



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Klára Honzárková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Úroveň sebek péče pacientů po amputaci dolní končetiny*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím literatury a pramenů uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

Bc. Klára Honzárková

Poděkování

Zde bych ráda poděkovala mé vedoucí diplomové práce paní PhDr. Věře Staskové, PhD. za odborné vedení při psaní této práce a její vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat vedení nemocnic za umožnění výzkumného šetření a všem dotazovaným, kteří mi věnovali svůj čas a účastnili se výzkumu.

Úroveň sebepěče pacientů po amputaci dolní končetiny

Abstrakt

Předkládaná práce se zabývá problematikou pacientů po amputaci dolní končetiny. Ztráta dolní končetiny znamená pro pacienta obrovskou změnu nejenom v chápání integrity vlastního těla, vlastního zdraví, ale i z pohledu funkčního.

Teoretická část práce předkládá nejnovější dostupné poznatky o amputaci dolní končetiny a pooperační péči o pacienty s touto diagnózou. Dále se zabývá sebepěčí, přičemž vychází z Teorie deficitu sebepěče Dorothei Elizabeth Oremové.

Cílem práce bylo zjistit úroveň sebepěče pacientů po amputaci dolní končetiny s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové. Zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové sestry podporují pacienty po amputaci dolní končetiny v sebepěči a jaké způsoby pomoci využívají sestry v péči o tyto pacienty.

Výzkumná část práce byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření. Technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor s pacienty po amputaci dolní končetiny a sestrami, jež poskytují ošetrovatelskou péči o takto nemocné osoby. Teoretickým východiskem pro rozhovor byl model D. E. Oremové, který byl doplněn o škály ADL (Activity Daily Living – Barthelové test základních všedních denních činností), IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale – test instrumentálních denních činností) a analogovou škálu bolesti u skupiny dotazovaných – pacientů. Získaná data byla zpracována formou přepisu rozhovorů ve spisovné češtině, jež jsou doplněny zhodnocením jednotlivých škál.

Výstupem diplomové práce je soubor doporučených opatření a návrh komplexního informačního materiálu o amputaci dolní končetiny pro pacienty, jež by měly sestry k dispozici na svých odděleních.

Klíčová slova

Sebepěče; Oremová; amputace; dolní končetina; model; teorie; deficit; ošetrovatelství.

The level of self-care patients after leg amputation

Abstract

This thesis deals with the issue of patients after the amputation of the lower limb. Loss of the lower limb means a great change for the patient, not only in understanding the integrity of one's own body, one's own health, but also from a functional point of view.

The theoretical part of the thesis presents the latest available knowledge about lower limb amputation and postoperative care for patients with this diagnosis. It also deals with self-care, based on Dorotheus Orem's theory of self-care deficit.

The aim of the work was to determine the level of self-care of patients after amputation of the lower limb using some aspects of D. E. Orem's model. To find out in what systems D.E. Orem's nurses support patients after the amputation of the lower limb in self-care and how to help nurses care for these patients.

The research part of the thesis was realized through a qualitative research survey. The technique of data collection was a semi-structured interview with patients with amputation of the lower limb and nurses who provide nursing care for such ill persons. The theoretical basis for the interview was the DE Oremové model, which was complemented by the ADL (Activity Daily Living), IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale) and the analogue range of pain in the group of respondents - patients. The data obtained were processed in the form of transcripts of the interviews, which are supplemented by evaluation of individual scales.

The output of the diploma thesis is a set of recommended measures and a proposal of a comprehensive information material on the amputation of the lower limb for patients, which the nurses should be available to their departments.

Key words

Selfcare; Orem; amputation; lower limb; model; theory; deficit; nursing.

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav poznání.....	10
1.1 Amputace dolní končetiny.....	10
1.1.1 Dělení amputací a jejich indikace.....	10
1.1.2 Typy/úrovně amputací	12
1.2 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny	14
1.2.1 Poloha nemocného.....	14
1.2.2 Péče o pooperační ránu a pahýl amputované končetiny	15
1.2.3 Tišení bolesti	16
1.2.4 Péče o hydrataci, vylučování a hygienu po operaci.....	17
1.2.5 Rehabilitace po amputaci dolní končetiny	18
1.2.6 Péče o duševní potřeby pacienta po amputaci dolní končetiny	19
1.3 Sebepečce ve vztahu k potřebám nemocného	20
1.4 Ošetrovatelský model dle D. E. Oremové	23
1.4.1 Biografie a vývoj modelu D. E. Oremové	23
1.4.2 Teorie sebepečce	26
1.4.3 Teorie deficitu sebepečce	28
1.4.4 Teorie ošetrovatelských systémů.....	29
1.5 Aplikace modelu D. E. Oremové v ošetrovatelském procesu	30
2 Metodika	33
2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky	33
2.2 Operacionalizace pojmů	34
2.3 Metodika výzkumu	35
2.3.1 Použité metody sběru dat	35

2.3.2 Průběh výzkumného šetření	38
2.4 Charakteristika vzorku dotazovaných a výzkumného prostředí	40
3 Výsledky výzkumu	45
3.1 Rozhovory s pacienty	45
3.2 Rozhovory se všeobecnými sestrami	67
4 Diskuse	74
Závěr	84
Seznam použitých zdrojů	86
Seznam příloh, tabulek a obrázků	91
Seznam zkratk	93

Úvod

„...that if you give a man a fish he is hungry again in an hour. If you teach him to catch a fish you do him a good turn“ (Ritchie, 1885, p. 342).

Daruješ-li člověku rybu, nakrmíš ho na jeden den. Naučíš-li ho lovit, dáš mu potravu pro celý život.

Amputace dolní končetiny s sebou přináší zcela zásadní zásah do života pacienta a jeho blízkého okolí. Pacient se musí vyrovnat nejenom se ztrátou končetiny, ale dostává se i do nové životní situace, na kterou je potřeba se adaptovat. Stav po samotném výkonu může být komplikován různými bio-psycho-sociálními aspekty. Důsledná a pečlivá pooperační péče o pacienta však napomáhá značnou část těchto komplikací zmírnit či dokonce zcela eradikovat. Převážně v prvních dnech je důležité těmto pacientům pomoci a právě v tento okamžik je nezastupitelná role sestry, která pomáhá pacientovi v sebepéči a podporuje ho i po duševní stránce se na nově vzniklou situaci adaptovat.

Výše uvedené skutečnosti jsou důvodem, proč jsem si tuto problematiku zvolila jako téma diplomové práce. Ztrátou končetiny amputací dochází z chirurgického hlediska k vyřešení zdravotního problému, avšak nemocnému s sebou přináší nový život s handicapem. Dle mého mínění vhodná pooperační a následná péče zásadně ovlivňuje budoucnost pacientů po amputaci dolní končetiny a umožní jim vést plnohodnotný život. To je důležité především u mladých lidí, jež mají velkou část života před sebou a invalidita je u nich velkým problémem. Cílem následné ošetrovatelské péče je naučit pacienta správně, účelně a bezpečně pečovat nejenom o pooperační ránu, ale i o sebe sama. Naučit ho používat vhodné kompenzační pomůcky, s nimiž zvládne chůzi a dosáhne tak maximální možné míry sebeobsluhy a soběstačnosti. Nedílnou součástí je i péče o psychiku pacienta. Sestra mu pomáhá vybudovat si nový obraz sebe sama, naučit se žít se ztrátou končetiny a přijmout své tělo takové jaké je. Sestra by přitom měla spolupracovat i se sociální pracovníci, která pacientovi pomáhá překlenout potíže související s amputací v sociální oblasti života (vyřízení dávek na péči, možnosti hrazení kompenzačních pomůcek, odkaz na svépomocné skupiny, možnost vyhledání vhodnějšího zaměstnání, kde nebude amputace dolní končetiny handicapem).

