný nácvik chůze je nutné protézu používat co nejvíce (na několik hodin denně), jinak má oprotézování smysl spíše kosmetický než funkční. Chůze na protéze představuje značnou zátěž pro oběhový a dýchací systém, která by používání protézy omezovala a tak následuje rozhodovací proces o vhodnosti předpisu mechanického invalidního vozíku. Uvádí se, že až 30 % amputovaných chůzi o protéze nezvládne a že 70 – 90 % pacientů je schopných protézu využívat efektivně. (Kolář et al., 2009, s. 533 – 534)

Součástí vybavení pacientů po amputaci jsou pahýlové návleky, které se navlékají před nasazením protézy a mají především ochrannou funkci pahýlu, redukují otlaky, pohyby a vznikající tření mezi pahýlem a lůžkem protézy. Některé typy mají antibakteriální účinek nebo jejich vlákna obsahují stříbro. Velkou výhodou pahýlových návleků je, že dobře sáknou pod protézou tvořící se pot, z toho pro uživatele vyplývá jejich pravidelná denní výměna. Velice důležité je pacienta poučit, aby nenavlékal návleky vlhké. (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2114)

K zásadám správného postupu při používání protézy patří zajištění aktivní terapie již v prvních pooperačních dnech, aplikace protézy na nebolestivý pahýl, pravidelné kontroly jizvy a stavu pahýlu, správné nasazení protézy podmíněné plným kontaktem pahýlu s objímkou protézy, dovednost pacienta si protézu sám nasadit a účast protetiky při nácviku chůze na protéze pro eventuální úpravu protézy vzhledem k používané obuvi nebo případné změně zdravotního stavu amputovaného. (Krawczyk, 2011, s. 63)

Je nutné, aby pacient protéze věnoval dostatečnou péči, o které je edukován protetickým technikem. Plastové nebo silikonové materiály se snadno udržují, postačí použití navlhčeného hadříku v mýdlové vodě, kožené části lze dobře očistit medicínským benzínem. Mechanické komponenty se neomývají vodou ani jinými roztoky pro riziko vzniku koroze, na pěnový materiál se rovněž nesmí použít rozpouštědla, pouze při silnějším prosáknutí vodou lze vysušit vymačkáním do osušky a poté ponechat doschnout. Pacient je od obdržení protézy v kontaktu s protetickým technikem a absolvuje u něj pravidelné kontroly. Protetický technik by měl být klientem informován o změnách zdravotního stavu, pohyblivosti a tělesné hmotnosti. (Krawczyk, 2001, s. 28)

Podle očekávaného stupně aktivity pacienta v závislosti na jeho celkovém zdravotním stavu byla vytvořena kategorizace amputovaných do pěti kategorií, kterými se řídí výběr jednotlivých komponent protézy:

1. Stupeň aktivity 0 – nechodící pacient, který pro svůj nepříznivý zdravotní stav využívá invalidní vozík a protéza mu slouží spíše jako kosmetický doplněk.

2. Stupeň aktivity 1 – interiérový typ uživatele, který protézu využívá k pomalému pohybu na krátkou vzdálenost po rovném povrchu.

3. Stupeň aktivity 2 – limitovaný exteriérový typ uživatele, který používáním protézy překonává menší terénní nerovnosti a architektonické bariéry, avšak např. zdravotním stavem je doba užívání protézy limitována.

4. Stupeň aktivity 3 – nelimitovaný exteriérový typ uživatele, který pomocí protézy zvládá rychlou chůzi i v náročnějším terénu a umožňuje mu vykonávat zaměstnání.

5. Stupeň aktivity 4 – nelimitovaný exteriérový typ uživatele se zvláštními požadavky, kdy protéza umožňuje pacientovi vykonávat různé aktivity bez omezení i vrcholový sport. (Kálal, 2005, s. 28)

7.1 Konstrukce a dělení protéz

Protéza je sestavena z těchto komponent: pahýlové lůžko, chodidlo, kolenní kloub (u stehenní amputace), kyčelní kloub (u exartikulace v kyčelním kloubu), spojovací adaptéry, kosmetický kryt a další doplňky zlepšující funkci protézy a komfort pacienta (např. tlumiče nárazů nebo adaptéry k usnadnění obouvání). Pahýlové lůžko musí mít tvar pahýlu, aby na něj dobře přisedlo. V minulosti se lůžko fixovalo pomocí pásů, nyní se využívá spíše přísavná technika. (Carroll, Edelstein, 2006, s. 159)

Protézy je možné dělit podle timingu aplikace nebo podle konstrukčního uspořádání.

7.1.1 Dle timingu aplikace

1. Včasná protéza – rehabilitační protéza, které se aplikuje v prvním týdnu po amputaci dle indikace lékaře, stavu pahýlu a kondice pacienta.

2. Protéza prvovybavení – tyto protézy jsou aplikovány po zhojení pahýlu (u transtibiální amputace okolo 21. dne po výkonu, u transfemorální amputace v době 6. až 8. týdne po amputaci).

3. Standardní protéza – s jejím použitím se začíná po nácvičku chůze na protéze prvovybavení, po stabilizaci pahýlu a definování uživatelské úrovně pacienta. Tato protéza již odpovídá aktuálnímu stavu a aktivitě klienta. (Krawczyk, 2011, s. 65)

Uživatelé, kteří již používají protézu delší dobu, dosáhli vysoké aktivity nebo mají namáhavé zaměstnání, žádají o speciální protézu, která je doplněna např. o dynamické chodidlo, hydraulické klouby, titanové komponenty, uhlíkové kompozity nebo o klouby řízené mikroprocesorem. Tyto protézy se indikují výjimečně a prochází revizním schvalováním. (Smutný, 2013, s. 40)

7.1.2 Dle konstrukčního uspořádání

1. Protézy exoskeletální – jsou to protézy, jejichž vnější tvar i nosnost je zajištěna vnějším nosným materiálem (např. dřevo, laminát, kov).

2. Protézy endoskeletální – u těchto protéz je nosnost zajištěna vnitřním modulárním systémem a zevní vzhled je vymodelován pěnovým materiálem, přes který se natahuje punčocha. (Půlpán, 2011, s. 38)

V příloze č. 5 jsou uvedeny příklady exoskeletálních protéz.

8 METODOLOGIE

8.1 Formulace problému

8.1.1 Hlavní problém

Hlavním objektem výzkumného problému diplomové práce je interakce ošetrovatelského managementu s pacientem po amputaci dolní končetiny.

8.1.2 Dílčí problémy

Pooperační ošetrovatelská péče zahrnuje několik specifických oblastí ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. K těmto oblastem patří především ošetrovatelská péče o amputační pahýl, rehabilitační ošetrovatelství a zlepšování mobility a soběstačnosti, ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi, psychologická péče a podpora pacienta po amputaci dolní končetiny a spolupráce s jeho rodinou.

Ve vztahu k uvedeným specifickým oblastem ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci, se nabízí několik otázek. Aplikují sestry správné postupy ošetřování pahýlu, znají zásady polohování, bandážování a hygienické péče o pahýl? Jakých prvků rehabilitačního ošetrovatelství sestry využívají u pacienta po amputaci? Jsou aktivity sester při zlepšování mobility a soběstačnosti založeny na spolupráci s fyzioterapeutem? Na co se sestry zaměřují při ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi a jakým způsobem poskytují pacientům po amputaci dolní končetiny psychickou podporu? Existují nějaké překážky, se kterými se sestry setkávají při ošetřování pacientů po amputaci dolní končetiny?

V návaznosti na výše uvedená specifika ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny byly formulovány v následující kapitole dílčí cíle a hypotézy.

8.2 Dílčí cíle, výzkumné problémy a hypotézy

Hlavním cílem této práce je analyzovat činnosti, znalosti sester a jejich spolupráci s fyzioterapeutem v rámci managementu ošetrovatelské péče u pacientů po amputaci dolní končetiny.

Dílčí cíl č. 1:

Zjistit, které intervence provádějí sestry u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny a dále zjistit, jaké pomůcky sestry přednostně připravují k lůžku pacienta pro bezprostřední pooperační péči po amputaci dolní končetiny. Tento cíl je spojený s otázkami č. 5 a 6, oblast B.

Dílčí cíl č. 2:

Zjistit, zda sestry u pacienta po amputaci dolní končetiny aplikují správné postupy ošetřování pahýlu – polohování pahýlu, bandážování pahýlu, hygienická péče o pahýl. Rovněž také analyzovat používání metod pro otužování a formování pahýlu. Tento cíl je spojený s otázkami č. 7, 11 až 19, oblast C.

Výzkumný problém

Jaká je úroveň znalostí sester o ošetřování pahýlu vzhledem na klinické zaměření oddělení?

Pracovní hypotéza H1

Znalosti sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a na odděleních traumatologie jsou stejné.

Dílčí cíl č. 3:

Zjistit, na jaké cíle se sestry při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po amputaci dolní končetiny zaměřují a analyzovat překážky, s kterými se nejčastěji při ošetřování pacienta potýkají. Dále zjistit, jakým způsobem poskytují sestry pacientům psychickou podporu, jakým způsobem sestry pomáhají zvládat pacientům fantomové bolesti, v jakých oblastech ošetrovatelské péče spolupracují s rodinou pacienta a jak často provádějí sestry hodnocení soběstačnosti pacienta a zda pacienti při propuštění do domácího ošetřování mají základní podmínky pro uspokojivý průběh rekonvalescence. Tento cíl je spojený s otázkami č. 8 až 9, 20 až 21, 24 až 26, oblast D.

Výzkumný problém A

Jaké jsou přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester?

Pracovní hypotéza H2

Přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester jsou rozdílné.

Výzkumný problém B

Jaký je vztah mezi překážkami, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnice?

Pracovní hypotéza H3

Struktura překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají, je rozdílná vzhledem na typ nemocnice.

Dílčí cíl č. 4:

Zjistit, jak je z pohledu sester týmová spolupráce s fyzioterapeutem při ošetřování pacienta po amputaci důležitá, jakým způsobem probíhá rehabilitační ošetřování pacienta a zjistit součinnost spolupráce sestry s fyzioterapeutem při rehabilitaci pacienta po amputaci dolní končetiny.

Tento cíl je spojený s otázkami č. 10, 22 a 23, oblast E.

Výzkumný problém

Jak posuzují sestry ze svého pohledu důležitost týmové spolupráce s fyzioterapeutem při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny vzhledem k své délce praxe?

Pracovní hypotéza H4

Posouzení důležitosti týmové spolupráce sester a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny nezávisí na délce praxe sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

8.3 Metody a techniky výzkumného šetření

Pro získání výsledků výzkumného šetření byla aplikována metoda kvantitativně orientovaného výzkumu, která statisticky popisuje typ závislosti a intenzitu závislosti mezi proměnnými. Pro tuto metodu je charakteristické, že operuje s větším souborem respondentů a při analýze získaných dat používá převážně statistické postupy. (Kutnohorská, 2009, s. 22)

Kvantitativní metody bylo použito pro její využitelnost k prozkoumání měřitelných znaků - v rámci předkládaného výzkumného šetření k prozkoumání měřitelných znaků z oblasti ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jednotlivé znaky je možné po následném zakódování vyjádřit numericky.

Pro potřeby tohoto výzkumného šetření byla zvolena technika dotazníku. Jedná se o techniku, která umožňuje získat potřebná data, následně je vyhodnotit a testovat případné závislosti a souvislosti. Vyplnění dotazníku bylo zcela dobrovolné a anonymní, jeho autorství náleží autorce této diplomové práce. Při tvorbě dotazníku se vycházelo ze stanovených cílů, hypotéz a rovněž z teoretické části této práce. Dotazníky byly určeny sestrám, které poskytují ošetrovatelskou péči pacientům před a po amputaci dolní končetiny. Každý zúčastněný respondent byl seznámen s účelem prováděného výzkumného šetření a se souhlasem k zpracování získaných dat pro účely této diplomové práce, na což byl upozorněn v úvodní části dotazníku. Dotazník je součástí přílohy č. 6.

Dotazník pro účely tohoto výzkumného šetření čítal 26 položek. Otázky č. 1 až 4 jsou zaměřeny na získání identifikačních údajů - vzdělání a délka praxe, oddělení a nemocnice, kde respondenti pracují. Otázky č. 5 a 6 se zaměřují na ošetrovatelskou péči před amputací dolní končetiny. Na péči o amputační pahýl se zaměřují otázky č. 7 a 11 až 19. Na ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci dolní končetiny byli respondenti dotazováni v otázkách č. 8 a 9, 20 a 21, 24 až 26. Otázkami č. 10, 22 a 23 bylo zjišťováno, jaké prvky rehabilitačního ošetřování využívají sestry u pacienta po amputaci dolní končetiny a jak spolupracují s fyzioterapeutem.

Dotazník byl vytvořen záměrně způsobem, aby pořadí otázek nebylo logicky uspořádáno a respondent dopředu neznal vazby. Vzhledem na dílčí cíle byly otázky seskupeny do oblastí A až E, ze kterých bylo možno formulovat dílčí cíle a související hypotézy, viz příloha č. 7. V příloze jsou otázky uspořádány do oblastí:

- demografie,
- otázky související s činností sestry před amputací dolní končetiny,

- otázky související s testy na znalost správného postupu ošetřování pahýlu,
- otázky související s péčí o pacienta po amputaci dolní končetiny,
- otázky související s týmovou spoluprací sestry s fyzioterapeutem.

Otázky v dotazníku jsou typu:

- uzavřené otázky selektivní – 2, 3, 4, 10, 11, 22, 23, 26
- uzavřené otázky vícehodnotové – 5, 6, 8, 9, 14, 20, 21, 24
- polouzavřené otázky – 1, 25
- testovací otázky – 7, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19

Na sběr dat byl použit terénní sběr dat a to pomocí papírového dotazníku.

Tabulka č. 1 Oddíly dotazníku a vazba na hypotézy

Oblast	Název oblasti	Otázky z dotazníku						Hypotézy a vazba na otázky	
A	Demografická data	1	2	3	4				
B	Činnosti před amputací dolní končetiny	5	6						
C	Testy na znalost správného postupu ošetřování amputačního pahýlu	7	12 - 13 15 - 19				H1 vyhodnocení testů - 3		
D	Péče o pacienta po amputaci dolní končetiny	8	9	20	21	24	25	26	H2 20 – 1 H3 24 - 4
E	Týmová spolupráce s fyzioterapeutem	10	22	23					H4 10 - 2

Pozn. Červeně označené otázky jsou spojené s hypotézami

8.4 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno v době od 15. listopadu do 29. prosince 2014. Distribuce dotazníků proběhla osobním zadáním autorky této práce na klinických odděleních chirurgie a traumatologie sedmi nemocnic v Moravskoslezském kraji. Dotazníky byly na klinická pracoviště rozdávány po vyjádření písemných souhlasů náměstkyněmi pro ošetrovatelskou péči jednotlivých nemocničních zařízení, které jsou součástí přílohy č. 8.

Výzkumné šetření dotazníkovou technikou tedy proběhlo ve výše uvedené době na chirurgickém oddělení Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, p. o., na chirurgickém a traumatologickém oddělení Slezské nemocnice v Opavě, p. o., na oddělení chirurgie a úrazové chirurgie Městské nemocnice v Ostravě, p. o., dále na chirurgické klinice a traumatologickém centru Fakultní nemocnice Ostrava. Dalšími klinickými pracovišti byla II. chirurgická klinika a traumatologické oddělení Fakultní

nemocnice Olomouc, chirurgicko-traumatologické oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o. a chirurgické oddělení Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj v Karviné a Orlové.

Celkem bylo na uvedených klinických odděleních zadáno 260 dotazníků, po vyloučení nevyplněných dotazníků mohlo být do vyhodnocování cílů diplomové práce a hypotéz zahrnuto 209 dotazníků. Celková návratnost tedy činila 80,4 %.

Dříve než se přistoupilo k distribuci dotazníků respondentům, byla provedena pilotáž pro ověření vhodnosti zvolené výzkumné techniky a jejího obsahu, při které bylo požádáno o vyplnění 5 sester z chirurgického oddělení Slezské nemocnice v Opavě, p. o. a 5 sester z chirurgické kliniky Fakultní nemocnice v Ostravě. Ukázalo se, že úpravy v obsahu dotazníku není třeba provádět.

Průběh tvorby diplomové práce a realizace výzkumného šetření:

- červen 2014 – stanovení cíle diplomové práce a zpracování seznamu odborných zdrojů na vybrané téma,
- červenec a srpen 2014 – zpracování teoretické části diplomové práce,
- září 2014 – formulování dílčích cílů a hypotéz, sestavení dotazníku, pilotáž,
- říjen 2014 – podání žádostí o umožnění výzkumného šetření na jednotlivá nemocniční zařízení,
- listopad a prosinec 2014 – distribuce dotazníků na jednotlivá klinická pracoviště,
- leden a únor 2015 – vyhodnocení výzkumného šetření; vyhodnocení stanovených cílů a hypotéz,
- březen 2015 – konečné hodnocení závěrů výzkumného šetření, zpracování praktického výstupu diplomové práce v závislosti na získaných výsledcích.

8.5 Vzorek respondentů

Dotazníky byly zadávány sestřám na lůžkové části klinických oddělení se zaměřením na chirurgii a traumatologii výše uvedených zdravotnických zařízení. Výzkumného šetření se účastnily sestry, které poskytují ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci dolní končetiny na lůžkových částech jednotlivých oddělení. Celkově se do výzkumného šetření zapojilo 209 sester (147 sester z chirurgických oddělení a 62 sester z traumatologických oddělení).