Sebepéčí, sebeobsluhou a podporou soběstačnosti se v rámci ošetrovatelské praxe zabývala Dorothea Elizabeth Oremová, která na základě svého celoživotního sledování a práci s pacienty vytvořila model Teorie deficitu sebepéče. Ten lze využít při identifikování potřeb a zajištění deficitní péče nejenom u pacientů po amputaci dolní končetiny. D. E. Oremová vyšla z předpokladu, že člověk má vrozenou schopnost postarat se o sebe a snažit se zůstat nezávislým. Aby však mohl nezávislým zůstat, musí vědět proč a jak se má o sebe starat a co pro to musí udělat. Stav po amputaci dolní končetiny jednoznačně zvyšuje nároky na péči. Úkolem ošetrovatelství je poskytovat profesionální péči jedincům, kteří nejsou soběstační. Úkolem sestry je pak citlivě uspokojovat potřeby pacienta tak, že bude pacienta motivovat a podporovat v sebepéči a popřípadě bude deficitní oblasti saturovat (Bekel, Halmo, 2004; Halmo 2015).

Cílem práce je zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny, zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové sestry podporují tyto pacienty v sebepéči a jaké způsoby pomoci sestry využívají při poskytování péče.

1 Současný stav poznání

Dolní končetiny mají v životě člověka významnou roli. Nejenom, že nesou váhu celého těla, ale umožňují nám chodit. Samotná chůze je pak definována jako druh mechanického pohybu, který využívá dolní končetiny a umožňuje přemístění z jednoho místa do druhého. Chůzi lze považovat za jednu ze základních aktivit, které jsou neoddelitelnou součástí lidské evoluce. Není pouhým prostředkem lokomoce, ale i součástí naší psychofyzické hygieny. Lidské tělo má bez pohybu tendenci k ochabování, a to jak po stránce fyzické, tak i psychické (Vařeka, Vařeková, 2009).

V současné době, především vlivem moderní doby a modernizace, však pohybu ubývá a dostávají se ke slovu tzv. civilizační choroby. Stoupá procento výskytu cévních onemocnění či diabetu mellitus, kdy i přes usilovnou léčbu nelze zabránit všem komplikacím a léčba pak obnáší i provedení amputace končetiny (Čákiová, 2017). Jak uvádí Stuttsová et al. (2015) v roce 2014 byl výskyt jedinců s amputací končetiny přibližně 1,6 milionu a předpokládá se, že se toto číslo do roku 2050 zdvojnásobí až na 3,6 milionu.

1.1 Amputace dolní končetiny

Amputace je umělé oddělení části těla od organismu a je definována jako „*odstranění periferně uložené části těla (např. končetiny), včetně krytu měkkých tkání, s přerušением skeletu, které vede k funkční nebo kosmetické změně*“ (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 211). Kašáková et al. (2015) tuto definici rozvádí a amputaci definuje jako „*přerušení a odstranění periferně uložené části těla, např. končetiny, pohlavního údu, prsu, apod. Výkon se provádí až tehdy, není-li již naděje na záchranu příslušné části těla a dochází-li k ohrožení celého organismu, např. rozsáhlou snětí (gangrénou) či zhoubným nádorem*“ (Kašáková et al., 2015, s. 17).

1.1.1 Dělení amputací a jejich indikace

Amputací bývá řešen akutní stav (např. fraktura) či chronické obtíže a komplikace onemocnění (např. diabetická noha), které postihují končetinu do takové míry, že její

zachování není možné a ohrožují život pacienta (Pejšková, Mareček, 2010). Jsou považovány za nejradikálnější léčebný postup, a proto se k nim musí přistupovat přísně individuálně. Tedy s ohledem na stav končetiny, na celkový stav pacienta a na jeho pracovní zařazení. Velmi důležité je pak správné zvolení výše amputace (Janíková, Zeleníková, 2013).

Podle naléhavosti lze amputace dělit na:

- Primární, kdy se amputace musí provést co nejdříve od vzniku úrazu nebo projevu onemocnění;
- Sekundární, kdy se amputace provádí až jako poslední možnost léčby, po vyčerpání všech dostupných méně invazivních možností;
- Terciární, kdy se amputace provádí pro zlepšení funkce končetiny nebo z kosmetických důvodů (Pejšková, Mareček, 2010).

Dále se rozlišují druhy amputace podle příčiny a míry poškození končetiny. Podle příčiny jsou děleny na amputace traumatické (úrazové) a netraumatické (neúrazové), kdy netraumatické amputace lze dále dělit na výkony akutní (zachraňující život, např. při těžké infekci, ischemii) a na výkony plánované (především z důvodu nádorových onemocnění nebo při vrozených vývojových vadách) (Čoupková, Slezáková, 2010).

Podle rozsahu dále amputace dělíme na amputace totální (dochází u ní k přerušení všech struktur) a subtotální (jedná se o částečnou ztrátu končetiny, kdy nedochází k prokrvení). Dalším důležitým termínem je replantace (opětné připojení amputované části) a exartikulace (tedy odstranění periferní části těla v oblasti kloubu) (Ferko et al., 2015).

Amputace obecně vždy stojí na individualitě člověka. Jak uvádí Kubeš (2014), jestliže už se indikuje takto důležitý zásah do lidského organismu, je nezbytné snížit riziko samotného zákroku.

Mezi nejčastější indikace k amputaci dolních končetin patří gangrény z nedostatečné výživy končetiny, především gangréna jako důsledek chronických komplikací diabetes mellitus (Rümenapf, Morbach, 2017) a ischemická nemoc dolních končetin na podkladě aterosklerotických změn (je uváděno až 80 % všech amputací). Další poměrně častou indikací k tomuto radikálnímu zákroku jsou těžká poranění končetin s devastací

měkkých tkání a s přerušením cirkulace v důsledku dopravních nehod a sportovních úrazů (Pejšková, Mareček, 2010; Wendsche, 2015).

1.1.2 Typy/úrovně amputací

Existuje mnoho různých úrovní amputací dolní končetiny, které se dělí dle místa provedení (viz přílohy 1, 2).

Hemikorporektomie je výkon, který odděluje polovinu těla v úrovni obratle L4-L5 a je při něm odstraněna celá pánev. Tento výkon je velice vzácný a provádí se pouze u pacientů, kteří chtějí a mají naději žít dál pouze s jednou polovinou těla (Wendsche, 2015). Dalším extrémním amputačním výkonem je hemipelvektomie, kdy se provede odstranění celé dolní končetiny i s přiléhající kostí pánevní. Provádí se exartikulace v SI skloubení a symfýze. Nejčastějšími příčinami výkonu je tumor nebo poranění a stejně tomu je i u exartikulace v kyčli, což znamená odstranění končetiny v kyčelním kloubu. Při tomto výkonu je doporučeno odstranit i chrupavku acetabula (Smutný, 2013; Kubeš, 2014). Transfemorální amputace neboli resekce končetiny nad kolenem ve stehenní kosti lze provést ve třech úrovních končetiny (nad kondyly, na hranici střední a distální třetiny, na hranici proximální a střední třetiny femuru). Délka pahýlu má vliv na následnou rehabilitaci. Čím kratší pahýl, tím náročnější rehabilitace (srov. Janíková, Zeleníková, 2013; Murphy, 2013; Kubeš, 2014). Oproti výše uvedeným výkonům exartikulace v kolenu zanechává výhodnou délku pahýlu a je možné vyvinout na pahýl vyšší zátěž. Ať už jako kvalitní oporu či lepší upevnění protézy. Také zachovává integritu stehenních svalů, čímž se biomechanicky zlepšuje chůze (srov. Slezáková et. al., 2010; Smutný, 2013; Wendsche, 2015). Další typ amputace v oblasti bérce se nazývá transtibiální amputace, kde resekce fibuly bývá proximálněji než tibie. Častěji se provádí u osob s ischemickými změnami na dolních končetinách. Rehabilitace je velmi nápomocná k naučení samostatné chůzi (Janíková, Zeleníková, 2013; Kubeš, 2014).