Návratnost dotazníků, tedy i účast na výzkumném šetření, v jednotlivých zařízeních byla následující: chirurgické oddělení Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, p. o. 80 % (8 respondentů), chirurgické a traumatologické oddělení Slezské nemocnice v Opavě,

p. o. celkem 80 % (24 respondentů), oddělení chirurgie a úrazové chirurgie Městské nemocnice v Ostravě, p. o. rovněž celkem 80 % (36 respondentů), návratnost na chirurgické klinice a traumatologickém centru Fakultní nemocnice Ostrava byla celkem 78,8 % (67 respondentů), na II. chirurgické klinice a traumatologickém oddělení Fakultní nemocnice Olomouc činila návratnost 80 % (24 respondentů), z chirurgicko-traumatologického oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku byla návratnost také 80 % (12 respondentů) a z chirurgického oddělení Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj v Karviné a Orlové činila návratnost 84,4 % (38 respondentů).

8.6 Metody zpracování dat

8.6.1 Zpracování dat dotazníku

Získaná data z dotazníků byla zakódována dle jednotlivých otázek a možných odpovědí, a to pořadovým číslem odpovědi v příslušné otázce. Pro základní zpracování se použil tabulkový procesor MS EXCEL ze softwarového balíku Microsoft Office Professional Edition 2010. EXCEL, který sloužil na zpracování a tabulkové zobrazení:

- dat pro hodnocení otázek,
- dat pro hodnocení hypotéz,
- pro tvorbu tabulek k vyhodnocení otázek,
- pro tvorbu kontingenčních tabulek k vyhodnocení hypotéz,
- pro tvorbu jiných informačních tabulek.

Při vyhodnocení otázek byla vytvořena tabulka četností, a to jak absolutních, relativních četností tak i kumulativních relativních četností, pokud to bylo vhodné vzhledem k hodnocení výsledků. Absolutní četnost v tabulce udává počet stejných odpovědí v dané otázce z nabízených možností odpovědí a relativní četnost (uvedeno v %) uvádí, jak velká je část četností v procentuálním zastoupení. Kumulovaná relativní četnost uvádí v procentech postupný nárůst relativních četností od první odpovědi v otázce. Kontingenční tabulky (jedná se o dvourozměrný statistický soubor) zobrazují jak absolutní četnosti odpovědí, tak i relativní četnosti. Relativní četnosti jsou zobrazeny jak dle řádků (množina odpovědí na otázku, závisle proměnná), tak i dle sloupců (nezávisle proměnná). Pokud to bylo vzhledem k velikosti tabulky nezobrazitelné v dané ploše listu, bylo použito opačné zobrazení. Výstupy z jiných SW statistických balíčků byly upraveny v Excelu a přeloženy do češtiny.

8.6.2 Metodika a metody statistického zpracování

K statistickému zpracování dat byl použit statistický produkt IBM SPSS Statistics a STATGRAPHICS Centurion XV, a to pro výpočty:

- zpracování podkladů pro výsledné vyhodnocení tabulky, sloužící jako podklad pro vyhodnocení jednotlivých otázek,
- zpracování a tvorba tabulek četností zvolených proměnných s příslušnými popisnými statistikami,
- zpracování a tvorba kontingenčních tabulek četností zvolených proměnných se statistikami s vazbou na hypotézy,
- statistické zpracování kontingenčních tabulek,
- zpracování dat pomocí statistických (neparametrických) testů.

Pro zpracování a vyhodnocení hypotéz jsme použili proceduru a metody:

- **Kontingenční a asociační tabulky (Crosstabs)** - pomocí této procedury lze získat tabulky třídění druhého stupně a měř, které se vztahují k dvourozměrným tabulkám. Zobrazují se zde potřebné statistiky pro analýzu hypotéz.
- **Neparametrické testy** – byl využit Chí-kvadrát test a jeho modifikace. Zde je minimální požadavek hodnověrnosti výsledku testu, aby očekávané četnosti vesměs dosahovaly hodnoty aspoň 5. Může se využít i mírného změkčení podmínky, nicméně menších než 5 by mělo být maximálně 20 % z očekávaných četností (a každá v takovém případě musí být alespoň jednotková). Pokud nebyl požadavek splněn, byl použit výpočet korelačních koeficientů pomocí exaktní metody pro dvě proměnné ordinálního typu. (Řezanková, 2011)
- **Neparametrické testy** - pro testování struktury odpovědí na vyhodnocené otázky z oblasti C (testy na znalost správného postupu ošetřování pahýlu dolní končetiny) byl použit SW STATGRAPHICS Centurion XV.

8.6.3 Statistické zpracování dat

Při analýze byla šetřena závislost dvou proměnných, které jsou svým charakterem jak nominální, tak i ordinální a zjišťovali jsme korelaci mezi závislými a nezávislými proměnnými. Pro měření intenzity závislosti bylo využito proměnných, které jsou charakterem ordinální, závislosti asymetrické (jednostranné), jedná se o hypotézu H4. Následující tabulka zobrazuje použití druhů testů u jednotlivých hypotéz a i definici nezávislých a závislých proměnných příslušných otázek a hypotéz. Je nutno vzhledem

na ordinálnost věku poznamenat, že demografická proměnná věk byla hodnocena jako intervalová proměnná a z toho důvodu klasifikována jako proměnná ordinální. Pro statistické vyhodnocení dat a zpracování statistických testů byl použit statistický produkt IBM SPSS Statistics a STATGRAPHICS.

Tabulka č. 2 Určení proměnných hypotéz a způsob testu

Hypotéza	Nezávislá proměnná vysvětlující	Závislá proměnná vysvětlovaná	TEST a poznámky
	číslo otázky	číslo otázky	
	typ proměnné	typ proměnné	
H1	3	Testy na znalost ošetřování pahýlu vyhodnocené 7, 12 až 13, 15 až 19	Chí - kvadrát, porovnání struktur správných odpovědí, podmínky splněny
	nominální	nominální	
H2	1	20	Chí - kvadrát, podmínky splněny
	nominální	Ordinální	
H3	4	24	Chí - kvadrát, podmínky splněny
	nominální	nominální	
H4	2	10	Chí - kvadrát, podmínky nesplněny, použít exaktní test
	ordinální	Ordinální	

Při interpretaci korelačních koeficientů a vysvětlení síly závislosti či vlivu nezávislé proměnné na závisle proměnnou se vycházelo z níže uvedené stupnice, která navrhuje interpretaci dle následujícího přehledu hodnot koeficientu korelace.

Tabulka č. 3 Síly závislosti dle koeficientu korelace

KOEFICIENT	SÍLA ZÁVISLOSTI
0	nezávisle proměnné
0,0 - 0,2	velmi slabá závislost
0,2 - 0,4	slabá závislost
0,4 - 0,7	střední závislost
0,7 - 0,9	vysoká závislost
0,9 - 1,0	velmi vysoká závislost
1	absolutní závislost

Zdroj: Orendáč, Vranková, 2013, s. 102

K asymetrickým mírám korelace patří i Sommersovo D, které bude používáné k hodnocení vlivu faktoru na vysvětlovanou proměnnou u hypotézy H4.

9 VÝSLEDKY PRÁCE

9.1 Analýza demografických charakteristik

Otázka č. 1 Jaké je Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání?

Tabulka č. 4 Kvalifikační vzdělání

Dosažené nejvyšší kvalifikační vzdělání			
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
	n	%	%
Střední škola s maturitou	116	55,5	55,5
Vyšší odborná škola	31	14,8	70,3
Vysoká škola	62	29,7	100,0
Jiné	0	0,0	100,0
Celkem	209	100,0	

Tabulka rozlišuje vzdělání respondentů. V nejvyšší míře jsou zastoupeny respondenti se středoškolským vzděláním a to 116 (55,5 %). Dále následuje 62 respondentů s vysokoškolským vzděláním (29,7 %). Nejméně početnou skupinu tvoří 31 respondentů s vyšší odbornou školou (14,8 %).

Otázka č. 2 Jak dlouho již poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny?

Tabulka č. 5 Délka praxe ošetrovatelské péče u pacientů po amputaci dolní končetiny

Délka poskytování ošetrovatelské péče pacientům po amputaci			
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
	n	%	%
do 5 let	46	22,0	22,0
6 až 10 let	42	20,1	42,1
11 až 15 let	44	21,1	63,2
16 a více let	77	36,8	100,0
Celkem	209	100,0	

Nejdelší praxi v ošetrovatelské péči u pacientů po amputaci dolní končetiny má 77 respondentů (36,8 %) v rozsahu 16 a více let. Do 5 let praxe má 46 respondentů (22 %), 6 až 10 let vykonává ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci 42 dotazovaných

(20,1 %), 44 respondentů (21,1 %) uvedlo délku své praxe v rozsahu 11 až 15 let. Do 15 let praxe má celkem 63 % respondentů.

Tabulka č. 6 Statistika délky poskytování péče

Popisná statistika délky poskytování péče	Hodnota
Počet respondentů	209
Průměr délky praxe	11,73
Interval spolehlivosti -95%	10,83
Interval spolehlivosti +95%	12,63
Medián	13
Modus	19
Četnost modu	76
Minimum	2
Maximum	19

Průměrná délka praxe sester je 11,73 roků. Intervalový odhad průměrné doby praxe na hladině spolehlivosti 95 % se pohybuje mezi 11,73 a 12,63 roky. Nejvyšší četnost (modus) vykazuje trvání praxe 19 let u 76 respondentů. Střední hodnota (medián) je 13 let. Minimální doba délky praxe jsou 2 roky, maximální doba je pak 19 let.

Otázka č. 3 Na jakém oddělení pracujete?

Tabulka č. 7 Oddělení, kde respondenti pracují

Oddělení práce respondentů		
Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Chirurgické oddělení	147	70,3
Traumatologické oddělení.	62	29,7
Celkem	209	100,0

Výzkumného šetření se zúčastnilo 147 respondentů (70,3 %), pracujících na chirurgickém oddělení a 62 respondentů (29,7 %) z traumatologického oddělení.

Otázka č. 4 V které nemocnici pracujete?

Tabulka č. 8 Nemocnice, v kterých respondenti pracují

Nemocnice, kde bylo provedeno výzkumné šetření			
Nemocnice	Absolutní četnost	Relativní četnost	<i>spádové nemocnice / fakultní nemocnice</i>
	n	%	%
Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o.	8	3,8	56,5
Slezská nemocnice v Opavě, p. o.	24	11,5	
Nemocnice ve Frýdku – Místku	12	5,7	
Nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj	38	18,2	
Městská nemocnice Ostrava, p. o.	36	17,2	
Fakultní nemocnice Ostrava	67	32,1	43,5
Fakultní nemocnice Olomouc	24	11,5	
Celkem	209	100,0	100,0

Tabulka ukazuje, kolik respondentů se z jednotlivých nemocnic zapojilo do výzkumného šetření. Z fakultních nemocnic se zúčastnilo 91 dotazovaných (43,5 %), ze spádových nemocnic 118 dotazovaných (56,5 %). Rozložení počtu respondentů dle typu nemocnic je téměř shodné.

9.2 Analýza empirických údajů

9.2.1 Vyhodnocení otázek dotazníků dle stanovených dílčích cílů

Dílčí cíl č. 1 – otázky č. 5 a 6

Otázka č. 5 Které intervence provádíte u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny (dovoluje-li to pacientův celkový zdravotní stav a stav dolní končetiny)?
Vyberte prosím max. 3 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.

Následující tabulka ukazuje, že nejvíce užívanou intervencí v rámci ošetrovatelské péče o pacienta před plánovanou amputací je sledování a péče o dobrý psychický stav pacienta, která byla označena z 39,6 %, pak následuje seznámení pacienta s vykonáváním osobní hygieny a vyprazdňováním na lůžku (19,9 % odpovědí) a seznámení pacienta s možností využití pomůcek pro pooperační nácvik mobility (13,1 % odpovědí). 65 dotazovaných (18,5 %) však uvedlo, že z nabízených intervencí neprovádí žádnou.

Tabulka č. 9 Intervence před plánovanou amputací dolní končetiny

Intervence prováděné u pacienta před plánovanou amputací DK		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Seznámíte pacienta s chůzí o berlích, příp. s užíváním mechanického invalidního vozíku	46	13,1
Seznámíte pacienta s vykonáváním osobní hygieny a vyprazdňováním na lůžku	70	19,9
Provádíte s pacientem dechová cvičení	3	0,9
Provádíte cévní gymnastiku	8	2,3
Provádíte posilování horními končetinami	20	5,7
Empatickým přístupem získáváte informace o aktuálním psychickém stavu pacienta a snažíte se mírnit jeho případné obavy a naopak posilovat pocit užitečnosti	139	39,6
Před výkonem amputace neprovádím nic z výše uvedeného, mé intervence vycházejí ze standardní předoperační přípravy a z ordinací lékaře	65	18,5
Jiné	0	0,0
Celkem	351	100,0

Otázka č. 6 Které z následujících pomůcek přednostně připravujete k lůžku pacienta po amputaci dolní končetiny ještě dříve, než je pacient po operačním výkonu dopraven na vaše oddělení? *Můžete vybrat více odpovědí.*

Tabulka č. 10 Test na pomůcky připravované k lůžku pacienta po amputaci

Přednostně připravované pomůcky pro pacienta po amputaci dolní končetiny		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Podložní mísa	33	7,2
Esmarchovo obinadlo	57	12,4
Emitní miska	79	17,2
Tlakoměr a fonendoskop	132	28,8
Dostatek kompresivního obvazového materiálu	112	24,5
Ložní prádlo	45	9,8
Celkem	458	100,0

Nejčastěji přednostně připravovanými pomůckami pro péči u pacienta po amputaci dolní končetiny jsou tlakoměr s fonendoskopem (28,8 % odpovědí) a dostatek

kompresivního obvazového materiálu (24,5 % odpovědí). Možnost připravit Esmarchovo obinadlo jako přednostně připravovanou pomůcku pro pacienta je zvolena z 12,4 %. Správně zaznamenaných odpovědí (Esmarchovo obinadlo a dostatek kompresivního materiálu) je 169 (36,9 %), chybně zaznamenaných odpovědí je 289 (63,1 %).

Dílčí cíl č. 2 – otázky č. 7, 11 až 19

Otázka č. 7 Jak budete po operačním výkonu polohovat pahýl amputované dolní končetiny?

Tabulka č. 11 Test na polohování pahýlu po operačním výkonu

Polohování pahýlu amputované dolní končetiny		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Dostatečně vypořádáte do elevace	32	15,3
Ponecháte rovně a v mírné elevaci, kterou zajistíte polohovatelností lůžka	98	46,9
Uložíte do polohy, která bude vyhovovat pacientovi	43	20,6
Pahýl ještě není potřeba po operačním výkonu nijak polohovat	36	17,2
Celkem	209	100,0

98 respondentů (46,9 %) označilo správnou možnost odpovědi a to, že po operačním výkonu se pahýl ponechává rovně v mírné elevaci, zajištěné polohovatelností lůžka. 43 respondentů (20,6 %) polohuje pahýl tak, jak to vyhovuje pacientovi, 36 dotazovaných (17,2 %) se na polohování pahýlu po operačním výkonu nezaměřuje a 32 respondentů (15,3 %) chybně pahýl dostatečně podkládá do elevace.

Otázka č. 11 Provádíte u pacienta po amputaci dolní končetiny polohování pahýlu?

Z následující tabulky vyplývá, že 149 sester (71,3 %) provádí u pacienta po amputaci dolní končetiny polohování pahýlu, zbývajících 60 (28,7 %) polohování neprovádí.

Tabulka č. 12 Polohování pahýlu

Provádění polohování pahýlu u pacienta po amputaci		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Ne	60	28,7
Ano	149	71,3
Celkem	209	100,0

Otázka č. 12 Polohujete pahýl do extenze, addukce (tzn. k ose těla) a mírné elevace, zajištěné polohovatelností lůžka?

Tabulka č. 13 Test na správný postup polohování pahýlu

Polohování pahýlu uvedeným postupem		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Ano	126	84,6
Ne	23	15,4
Celkem	149	100,0

Na tuto otázku odpovídali respondenti, kteří v předchozí otázce uvedli, že provádějí polohování pahýlu. 126 dotazovaných (84,6 %) uvedlo, že polohují pahýl amputované končetiny popsáním způsobem. 23 odpovídajících (15,4 %) pahýl tímto způsobem nepolohuje, přičemž popsali chybný postup, kterým provádějí polohování pahýlu.

Otázka č. 13 Které z následujících obrázků podle Vás zobrazují nesprávné polohování pahýlu resp. nesprávné polohovací návyky pacienta?

Tabulka č. 14 Test na rozpoznání nesprávného polohování pahýlu

Nesprávné polohování pahýlu respektive nesprávné polohovací návyky pacienta		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Správně označili nesprávné polohování	122	81,9
Chybně označili správné polohování	27	18,1
Celkem	149	100,0

Na tuto otázku odpovídali dotazovaní, kteří v otázce č. 11 uvedli, že provádějí polohování pahýlu. Jestliže dotazovaný označil ve svých odpovědích obrázek, znázorňující správný způsob polohování, jeho odpověď byla považována za chybnou. Za správnou se považovala odpověď, která obsahovala alespoň jeden nesprávný způsob polohování. Správně tak tedy odpovědělo 122 dotazovaných (81,9 %), chybně odpovědělo 27 (18,1 %).

Otázka č. 14 Které z následujících metod v rámci otužování a formování pahýlu provádíte u pacienta po amputaci?

Vyberte prosím max. 4 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.

Tabulka č. 15 Metody otužování a formování pahýlu

Prováděné metody otužování a formování pahýlu u pacienta po amputaci		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou	67	16,8
Pokleповá masáž pahýlu	44	11,0
Bandážování pahýlu	206	51,5
Míčkování pahýlu měkkým míčkem	49	12,3
Masáž pahýlu proti směru žilního proudu – dlaní, později žínkou nebo froté ručníkem	29	7,3
Naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem	5	1,3
Neprovádím žádnou	0	0,0
Celkem	400	100,0

Nejčastější metodou otužování a formování pahýlu je bandážování pahýlu, která je užívána z 51,5 %. K dalším metodám patří sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou (16,8 % odpovědí), míčkování pahýlu (12,3 % odpovědí) a pokleповá masáž pahýlu (11,0 % odpovědí). Nejméně používanou metodou je masáž pahýlu proti směru žilního proudu a naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem.