Amputace v oblasti nohy se dělí na exartikulaci hlezna, také známé pod názvem Symeho amputace. Tento výkon umožní, aby pahýl fungoval jako náslapný. Důležité je i vytvoření prostoru pro následný kloub protetické náhrady. Konec pahýlu bývá nevzhledný a objemný, což způsobuje diskomfort při obouvání bot. Biomechanika chůze se zlepšuje díky zachování integrity bércevého i lýtkového svalstva (srov.

Janíková, Zeleníková, 2013; Smutný, 2013; Kubeš 2014). Další amputace dle Choparta, odděluje kosti v talonavikulárním a kalkaneokuboidním kloubu (Sosna et al., 2001). Kubeš (2014) uvádí, že tento typ už není doporučován provádět kvůli možnému vývoji ekvinózní deformity. Stejně tak amputace dle Lisfranca, což znamená exartikulaci metatazárních kostí od kostí tarzálních, kdy se resekce provádí přiléhavě nad hlavičkami metatarsů. Nesmí se opomenout amputace prstů, která je nejčastější amputací u diabetiků. Snesení palce nejvíce ovlivní běh a vévodí ke kulhání, avšak stojí a normální chůzi nebrání. Rozvoj sekundárního hallux valgus ohrožuje amputace druhého prstu, nicméně amputace dalších prstů toto riziko nepřináší a je zachována i normální chůze (Smutný, 2013; Kubeš, 2014).

Výkony v oblasti nohy vytvoří diskomfort chůze a také nebývají kosmeticky vzhledné. Avšak poskytují do jisté míry chůzi bez protézy. Pro většinu amputací v této oblasti pak postačí protetická výplň obuvi (Smutný, 2013; Kubeš, 2014).

1.2 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny

Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny je poměrně rozsáhlá. Zahrnuje nejenom péči o stravu, hygienu, spánek a vylučování pacienta, ale i péči o pooperační ránu a pahýl amputované končetiny. Výjimkou v péči není ani důsledné tišení bolesti, včasná rehabilitace (návčik vstávání a chůze) a návčik sebeobsluhy při běžných denních aktivitách. Důležitá je i péče o psychiku pacienta a jeho motivace ke spolupráci a aktivní zapojení do léčebného režimu (Pitnetová, Klusoňová, 2014).

Kvalitní pooperační péče může zabránit přenosu nozokomiálních nákaz a prodlouženému hojení rány s negativními ekonomickými dopady. Důležitou roli v tomto období hraje celý zdravotnický tým, jenž se poskytováním komplexní péče snaží pacienta navrátit co nejdříve do běžného života pokud možno s únosnou kvalitou života a s maximální soběstačností v běžném domácím prostředí (Janíková, Zeleníková, 2013, Virani et al., 2015).

Pooperační péče se rozlišuje na bezprostřední (po operaci) a následnou. Bezprostředně po operačním zákroku zůstává nemocný několik hodin pod stálým dohledem anesteziologa na tzv. dospávacím pokoji, dokud nedojde ke stabilizaci jeho zdravotního stavu (stabilizovaný krevní oběh, spontánní dýchání, odeznění anestézie a návrat obranných reflexů jako jsou polykání a kašláni). Následně je pacient překládán buď na standardní lůžkové oddělení, nebo pokud to jeho stav neumožňuje, tak na jednotku intenzivní péče (JIP) či na oddělení anesteziologicko-resuscitační (ARO), kde je poskytována následná pooperační péče (Slezáková et al., 2010).

1.2.1 Poloha nemocného

Po operaci je nemocný většinou uložen do polohy na zádech, s mírně zvýšenou polohou hrudníku a hlavy pro snadnější dýchání a odkašláni. Tato poloha zároveň slouží i jako prevence aspirace, protože v prvních 24 hodinách se běžně objevují pocity na zvracení (nauzea) v důsledku podaných anestetik (Janíková, Zeleníková, 2013).

Pahýl amputátu by měl být znehybněný a správně uložený, což zamezuje vzniku pooperačních komplikací. Prvních 24 hodin by měl být bez podložení, ovinutý obvazem do kónického tvaru. Poté se jeho poloha zvyšuje (elevuje), čímž dochází ke snížení

otoku (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacient později může zaujmout takovou polohu, jež mu bude vyhovovat. Důležité je, aby však při ní nedošlo k dislokaci či útlaku drénů, sond a katétrů, jež je nutné dobře zafixovat např. chirurgickým stehem nebo náplastí. Nedílnou součástí péče o vhodnou polohu pacienta je i polohování a prevence dekubitů u méně pohyblivých pacientů či osob v bezvědomí (Čoupková, Slezáková, 2010).

1.2.2 Péče o pooperační ránu a pahýl amputované končetiny

Celková péče o pahýl a pooperační ránu je nedílnou součástí pooperační péče. Pooperační rána je krytá obvazem již na operačním sále. V pooperačním období je třeba její pravidelná kontrola. Pokud dochází k prosáknutí obvazů, je třeba je sejmout, ránu zkontrolovat (popř. zastavit krvácení) a nově převázat. Obvykle se první převaz rány, nejsou-li komplikace, provádí za 48-72 hodin od operace, kdy se odstraňuje Redonova drenáž, která byla do rány při operaci zavedena. Při převazu je třeba kontrolovat, zda není rána zarudlá či nejeví-li jiné známky zánětu. Převaz je prováděn vždy za přísně aseptických podmínek, aby se zabránilo sekundární infekci rány. Stehy v ráně jsou extrahovány dle indikace lékaře, záleží na lokalizaci rány a podle zdravotního stavu pacienta (např. u diabetiků je horší hojení ran) (Čoupková, Slezáková, 2010).

Samotný pahýl je nutné vhodně polohovat a bandážovat. Bandážuje se elastickým obinadlem do kónického tvaru (ideální tvar pahýlu), což v pozdější době umožní lepší přiložení protézy (viz příloha 3). Podle Slezákové et al. (2010) bandážováním probíhá adaptace pahýlu na tlak a tah budoucí protézy. Při bandážování je důležité používat dostatečně široká elastická obinadla (10–14 cm). Bandáž se přikládá rovnoměrně, aby se předcházelo vzniku vrásek, a to osmičkovým tahem. První tahy obinadlem se vedou přes vrchol pahýlu, nikoliv cirkulárně přes pahýl (mohlo by dojít ke stlačení povrchového žilního systému), a bandážuje se až nad zachovalý kloub. Slezáková et al. (2010) dále doporučuje bandážovat třikrát denně a při převazu provádět i další péči o pahýl (převaz rány, masáž pahýlu, péče o jeho pokožku).

Jak již bylo uvedeno, pahýl amputátu by měl být prvních 24 hodin bez podložení, ovinutý obvazem do kónického tvaru. Poté se jeho poloha zvyšuje (elevuje), čímž dochází ke snížení otoku a také se tím zabraňuje vzniku kontraktur (zkracování svalů). Případné kontraktury by v budoucnu znesnadňovaly nasazení protézy a chůzi s ní

(Janíková, Zeleníková, 2013). Podle Janíkové a Zeleníkové (2013) je pacient polohován dle druhu amputace. V poloze vleže na zádech u pacienta s amputací ve stehnu se podkládá pánev a zatěžuje se vrchol pahýlu, kdežto u pacienta po amputaci v bérce se podkládá pouze vrchol pahýlu (viz příloha 4). Dále autorky upozorňují na úlevové polohy při flexi (ohnutí v kloubu), které je nutno minimalizovat, protože podporují vznik kontraktur (viz příloha 5).

Nedílnou součástí péče o pooperační ránu a samotný pahýl je i edukace pacienta a praktický nácvik péče o něho, aby pacient byl schopen se o něho po propuštění sám starat (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2.3 Tišení bolesti

Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně velkou operační ránu, je nezbytné tišení bolesti. Ta se většinou objevuje po vymizení účinku anestetika a přetrvává i několik hodin či dní. A proto je nutné pravidelné podávání analgetik. Většinou jsou preventivně v prvních pooperačních dnech ordinovány opiáty (např. Dolsin, Tramal), později se přechází na běžná analgetika (např. Novalgin, Ibuprofen). Důležité je dodržování intervalů aplikací, což napomáhá ke snížení intenzity bolesti. V tomto smyslu je třeba i poučit pacienty, aby si případně o analgetikum řekli a nenechali bolest plně se rozvinout, protože pak se hůře tlumí. Pacient je také informován o fantomových bolestech a vjemech, čímž předcházíme obavám a strachu z neznámého. Nedílnou součástí úlohy sestry je vše zaznamenat do ošetrovatelské dokumentace a to i intenzitu bolesti, která se vyznačuje na vizuální analogové škále bolesti (VAS), což je úsečka čísel od 0 (žádná bolest) do 10 (nesnesitelná bolest) (Multimediální тренажёр планирования ошetrovatelské péče, © 2018).

Fantomové vjemy jsou charakterizovány jako nebolestivé vnímání či uvědomování si již neexistující končetiny. Podle Tichého (2005) jsou poměrně běžnou halucinací u osob po amputaci (téměř u 100 % pacientů). Lze rozlišit tři kategorie fantomových vjemů. Jím jsou jednoduché pocity a vjemy (např. dotyk, teplo, chlad, svrbění, tlak atd.), komplexní pocity (změna pozice, délka a objem končetiny) a pocity pohybu končetinou (Tichý, 2005).

Fantomová bolest jsou bolestivé pocity, které jsou vztaženy k amputované (tedy již neexistující) části končetiny. Objevuje se zhruba u poloviny pacientů po amputaci a je popisována jako pálivá, palčivá, křečová, bodavá bolest (Smutný, 2013). Podle Rokyty (2009) má fantomová bolest neuropatický charakter a s odstupem dní, ale i měsíců ztrácí na intenzitě. Její léčba závisí na typu bolesti a na její intenzitě. Obecně se doporučuje důsledná prevence této bolesti, která spočívá v tišení bolesti ještě před rozhodnutím k chirurgické amputaci končetiny (fantomová bolest je často lokalizována do míst, kde by byla před operací). Dále se osvědčila i léčba pomocí hypnoterapie a psychoterapie.

S bolestí i úzce souvisí odpočinek a spánek pacienta, které jsou bolestí narušovány. Pak je vhodné dle ordinace lékaře na noc podávat hypnotika (Slezáková et al., 2010).

1.2.4 Péče o hydrataci, vylučování a hygienu po operaci

Nedílnou součástí práce sestry je i hydratace pacienta a péče o vylučování a hygienu pacienta. Podle Slezákové et al. (2010) každý větší operační výkon vede ke ztrátám tělesných tekutin. Ty je nutno nahradit, a proto se bezprostředně po operačním výkonu nahrazují parenterálním podáváním infúzí nebo enterálně za pomoci nazojejunální sondy. Pokud je pacient při vědomí a netrpí nauzeou, lze zhruba za 3 hodiny po výkonu podávat čaj pomalu po lžičkách. U operovaných nemocných, u nichž se očekávají větší ztráty tekutin, je nutno sledovat diurézu a kontrolovat hladinu iontů v krvi, aby nedošlo k rozvratu elektrolytů. Obecně lze říci, že dostatkem vhodných tekutin po operaci se zabrání rozvratu vnitřního prostředí člověka a omezí se riziko vzniku zácpy (Slezáková et al., 2010).

Pokud pacient nemá zavedený permanentní močový katétr, měl by se sám vymočit do 8 hodin po operačním výkonu. Zde je nutná dopomoc sestry, protože pacient po amputaci dolní končetiny je upoután na lůžko. Pokud se pacient není schopen vymočit, je nutné dočasně zavést močový katetr a sledovat diurézu. Problémy s močením u pacientů po amputaci jsou především psychického rázu, kdy se pacient není schopen vymočit vleže či v přítomnosti spolupacientů na pokoji (Janíková, Zeleníková, 2013). Taktéž sestra sleduje vyprazdňování tlustého střeva, jelikož střevní peristaltika může být zpomalena v důsledku operace a imobilizace pacienta po amputaci. U většiny

operovaných se peristaltika upravuje obvykle do 48-72 hodin po operaci (Čoupková, Slezáková, 2010).

Hygienická péče o pacienta je po operaci ztížena omezenou pohyblivostí pacienta. Proto je zpočátku vykonávána na lůžku. Pacienta po amputaci od samého začátku vedeme k maximální soběstačnosti, pacient si sám myje horní polovinu těla, sestra mu pomáhá (či dle stavu plně provádí) s hygienou dolní poloviny těla a s péčí o amputát. Důsledná hygiena je důležitým preventivním opatřením proti vzniku pooperačních infekcí či proleženin. Až když je pacient schopen chůze s kompenzačními pomůckami či pohybovat se pomocí vozíku, vykonává hygienu u umyvadla nebo v bezbariérové koupelně. Vždy je vhodné, aby zprvu u něho byla sestra či rodinný příslušník, který pacientovi při hygieně dopomůže a zajistí bezpečné prostředí (riziko pádu) (Čoupková, Slezáková, 2010).

1.2.5 Rehabilitace po amputaci dolní končetiny

Po operaci se podle stavu pacienta začíná s časnou rehabilitací a vertikalizací pacienta. Tím se předchází tromboembolické nemoci, kontrakturám a dochází k normalizaci tělesných funkcí. Nejprve je prováděna rehabilitace a kondiční cvičení na lůžku včetně dechové gymnastiky (od prvního dne po operaci). Poté se pacient učí posazovat se. Po zvládnutí posazování se v lůžku je s pacientem nacvičováno vstávání z lůžka, nácvik stoje o berlích, udržení rovnováhy a postupně se nacvičuje chůze o berlích (Janíková, Zeleníková, 2013).

V rámci rehabilitace jsou využívány nejrůznější kompenzační pomůcky, jako jsou například hole, berle či vícebodové opěrky. Avšak nejdůležitější kompenzační pomůckou je protéza, jež nahrazuje chybějící část končetiny a umožňuje tak aktivní pohyb (viz příloha 6). Aby se pacient stal co nejdříve soběstačný, je však nezbytné, aby byla protéza včas přiložena. Protézu pacient dostává po třech měsících od operace, nejprve se jedná o tzv. prozatímní protézu, která je po konečném vytvarování pahýlu, nahrazena tzv. definitivní protézou (Pinetová, Klusoňová, 2014).

Sestra ve spolupráci s fyzioterapeutem učí pacienta nejprve stoj u lůžka, aby si na protézu pomalu zvykal, a až poté chůzi po rovině o berlích s oporou. Je poučen sestrou, že nejprve vykročí zdravou končetinou, pak přisune protézu a současně s ní přisune

berle. Poté, co nemocný zvládne chůzi po rovině s oporou a bez opory, může začít s chůzí do schodů a ze schodů. Ze schodů vykročí pacient nejprve končetinou s protézou, přisune berle, a poté teprve následuje zdravá končetina. Pokud pacient není schopen chůze, je mu jako kompenzační pomůcka poskytnut invalidní vozík (např. starší pacienti, kteří nejsou fyzicky zdatní na to, aby se mohli učit chodit s přiloženou protézou) (Pitnetová, Klusoňová, 2014).

1.2.6 Péče o duševní potřeby pacienta po amputaci dolní končetiny

Amputace dolní končetiny nepředstavuje pouze velkou psychickou zátěž pro pacienta. Nese s sebou změnu sebeobrazu, vnímání vlastního těla, změnu dosavadního života a jeho kvality a v neposlední řadě i změnu postavení ve společnosti. Nemocný se bojí o sebe, o svou rodinu a obává se reakcí okolí, zdali ho přijme (Varmuz et al., 2004; Vágnerová, 2008).