Otázka č. 15 Jakým způsobem doporučíte pacientovi provádět hygienickou péči o pahýl?

Tabulka č. 16 Test na způsob provádění hygienické péče o pahýl

Doporučení, kdy provádět hygienickou péči o pahýl		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Večer, omýváním v teplé vodě, masírováním nedráždivým toaletním mýdlem	94	45,0
Ráno, omýváním v teplé vodě, masírováním nedráždivým toaletním mýdlem	98	46,9
Nedoporučím - domnívám se, že není nutné věnovat hygieně pahýlu větší pozornost	17	8,1
Celkem	209	100,0

94 respondentů (45 %) zvolilo správnou odpověď a pacientovi by tak doporučili provádět hygienickou péči o pahýl večer. Přibližně stejná část respondentů (46,9 %) zvolila chybný způsob hygienické péče o pahýl. 17 dotazovaných (8,1 %) nepřikládá hygienické péči o pahýl význam.

Otázka č. 16 Jakou obvazovou technikou bandážujete pahýl?

Tabulka č. 17 Test na techniku bandážování pahýlu

Technika bandážování pahýlu		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Osmičkovou bandáží	30	14,4
Klasovou bandáží	122	58,4
Cirkulární bandáží	54	25,8
Bandážování pahýlu neprovádíte	3	1,4
Celkem	209	100,0

152 respondentů (72,8 %) aplikuje vhodnou techniku bandážování pahýlu, 54 respondentů (25,8 %) používá nevhodný způsob. Bandážování neprovádí 3 dotazovaní (1,4 %).

Otázka č. 17 Který z následujících obrázků nejbližší představuje způsob, kterým provádíte bandáž pahýlu?

Tabulka č. 18 Test na způsob bandážování pahýlu

Způsob, kterým provádíte bandáž pahýlu		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Obrázek A)	78	37,9
Obrázek B)	128	62,1
Celkem	206	100,0

78 odpovídajících (37,9 %) volí správný způsob bandážování, tedy až na nejbližší zachovalý kloub končetiny. Většina dotazovaných (62,1 %) aplikuje chybný způsob bandážování. Na otázku odpovídalo 206 dotazovaných, protože 3 respondenti v předchozí otázce uvedli, že bandážování neprovádí.

Otázka č. 18 Jak často převazujete bandáž pahýlu?

Tabulka č. 19 Test na četnost převazování pahýlu

Bandáž pahýlu se převazuje:		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
1x denně	64	31,1
2x – 3x denně	19	9,2
Když si všimnete, že bandáž je evidentně povolená nebo sklouznutá	122	59,2
Bandáž opakovaně během dne nepřevazujete	1	0,5
Celkem	206	100,0

Největší část odpovídajících (59,2 %) bandáž pahýlu převazuje až po zjištění, že bandáž již neplní svou funkci. Pouze 19 dotazovaných (9,2 %) převazuje bandáž až 3x denně.

Otázka č. 19 Souhlasíte s tvrzením, že k zásadám bandážování patří vyvíjení silnějšího tlaku v dolní části pahýlu (směrem nahoru se tlak postupně snižuje), pahýl po zabandážování zůstává v rovině, bandáž je přiložena po celý den?

Tabulka č. 20 Test na znalost zásad bandážování

Znalost zásad při bandážování pahýlu		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Ano	200	97,1
Ne	6	2,9
Celkem	206	100,0

200 odpovídajících (97,1 %) se ztotožnilo s tvrzením o správných zásadách bandážování pahýlu. 6 respondentů (2,9 %) vyjádřilo jiný názor.

Dílčí cíl č. 3 – otázky č. 8 a 9, 20 a 21, 24 až 26

Otázka č. 8 Na jaké cíle se při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po amputaci dolní končetiny zaměřujete nejvíce? *Vyberte prosím max. 3 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.*

Tabulka č. 21 Cíle sester při poskytování ošetrovatelské péče po amputaci

Na co se při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po amputaci dolní končetiny sestry zaměřují		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Na motivaci k pohybu a podporu návratu pacienta k co nejlepší soběstačnosti a pohyblivosti	172	29,4
Na péči o pahýl	161	27,5
Na zapojení rodiny do pacientovy rekonvalescence	67	11,5
Na účast na řešení a zvládání fantomových bolestí	89	15,2
Na psychologickou péči a podporu	94	16,1
Na nic z výše uvedeného se nezaměřuji	2	0,3
Celkem	585	100,0

Sestry se při ošetrovatelské péči u pacienta po amputaci dolní končetiny nejvíce zaměřují na zlepšování mobility a soběstačnosti pacienta (29,4 % odpovědí) a na péči o pahýl (27,5 % odpovědí). Již méně se u pacientů zaměřují na pomoc při zvládnání fantomových bolestí (15,2 % odpovědí) a na zapojení pacientovy rodiny do jeho rekonvalescence (11,5 % odpovědí).

Otázka č. 9 Jakým způsobem pacienta psychicky podporujete? *Můžete označit více možností odpovědi.*

Tabulka č. 22 Psychická podpora pacienta ze strany sestry

Způsob psychické podpory pacienta		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Monitoruji projevy smutku a deprese	87	21,4
Vytvářím podmínky pro ventilaci pacientových pocitů a obav	128	31,4
Podporuji rodinu pacienta v jeho návštěvách	88	21,6
Konzultuji s lékařem možnost využití kontaktu s psychologem	68	16,7
Mám možnost zajištění kontaktu pacienta s člověkem, kterému rovněž byla amputována dolní končetina a který se dobře začlenil zpět do běžného života	17	4,2
Na psychickou podporu se při poskytování ošetrovatelské péče nezaměřuji	19	4,7
Celkem	407	100,0

Z tabulky vyplývá, že nejčastějším způsobem psychické podpory u pacienta po amputaci byla respondenty volena možnost, kdy pacient může ventilovat své pocity a obavy (31,4 % odpovědí). Dále následuje podpora pacientovy rodiny v jeho návštěvách (21,6 % odpovědí) a téměř stejně část odpovědí zahrnovala jako způsob psychické podpory monitoring projevů smutku a deprese (21,4 % odpovědí). 16,7 % odpovědí zahrnovaly možnost konzultace s lékařem o využití kontaktu s psychologem a 4,7 % odpovědí zahrnovaly možnost, že se respondent na psychickou podporu při ošetrovatelské péči u pacienta po amputaci nezaměřuje.

Otázka č. 20 Jakým způsobem pomáháte pacientům zvládat fantomové bolesti?
Můžete označit více možností odpovědi.

Tabulka č. 23 Činnosti sestry u pacienta s fantomovými bolestmi

Při ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
V rozsahu svých kompetencí objasníte pacientovi, o jaké bolesti jde a jejich příčinu	165	22,1
Monitorujete u pacienta verbální a neverbální projevy bolesti	141	18,9
Konzultujete s lékařem možnost využití odborné psychologické péče	63	8,5
Provádíte hodnocení bolesti Vám dostupnými hodnotícími škálami a testy	153	20,5
Dle ordinací lékaře podáváte léky tišící bolest a sledujete jejich účinek	185	24,8
Využíváte nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti	39	5,2
Celkem	746	100,0

Nejčastějším způsobem pomoci při zvládnání fantomových bolestí je podávání léků tišících bolest a sledování jejich účinku (24,8 % odpovědí). Dále pak edukace pacienta o charakteru fantomových bolestí (22,1 % odpovědí) a využívání hodnotících škál a testů k hodnocení bolesti (20,5 % odpovědí). Nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti se využívají jen z 5,2 %.

Otázka č. 21 Provádíte hodnocení úrovně soběstačnosti u pacienta po amputaci dolní končetiny? *Můžete označit více možností odpovědi.*

Tabulka č. 24 Hodnocení soběstačnosti pacienta

Hodnocení úrovně soběstačnosti u pacienta po amputaci dolní končetiny		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
1x denně	91	43,5
1x týdně	72	34,4
Jen při příjmu	35	16,7
Jen při propuštění	3	1,4
Hodnocení neprovádím	4	1,9
Jinak	4	1,9
Celkem	209	100,0

Z tabulky vyplývá, že hodnocení soběstačnosti respondenti nejčastěji provádějí 1x denně, tuto možnost označilo 91 respondentů (43,5 %) a 1x týdně, kdy hodnotí soběstačnost u pacienta po amputaci dolní končetiny 72 dotazovaných (34,4 %).

Otázka č. 24 S jakými překážkami se nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkáte? *Můžete označit více odpovědí, které nejlépe vystihují Váš názor.*

Tabulka č. 25 Překážky při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny

Nejčastější překážky při ošetřování pacienta po amputaci		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Nedostatek času	154	48,3
Nedostatek nebo špatná kvalita pomůcek	38	11,9
Nevyhovující prostor	50	15,7
Neefektivní spolupráce s pacientem	59	18,5
Neefektivní spolupráce s dalšími kolegy	18	5,6
Celkem	319	100,0

Z následující tabulky vyplývá, že nejčastěji se sestry při ošetřování pacienta po amputaci potýkají s překážkou nedostatku času, tato možnost byla volena ze 48,3 %. Neefektivní spolupráce s pacientem byla jako překážka označena z 18,5 %, za nejméně vyskytující se překážku byla označována neefektivní spolupráce s dalšími kolegy (např. fyzioterapeut, lékař, psycholog) a to z 5,6 %.

Otázka č. 25 Ve kterých z následujících oblastí spolupracujete s rodinou pacienta?

Následující tabulka ukazuje, že převážná část respondentů uvedla, že s rodinou pacienta po amputaci nejvíce spolupracují v oblasti nácviku soběstačnosti, tuto možnost zvolilo 120 dotazovaných (57,4 %). 34 respondentů (16,3 %) uvedlo, že s rodinou nespolupracují v žádné z nabízených oblastí.

Tabulka č. 26 Spolupráce sestry s rodinou pacienta

Oblasti spolupráce s rodinou		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
V nácviku soběstačnosti pacienta	120	57,4
V péči o pahýl	28	13,4
V hygienické péči	27	12,9
S rodinou nespolupracují	34	16,3
Jiné (prosím uveďte)	0	0,0
Celkem	209	100,0

Otázka č. 26 Označte prosím křížkem v následující tabulce, zda mají pacienti při propuštění do domácího ošetřování předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence.

Tabulka č. 27 Předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence

Předpoklady dobré rekonvalescence	Ano	Ne
Zná způsoby zvládnutí bolesti (farmakologické i nefarmakologické ovlivnění)	192	17
Relativní četnost v %	91,87	8,13
Popíše péči o pahýl včetně jeho bandážování a péči o zbylou končetinu.	126	83
Relativní četnost v %	60,29	39,71
Je schopen pohybu – předvede přesun event. stoj.	182	27
Relativní četnost v %	87,08	12,92
Zapojuje se do rehabilitace a je informován o jejím dalším průběhu a jejích metodách.	201	8
Relativní četnost v %	96,17	3,83
Dovede uvést příznaky případných komplikací (např. vznikající defekt na pahýlu či na zachovalé dolní končetině).	97	112
Relativní četnost v %	46,41	53,59
V případě propuštění do domácí rekonvalescence má zajištěnou profesionální pomoc (např. agentura domácí péče).	174	35
Relativní četnost v %	83,25	16,75
Je seznámen s nutností dispenzarizace (termín následné kontroly), o potřebě rehabilitace a adekvátním životním stylu (vhodná aktivita a cvičení).	195	14
Relativní četnost v %	93,30	6,70
Relativní četnost v % celkem	79,77	20,23

Z tabulky vyplývá, že u převážné většiny pacientů po amputaci dolní končetiny, tj. 79,77 %, kteří jsou propouštěni do domácího ošetřování, jsou splněny předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence. Pouze ve dvou oblastech bylo rozložení odpovědí méně výrazné; 126 respondentů (60,29 %) uvedlo, že pacient svede popsat péči o pahýl, 83 respondentů (39,71 %) uvedlo, že nikoliv. 97 dotazovaných (46, 41 %) odpovědělo, že pacient dovede uvést příznaky případných komplikací, 112 dotazovaných (53,59 %) se vyjádřilo záporně.

Dílčí cíl č. 4 – otázky č. 10, 22 a 23

Otázka č. 10 Myslíte si, že týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny důležitá?

Tabulka č. 28 Důležitost týmové spolupráce sestry s fyzioterapeutem

Jak hodnotí sestry důležitost spolupráce s fyzioterapeutem při ošetřování pacienta po amputaci			
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost	Kumulativní relativní četnost
	n	%	%
Ano	158	75,6	75,6
Spíše ano	43	20,6	96,2
Spíše ne	6	2,9	99,0
Ne	2	1,0	100,0
Celkem	209	100,0	

Tabulka ukazuje, že respondenti shledávají spolupráci sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny důležitou, pro tuto možnost se vyjádřilo 158 respondentů (75,6 %). Jako spíše důležitou tuto spolupráci hodnotí 43 dotazovaných (20,6 %).

Otázka č. 22 Jakým způsobem provádíte rehabilitační ošetřování u pacienta po amputaci dolní končetiny? *Vyplňte prosím zakřížkováním následující tabulku.*

Z následující tabulky vyplývá, že mezi nejčastěji sestrou či spoluprací sestry a fyzioterapeuta vykonávané prvky rehabilitačního ošetřování patří nácvik sebeobsluhy (99,05 % respondentů), polohování pahýlu (98,56 % respondentů), nácvik přesunů

na lůžku (95,21 % respondentů), nácvik sedu (96,17 % respondentů) a nácvik přesunu na invalidní vozík (88,99 % respondentů) a cvičení pahýlem (84,21 % respondentů).

Polohování pahýlu a nácvik soběstačnosti provádějí respondenti nejčastěji sami. Při cvičení pahýlem a při nácviku stoje a přesunu na invalidní vozík nejčastěji spolupracují s fyzioterapeutem. Cévní gymnastiku vůbec neprování 118 dotazovaných (56,46 %).

Tabulka č. 29 Rehabilitační ošetřování u pacienta po amputaci dolní končetiny

Způsob provádění rehabilitačního ošetřování u pacienta po amputaci DK	Provádím sama	Spolupracuji s fyzioterapeutem	Neprovádím
Nácvik sebeobslužných činností (např. provedení osobní hygieny)	152	55	2
Relativní četnost v %	72,73	26,32	0,96
Provádění dechové gymnastiky	24	109	76
Relativní četnost v %	11,48	52,15	36,36
Provádění cévní gymnastiky	9	82	118
Relativní četnost v %	4,31	39,23	56,46
Nácvik přesunů na lůžku	95	104	10
Relativní četnost v %	45,45	49,76	4,78
Relativní četnost v %	19,62	57,42	22,97
Polohování pahýlu a další péči o pahýl	182	24	3
Relativní četnost v %	87,08	11,48	1,44
Cvičení pahýlem	22	154	33
Relativní četnost v %	10,53	73,68	15,79
Nácvik sedu	110	91	8
Relativní četnost v %	52,63	43,54	3,83
Nácvik přesunu na invalidní vozík	49	137	23
Relativní četnost v %	23,44	65,55	11,00
Nácvik stoje a příp. i chůze	7	151	51
Relativní četnost v %	3,35	72,25	24,40
Relativní četnost způsobu provádění v %	34,56	48,22	17,22

Otázka č. 23 Jakou vykazujete činnost, když fyzioterapeut provádí u pacienta rehabilitaci?

Tabulka níže ukazuje, že zatímco fyzioterapeut provádí u pacienta po amputaci rehabilitaci, 62 sester (29,7 %) asistuje, stejně velká skupina spíše přihlíží a 85 respondentů (40,7 %) není přítomno.

Tabulka č. 30 Činnost sestry při práci fyzioterapeuta

Co děláte, když fyzioterapeut provádí s pacientem rehabilitaci?		
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
	n	%
Asistujete	62	29,7
Spíše přihlížíte	62	29,7
Nejste přítomna, zabýváte se jinými činnostmi	85	40,7
Celkem	209	100,0

9.2.2 Vyhodnocení hypotéz

Testování hypotézy H1

Pracovní hypotéza H1 Znalosti sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a na odděleních traumatologie jsou stejné.

Statistická hypotéza

H₁₀ – Neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi znalostmi sester o ošetřování pahýlu na oddělení chirurgie a na oddělení traumatologie.

H_{1A} – Existuje statisticky významná rozdílnost mezi znalostmi sester o ošetřování pahýlu na oddělení chirurgie a na oddělení traumatologie.

Otázka č. 3 – Na jakém oddělení pracujete? - nezávislá statistická nominální proměnná.
Otázky č. 7, 12 až 13, 15 až 19 vyhodnocené na správně zodpovězené - závislá statistická proměnná nominálního typu.

Znalosti sester byly šetřeny v otázkách 7, 12 až 13, 15 až 19 ve vztahu na příslušné oddělení, na kterém respondenti pracují v demografické otázce č. 3. Jestliže je cílem stanovit úroveň znalostí, je nutno pro každou otázku vyhodnotit počet správných odpovědí. Níže v tabulce č. 31 jsou uvedeny absolutní a relativní četnosti odpovědí na tyto otázky.

Z výsledků výpočtu očekávaných četností (vypočteno v statistickém produktu STATGRAPHICS) plyne, že žádná očekávaná hodnota není menší než 5, což znamená, že závěry testu nebudou zkreslené. Je tak splněna podmínka dostatečně velkého výběrového souboru.