A proto je nesmírně důležitá psychická podpora pacienta a jeho motivace v úsilí vrátit se do běžného života (Slezáková et al., 2010). Na podpoře pacienta by se měl podílet nejen zdravotnický personál (psycholog, lékař, sestry), ale z velké části i jeho rodina a přátelé (Janíková, Zeleníková, 2013). Podle Heřmanové et al. (2012) pacienti prochází pěti fázemi popsánymi Elisabeth Kübler – Rossovou, jako reakce na blížící se smrt, úmrtí blízké osoby či reakce na závažné onemocnění.

Důraz je tedy kladen na pomoc nemocnému se na novou životní situaci adaptovat, přistupovat k němu empaticky a respektovat ho. Z pohledu sestry je tedy důležité chovat se empaticky, s pacientem komunikovat, sledovat i jeho neverbální projevy a podporovat ho ve vyjadřování svých emocí. Je podstatné mu poskytnout dostatek informací a dát mu najevo, že sestra je tam pro něho. Vhodné je nabídnout služby psychologa, protože pacienti mnohdy neví, že tuto možnost mají. V rámci péče o psychiku pacienta je také ho vhodně aktivizovat a poskytovat mu dostatek stimulantů. V tom může pomoci např. i rehabilitační či sociální pracovník, který může s pacientem vybírat a zařizovat např. vhodné kompenzační pomůcky pro pobyt doma a tím ho motivovat k aktivnímu zapojení do léčebného procesu (Vágnerová, 2008; Slezáková et al., 2010).

1.3 Sebepečce ve vztahu k potřebám nemocného

Sebepečce hraje důležitou roli v kvalitě života pacienta. Sebepečci lze chápat jako lidskou, regulatorní funkci, jež jedinec pro sebe sama vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče) za účelem zajištění a udržení určitého stavu materiálních věcí a podmínek k životu. Tím se odlišuje od instinktů a reflexů, jedná se o naučenou schopnost, která má své cíle (Halmo, 2015).

Sebepečci lze definovat jako činnostní systém, který musí být neustále přítomen a je nutný. Je to iniciování a provádění určitých aktivit, jež jsou uskutečňovány ve vlastním zájmu jedince k zachování jeho života, osobního zdraví a pocitu pohody. V průběhu života si jedinec tyto schopnosti a činnosti osvojuje, tudíž to, jakým způsobem člověk pak sebepečci provádí, závisí na jeho individuálních schopnostech a na jeho zkušenostech v průběhu života (Halmo, 2015).

Pokud se však jedinec z nějakého důvodu nemůže o sebe starat (například osoba po amputaci), mohou o něho pečovat druhé osoby, pak se jedná o tzv. dependentní péči. Ta tedy předpokládá určitou sociální závislost na další osobě. Není to jen jednoduché poskytnutí pomoci nebo profesionální vztah v ošetrovatelské situaci (Halmo, 2015). Podle Bekela a Halmo (2004) je to situace, kdy konkrétní blízké osoby (např. rodinní příslušníci) poskytují v případě potřeby dopomoc při sebepečci (dependentní péči).

Sebepečce se odvíjí od potřeb pacienta. Potřeba je projev nějakého nedostatku, tím je myšleno nutnost něco získat, anebo naopak projev nadbytku, tedy potřeba něčeho se zbavit. Cílem je dosáhnout požadované rovnováhy a to by mělo vést ke zlepšení stavu. Potřeby se samozřejmě liší v různých obdobích života, ve zdraví a nemoci a také se liší individualitou člověka, jeho inteligencí, společenskou úrovní, v souvislosti s prostředím, ve kterém vyrůstal atd. Jinými slovy, dítě bude mít jiné potřeby nežli dospělý a stejně tak bude mít jiné potřeby člověk s plicním onemocněním oproti člověku po amputaci. Čili hodnotová orientace je odlišná a mění se u všech jedinců (Šamánková et al., 2011).

Jedná-li se o potřebu pacientů, tedy nemocných osob, tak ti mají své specifické potřeby. Charakterizují se dle současného společenského vývoje. V současnosti to znamená, že se jedná o stále složitější a komplexnější potřeby ve složkách biologických, psychických a společenských. Jako dynamický proces lze označit proces uspokojování, který je i součástí vytváření a utváření potřeb (Křivohlavý, 2002).

U specifických potřeb pacienta záleží na charakteru nemoci (v této práci tedy na charakteru amputace dolní končetiny), na pacientovi samotném i na sociálních poměrech, ve kterých žije. Základní potřebou nemocného je být zdravý. K tomu mu napomáhá egocentrismus, kdy se nemocný zajímá pouze o sebe. Avšak neplní tak své dosavadní společenské funkce a zapomíná na sociální svět. Nemoc je pro člověka specifická situace v životě. V první řadě potřebuje člověk uspokojovat své typické každodenní potřeby, další potřeby se nemocí mění a pak můžou vzniknout nové potřeby. Potřeby v době nemoci lze dělit do třech základních skupin: potřeby, které se nemocí nemění; potřeby, které se nemocí modifikovaly; potřeby, které nemocí vznikly (Bártlová, Matulay, 2009).

První skupinou jsou potřeby, které se nemocí nemění. Člověk má tyto potřeby stále, ať už jako zdravý či nemocný. S nemocí nijak nesouvisejí. Jedná se o potřeby, které provádí jedinec sám nebo za pomoci členů rodiny či jiných sociálních skupin. Při hospitalizaci je však třeba, aby byly uspokojeny, protože pacient si není schopen všechny sám splnit, kvůli změně sociálního prostředí. Jedná se o potřeby: vzduchu, výživy, tekutin, odpočinku, spánku, vyprázdnění, hygieny, pohodlí, bezpečí aj. Mezi druhou skupinu potřeb patří ty, které se nemocí modifikovaly. Příkladem může být dietní strava, která spadá pod biologické modifikované potřeby. Pacient má fyziologickou potřebu výživy, ale díky nemoci nesmí přijímat stravu jako dosud. Je důležité, aby strava měla vhodné biologické i kalorické hodnoty a někdy i náležitou formu zpracování. V sociálních potřebách je dobré modifikacím také věnovat svou pozornost. Náchylnost změn sociálních potřeb se dá zjednodušeně popsat tak, že se u nemocného zpočátku omezují a poté se postupně navracejí (Bártlová, Matulay, 2009). Poslední skupina potřeb jsou ty, které nemocí přímo vznikly. Tyto potřeby pak jsou uspokojovány v rámci lékařského procesu, a tudíž jejich naplňování závisí na aktuální úrovni a možnostech lékařských věd a léčebné ošetrovatelské praxi. Jako příklad takovýchto potřeb u pacienta s amputací lze uvést pooperační a fantomové bolesti, které je nutno tišit (Bártlová, Matulay, 2009).

Tyto potřeby však také závisí i na řadě dalších okolností, jako jsou: charakter, stupeň, závažnost, průběh onemocnění a stav pacienta v závislosti na nemoci. Dále struktura osobnosti nemocného, jeho interpretace nemoci založená na znalostech onemocnění a informacích získaných od ošetřujících či vlastní náhled na chorobu a identifikace s ní.

Důležitá je i předešlá zkušenost pacienta s nemocí a chování okolí, zejména na vztahu rodinní příslušníci - pacient, lékař - pacient, sestra - pacient, společnost – pacient. Jako příklad lze opět uvést bolest po amputaci – zde záleží na věku nemocného, na jeho prahu citlivosti, na předchozích zkušenostech (např. předchozí bolestivá operace bude mít vliv na průběh aktuální pooperační bolesti) a i dostupných informacích (např. pokud se pacient od spolupacienta dozvěděl, že on po amputaci trpí urputnými bolestmi, může se sám na tyto bolesti soustředit a vnímat pak intenzitu bolesti jako vyšší) (Bártlová, Matulay, 2009).

Vzhledem k určitému onemocnění dochází u pacienta ke vzniku několika nových potřeb. Existují tři obecné roviny, ve kterých se každá potřeba promítá do subjektu pacienta: potřeba navrácení zdraví (amputace je nezvratný proces, pacient se musí adaptovat na novou životní situaci), potřeba zbavit se bolesti nebo zmenšit bolest, potřeba obnovení a udržení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo se připravit na nové (Křivohlavý, 2002).