Tabulka č. 31 Hodnoty dat pro hypotézu H1

Úroveň znalostí sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a na odděleních traumatologie					
Číslo otázky	<i>Absolutní četnost</i>	chirurgické odd.		traumatologické odd.	
	<i>Relativní četnost</i>	Správně	Špatně	Správně	Špatně
7	<i>N</i>	61	86	37	25
	%	41,50%	58,50%	59,68%	40,32%
12	<i>N</i>	84	11	42	12
	%	88,42%	11,58%	77,78%	22,22%
13	<i>N</i>	74	21	48	6
	%	77,89%	22,11%	88,89%	11,11%
15	<i>N</i>	58	89	36	26
	%	39,46%	60,54%	58,06%	41,94%
16	<i>N</i>	113	34	39	23
	%	76,87%	23,13%	62,90%	37,10%
17	<i>N</i>	46	101	32	27
	%	31,29%	68,71%	54,24%	45,76%
18	<i>N</i>	14	133	5	54
	%	9,52%	90,48%	8,47%	91,53%
19	<i>N</i>	144	3	56	3
	%	97,96%	2,04%	94,92%	5,08%
	<i>N</i>	594	478	295	176
	%	87,59%	12,41%	78,57%	21,43%

Zdroj: Dotazník a upravený výstup z STATGRAPHICS Centurion XV

Tabulka č. 32 Výsledky Chí- kvadrát testu

Hladina významnosti	0,05
Stupně volnosti	7
Chí-kvadrát statistika	12,99
p-hodnota	0,07

Zdroj: STATGRAPHICS – upraveno

Hodnoty z tabulky ukazují výsledky testu, kterým se zjišťuje, zda se má či nemá odmítnout myšlenka, že statistické znaky jsou nezávislé. Vzhledem k tomu, že p-hodnota = 0,07 a je větší než hladina statistické významnosti přijatá na úrovni 0,05, může být potvrzena hypotéza, že proměnné jsou nezávislé. Plyne z výsledků testů, že znalosti sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a na odděleních traumatologie jsou stejné. Přijímáme tedy nulovou hypotézu H1₀.

Testování hypotézy H2

Pracovní hypotéza H2 Přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester jsou rozdílné.

Statistická hypotéza

H₂₀ – Neexistuje statisticky významná rozdílnost v přístupu k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester.

H_{2A} – Existuje statisticky významná rozdílnost v přístupu k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester.

Otázka č. 1 – Jaké je Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání? - nezávislá statistická proměnná ordinálního typu.

Otázka č. 20 - Jakým způsobem pomáháte pacientům zvládat fantomové bolesti? – závislá statistická proměnná nominálního typu.

Tabulka č. 33 Kontingenční tabulka k hypotéze H2

Přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi / vzdělání sester		Vzdělání respondentů			
		Střední škola s maturitou	Vyšší odborná škola	Vysoká škola	
Přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi	V rozsahu svých kompetencí objasníte pacientovi, o jaké bolesti jde a jejich příčinu	n	93	24	48
		% v rámci Přístupu	56,4%	14,5%	29,1%
		% v rámci Vzdělání	22,6%	20,9%	21,9%
	Monitorujete u pacienta verbální a neverbální projevy bolesti	n	80	20	41
		% v rámci Přístupu	56,7%	14,2%	29,1%
		% v rámci Vzdělání	19,4%	17,4%	18,7%
	Konzultujete s lékařem možnost využití odborné psychologické péče	n	33	11	19
		% v rámci Přístupu	52,4%	17,5%	30,2%
		% v rámci Vzdělání	8,0%	9,6%	8,7%
	Provádíte hodnocení bolesti Vám dostupnými hodnotícími škálami a testy	n	84	24	45
		% v rámci Přístupu	54,9%	15,7%	29,4%
		% v rámci Vzdělání	20,4%	20,9%	20,5%
	Dle ordinací lékaře podáváte léky tišící bolest a sledujete jejich účinek	n	103	27	55
		% v rámci Přístupu	55,7%	14,6%	29,7%
		% v rámci Vzdělání	25,0%	23,5%	25,1%
	Využíváte nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti	n	19	9	11
		% v rámci Přístupu	48,7%	23,1%	28,2%
		% v rámci Vzdělání	4,6%	7,8%	5,0%

Zdroj: Dotazník a výstup z SPSS

V kontingenční tabulce jsou data pro testování hypotézy o variantách přístupu k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání. Jedná se tu o test závislosti mezi ordinální a nominální proměnnou.

Tabulka č. 34 Výsledky Chí- kvadrát testu

Hladina významnosti	0,05
Stupně volnosti	4
Chí-kvadrát statistika	2,510
p-hodnota	0,991
Spearmanův koeficient korelace	0,014
p-hodnota korelace	0,701

Zdroj: Upravený výstup z SPSS

Z výsledků výpočtu očekávaných četností (vypočteno v statistickém produktu SPSS) plyne, že žádná očekávaná hodnota není menší než 5, což znamená, že závěry testu nebudou zkreslené. Nejmenší hodnota očekávané četnosti byla 6,01. Jsou tak splněny podmínky dostatečně velkého výběrového souboru.

Dle výsledku testu vyplývá skutečnost, že neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi přístupem sester k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na jejich vzdělání. Vzhledem k tomu, že p-hodnota = 0,991 a je větší než hladina statistické významnosti přijatá na úrovni 0,05, můžeme potvrdit hypotézu, že proměnné jsou nezávislé. Tomu odpovídá i síla závislosti dle Spearmanova korelačního koeficientu, který se rovná 0,014, což se blíží nule a i dle p-hodnoty korelace, která ve větší jako 0,05, tedy je nevýznamná. Plyne z výsledků testu, že rozdílnost mezi přístupem sester k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na jejich vzdělání neexistuje. Přijímáme nulovou hypotézu H_{20} .

Testování hypotézy H3

Pracovní hypotéza H3 Struktura překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají, je rozdílná vzhledem k typu nemocnice.

Statistická hypotéza

H_{30} – Neexistuje statisticky významná rozdílnost v struktuře překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnic.

H_{3A} – Existuje statisticky významná rozdílnost v struktuře překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnic.

Otázka č. 4 – V které nemocnici pracujete? Nemocnice byly rozděleny na fakultní nemocnice a na nemocnice spádové - nezávislá statistická proměnná nominálního typu.

Otázka č. 24 - S jakými překážkami se nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkáte? – závislá statistická proměnná nominálního typu.

Tabulka č. 35 Kontingenční tabulka k hypotéze H3

Typ nemocnic / překážky v práci sester			Struktura překážek, se kterými se zdravotní sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci DK potýkají				
			Nedostatek času	Nedostatek nebo špatná kvalita pomůcek	Nevyhovující prostor	Neefektivní spolupráce s pacientem	Neefektivní spolupráce s dalšími kolegy
Typ nemocnic	Spádové nemocnice	n	89	21	34	36	5
		% v rámci Spádové nemocnice	48,1%	11,4%	18,4%	19,5%	2,7%
		% v rámci Překážky	57,8%	55,3%	68,0%	61,0%	27,8%
	Fakultní nemocnice	n	65	17	16	23	13
		% v rámci Spádové nemocnice	48,5%	12,7%	11,9%	17,2%	9,7%
		% v rámci Překážky	42,2%	44,7%	32,0%	39,0%	72,2%

Zdroj: Dotazník a výstup z SPSS

V kontingenční tabulce jsou data pro testování hypotézy o rozdílnosti struktury překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnic. Jedná se tu o test závislosti mezi dvěma ordinálními proměnnými.

Tabulka č. 36 Výsledky Chí- kvadrát testu

Hladina významnosti	0,05
Stupně volnosti	4
Chí-kvadrát statistika	9,141
p-hodnota	0,058
Spearmanův koeficient korelace	0,024
p-hodnota korelace	0,675

Zdroj: Upravený výstup z SPSS

Z výsledků výpočtu očekávaných četností (vypočteno v statistickém produktu SPSS) plyne, že žádná očekávaná hodnota není menší než 5, což znamená, že závěry testu nebudou zkreslené. Nejmenší hodnota očekávané četnosti byla 7,56. Jsou tak splněny podmínky dostatečně velkého výběrového souboru.

Dle výsledku testu pro dvě nominální proměnné vyplývá skutečnost, že neexistuje statisticky významná rozdílnost ve struktuře překážek, se kterými se sestry nejčastěji

při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnic. Vzhledem k tomu, že p -hodnota = 0,058 a je zároveň větší než hladina statistické významnosti přijatá na úrovni 0,05, můžeme potvrdit hypotézu, že proměnné jsou nezávislé. Tomu odpovídá i síla závislosti dle Spearmanova korelačního koeficientu, který se rovná 0,024, což se blíží nule a i dle p -hodnoty korelace, která je větší jako 0,05, tedy je nevýznamná. Z výsledků testu tedy plyne, že není rozdílnost ve struktuře překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnice. Přijímáme nulovou hypotézu H_{3_0} .

Testování hypotézy H4

Pracovní hypotéza H4 Posouzení důležitosti týmové spolupráce sester a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny nezávisí na délce praxe sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

Statistická hypotéza

H_{4_0} – Neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi posouzením sestry o důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny a délkou její praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

H_{4_A} – Existuje statisticky významná rozdílnost mezi posouzením sestry o důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny a délkou její praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

Otázka č. 1 – Jak dlouho již poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny? - nezávislá statistická proměnná ordinálního typu.

Otázka č. 10 - Myslíte si, že týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny důležitá? – závislá statistická proměnná ordinálního typu.

V následující kontingenční tabulce jsou data pro testování hypotézy o vlivu délky praxe sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny na posouzení důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny. Jedná se tu o test závislosti mezi dvěma ordinálními proměnnými.

Tabulka č. 37 Kontingenční tabulka k hypotéze H4

Délka poskytování ošetrovatelské péče pacientům po amputaci dolní končetiny		Důležitost spolupráce s fyzioterapeutem				
		Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne	
Doby v rocích	Do 5 let	n	31	14	1	0
		% v rámci Spolupráce	67,4%	30,4%	2,2%	0,0%
		% v rámci délky praxe	19,6%	32,6%	16,7%	0,0%
	6 až 10 let	n	36	4	1	1
		% v rámci Spolupráce	85,7%	9,5%	2,4%	2,4%
		% v rámci délky praxe	22,8%	9,3%	16,7%	50,0%
	11 až 15 let	n	29	12	2	1
		% v rámci Spolupráce	65,9%	27,3%	4,5%	2,3%
		% v rámci délky praxe	18,4%	27,9%	33,3%	50,0%
	16 a více let	n	62	13	2	0
		% v rámci Spolupráce	80,5%	16,9%	2,6%	0,0%
		% v rámci délky praxe	39,2%	30,2%	33,3%	0,0%

Zdroj: Dotazník a výstup z SPSS**Tabulka č. 38** Výsledky statistických testů k hypotéze H4

	Hodnota	p-hodnota
Kendall's Tau b	-0,0629	0,3160
Somer's D symetrické	-0,0598	0,3160
Somer's D asymetrické	-0,0457	0,3160
Zamítnutí H ₀	nezamítáme	

Zdroj: Upravený výstup z SPSS

Test byl proveden i jako chí-kvadrát test s výsledkem, že teoretické, očekávané četnosti jsou ve více než z 50 % menší než 5. Pro použití chí-kvadrát testu tedy nejsou podmínky splněny. Z toho důvodu byly použity jiné odpovídající testy danému problému.

Dle výsledku testu pro dvě ordinální proměnné vyplývá skutečnost, že neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi posouzením sestry důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny a délkou její praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. Závislost vyjádření sester k důležitosti důležitost týmové spolupráce s fyzioterapeutem při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny na délce jejich praxe je statisticky nevýznamná, p-hodnota u Kendallova tau b je 0,31 a u symetrického a i asymetrického Somersova D je rovněž 0,31, což je ve všech případech větší než hladina významnosti 0,05. Z dat testů plyne, že vztah není signifikantní, síla vlivu se pohybuje kolem -0,05. Přijímáme nulovou hypotézu H₀ Neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi posouzením sestry o důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny a délkou její praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

10 DISKUZE

Hlavní cíl výzkumného šetření analyzoval činnosti a znalosti sester a jejich spolupráci s fyzioterapeutem v rámci managementu ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. K hlavnímu cíli byly formulovány čtyři dílčí cíle, které se zaměřují na činnosti sestry u pacienta před amputací dolní končetiny, na znalosti sester správného postupu ošetřování amputačního pahýlu, na ošetrovatelskou péči a na týmovou spolupráci sestry s fyzioterapeutem při rehabilitačním ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny. Ke druhému, třetímu a čtvrtému dílčímu cíli byly formulovány celkem čtyři pracovní, resp. statistické hypotézy.

Výzkumného šetření, jehož technikou byl zvolen dotazník, se zúčastnily sestry z lůžkových částí chirurgických a traumatologických oddělení sedmi vybraných nemocnic Moravskoslezského kraje (dále viz kap. 8.5 Vzorek respondentů). Celkový počet respondentů, který byl zařazen do vyhodnocování výsledků výzkumného šetření, činil 209 respondentů.

Více než polovina respondentů (55,5 %) uvedla, že jejich nejvyšším dosaženým kvalifikačním vzděláním je absolvovaná střední škola s maturitou. Nejdelší praxi v ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny uvedlo 36,8 % dotazovaných a to v délce 16 a více let, na základě kumulativní relativní četnosti je možné konstatovat, že do 15 let praxe má 63,2 % dotazovaných. 70,3 % respondentů pracuje na chirurgickém oddělení a 29,7 % na oddělení traumatologickém. Nemocnice byly pro potřeby jedné z hypotéz rozděleny na nemocnice fakultní a nemocnice spádové. Procentuální zastoupení respondentů tedy činilo 43,5 % z fakultních nemocnic a 56,5 % z nemocnic spádových.

Dílčí cíl č. 1

K prvnímu dílčímu cíli se vztahovaly dvě otázky z dotazníku, a to otázka č. 5 a 6. V otázce č. 5 byli respondenti dotazováni, které z uváděných intervencí provádějí u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny, jestliže to dovoluje stav končetiny i celkový zdravotní stav pacienta. Z odpovědí respondentů je možné konstatovat, že sestry se ve svých intervencích zaměřují především na psychický stav pacienta s cílem mírnit pacientovy obavy a naopak posilovat jeho pocit užitečnosti (39,6 % odpovědí). Návčik vykonávání osobní hygieny a vyprazdňování na lůžku u pacienta před amputací byl zaznamenán u 19,9 % odpovědí, návčik chůze o berlích nebo užívání mechanického invalidního vozíku bylo zaznamenáno u 13,1 % odpovědí. 18,5 % označených odpovědí

zahrnovaly možnost, že z nabízených intervencí není uplatňována ani jedna z nich. Pacienti, kteří budou podstupovat amputaci dolní končetiny, jsou mnohdy ve vážném stavu a vyššího věku, čímž mohou být sestry ve svých intervencích v rámci předoperační péče do značné míry limitovány. Pokud to však aktuální podmínky umožňují, doporučuje se seznámit pacienta především s chůzí o berlích, s prováděním hygienické péče, naučit ho dechovým cvičením a posílit svaly horních končetin. Tyto aktivity pozitivně ovlivňují pooperační rekonvalescenci, především rehabilitaci. (Polhorská, 2009, s. 16). Je otázkou, zda výsledky odpovědí na tuto otázku nejsou do určité míry ovlivněny nejen zdravotním stavem pacienta, ale i časovými možnostmi respondentů v návaznosti na výsledek odpovědí v otázce č. 24.

Amputace dolní končetiny je velmi rozsáhlým operačním výkonem, po kterém hrozí až život pacienta ohrožující komplikace, mezi které patří mj. masivní krvácení z pahýlu. K efektivnímu řešení této případně nastalé události výrazně přispívají k lůžku pacienta přednostně připravované pomůcky, kterými jsou Esmarchovo obinadlo a dostatek kompresivního obvazového materiálu (Smeltzer, Bare, Hinkle, Cheever, 2010, s. 2114). Otázka č. 6 se zaměřovala právě na zjištění, které pomůcky respondenti přednostně k lůžku pacienta po amputaci připravují. Dotazovaní však nejčastěji označovali tlakoměr a fonendoskop (28,8 % odpovědí), poté dostatek kompresivního materiálu (24,5 % odpovědí), třetí nejčastěji připravovanou pomůckou je emitní miska (17,2 % odpovědí) a čtvrtou je Esmarchovo obinadlo (12,4 % odpovědí). Přestože všechny z nabízených pomůcek jsou zcela jistě potřebné k pooperační ošetrovatelské péči, správně zaznamenaných odpovědí (Esmarchovo obinadlo a kompresivní obvazový materiál) bylo jen 36,9 %. K podobnému výsledku dospěla i Dopitová (2010), ve své kvalifikační práci uvádí, že Esmarchovo obinadlo připravuje jen 13 % respondentů a dostatek kompresivního obvazového materiálu 15 % dotazovaných. (Dopitová, 2010, s. 33)

Dílčí cíl č. 2

K druhému dílčímu cíli se vztahují otázky č. 7 a 11 až 19 a je zde formulována hypotéza H1.

V otázce č. 7 respondenti odpovídali, jakým způsobem budou po operačním výkonu polohovat pahýl amputované končetiny. Téměř polovina dotazovaných (46,9 %) zvolila správnou možnost polohování a tedy, že pahýl se ponechává rovně a v mírné elevaci, která se zajistí polohovatelností lůžka. 53,1 % respondentů však označilo zbývající možnosti s nesprávnou odpovědí. Dostatečné podkládání pahýlu do elevace patří

k chybným způsobům polohování pahýlu po operačním výkonu stejně jako možnost, že pahýl není nutné nijak polohovat. Jestliže však pahýl po operaci setrvává v rovině a v mírné elevaci, kterou sestra zajistí polohovatelností lůžka, snižuje se možnost pooperačního otoku pahýlu a krvácení z pahýlu. Tato poloha může pozitivně ovlivňovat i intenzitu pooperačních bolestí. (Koval'ová, 2012, s. 240)

Otázkou č. 11 bylo zjišťováno, zda respondenti provádějí u pacienta po amputaci polohování pahýlu. Polohování pahýlu provádí 71,3 % dotazovaných. V otázce č. 12 se dotazovaní, kteří v předchozí otázce uvedli, že provádějí polohování pahýlu, vyjadřovali, zda využívají správný postup při polohování pahýlu, tzn., jestli polohují pahýl do extenze, addukce a již výše zmíněné elevace zajištěné polohovatelností lůžka. Převážná část dotazovaných (84,6 %) vyjádřila souhlas s předkládaným způsobem polohování pahýlu, zbývající část (15,4 %) dotazovaných s uvedeným způsobem nesouhlasila, přičemž zde respondenti měli možnost popsat, jakým způsobem tedy pahýl amputované končetiny polohují. V těchto odpovědích se projevovala shoda, že při polohování pahýl podkládají (nejčastěji polštářem) a pahýl tak spočívá ve flekčním postavení nežli v extenzi. Správně prováděné polohování pahýlu se využívá k prevenci nežádoucích flekčních a abdukčních kontraktur nejbližšího kloubu, (ne)správným polohováním tak může sestra ovlivnit budoucí stav mobility pacienta.

V otázce č. 13 byli dotazovaní, kteří provádějí u pacienta po amputaci polohování pahýlu, vyzváni, aby označili z nabízených obrázků ty, které podle jejich názoru zobrazují nesprávný způsob polohování. 81,9 % dotazovaných odpovědělo správně, tedy jejich odpověď obsahovala alespoň jeden označený nesprávný způsob polohování. 18,1 % odpovědělo chybně, jelikož jejich odpověď obsahovala označený obrázek se správným způsobem polohování.

Na to, jaké metody otužování a formování pahýlu u pacienta po amputaci respondenti uplatňují, ukazují výsledky odpovědí otázky č. 14. Metoda otužování a formování pahýlu bandážováním pahýlu je používána z 51,5 %. Další nabízené metody jsou využívány již méně a jejich četnost provádění je přibližně stejná; sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou (16,8 % odpovědí), míčkování pahýlu (12,3 % odpovědí) nebo poklepová masáž pahýlu (11 % odpovědí).

Při péči o amputační pahýl je důležité věnovat pozornost hygieně pahýlu, protože jeho kůže se pod obvazy potí a je více disponovaná k otlakům či infekcím. Hygienickou péči je velmi nevhodné provádět večer, protože i nepatrná vlhkost může při denní aplikaci bandáže, později protézy, kůži pahýlu poškodit. (Polhorská, 2009, s. 17) Výsledky

odpovědi z otázky č. 15 ukazují, že 55 % respondentů má chybné znalosti o hygienické péči o pahýl, protože 46,9 % z nich by doporučilo pacientovi provádět hygienu pahýlu ráno a 8,1 % se domnívá, že hygienické péči o pahýl není třeba pozornost věnovat vůbec.

V otázce č. 16 byli respondenti dotazováni na obvazovou techniku, kterou v praxi používají při bandážování pahýlu. Nedoporučuje se aplikovat techniku cirkulární bandáže, která je velmi nevhodnou kvůli hrozícímu snížení prokrvení pahýlu. 72,8 % respondentů využívá vhodnou techniku, tedy osmičkovou či klasovou bandáž a 25,8 % dotazovaných v praxi uplatňuje nevhodnou techniku cirkulární bandáže. Dopitová (2010) ve své kvalifikační práci prezentuje podobné výsledky a tedy, že vhodnou techniku bandážování uvedlo 80 % respondentů a nevhodnou 20 % dotazovaných. (Dopitová, 2010, s. 32)

Jednou ze zásad správného postupu bandážování je vést bandáž nad blízký zachovalý kloub, aby se docílilo vhodného postavení kloubu. V otázce č. 17 měli dotazovaní k dispozici dva obrázky, z nichž označovali ten, který nejlépe zobrazuje způsob, kterým bandážují pahýl. Převážná část z nich (62,1 %) označila obrázek znázorňující pahýl bez bandážování vedeného nad zachovalý kloub.

I dobře provedená bandáž pahýlu se po určitém čase uvolňuje a ztrácí tak svůj účel, je proto nutné 2 - 3x za den bandáž převázat a provést před další bandáží jemnou poklepovou masáž pahýlu. (Kovařová, 2012, s. 241) Výsledky odpovědí v otázce č. 18 však demonstrují jinou skutečnost. 2 – 3x za den bandáž převazuje pouze 9,2 % odpovídajících. 59,2 % odpovídajících převáže bandáž pahýlu až po všimnutí si, že bandáž je viditelně povolena a 31,1 % dotazovaných převazuje bandáž pahýlu 1x denně. Mohlo by být předmětem dalšího zjištění to, jak často má zmíněných 59,2 % odpovídajících možnost „všimnout si“ nefunkčnosti bandáže a jak často ji tedy kontrolují.

Poslední otázkou, vztahující se k tomuto cíli je otázka č. 19, kde se dotazovaní vyjadřovali, zda souhlasí s výrokem v zadání otázky, ve kterém byly popsány tři zásady správného bandážování (vyvíjení tlaku při bandážování, po bandážování zůstává pahýl v rovině, bandáž je přiložena celý den). 97,1 % dotazovaných se s výrokem ztotožnilo.

K druhému dílčímu cíli se vztahuje první hypotéza H1, ve které bylo testováno, zda jsou znalosti sester o ošetřování pahýlu stejné na odděleních chirurgie a traumatologie. Znalosti sester byly testovány na otázkách č. 7, 12 až 13 a 15 až 19 (závislé nominální proměnné) ve vztahu na příslušné oddělení, kde respondenti pracují a to v otázce č. 3 (nezávislá nominální proměnná). Byla zde vyslovena myšlenka, že zaměření oddělení by mohlo být indikátorem pro odlišnou úroveň znalostí o ošetřování pahýlu. Formulovaná hypotéza se však nepotvrdila, jelikož testováním hypotézy H1 pomocí Chí- kvadrát testu

bylo zjištěno, že znalosti sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a traumatologie jsou stejné. Přijímáme nulovou hypotézu H_{10} . Neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi znalostmi sester o ošetřování pahýlu na oddělení chirurgie a na oddělení traumatologie. Celkový procentuální poměr chybných a správných odpovědí na obou odděleních byl následující: na oddělení chirurgie 87,59 % správně a 12,41 % chybně, na oddělení traumatologie 78,57 % správně a 21,43 % chybně.

Dílčí cíl č. 3

Ke třetímu dílčímu cíli se vztahují následující otázky: 8 až 9, 20 až 21, 24 až 26. K tomuto cíli jsou formulovány hypotézy H_2 a H_3 .

Na jaké cíle se sestry nejvíce zaměřují v rámci ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny, bylo zjišťováno v otázce č. 8. Ke 29,4 % odpovědí respondentů byla přiřazena možnost motivace k pohybu a podpora k soběstačnosti a pohyblivosti. Druhým nejčastějším cílem je péče o pahýl, která byla volena z 27,5 % odpovědí. Nejméně se respondenti zaměřují na zapojení pacientovy rodiny do jeho rekonvalescence, tato možnost byla volena z 11,5 %.

Amputace, ať je už provedena z jakýchkoli příčin, je pro pacienty velmi náročnou situací. Ti, kteří dlouhý čas před amputací trpěli bolestmi, ji mohou přijímat jako jedinou možnou pomoc a léčbu. Nejhůře se s amputací vyrovnávají pacienti, kteří museli podstoupit amputaci náhle nebo přímo při úrazu. (Polhorská, 2009, s. 16) Na to, jakým způsobem sestry pacientům po amputaci vyjadřují psychickou podporu, byly dotazovány v otázce č. 9. Respondenti, jako nejčastější způsob psychické podpory pacienta, označovali možnost vytváření podmínek pro ventilaci pacientových pocitů a obav, tato možnost byla volena z 31,4 %. Následuje podpora rodiny pacienta v jeho návštěvách (21,6 %) a monitoring projevů deprese a smutku (21,4 %). Možnost kontaktu pacienta s člověkem, který také podstoupil amputaci a který se dobře začlenil zpět do běžného života, byla zvolena ve 4,2 % odpovědí.

Tak jako psychická podpora, je u pacienta po amputaci dolní končetiny velmi důležitá pomoc sestry při zvládnání fantomových bolestí. Jak ukazuje otázka č. 20, nejčastějšími způsoby pomoci při fantomových bolestech jsou aplikace bolest tišících léků dle ordinací lékaře, objasnění charakteru a příčin fantomových bolestí a monitoring bolestí využitím dostupných hodnotících škál a testů. Nefarmakologické způsoby zvládnání bolestí se využívají jen z 5,2 %. Podobné výsledky jsou uvedeny i ve kvalifikační práci Dopitové (2010). Ta uvádí, že k metodám tlumení bolesti u nemocného po amputaci využívají

sestry farmakologickou léčbu z 36 % a nefarmakologickou léčbu z 8 %. (Dopitová, 2010, s. 34) Nezpochybnitelným přístupem doplňujícím management bolesti u pacienta po amputaci je zvládnutí emoční složky, především strachu a úzkosti, které se pojí s bolestí. Pokud nemocní nemají možnost hovořit o strachu a bolesti, reakce na ni se tak zvyrazňují. (Mesárošová, Mjartanová, 2011, s. 11)

V otázce č. 21 se respondenti vyjadřovali, jak provádějí hodnocení soběstačnosti u pacienta po amputaci. Téměř polovina respondentů (43,5 %) hodnotí vývoj soběstačnosti denně, dále pak 34,4 % provádí hodnocení úrovně soběstačnosti jednou týdně.

Otázkou č. 24 byli respondenti dotazováni na nejčastější překážky, se kterými se při ošetřování pacienta po amputaci setkávají. Nejvíce volenou možností byla překážka v nedostatku času. Procentuální zastoupení dalších možností bylo poměrně vyrovnané; neefektivní spolupráce s pacientem (18,5 % odpovědí), nevyhovující prostor (15,7 % odpovědí) a nedostatek nebo špatná kvalita pomůcek byla volena z 11,9 %.

Důležitou úlohou sestry je navázání kontaktu a spolupráce s rodinou pacienta, jejíž aktivní a zainteresovaný přístup může výrazně ovlivnit budoucí zdravotní stav a kvalitu života pacienta. Provést správné bandážování pahýlu je často pro pacienta, především zpočátku, velice náročné až téměř nerealizovatelné, proto je velmi žádoucí edukovat rodinu pacienta o správném provádění bandážování pahýlu. (Polhorská, 2009, s. 17) Jak ukazují výsledky z otázky č. 25, respondenti uvedli, že s rodinou pacienta spolupracují nejvíce v oblasti nácviku soběstačnosti. V péči o pahýl s rodinou spolupracuje jen 13,4 % respondentů, v hygienické péči 12,9 % respondentů a s rodinou nespupracuje vůbec 16,3 % dotazovaných.

Jestliže je pacient propuštěn z nemocničního zařízení do domácího ošetřování, měly by být splněny jisté předpoklady pro dobrý průběh pacientovy rekonvalescence. Zda tyto předpoklady u pacientů po amputaci splněny jsou, ukazují výsledky otázky č. 26. Převážná část respondentů (79,77 %) se vyjádřila, že uvedené předpoklady u pacientů splněny jsou a 20,23 %, že nikoliv. Téměř 40 % respondentů uvedlo, že pacienti nesvedou při propuštění popsat péči o pahýl včetně bandážování a preventivní péči o zbylou končetinu.

Ke třetímu dílčímu cíli se vztahují dvě hypotézy. Hypotézou H2 je vyjádřen předpoklad, že přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi jsou rozdílné vzhledem na vzdělání sester. Hypotézou H3 byl testován předpoklad, že struktura překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny potýkají, je rozdílná vzhledem k typu nemocnice.

Rozdílnost přístupu sester k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na jejich vzdělání byla testována pomocí otázek č. 20 (závislá proměnná nominálního typu) a č. 1 (nezávislá proměnná ordinálního typu). Formulovaná hypotéza však nebyla na základě provedených testů potvrzena a tak byla přijata hypotéza H_2_0 . Neexistuje statisticky významná rozdílnost v přístupu k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester.

Možná závislost struktury překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta po amputaci setkávají na typu nemocnice, byla testována pomocí otázek č. 24 (závislá proměnná nominálního typu) a č. 4 (nezávislá proměnná nominálního typu). Byl zde vysloven předpoklad, že typ nemocnice by mohl být indikátorem pro odlišný charakter překážek. Tato hypotéza se však nepotvrdila, proměnné jsou tedy nezávislé. Na základě provedených testů přijímáme hypotézu H_3_0 . Neexistuje statisticky významná rozdílnost v struktuře překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají a typem nemocnic.

Dílčí cíl č. 4

K dílčímu cíli č. 4 se vztahují z dotazníku otázky č. 10, 22 a 23. Byla zde formulována hypotéza H_4 .

V dosáhnutí optimálních výsledků v soběstačnosti je nevyhnutelná spolupráce sestry a fyzioterapeuta. Přínos týmové spolupráce se projevuje vysokou úrovní ošetrovatelské a rehabilitační péče o pacienta po amputaci, ale také i v aktivní účasti pacienta při léčbě a dosahování soběstačnosti. (Polhorská, 2009, s. 16) To, jak sestry sledávají důležitost jejich spolupráce s fyzioterapeutem, bylo zjišťováno v otázce č. 10. Výsledky ukazují, že sestry vnímají tuto spolupráci jako důležitou (75,6 % respondentů) a 20,6 % dotazovaných ji vnímá jako spíše důležitou.

K pooperačním intervencím sestry a fyzioterapeuta by měly patřit dechová i cévní gymnastika, posilování horních končetin, cvičení a polohování pahýlu, nácvik sebeobslužných činností a postupná vertikalizace pacienta. (Polhorská, 2009, s. 17). Jak ukazují výsledky otázky č. 22, nejčastěji sestrou či spoluprací sestry a fyzioterapeuta realizovanými prvky rehabilitačního ošetřování jsou nácvik sebeobsluhy, polohování pahýlu, nácvik přesunů na lůžku, nácvik sedu a nácvik přesunu na invalidní vozík a cvičení pahýlem. Při polohování pahýlu a nácviku soběstačnosti respondenti nejčastěji pracují sami, nácvik stoje a přesunů na invalidní vozík nejčastěji vycházejí ze spolupráce s fyzioterapeutem.

V otázce č. 23 dotazovaní odpovídali, jakou činnost vykazují, zatímco fyzioterapeut provádí s pacientem rehabilitaci. 40,7 % respondentů není přítomno, věnují se jiným činnostem. Zbývající část respondentů rovným dílem asistuje nebo alespoň spíše přihlíží. Mrzenová (2011) ve své kvalifikační práci Rehabilitační ošetřování – teorie a praxe v ošetrovatelské péči uvádí, že fyzioterapeutovi při jeho činnosti asistuje 45 % sester anebo přihlíží 54 % sester. (Mrzenová, 2011, s. 61)

K tomuto cíli se vztahuje hypotéza H4, kterou byl testován předpoklad, zda vnímání sester o důležitosti spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny nezávisí na délce praxe sestry v oblasti ošetřování pacienta po amputaci. Možná závislost byla testována v otázkách č. 10 (závislá proměnná ordinálního typu) a č. 1 (nezávislá proměnná ordinálního typu). Jelikož nebyly splněny podmínky pro provedení Chí- kvadrát testu, přistoupilo se k využití jiných danému problému odpovídajících testů, které prokázaly, že vztah těchto dvou proměnných není signifikantní, přijímáme tak nulovou hypotézu H_0 . Neexistuje statisticky významná rozdílnost mezi posouzením sestry o důležitosti týmové spolupráce sestry a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny a délkou její praxe v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

ZÁVĚR

Diplomovou prací tvoří teoretická a empirická část. Teoretická část je věnována ošetrovatelskému managementu a problematice amputace dolní končetiny včetně protetické péče. Hlavním zaměřením teoretické části práce je především komplexní ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. V empirické části jsou prezentovány výsledky realizovaného výzkumného šetření, jehož hlavním cílem byla analýza činností, znalostí sester a jejich spolupráce s fyzioterapeutem v rámci managementu ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. K hlavnímu cíli byly stanoveny čtyři dílčí cíle.

První dílčí cíl byl zaměřen na činnosti sestry u pacienta před amputací dolní končetiny. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že sestry se v rámci ošetrovatelské péče před amputací zaměřují hlavně na psychický stav pacienta a také mají nedostatečné znalosti v přípravě potřebných pomůcek pro pooperační ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Druhý dílčí cíl se zaměřoval na znalosti sester o správném postupu ošetřování amputačního pahýlu. Výsledky ukazují, že sestry sice znají a aplikují správný způsob polohování pahýlu a dovedou rozeznat chybné polohovací návyky pacienta, ovšem polohování pahýlu v časně návaznosti na operační výkon provádí správným způsobem pouze necelá polovina sester. Další nedostatky byly identifikovány v oblasti hygienické péče o pahýl, kdy více než polovina sester by doporučila pacientovi provádět hygienickou péči o pahýl chybným způsobem, a rovněž v oblasti bandážování pahýlu. Jak ukazují výsledky, bandážování sice patří k nejvíce používaným metodám v rámci otužování a formování pahýlu, avšak čtvrtina sester volí nevhodnou obvazovou techniku bandážování, převážná část sester neakceptuje nutnost vést bandáž nad nejbližší zachovalý kloub končetiny a pouze nepatrná část sester bandáž pahýlu pro zajištění její efektivity v průběhu dne opakovaně převazuje.