V souvislosti s uspokojováním potřeb je jedním z cílů ošetřovatelské péče systematické a komplexní uspokojování potřeb nemocného člověka s respektem k individuální kvalitě života, jež vede k udržení nebo navrácení zdraví či zmírnění důsledků nemoci. Jinými slovy, moderní ošetřovatelství je orientováno na člověka se všemi jeho potřebami a problémy, kdy úkolem sestry je tyto problémy (potřeby) správně a včas identifikovat, stanovit jejich příčinu, stupeň závažnosti a stanovit nejvhodnější způsob řešení. K tomu může sestra využívat různé nástroje či teoretické modely, jež sestře poskytují teoretický rámec při poskytování kvalitní a bezpečné ošetřovatelské péče (Plevová et al., 2011).

Sebepéčí se zabývala D. E. Oremová, která vyvinula ošetřovatelský model, jež se skládá ze tří základních teorií: teorie sebepéče, teorie deficitu sebepéče a teorie ošetřovatelských systémů (Halmo, 2015).

1.4 Ošetřovatelský model dle D. E. Oremové

Jak už bylo v úvodu uvedeno, amputace dolní končetiny s sebou přináší významný zásah do života pacienta. Úkolem sestry je převážně v prvních dnech po operaci pacientům pomoci, jak po fyzické a sociální, tak i především po psychické stránce se na nově vzniklou situaci adaptovat. V rámci adaptace je potřeba nemocného podporovat a to zpočátku v sebeděči. K tomu, aby byla sestra schopna pochopit potřeby pacienta, je nezbytné, aby se snažila pracovat metodou ošetřovatelského procesu. V rámci poskytování péče v ošetřovatelském procesu lze použít ke zkvalitnění péče některý z ošetřovatelských modelů, který poskytuje sestře konceptuální rámec, podle něhož systematicky pracuje, přemýšlí co, proč a jak dělá (Plevová et al., 2011).

Konceptuální modely v ošetřovatelství poskytují směr pro praxi (jak péči co nejlépe poskytovat), vzdělávání (jak sestry nejlépe připravovat) a výzkum (kam se bude ošetřovatelství ubírat) (Pavlíková, 2006 in Plevová et al., 2011).

Jedním z ošetřovatelských modelů, který lze využít při identifikování potřeb a zajištění deficitní péče nejenom u pacientů po amputaci dolní končetiny je model Dorothei Elizabeth Oremové – Teorie deficitu sebeděče (Halmo, 2015).

1.4.1 Biografie a vývoj modelu D. E. Oremové

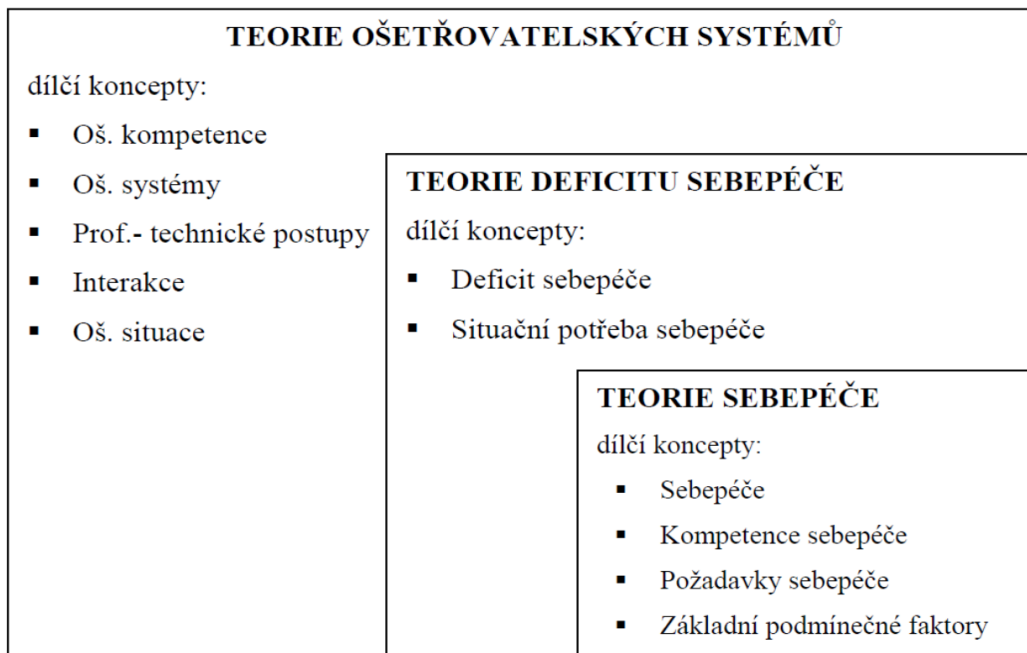
D. E. Oremová byla významnou osobností ošetřovatelství, jež se zabývala kvalitou poskytované ošetřovatelské péče. Ošetřovatelství chápala jako intervence vykonávané sestrou ve spolupráci s pacientem, kdy jeho cílem je uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb jednotlivce v kontextu s prostředím (Orem et al., 2001).

Narodila se roku 1914 ve městě Baltimore ve Spojených státech amerických. Základní ošetřovatelské vzdělání ukončila ve Washingtonu na Hospital School of Nursing v roce 1930. Bakalářské studium absolvovala v roce 1939 v oboru edukace v ošetřovatelství na Catholic University of America, kde získala ve stejném oboru také magisterský titul. Zkušenosti čerpala na základě vykonané ošetřovatelské praxe v různorodém prostředí - jako sestra v domácí péči, sestra v nemocnici na oddělení či operačním sále nebo jako sestra konzultantka. Od roku 1940 působila jako ředitelka pro ošetřovatelství v Providence Hospital School v Detroitu. Dále pak pracovala ve státě Indiana, kde

začala pracovat na své ošetrovatelské teorii. Zásadní se pro ni stal rok 1971, kdy vydala svojí nejznámější publikaci „Nursing: Concepts of Practice“ tedy „Ošetrovatelství: Koncepce praxe“. Získala několik čestných doktorátů (Georgetown University, Catholic University of America, Washington) a i přesto, že odešla do penze, zůstávala stále aktivní. Zemřela v roce 2007 (Plevová, Slowik, 2008; Halmo, 2015).

Její model patří mezi modely vývojové a humanistické. Při jeho tvorbě se inspirovala filosofií humanismu (zaměření na člověka a na lidský život, jež jsou považovány za nejvyšší hodnoty) a vycházela z prací významných filozofů a psychologů, např. Selyeho, Fromma, Allporta. Zmiňovaní filozofové a psychologové nahlízejí na člověka coby individuum a nemalý význam přikládali sociálnímu prostředí, v němž člověk žije. Hans Selye se navíc zabýval výzkumem stresu. Jako východisko pro tvorbu modelu se inspirovala z již dostupných ošetrovatelských modelů, jako jsou např. model Nightingaleové, Hendersonové, Peplauové, Wiedenbachové, Orlandové, Abdellahové atd.). V roce 1973 aplikovala svojí teorii v praxi a následně ji rozšiřovala a zdokonalovala. V roce 1983 publikovala kapitolu Ošetrovatelská teorie deficitu sebedpěče v knize Rodinné zdraví: Teoretický přístup ošetrovatelské péče (Plevová, 2011).

Tabulka 1 Propojení základních teorií modelu D. E. Oremové



Zdroj: HALMO, R., 2015. *Sebedpěče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.

Během své ošetrovatelské praxe D. E. Oremová zaznamenala, že lidé dožadující se lékařské péče, zároveň nepotřebují vždy ošetrovatelskou péči. Zato jedinci, kteří se o sebe nemohou průběžně starat v přiměřeném rozsahu a kvalitě z hlediska jejich zdravotního stavu, ti ošetrovatelskou péči potřebují. Díky tomu, že se inspirovala od filosofů, psychologů a z ošetrovatelských modelů D. E. Oremová vytvořila konceptuální rámec, kde znázorňuje propojení tří základních teorií (viz tabulka 1). Jimi jsou: teorie sebepéče, teorie deficitu sebepéče a teorie ošetrovatelských systémů (Orem et al., 2001; Halmo, 2015).