Úkolem třetího dílčího cíle bylo zjistit, jak probíhá ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. Výsledky provedeného výzkumného šetření ukazují, že sestry se v ošetrovatelské péči nejvíce zaměřují na zlepšování mobility a soběstačnosti pacienta a na péči o pahýl. Při ošetrovatelské péči u pacienta po amputaci se sestry mohou setkávat s různými překážkami, jak ukazuje provedené výzkumné šetření, tou nejčastější překážkou je nedostatek času. Psychickou podporu pacientům nejvíce zajišťují vytvářením podmínek pro ventilaci pacientových negativních pocitů a obav.

Zvládat fantomové bolesti sestry pacientům nejvíce pomáhají podáváním analgetik podle ordinací lékaře, edukací o charakteru a příčinách fantomových bolestí a monitorováním bolestí dostupnými škálami a testy. Potřebná spolupráce s rodinou pacienta probíhá nejvíce v oblasti nácviku soběstačnosti.

Čtvrtý dílčí cíl byl zaměřen na týmovou spolupráci sestry s fyzioterapeutem při rehabilitačním ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny. Sestry shledávají spolupráci s fyzioterapeutem jako důležitou, nejvíce s fyzioterapeutem spolupracují při nácviku přesunu na mechanický invalidní vozík, při nácviku stoje a cvičení pahýlem. Polohování spojené s další péčí o pahýl a nácvik sedu provádějí sestry nejčastěji samy. Zatímco fyzioterapeut provádí s pacientem rehabilitaci, více než polovina sester je rehabilitace přítomná a buďto asistují nebo přihlíží.

Stanovené cíle diplomové práce byly splněny.

K dílčím cílům byly formulovány čtyři pracovní hypotézy. Hypotéza H1: Znalosti sester o ošetřování pahýlu na odděleních chirurgie a na odděleních traumatologie jsou stejné. Hypotéza H2: Přístupy k ošetřování pacienta s fantomovými bolestmi vzhledem na vzdělání sester jsou rozdílné. Hypotéza H3: Struktura překážek, se kterými se sestry nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkají, je rozdílná vzhledem k typu nemocnice. Hypotéza H4: důležitost týmové spolupráce sester a fyzioterapeuta při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny nezávisí na délce praxe sester v oblasti ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.

Formulované hypotézy nebyly testováním potvrzeny.

Výsledky práce budou poskytnuty vedení klinických oddělení, na kterých probíhalo výzkumné šetření, nebo by mohly být využity při vzdělávacích akcích na odděleních, kde probíhá ošetrovatelská péče u pacientů po amputaci dolní končetiny. Pro zlepšení praxe by mohl mít přínos rovněž informační leták pro sestry o péči o amputační pahýl dolní končetiny, který reaguje na výsledky provedeného výzkumného šetření. Návrh informačního letáku je praktickým výstupem této diplomové práce. Před jeho tvorbou byla provedena anketa, jaká forma výstupu by byla sestrami žádaná. Sestry z klinických oddělení, na kterých bylo výzkumné šetření prováděno, uvedly, že podobný informační materiál o této problematice k dispozici nemají. Návrh informačního letáku je součástí přílohy č. 9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Bibliografie:

1. CARROLL, Kevin a EDELSTEIN, Joan. *Prosthetics and Patient Management: a comprehensive clinical approach*. Thorofare: Slack Incorporated, 2006. ISBN 1-55642-671-2.
2. DUNGL, Pavel et al. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
3. FERKO, Alexander, ŠMEJKAL, Karel, VOBOŘIL, Zbyněk et al. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0230-4.
4. GROHAR - MURRAY, Mary Ellen a DiCROCE, Helen. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0267-3.
5. HADRABA, Ivan. *Ortopedická protetika II*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1296-8.
6. HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4032-4.
7. JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládnání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-210-2.
8. JANEČKA, Zbyněk et al. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3107-9.
9. JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4412-4.
10. JAROŠOVÁ, Darja. *Základy managementu v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN sine.
11. KANTOR, Jiří et al. *Psychosociální aspekty omezení hybnosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3708-8.

12. KLEIN, Leo a FERKO, Alexander. *Principy válečné chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0735-7.
13. KLUSOŇOVÁ, Eva a PITNEROVÁ, Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2005. ISBN 80-7013-423-2.
14. KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
15. KRAWCZYK, Petr. *Ortopedická protetika*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-746-4096-4.
16. KRAWCZYK, Petr. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci: rady amputovaným na dolních končetinách*. 1. vyd. Frýdek-Místek: Federace ortopedických protetiků technických oborů / Ortopedická protetika, 2001. ISBN 80-238-6884-5.
17. KRISTINÍKOVÁ, Jarmila. *Rehabilitace v ošetřovatelství*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-224-9.
18. KRŠKA, Zdeněk et al. *Techniky a technologie v chirurgických oborech*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3815-4.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
20. KUBICOVÁ, Ľudmila et al. *Chirurgické ošetřovatelství*. Martin: Osveta, 2005. ISBN 80-8063-176-X.
21. KUDLÁČEK, Martin et al. *Aplikované pohybové aktivity pro osoby s tělesným postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3938-9.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
23. LUDÍKOVÁ, Barbora. *Propedeutické lékařské disciplíny I – základy neurologie a ortopedie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3729-3.

24. MÁLEK, Jiří, ŠEVČÍK, Pavel et al. *Léčba pooperační bolesti*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2009. ISBN 978-80-204-1981-1.
25. McGONIGLE, B. L., CAPLIN, M., KOVACH, P. (ed.) *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1720-4.
26. MICHALÍK, Jan et al. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
27. MIKŠOVÁ, Zdeňka, FRONKOVÁ, Marie, ZAJÍČKOVÁ, Marie. *Kapitoly z ošetrovateľskej péče II*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1443-4.
28. MURPHY, W. M. *AO Principles of Fracture Management*. Davos: AO Publishing, 2000. ISBN 978-31-311-7441-3.
29. NEJEDLÝ, Aleš, et al. *Základy replantační chirurgie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0315-7.
30. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
31. NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
32. ORENDÁČ, Peter a VRANKOVÁ, Emília. *Školské a záverečné práce – ako na to?* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. ISBN 978-80-89535-11-8.
33. PLEVOVÁ, Ilona et al.. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.
34. POKORNÁ, Andrea a MRÁZOVÁ, Romana. *Kompendium hojení ran pro sestry*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3371-5.
35. PUDNER, Rosemary (ed.). *Nursing: the Surgical Patient*. 3. ed. Edinburgh: Baillière Tindall Elsevier, 2010. ISBN 978-0- 7020-3062-8.
36. PŮLPÁN, Rudolf. *Základy protetiky*. 1. vyd. Praha: Epimedia, 2011. ISBN 978-80-260-0027-3.

37. ROKYTA, Richard et al. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
38. ŘEZÁNKOVÁ, Hana. *Analýza dat z dotazníkových šetření*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2011. ISBN 978-80-7431-062-1.
39. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3129-2.
40. SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II – pediatrie, chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2040-1.
41. SLOWIK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
42. SMELTZER O'CONNELL, Suzanne, BARE, Brenda, HINKLE, Janice, CHEEVER, Kerry (ed.). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical – Surgical Nursing*. 12. ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2010. ISBN 978-60831-088-3.
43. SMUTNÝ, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vyd. Brno: MS Protetika, 2013. ISBN 978-80-260-3903-7.
44. SOSNA, Antonín, VAVŘÍK, Pavel, KRBEC, Martin et al. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
45. STAFFA, Robert. *Záchrana kriticky ischemické končetiny. Pedální bypass*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0957-0.
46. STAŇKOVÁ, Marta. *České ošetrovatelství: Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd., Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. ISBN 80-7013-323-6.
47. SVOBODNÍK, Pavel. *Management pro zdravotníky v kostce*. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2009. ISBN 978-80-7013-498-6.
48. ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. *Kreativní ošetrovatelský management*. 1. vyd. Praha: Advent - Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

49. TÓTHOVÁ, Valérie et al. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-785-9.

50. VALENTA, Jiří et al. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-403-4.

51. VIŠŇA, Petr a HOCH, Jiří. *Traumatologie dospělých*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-034-8.

52. ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk et al. *Chirurgická propedeutika*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

Časopisy:

53. BARČOVÁ, Hana a NEDVĚDOVÁ, Ilona. Praktické využití standardu léčebné rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny. *Lékařské listy*. 2001, **29**(50), 20 – 23. ISSN 0044-1996.

54. BARNETOVÁ, Jana a JEŽORSKÁ, Šárka. Životní spokojenost jedinců po amputaci dolní končetiny. *Diagnóza v ošetrovatelství*. 2009, **9**(5), 30-31. ISSN 1801-1349.

55. BOSMANS, Joline, C., GEERTZEN, Jan H. B., POST, Wendy, J. et al. Factors associated with phantom limb pain: a 3 1/2-year prospective study. *Clinical Rehabilitation*. 2010, **5**(24), 444 – 453. ISSN 0269-2155.

56. CARMONA, G. A., HOFFMEYER, P., HERRMANN, F. R. et al. Major lower limb amputations in the elderly observed over ten years: the role of diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes & Metabolism*. 2005, **31**(5), 449-454. ISSN 1262-3636.

57. HLINKOVÁ, Edita, MICHÁLKOVÁ, Jana, NEMCOVÁ, Jana. Manažment ošetrovania pacienta po amputácii dolnej končatiny. *Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentek*. 2011, **2**(9), 5 – 8. ISSN 1336-183X.

58. HRUŠKOVÁ, Stanislava a HANZLÍKOVÁ, Alžběta. Ošetrovanie chirurgického pacienta v perioperačnom období. *Ošetrovatelství: teorie a praxe moderního ošetrovatelství*. 2000, **3-4**(2), 31 – 33. ISSN 1212-723X.

59. KARANIKOLAS, M., ARETHA, D. TSOLAKIS, I. et al. Optimized perioperative analgesia reduces chronic phantom limb pain intensity, prevalence, and frequency: a prospective, randomized, clinical trial. *Anesthesiology*. 2011, **114**(5), 1144 – 1154. ISSN 0003-3022.
60. KÁLAL, Jan. K současným problémům lokomoce amputovaných na dolní končetině. *Rehabilitácia*. 2005, **1**(42), 20-29. ISSN 0375-0922.
61. KÁLAL, Jan. Každoročně ztratí dolní končetinu pět tisíc pacientů. *Lékařské listy*. 2000, **29**(49), 13. ISSN 0044-1996.
62. MARZEN-GROLLER, Karen, BARTMAN, Kimberley. Building a successful support group for post-amputation patients. *Journal of Vascular Nursing*. 2005, **2**(23), 42-45. ISSN 1062-0303.
63. MESÁROŠOVÁ, Jozefína a MJARTANOVÁ, Alica. Manažment bolesti po amputácii. *Ošetrovateľstvo a pôrodná asistencia: časopis Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentek*. 2011, **2**(9), 9 – 12. ISSN 1336-183X.
64. PEJŠKOVÁ, Ivana a MAREČEK, Aleš. Rehabilitační a protetická péče o pacienty – diabetiky po amputaci končetiny. *Vnitřní lékařství*. 2007, **53**(5), 566-572. ISSN 0042-773X.
65. POLHORSKÁ, Miriam. Starostlivosť o pacienta s amputáciou dolnej končatiny. *Sestra a lekár v praxi: časopis pre sestry, lekárov a iných zdravotníckych pracovníkov*. 2009, **1-2**(8), 16 – 17. ISSN 1335-9444.
66. SEIDEL, E., LANGE, C., WETZ, H. H., HEUFT, G. Anxiety and depression after loss of a lower limb. *Orthopade*. 2006, **35**(11), 1152 – 1158. ISSN 1433-0431.
67. SPÁČIL, Jiří. Dochází u nás k poklesu amputací dolních končetin? *Sanquis*. 2009, **62**(2009), 68-70. ISSN 1212-6535.
68. STAFFA, Robert. Může pedální bypass jako metoda zastavit nárůst počtu amputací dolních končetin v ČR? *Bulletin HPB*. 2007, **15**(4), 83-85. ISSN 1210-675.
69. TALPOVÁ, Eva. Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin. *Sestra*. 2011, **6**(21), 39-41. ISSN 1210-0404.

70. VRABLICOVÁ, M., BIDRMANOVÁ, H., ČERVENÝ, J. Komplexní rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolní končetiny. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 2008, **3**(15), 105–109. ISSN 12-11-2658.

71. VRBA, Ivan. Postamputační bolest. *Postgraduální medicína*. Mladá fronta. 2003, **1**(5), 104-111. ISSN 1212-4184.

72. WILSON BENNETT, A. Limb prosthesis today. *Artificial Limbs: A Review of Current Developments*. 1963, **2**(7), 1–42. ISSN sine.

73. WU, C. L., AGARWAL, S., TELLA, P. K. et al. Morphine versus mexiletine for treatment of postamputation pain: a randomized, placebo-controlled, crossover trial. *Anesthesiology*. 2008, **109**(2), 289–296. ISSN 0003-3022.

Sborníky:

74. GULÁŠOVÁ, Ivica, ŠVECOVÁ, Jana, BREZA, Ján, RIEDL, Ivan. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po úraze (úlohy sestry v aktívnej účasti zapojenia rodiny do liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o svojho člena rodiny po úraze). In: *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2010, s. 80–85. ISBN 978-80-555-0261-8.

75. KOLLÁROVÁ, Beáta, POŽONSKÁ, Martina, MIŽENKOVÁ, Ľudmila. Ľudské zdroje a manažment kvality ošetrovateľskej starostlivosti v chirurgických odboroch. In: *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2010, s. 165-170. ISBN 978-80-555-0261-8.

76. KOVALOVÁ, Silvia. Starostlivosť o pacienta po amputácii končatiny, ošetrovanie kýtľa. In: *Techniky ošetrovateľstva*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, 2012, s. 239-246. ISBN 978-80-89352-60-9.

Internetové zdroje:

77. BIRGUSOVÁ, Gabriela. *Amputace dolní končetiny: standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR* [online]. Unie fyzioterapeutů ČR. Publikováno: květen 2006 [cit. 2014-08-25]. Dostupné z: http://www.unify-cr.cz/download/fblr/pks_18_005_fblr_04.pdf.

78. LEJČKO, Jan. *Fantomová bolest* [online]. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Publikováno: 2001 [cit. 2014-08-13].

Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/os/r036.rtf>.

79. Lower limb prosthetic fitting examples. *Otto Bock HealthCare*. [online]. Publikováno: 2015 [cit. 2015-03-02].

Dostupné z: http://professionals.ottobockexport.com/cps/rde/xchg/ottobock_export_en/hs.xsl/229.html.

80. O nás No Foot No Stress, o. s. *No Foot No Stress*. [online]. Publikováno: 2012 [cit. 2014-07-29]. Dostupné z: http://nofoot.cz/?page_id=33.

Jiné:

81. DOPITOVÁ, Pavla. *Ošetrovatelská péče o nemocné po amputaci*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Alena POLANOVÁ.

82. MRZENOVÁ, Jindra. *Rehabilitační ošetřování – teorie a praxe v ošetrovatelské péči*. České Budějovice, 2011. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Marie SCHUSTEROVÁ.

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 4, Oddíly dotazníku a vazba na hypotézy
- Tabulka č. 5, Určení proměnných hypotéz a způsob testu
- Tabulka č. 6, Síly závislosti dle koeficientu korelace
- Tabulka č. 4, Kvalifikační vzdělání
- Tabulka č. 5, Délka praxe ošetrovatelské péče u pacientů po amputaci DK
- Tabulka č. 6, Statistika délky poskytování péče
- Tabulka č. 7, Oddělení, kde respondenti pracují
- Tabulka č. 8, Nemocnice, v kterých respondenti pracují
- Tabulka č. 9, Intervence před plánovanou amputací DK
- Tabulka č. 10, Test na pomůcky připravované k lůžku pacienta po amputaci
- Tabulka č. 11, Test na polohování pahýlu po operačním výkonu
- Tabulka č. 12, Polohování pahýlu
- Tabulka č. 13, Test na správný postup polohování pahýlu
- Tabulka č. 14, Test na rozpoznání nesprávného polohování pahýlu
- Tabulka č. 15, Metody otužování a formování pahýlu
- Tabulka č. 16, Test na způsob provádění hygienické péče o pahýl
- Tabulka č. 17, Test na techniku bandážování pahýlu
- Tabulka č. 18, Test na způsob bandážování pahýlu
- Tabulka č. 19, Test na četnost převazování pahýlu
- Tabulka č. 20, Test na znalost zásad bandážování
- Tabulka č. 21, Cíle sester při poskytování ošetrovatelské péče po amputaci
- Tabulka č. 22, Psychická podpora pacienta ze strany sestry
- Tabulka č. 23, Činnosti sestry u pacienta s fantomovými bolestmi
- Tabulka č. 24, Hodnocení soběstačnosti pacienta
- Tabulka č. 25, Překážky při ošetřování pacienta před a po amputaci DK
- Tabulka č. 26, Spolupráce sestry s rodinou pacienta
- Tabulka č. 27, Předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence
- Tabulka č. 28, Důležitost týmové spolupráce sestry s fyzioterapeutem
- Tabulka č. 29, Rehabilitační ošetřování u pacienta po amputaci DK
- Tabulka č. 30, Činnost sestry při práci fyzioterapeuta
- Tabulka č. 31, Hodnoty dat pro hypotézu H1
- Tabulka č. 32, Výsledky Chí- kvadrát testu

Tabulka č. 33, Kontingenční tabulka k hypotéze H2

Tabulka č. 34, Výsledky Chí- kvadrát testu

Tabulka č. 35, Kontingenční tabulka k hypotéze H3

Tabulka č. 36, Výsledky Chí- kvadrát testu

Tabulka č. 37, Kontingenční tabulka k hypotéze H4

Tabulka č. 38, Výsledky statistických testů k hypotéze H4

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

- apod. – a podobně
atd. – a tak dále
č. – číslo
DK – dolní končetina
et al. – a další, a jiní (z lat. et alii)
kap. – kapitola
max. – maximálně
min. – minimálně
mj. – mimo jiné
např. – například
odd. – oddělení
o. s. – občanské sdružení
p. o. – příspěvková organizace
popř. – popřípadě
pozn. – poznámka
resp. – respektive
s. – strana
tj. – to je
tzn. – to znamená
tzv. – tak zvaně, tak zvaný

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Nevhodné polohovací návyky pacienta

Příloha č. 2 Postup bandážování stehenního a bércevého pahýlu

Příloha č. 3 Test ošetřovatelské zátěže

Příloha č. 4 Flekční kontraktura kolenního kloubu při amputaci v bérce

Příloha č. 5 Příklady exoskeletálních protéz

Příloha č. 6 Dotazník

Příloha č. 7 Zatřídění otázek z dotazníku

Příloha č. 8 Schválené žádosti k provedení výzkumného šetření

Příloha č. 9 Návrh informačního letáku

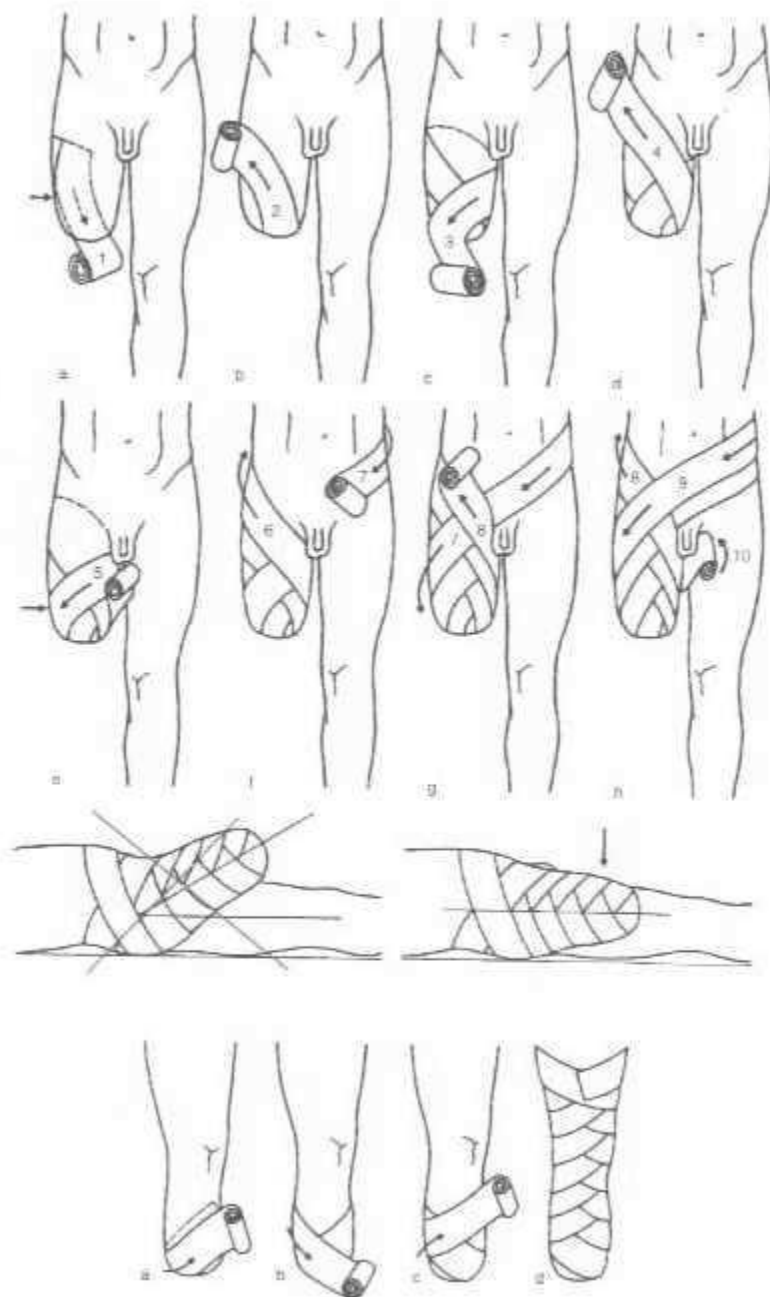
PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Nevhodné polohovací návyky pacienta



Zdroj: Wilson Bennett, 1963, s. 13.

Příloha č. 2 Postup bandážování stehenního a bércevého pahýlu



Zdroj: Kristiníková, 2006, s. 21.

Příloha č. 3 Test ošetrovatelské zátěže

Test ošetrovatelské zátěže (podle Svanborga, modifikovaný Staňkovou)

1. Pohybová schopnost	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
omezený na lůžko, zcela závislý	5
2. Osobní hygiena	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý	5
3. Jídlo	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	3
úplně závislý (krmení, sonda)	4
4. Inkontinence moče	
občas	3
stále	5
permanentní katétr	2
5. Inkontinence stolice	
občas	3
stále	5
6. Návštěva toalety	
s částečnou pomocí	1
s podstatnou pomocí	5
pokojový klozet, podložní mísa	4
7. Dekubity	
malé	1
velké	4
8. Spolupráce s nemocným	
občas obtížná	2
bezvědomí	3
velmi obtížná	5
Celkem	-----
Hodnocení: 0 bodů zcela soběstačný, 38 zcela závislý	

Příloha č. 4 Flekční kontraktura kolenního kloubu při amputaci v bérce



Zdroj: vlastní.

Fotografie je uvedena po ústním svolení p. Františka Židka, který podstoupil oboustrannou amputaci v důsledku minového traumatu ve svých 8 letech. Na fotografii je patrná flekční kontraktura v kolenním kloubu, kdy i přes usilovnou snahu o extenzi, zůstává koleno ve flekčním postavení.

Příloha č. 5 Příklady exoskeletálních protéz



Zdroj: Lower limb prosthetic fitting examples. *Otto Bock HealthCare* [online].
Dostupné z: http://professionals.ottobockexport.com/cps/rde/xchg/ottobock_export_en/hs.xsl/229.html.



Zdroj: vlastní.

I v současné době je možné se u pacientů po amputaci dolní končetiny setkat se staršími typy exoskeletálních protéz. Na fotografii je vlevo (výroba protéz asi v r. 1985) exoskeletální protéza pro stehenní amputaci, vpravo pro amputaci bérce s tzv. klečkou pro zachovalý kolenní kloub. Člověk, který využívá tohoto typu protézy v ní tudíž pahýlem končetiny klečí. Dnes se již protézy dolních končetin s klečkou nevyrobí, mj. i pro nevhodné postavení kolenního kloubu, na kterém vznikají flekční kontraktury.

Příloha č. 6 Dotazník

Vážená kolegyně, vážený kolego,
jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni. Tímto se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma *Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny*. Dotazník je anonymní, obsahuje 26 položek. Veškeré Vámi uvedené informace v tomto dotazníku budou považovány za důvěrné a budou použity výhradně k uvedenému účelu. Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováním uvedených dat.

Za čas věnovaný vyplnění dotazníku Vám srdečně děkuji!

1. Jaké je Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání?

- a) střední škola s maturitou
- b) vyšší odborná škola
- c) vysoká škola
- d) jiné

2. Jak dlouho již poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny?

- a) do 5 let
- b) 6 - 10 let
- c) 11 - 15 let
- d) nad 16 let

3. Na jakém oddělení pracujete?

- a) chirurgické odd.
- b) traumatologické odd.

4. V které nemocnici pracujete?

- a) SZZ Krnov
- b) Slezská nemocnice v Opavě
- c) Nemocnice ve Frýdku – Místku
- d) Nemocnice s poliklinikou Karviná–Ráj
- e) Městská nemocnice Ostrava
- f) Fakultní nemocnice Ostrava
- g) Fakultní nemocnice Olomouc

5. Které intervence provádíte u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny (dovoluje-li to pacientův celkový zdravotní stav a stav končetiny)?

Vyberte prosím max. 3 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.

- a) seznámíte pacienta s chůzí o berlích, příp. s užíváním mechanického invalidního vozíku
 - b) seznámíte pacienta s vykonáváním osobní hygieny a vyprazdňováním na lůžku
 - c) provádíte s pacientem dechová cvičení
 - d) provádíte cévní gymnastiku
 - e) provádíte posilování horními končetinami
 - f) empatickým přístupem získáváte informace o aktuálním psychickém stavu pacienta a snažíte se mírnit jeho případné obavy a naopak posilovat pocit užitečnosti
 - g) před výkonem amputace neprovádím nic z výše uvedeného, mé ošetrovatelské intervence vycházejí ze standardní předoperační přípravy a z ordinací lékaře
 - h) jiné
-

6. Které z následujících pomůcek přednostně připravujete k lůžku pacienta po amputaci dolní končetiny ještě dříve, než je pacient po výkonu dopraven na vaše oddělení?

Můžete vybrat více odpovědí.

- | | |
|---------------------------|--|
| a) podložní mísu | e) dostatek kompresivního obvazového materiálu |
| b) Esmarchovo obinadlo | f) ložní prádlo |
| c) emitní misku | |
| d) tlakoměr a fonendoskop | |

7. Jak budete po operačním výkonu polohovat pahýl amputované dolní končetiny?

- a) dostatečně vypodložíte do elevace
- b) ponecháte rovně a v mírné elevaci, kterou zajistíte polohovatelností lůžka
- c) uložíte do polohy, která bude vyhovovat pacientovi
- d) pahýl ještě není potřeba po operačním výkonu nijak polohovat

8. Na jaké cíle se při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po amputaci dolní končetiny zaměřujete nejvíce? Vyberte prosím max. 3 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.

- a) motivaci k pohybu a podporu návratu pacienta k co nejlepší soběstačnosti a pohyblivosti
- b) na péči o pahýl
- c) zapojení rodiny do pacientovy rekonvalescence
- d) účast na řešení a zvládnání fantomových bolestí
- e) psychologickou péči a podporu
- f) na nic z výše uvedeného se nezaměřuji

9. Jakým způsobem pacienta psychicky podporujete?

Můžete označit více možností odpovědi.

- a) monitoruji projevy smutku a deprese
- b) vytvářím podmínky pro ventilaci pacientových pocitů a obav
- c) podporuji rodinu pacienta v jeho návštěvách
- d) konzultuji s lékařem možnost využití kontaktu s psychologem
- e) mám možnost zajištění kontaktu pacienta s člověkem, kterému rovněž byla amputována dolní končetina a který se dobře začlenil zpět do běžného života
- f) na psychickou podporu se při poskytování ošetrovatelské péče nezaměřuji

10. Myslíte si, že týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je při ošetřování pacienta po amputaci dolní končetiny důležitá?

- | | |
|--------------|-------------|
| a) ano | c) spíše ne |
| b) spíše ano | d) ne |

11. Provádíte u pacienta po amputaci dolní končetiny polohování pahýlu?

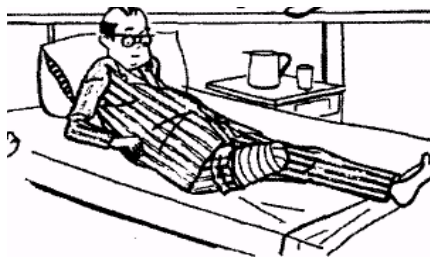
- a) ne
- b) ano

Pokud volíte možnost „ano“, pokračujte prosím dále, jestliže volíte možnost „ne“, následující otz. 12 a 13 prosím vynechejte.

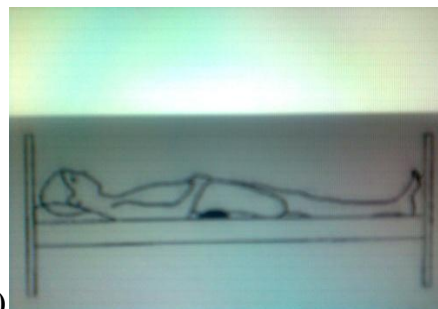
12. Polohujete pahýl do extenze, addukce (= k ose těla) a mírné elevace, zajištěné polohovatelností lůžka?

- a) ano
- b) ne.....

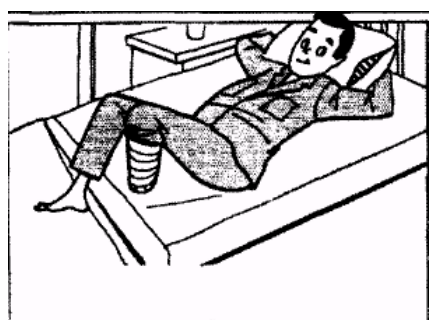
13. Které z následujících obrázků podle Vás zobrazují nesprávné polohování pahýlu resp. nesprávné polohovací návyky pacienta?



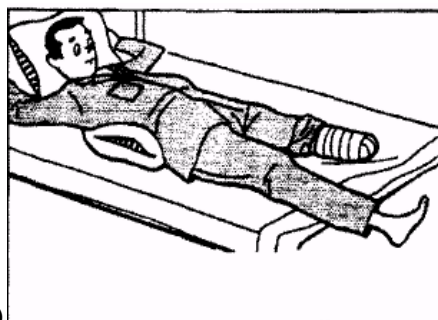
a)



c)



b)



d)

Zdroj obr. a), b), d): Wilson Bennett, 1963, s. 13. - upraveno

Zdroj obr. c): Krawczyk, 2001, s. 11. - upraveno

14. Které z následujících metod v rámci otužování a formování pahýlu provádíte u pacienta po amputaci? *Vyberte prosím max. 4 možnosti, které nejvíce vystihují skutečnost.*

- a) sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou
- b) poklepová masáž pahýlu
- c) bandážování pahýlu
- d) míčkování pahýlu měkkým míčkem
- e) masáž pahýlu proti směru žilního proudu – dlaní, později žínkou nebo froté ručníkem
- f) naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem
- g) neprovádím žádnou

15. Jakým způsobem doporučíte pacientovi provádět hygienickou péči o pahýl?

- a) večer, omýváním v teplé vodě, masírováním neдрáždivým toaletním mýdlem
- b) ráno, omýváním v teplé vodě, masírováním neдрáždivým toaletním mýdlem
- c) nedoporučím - domnívám se, že není nutné věnovat hygieně pahýlu větší pozornost

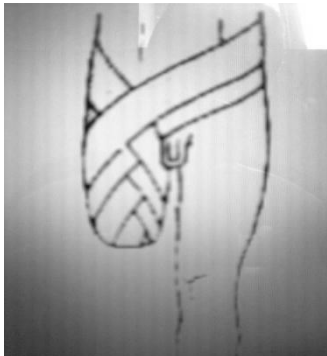
16. Jakou obvazovou technikou bandážujete pahýl?

- a) osmičkovou bandáží
- b) klasovou bandáží
- c) cirkulární bandáží
- d) bandážování pahýlu neprovádíte

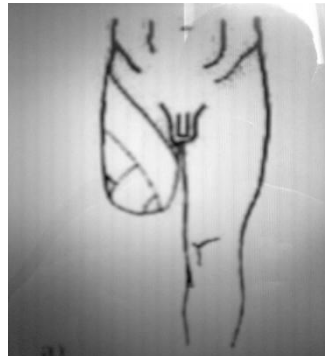
Pokud jste označila možnost d), otz. č. 17, 18 a 19 nevyplňujte.

17. Který z následujících obrázků nejlépe představuje způsob, kterým provádíte bandáž pahýlu?

a)



b)



Zdroj: Krawczyk, 2001, s. 7 – upraveno.

18. Jak často převazujete bandáž pahýlu?

- a) 1x denně
- b) 2x – 3x denně
- c) když si všimnete, že bandáž je evidentně povolena nebo sklouznutá
- d) bandáž opakovaně během dne nepřevazujete

19. Souhlasíte s tvrzením, že k zásadám bandážování patří vyvíjení silnějšího tlaku v dolní části pahýlu (směrem nahoru se tlak postupně snižuje), pahýl po zabandážování zůstává v rovině, bandáž je přiložena po celý den?

- a) ano
- b) ne (v čem nesouhlasíte?)

20. Jakým způsobem pomáháte pacientům zvládat fantomové bolesti?

Můžete označit více možností odpovědi.

- a) v rozsahu svých kompetencí objasníte pacientovi, o jaké bolesti jde a jejich příčinu
- b) monitorujete u pacienta verbální a neverbální projevy bolesti
- c) konzultujete s lékařem možnost využití odborné psychologické péče
- d) provádíte hodnocení bolesti Vám dostupnými hodnotícími škálami a testy
- e) dle ordinací lékaře podáváte léky tišící bolest a sledujete jejich účinek
- f) využíváte nefarmakologické způsoby zvládnání bolesti

21. Provádíte hodnocení úrovně soběstačnosti u pacienta po amputaci dolní končetiny?

Můžete označit více možností odpovědi.

- a) 1x denně
- b) 1x týdně
- c) jen při příjmu
- d) jen při propuštění
- e) hodnocení neprovádím
- f) jinak.....

22. Jakým způsobem provádíte rehabilitační ošetřování u pacienta po amputaci dolní končetiny? Vyplňte prosím zakřížkováním následující tabulku.