D. E. Oremová ve svém modelu sebepéče vycházela z předpokladu, že lidé mají přirozenou schopnost sebepéče, která je odrazem jejich potřeb. Avšak potřeby a nároky na sebepéči se mění v závislosti na mnoha faktorech (věk, pohlaví, zdravotní stav apod.) a každý jedinec o sebe pečuje v rámci svých možností. Ošetrovatelská péče poskytovaná profesionály – tedy sestrami – je pak využívána v případě, že jedinec není schopný sám zcela nebo zčásti uspokojovat své potřeby (Orem et al., 1997). Ošetrovatelství je tedy považováno za službu, která je poskytovaná osobám s aktuálním nebo potenciálním deficitem sebepéče. Deficit sebepéče může být, avšak nemusí být spojen s nějakým onemocněním či handicapem (může být i v souvislosti s přibývajícím věkem atd.). Cílem ošetrovatelské péče je tedy zajistit schopnost pečovat o sebe v co největší míře, zachovat optimální stav zdraví a předcházet nemocem a poranění (Orem et al., 2001).

Hlavní jednotky modelu jsou pak pojímány následovně:

Cílem ošetrovatelství je taková úroveň schopnosti sebepéče pacienta, aby si byl schopen zajistit své potřeby a udržet si optimální stav zdraví. Pacient je pak definován jako jedinec, který má aktuálně projevy deficitu sebepéče či u něho potencionálně takovýto deficit hrozí (např. v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu, v případě této práce se jedná o člověka po amputaci dolní končetiny). Rolí sestry je zhodnotit schopnosti sebepéče pacienta a poskytnout mu ošetrovatelskou péči s cílem zvýšit jeho soběstačnost v uspokojování potřeb. K zhodnocení schopnosti sebepéče sestry využívají pozorování, rozhovor s pacientem a měřicí techniky (např. Test soběstačnosti Barthelové, ADL test – test aktivit běžného života atd.). Zdrojem potíží jsou překážky v sebepéči pacienta (např. amputace, jež sebou nese především omezení hybnosti a pooperační bolest). Ohniskem zásahu je oblast, ve které je diagnostikován deficit

sebepéče (u osob po amputaci jde především o oblast provedení hygienické péče, popř. oblékání, lokomoce atd.). Způsob zásahu představují tři terapeutické systémy s ohledem na soběstačnost jedince (plně kompenzující, částečně kompenzující a podpůrně-výchovný systém) a výběr vhodných ošetrovatelských intervencí. Důsledky přináší zhodnocení dosažených cílů, v tomto případě očekávaná úroveň sebepéče (Pavlíková, 2006 in Plevová et al., 2011; Taylor, Renpenning, 2011).

1.4.2 Teorie sebepéče

Teorie sebepéče je jádrem modelu, bez něhož nelze pochopit model D. E. Oremové jako celek. Teorie sebepéče se skládá z dílčích konceptů, kterými jsou: sebepéče, kompetence sebepéče a požadavky sebepéče (Bekel, Halmo, 2004).

Sebepéče je definována jako péče o sebe sama či prostřednictvím sebe sama. Podle ní člověk v průběhu života získává vědomosti a schopnosti pečovat o své zdraví, především v rámci rodiny či sociální skupiny (za nejdůležitější období je pak považováno dětství). V případě potřeby (např. při onemocnění, po úraze) se však člověk musí naučit nové formy sebepéče, které posléze zařazuje do svého systému sebepéče. Onemocnění tudíž nemusí být důvodem pro poskytování ošetrovatelské péče, jestliže je daný jedinec schopný vykonávat sebepéči sám (Taylor, Renpenning, 2013).

Kompetence sebepéče jsou pak individuální schopnosti jedince provádět péči o sebe sama. D. E. Oremová (in Bekel, Halmo, 2004) je rozdělila do tří dílčích konceptů: na činnosti sebepéče, potenciální komponenty a základní dispozice a schopnosti. Činnosti sebepéče zahrnují jednak jednotlivé činnosti při provádění sebepéče, ale i činnosti, které pomáhají člověku zvládat péči o sebe sama (např. získané vědomosti, umění se rozhodovat atd.). Potenciální komponenty jsou specifické schopnosti sebepéče, které umožňují vykonávání činností sebepéče (např. schopnost udržet pozornost, schopnost rozhodovat se, schopnost osvojit si potřebné znalosti atd.). Základní dispozice a schopnosti pak představují vědomé jednání člověka a jeho postoje, které získává člověk v průběhu života. Patří sem jeho kulturní zkušenosti, schopnost učení, schopnost orientace a další (Orem et al., 2001).

Požadavky sebepéče jsou aktivity či opatření, která jsou využívána k zabezpečení vlastní sebepéče nebo péče o jiné závislé osoby a určují úroveň sebepéče. De facto

vysvětlují, proč se má někdo starat sám o sebe či jiné osoby. D. E. Oremová (in Halmo, 2015) rozlišuje tři skupiny požadavků: obecné (univerzální) požadavky sebeděče (OPSP), vývojově podmíněné požadavky sebeděče (VPSP), zdravotně podmíněné požadavky sebeděče (požadavky související s odchylkou od zdraví, tedy terapeutické požadavky).

V jednotlivých skupinách jsou shrnuty informace o tom, na co jsou zaměřeny činnosti sebeděče a čeho má být dosaženo či co má být změněno k zachování života, pohody a zdraví (Halmo, 2015).

Mezi *obecné požadavky sebeděče* patří udržování dostatečného přívodu vzduchu, dostatečného přívodu tekutin, zachování dostatečného přívodu potravy, udržování správného vylučování stolice a moče, udržování rovnováhy mezi aktivitou a odpočinkem (u pacientů po amputaci dolní končetiny jedním ze stěžejních problémů), rovnováhy mezi samotou a sociální interakcí, prevence faktorů ohrožujících lidský život, jeho funkci a pohodu well-being. Dále podpora životních funkcí a rozvoje osoby v rámci společenských skupin (Dennis, 1997; Taylor, Renpenning, 2013).

Vývojově podmíněné požadavky sebeděče jsou spojené s růstem a vývojem organismu. Označují faktory, jež umožňují vývoj člověka v různých fázích života. D. E. Oremová rozlišuje tři skupiny těchto požadavků sebeděče. Jím jsou:

- Zajištění podmínek pro podporu vývoje jedince, to je například udržení fyzikálních, sociálních a okolních podmínek, které dávají pocit pohody a bezpečí, zajištění a udržení podmínek s optimálními senzoryckými podněty, pro podporu afektivního a kognitivního vývoje, zajištění podmínek a zkušeností nutných pro rozvoj schopností pro život ve společnosti a pro rozvoj sebevědomí, naučení se zvládat strach (Halmo, 2015).
- Zainteresovanost ve vývoji sebeděče označuje například pochopení a reflexe vlastního jednání, schopnost učit se akceptovat pocity s ohledem na vlastní osobu a ostatní lidi, reflexe cílů a hodnot, zodpovědnost v určitých životních situacích či podpora duševního zdraví (Halmo, 2015).
- Poruchy vývoje v souvislosti s životním prostředím nebo nemocí, v případě této práce po amputaci dolní končetiny. Cílem těchto požadavků sebeděče je zabránit

negativním důsledkům vývoje a zajistit takové podmínky a zkušenosti, které mírní a překonávají stávající negativní vlivy na vývoj jedince (Halmo, 2015).

Další skupinou požadavků sebek péče jsou *zdravotně podmíněné požadavky sebek péče* – terapeutické požadavky. Mezi ně se řadí vyhledávání a zajištění vhodné lékařské péče, uvědomění si onemocnění, jeho příčin a důsledků, efektivní dodržování a provádění naordinovaných doporučení. Dále akceptace změny konceptu sebe sama v souvislosti s aktuálním zdravotním stavem a přijetí důsledků patologických stavů a naučení se s nimi žít (Dennis, 1997; Bekel, Halmo, 2004).