	Provádím sama	Spolupracuji s fyzioterapeutem	Neprovádím
Nácvik sebeobslužných činností (např. provedení osobní hygieny)			
Provádění dechové gymnastiky			
Provádění cévní gymnastiky			
Nácvik přesunů na lůžku			
Polohování pahýlu a další péči o pahýl (např. bandážování, otužování pahýlu)			
Cvičení pahýlem			
Nácvik sedu			
Nácvik přesunu na invalidní vozík			
Nácvik stoje a příp. chůze			

23. Jakou vykazujete činnost, když fyzioterapeut provádí u pacienta rehabilitaci?

- a) asistujete
- b) spíše přihlížíte
- c) nejste přítomna, zabýváte se jinými činnostmi

24. S jakými překážkami se nejčastěji při ošetřování pacienta před a po amputaci dolní končetiny potýkáte?

Můžete označit více odpovědí, které nejvíce vystihují Váš názor.

- a) nedostatek času
- b) nedostatek nebo špatná kvalita pomůcek
- c) nevyhovující prostor
- d) neefektivní spolupráce s pacientem
- e) neefektivní spolupráce s dalšími kolegy (např. fyzioterapeut, psycholog, lékař)

25. Ve kterých z následujících oblastí spolupracujete s rodinou pacienta?

- a) v nácviku soběstačnosti pacienta
- b) v péči o pahýl
- c) v hygienické péči
- d) s rodinou nespolupracuji
- e) jiné (prosím uveďte)

26. Označte prosím křížkem v následující tabulce, zda mají pacienti při propuštění do domácího ošetřování předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence.

	ANO	NE
Zná způsoby zvládnání bolesti (farmakologické i nefarmakologické ovlivnění).		
Popíše péči o pahýl včetně jeho bandážování a péči o zbylou končetinu.		
Je schopen pohybu – předvede přesun event. stoj.		
Zapojuje se do rehabilitace a je informován o jejím dalším průběhu a jejích metodách.		
Dovede uvést příznaky případných komplikací (např. vznikající defekt na pahýlu či na zachovalé dolní končetině).		
V případě propuštění do domácí rekonvalescence má zajištěnou profesionální pomoc (např. agentura domácí péče).		
Je seznámen s nutností dispenzarizace (termín následné kontroly), o potřebě rehabilitace a adekvátním životním stylu (vhodná aktivita a cvičení).		

Příloha č. 7 Zatřídění otázek z dotazníku

Otázka	Text otázky	Odpovědi	Typ otázky	Oblast
1	Jaké je Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání?	1 odpověď	Dotaz	Demografie
2	Jak dlouho již poskytujete ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny?	1 odpověď	Dotaz	
3	Na jakém oddělení pracujete?	1 odpověď	Dotaz	
4	V které nemocnici pracujete?	1 odpověď	Dotaz	
5	Které intervence provádíte u pacienta před plánovanou amputací dolní končetiny?	Více odpovědí	Dotaz	Před amputací
6	Které z následujících pomůcek přednostně připravujete k lůžku pacienta po amputaci dolní končetiny ještě dříve, než je pacient po výkonu dopraven na vaše oddělení?	Více odpovědí, správnost b) a e)	Test	
7	Jak budete po operačním výkonu polohovat pahýl amputované dolní končetiny?	1 odpověď, správně b)	Test	Ošetrování pahýlu
11	Provádíte u pacienta po amputaci polohování pahýlu?	1 odpověď	Dotaz	
12	Polohujete pahýl do extenze, addukce (= k ose těla) a mírné elevace, zajištěné polohovatelností lůžka?	1 odpověď, správně a)	Test	
13	Které z následujících obrázků podle Vás zobrazují nesprávné polohování pahýlu resp. nesprávné polohovací návyky pacienta?	3 odpovědi, správně a) b) a d)	Test	
14	Které z následujících metod v rámci otužování a formování pahýlu provádíte u pacienta po amputaci?	Max. 4 odpovědi	Dotaz	
15	Jakým způsobem doporučíte pacientovi provádět hygienickou péči o pahýl?	1 odpověď, správně a)	Test	
16	Jakou obvazovou technikou bandážujete pahýl?	1 odpověď, správně a) nebo b)	Test	
17	Který z následujících obrázků nejbližně představuje způsob, kterým provádíte bandáž pahýlu?	1 odpověď, správně a)	Test	
18	Jak často převazujete bandáž pahýlu?	1 odpověď, správně b)	Test	
19	Souhlasíte s tvrzením, že k zásadám bandážování patří vyvíjení silnějšího tlaku v dolní části pahýlu (směrem nahoru se tlak postupně snižuje), pahýl po zabandážování zůstává v rovině, bandáž je přiložena po celý den?	1 odpověď, správně a)	Test	
8	Na jaké cíle se při poskytování ošetrovatelské péče pacientovi po amputaci DK zaměřujete nejvíce?	Max. 3 odpovědi	Dotaz	Péče o pacienta
9	Jakým způsobem pacienta psychicky podporujete?	Více odpovědí	Dotaz	
20	Jakým způsobem pomáháte pacientům zvládat fantomové bolesti?	Více odpovědí	Dotaz	
21	Provádíte hodnocení úrovně soběstačnosti u pacienta po amputaci dolní končetiny?	Více odpovědí	Dotaz	
24	S jakými překážkami se nejčastěji při ošetrování pacienta před a po amputaci DK potýkáte?	Více odpovědí	Dotaz	
25	Ve kterých z následujících oblastí spolupracujete s rodinou pacienta?	1 odpověď	Dotaz	
26	Označte křížkem v následující tabulce, zda mají pacienti při propuštění do domácího ošetrování předpoklady pro dobrý průběh rekonvalescence.	Tabulka	Dotaz	
10	Myslíte si, že týmová spolupráce sestry a fyzioterapeuta je při ošetrování pacienta po amputaci dolní končetiny důležitá?	1 odpověď	Dotaz	Spolupráce s terapeutem
22	Jakým způsobem provádíte rehabilitační ošetrování u pacienta po amputaci dolní končetiny?	Tabulka	Dotaz	
23	Jakou vykazujete činnost, když fyzioterapeut provádí u pacienta rehabilitaci?	1 odpověď	Dotaz	

Přílohy č. 8 Schválené žádosti k provedení výzkumného šetření

Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Kobeřice
okr. Opava

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p. o.
Tavandzi Šárka
I. P. Pavlova 552/9
794 01 Krnov

V Kobeřicích, dne 9. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na chirurgickém oddělení.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Židková Jana

Příloha: 1x dotazník

Vyjádření vedení zařízení

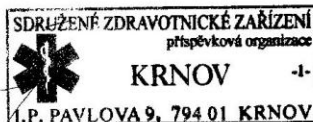
žádost povolena

žádost zamítnuta

Datum 3. 11. 2014
Tavandzi Šárka
náměstkyně
pro ošetrovatelskou péči

Razítko zařízení, podpis

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a porodní asistence



Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Koberžice

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Slezská nemocnice v Opavě, p.o.
Mgr. Hanková Lenka
Olomoucká 86
746 01 Opava

V Koberžicích, dne 16. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření.

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obračím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na oddělení chirurgie.

Přílohy: 1x dotazník

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Židková Jana
Jana Židková

Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena

Datum 2. 11. 2014

Mgr. HANKOVÁ Lenka
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
Slezská nemocnice
p.o. zdravotnická organizace
Olomoucká 86, 746 01 OPAVA

žádost zamítnuta

Razítko zařízení, podpis

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a porodní asisténce
Mgr. Heiderová Hana

Židková Jana
Slezská 72 / 54
747 27 Kobefice
okr. Opava

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Městská nemocnice Ostrava
Mgr. Mališková Margita
Nemocniční 20
728 80 Ostrava

V Kobeficích, dne 9. 10. 2014

Vše: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na oddělení Chirurgie a úrazové chirurgie.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Příloha: 1x dotazník

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Jana Židková

Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena

žádost zamítnuta

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
a porodní asistence

Datum 16.10.2014

Razítko zařízení, podpis

Mališková

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA
příspěvková organizace
Nemocniční 20, 728 80 Ostrava
Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
Mgr. Margita Mališková

Mališková

Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Kobeřice
okr. Opava

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Fakultní nemocnice Ostrava
Bc. Dobešová Mária
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava - Poruba

V Kobeřicích, dne 9. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na Chirurgické klinice a Traumatologickém centru.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Příloha: 1x dotazník

S pozdravem

Židková Jana
Židková Jana

Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
Datum *29.10.14* Bc. Mária Dobešová
náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba
Mária Dobešová

žádost zamítnuta

Razítko zařízení, podpis

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a porodní asistence

Yasob

Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Kobeřice
okr. Opava

Náměstek nelekárských oborů – Fakultní nemocnice Olomouc
Mgr. Šamaj Martin, MBA
I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc - Nová Ulice

V Kobeřicích, dne 9. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážený pane náměstků,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lužkových částí na I. a II. chirurgické klinice a na Traumatologickém oddělení.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Příloha: 1x dotazník

S pozdravem

Židková Jana

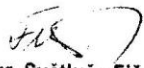
Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena

Datum 14. 10. 2014

žádost zamítnuta

Razítko zařízení, podpis


Mgr. Světluše Fišarová
vedoucí Odboru nelekárské péče
Fakultní nemocnice Olomouc

*Za žádost o povolení výzkumného šetření
Fakulty zdravotnických studií
na Západočeské univerzitě v Plzni
v oboru Ošetrovatelství
všeobecné sestry
na I. a II. chirurgické klinice
a na Traumatologickém oddělení*

Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Koberžice

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Nemocnice ve Frýdku-Místku, p.o.
Mgr. Dostálová Jarmila
Elišky Krásnohorské 321, Frýdek
738 01 Frýdek-Místek

V Koberžicích, dne 9. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření.

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na Chirurgicko-traumatologickém oddělení.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Příloha: 1x dotazník

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

Židková Jana

Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena

Datum

11 -11- 2014



žádost zamítnuta

Razítko zařízení, podpis

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a odborné sestřičství

Jana Židková
Slezská 72/54
747 27 Kobeřice
okr. Opava

Náměstkyně ředitele pro ošetrovatelskou péči – Nemocnice s poliklinikou Karviná - Ráj
Mgr. Kopáčková Andrea
Vydmučov 399/5
734 12 Karviná Ráj

V Kobeřicích, dne 9. 10. 2014

Věc: Žádost o povolení provedení výzkumného šetření

Vážená paní náměstkyně,

jmenuji se Jana Židková a jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni, oboru Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech – chirurgie.

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění realizace výzkumného šetření, které bude podkladem pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce na téma Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny. Jako techniku výzkumu jsem zvolila anonymní dotazník, kterým bych chtěla oslovit všeobecné sestry z lůžkových částí na Chirurgickém oddělení v Karviné a Orlové.

Vedoucí DP: Mgr. Heiderová Hana, RN

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

Příloha: 1x dotazník

S pozdravem

Židková Jana

Vyjádření vedení zařízení

žádost povolena

Datum 11. 10. 2014

žádost zamítnuta

Razítko zařízení, podpis

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta zdravotnických studií
katedra ošetrovatelství
a porodní asistence

Mgr. Andrea KOPÁČKOVÁ
Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj
příspěvková organizace
Vydmučov 399/5, Karviná-Ráj, 734 12
IČ: 008446... DIČ: CZ00844853

Které specifické činnosti zahrnuje ošetrovatelská péče o pahýl dolní končetiny?

Pro následné používání protézy dolní končetiny je velmi důležitá správně prováděná péče o amputační pahýl, která zahrnuje tyto činnosti: **polohování pahýlu, bandážování pahýlu, otužování pahýlu a hygienickou péči o pahýl.**

POLOHOVÁNÍ PAHÝLU

Správně prováděným polohováním zamezujeme vzniku flekčních nebo extenzních kontraktur v kolenním či kyčelním kloubu.

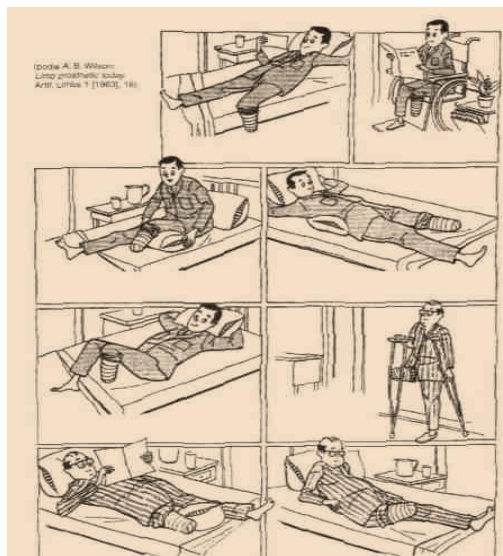
Pahýl vždy polohujeme do **extenze, addukce a mírné elevace**, kterou zajišťujeme polohovatelností lůžka.

Je velmi nežádoucí čímkoliv pahýl podkládat. Větší elevace těsně po operaci by měla trvat co nejkratší dobu.

Pahýl je možné polohovat v poloze na zádech i případně na břiše za respektování uvedených podmínek.

Je důležité poučit pacienta o nevhodných polohovacích návycích, které jsou uvedeny na následující straně.

Nesprávné polohovací návyky pacienta



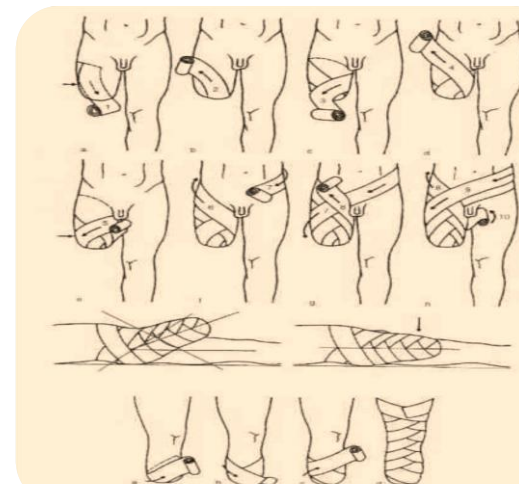
BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU

Cílem bandážování je formování pahýlu do kónického tvaru, zpevnění podkožního vaziva a atrofie podkožního tuku. Špatný tvar pahýlu je častým problémem při přikládání protézy. O technice bandážování edukujeme pacienta i jeho rodinu.

Bandážujeme elastickými obinadly šířky 10 až 14 cm pomocí osmičkové nebo klasové bandáže. Kruhová bandáž není vhodná pro omezování krevního zásobení pahýlu a ani první otočky nevedeme dokola kolem pahýlu. Obvaz příliš neutahujeme, větší tlak vyvíjíme v dolní části pahýlu.

Bandáž vedeme až nad nejbližší zachovalý kloub (u bérkové amputace nad kolenní, u s tehenní nad kyčelní kloub). Bandážovaný pahýl je v rovině, nesmí být tahem obinadla ohnutý. Bandáž je přiložena po celý den, avšak v průběhu dne je nutné ji až 3x převázat, aby stále plnila svou funkci. Správně provedená bandáž nebolí, neskluzuje.

Postup bandážování pahýlu



HYGIENICKÁ PÉČE O PAHÝL

Kůže pahýlu se pod obvazy potí, proto provádíme každý večer hygienu pahýlu omýváním v teplé vodě, masírováním nedráždivým toaletním mýdlem, které dobře opláchneme a pokožku osušíme. Při ranní hygieně by mohlo v průběhu dne dojít k poškození kůže pahýlu vlhkostí.

OTUŽOVÁNÍ PAHÝLU

Cílem otužování pahýlu je zlepšení mikrocirkulace vrcholu pahýlu, vnímání podnětů z pahýlu a později jeho adaptace na zvyšující se zátěž protézované končetiny.

K otužování dobře přispívá i bandáž pahýlu, avšak **aplikujeme i další metody**: sprchování pahýlu střídavě teplou a studenou vodou, míčkování pahýlu měkkým míčkem, naklepávání pahýlu měkkým kartáčkem, otírání suchou žínkou nebo pokleповá masáž.

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA

Jestliže to umožňuje zdravotní stav, před amputací pacienta seznamujeme s chůzí o berlích (používáním invalidního vozíku) a také s vykonáváním hygienické péče na lůžku, provádíme dechová cvičení a posilovací cvičení horními končetinami, snažíme se docílit uspokojivého psychického stavu pacienta.

Dříve než pacienta po amputaci ze sálu převezmeme, přichystáme k jeho lůžku **pomůcky** pro možný výskyt masivního pooperačního krvácení z pahýlu. Jsou jimi škrtidlo (Esmarchovo obinadlo) a dostatek kompresivního materiálu.

Velice důležitá je pro pacienta po amputaci **psychická podpora**, jak ze strany personálu, tak ze strany jeho rodiny. Pro pacienta můžeme zajistit kontakt s psychologem, umožňovat ventilaci obav, monitorovat projevy smutku a deprese, plně podporovat jeho rodinu v návštěvách.

Při projevech **fantomových bolestí** se neomezujeme pouze na podávání léků proti bolesti. Využíváme nefarmakologické způsoby zvládnání bolestí, vysvětlujeme pacientovi příčinu a charakter těchto bolestí, monitorujeme jejich projevy verbální i neverbální a zvažujeme využití psychologické péče.

Po dobu pacientovy hospitalizace se snažíme o efektivní **týmovou spolupráci s fyzioterapeutem**.

ZDROJE:

KOVALOVÁ, Silvia. Starostlivosť o pacienta po amputácii končatiny, ošetrovanie kýpťa. In: *Techniky ošetrovatelstva*. Bratislava: Slovenská zdravotnícka univerzita, 2012, s. 239-246. ISBN 978-80-89352-60-9.

SMELTZER O'CONNELL, Suzanne, BARE, Brenda, HINKLE, Janice, CHEEVER, Kerry (ed.). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing*. 12. ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2010. ISBN 978-60831-088-3.

Pacient po amputaci dolní končetiny

Informační leták k ošetrovatelské péči o pahýl dolní končetiny

Jana Židková

Hana Heiderová