Pokud jsou kompetence sebek péče v rovnováze s požadavky sebek péče, nevzniká žádný deficit. Jestliže však požadavky sebek péče převyšují kompetence sebek péče, pak vzniká deficit (Bekel, Halmo, 2004).

1.4.3 Teorie deficitu sebek péče

V pojetí D. E. Oremové teorie deficitu sebek péče představuje, v jakých případech je potřebná ošetrovatelská péče a proč se v určitých situacích lidé nemohou starat sami o sebe. Jejím základem je teze, že deficit sebek péče musí být pocíťovaný deficit, nejenom přítomnost postižení (např. člověk se zlomenou rukou se může bez problémů napít, pokud má k dispozici slámku a nemusí tento problém vnímat jako deficitní, obdobně člověk zvyklý na protézu dolní končetiny, který se ji naučil používat a adaptoval se na novou životní situaci, nebude chůzi považovat za problém, oproti pacientovi bezprostředně po amputaci, pro kterého je nyní ztráta končetiny problémem). Tento deficit může být přítomný nebo potencionální. Jedná se o situační potřebu sebek péče osoby, u které schopnosti k sebek péči neumožňují naplnění některých nebo všech potřeb sebek péče. D. E. Oremová (in Rempening, Taylor, 2013) pak situační potřebu sebek péče definuje jako aktuálně vytvořenou soustavu opatření nebo činností sebek péče, která je pro daného jedince potřebná v daném čase, na danou dobu a na daném místě k uspokojení jeho individuálních potřeb sebek péče v dané situaci. Jinými slovy se jedná o popis činností, jež budou mít pozitivní vliv na danou situaci (Halmo, 2015).

Deficit sebeděče pak může být tedy částečný nebo úplný (tzn. jedinec nedisponuje schopnostmi uspokojovat potřebu sebeděče) (Orem et al., 1997). Pomoc v případě deficitu může být poskytována formou ošetrovatelské péče o pacienta, směřováním pacienta, jeho edukace a motivace. Formou fyzické, nebo psychické opory a zajištěním podpůrného prostředí pro rozvoj pacienta (Bekel, Halmo, 2004; Plevová et al., 2011).

1.4.4 Teorie ošetrovatelských systémů

Teorie ošetrovatelských systémů udává způsob a objem ošetrovatelských činností, které pomáhají sestře nebo pacientovi regulovat potřeby sebeděče (Orem et al., 1997). Teorie se skládá z pěti dílčích konceptů – jimi jsou ošetrovatelské kompetence, ošetrovatelské systémy, profesionálně-technologické postupy a interakce a situace ošetrovatelské praxe (Pabst, 2013). Sestry by pak jako profesionálky měly být schopné identifikovat jedince s deficitem sebeděče, určit rozsah jeho deficitu a podle toho umět poskytnout potřebnou péči za pomoci vhodného ošetrovatelského systému (Orem et al., 1997). D. E. Oremová (in Taylor, Renpenning, 2013) rozlišuje tři základní ošetrovatelské systémy: plně kompenzační, částečně kompenzující a podpůrně-výchovný systém.

Plně kompenzační systém poskytuje ošetrovatelské aktivity, které kompenzují pacientovu neschopnost sebeděče, podporují ho a vedou. Znamená to, že se jedná o pacienty např. v bezvědomí, u pacientů, kteří nejsou schopni se sami rozhodovat (např. u těžce demenčních osob je třeba neustálé vedení a opakování instrukcí) či u nepohyblivých pacientů, po amputaci dolní končetiny nevyjímaje (Orem et al., 2001; Taylor, Renpenning, 2013).

Částečně kompenzující systém je určen pro pacienty, kteří nemají dostatek vědomostí k sebeděči, nejsou na ni psychicky připraveni či jsou omezení v pohybových aktivitách a zručnosti, jako je tomu například po amputaci. Pacient je tedy schopen plnit jen některé požadavky sebeděče, a proto zbylé požadavky sestra vhodně naplňuje. Tento systém obsahuje požadavky sebeděče za pacienta, pomoc pacientovi a jeho řízení v sebeděči (Taylor, Renpenning, 2013; Pabst, 2013).

Podpůrný a edukační systém podle Plevové et al. (2011) reguluje vývoj pacientovy sebeděče kombinací podpory, poučování a vedení. Taktéž sem spadá zajištění příznivého prostředí.

1.5 Aplikace modelu D. E. Oremové v ošetrovatelském procesu

Jak už bylo uvedeno, k tomu, aby byla sestra schopna pochopit potřeby pacienta, je nezbytné, aby pracovala metodou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces se skládá ze vzájemně propojených a podmíněných fází (posouzení, diagnostika, plánování, realizace a hodnocení), jež jsou prováděny ve prospěch jednotlivce (pacienta), což umožňuje systémový přístup k ošetrovatelské péči (Plevová et al., 2011). Hickey (1990, in Plevová et al., 2011) ošetrovatelský proces definuje jako systematickou metodu, v rámci které sestry plánují a poskytují péči jednotlivcům. Ošetrovatelský proces pak „vyžaduje a zahrnuje problém řešící přístup, který umožňuje sestram identifikovat pacientovy problémy a potřeby, plánovat, realizovat a vyhodnotit ošetrovatelskou péči“ (Hickey, 1990, in Plevová et al., 2011, s. 107). Jedná se tedy o pracovní rámec, jež umožňuje sestram zaměřit se na potřeby jedince a používat své vědomosti v organizování péče.

Dle Plevové et al. (2011) lze aplikovat model D. E. Oremové ve třech fázích ošetrovatelského procesu. První fází je ošetrovatelská anamnéza. Ta popisuje oblasti, ze kterých sestry získávají informace pro rozhodování a plánování. Nejdříve jsou zjišťovány požadavky kladené na schopnosti pacienta se o sebe postarat a pacientovy schopnosti tyto požadavky plnit. Na základě těchto informací sestra určuje potřebu ošetrovatelského zásahu. Poté je zjišťován deficit sebepéče, a zda je tento deficit důsledkem nedostatku vědomostí, zručnosti či motivace dosáhnout soběstačnosti. Skrze ošetrovatelskou anamnézu se zjišťuje, zda zdravotní a psychický stav pacienta umožňuje, aby se sám o sebe postaral, a určuje, zda se v budoucnu bude pacient schopen sám o sebe postarat v plné míře (Plevová et al., 2011). Bekel a Halmo (2004) k této fázi dodávají, že její součástí je i stanovení ošetrovatelské diagnózy (většinou uváděno jako samostatný krok ošetrovatelského procesu), kdy podle D. E. Oremové není důležitý její přesný název, protože slouží pouze k přiblížení problému pacienta.

V rámci plánování ošetrovatelské péče se stanovuje cíl a plánují se ošetrovatelské zásahy. Cíle jsou zaměřené na pacienta a ošetrovatelské intervence by měly být pouze doplněním toho, co je pacient schopný udělat sám. Tudíž je v procesu plánování nezbytná spolupráce s pacientem (Plevová et al., 2011).

Poslední fází je hodnocení ošetrovatelské péče, jež zahrnuje zhodnocení pokroků pacienta v jednotlivých oblastech sebestačnosti. Žiaková et al. (2007, in Plevová et al., 2011) připomíná, že je zde kladen důraz na ošetrovatelskou dokumentaci.

V praxi tedy sestra posuzuje schopnost sebestačnosti pacienta již při příjmu na oddělení a pak průběžně po celou dobu hospitalizace. To je nezbytné k definování problémů při uspokojování potřeb a pro plánování potřebných intervencí, které musí odpovídat stavu a sebestačnosti nemocného. Pro posouzení schopnosti sebestačnosti může sestra využít vlastní pozorování, kdy pozoruje nemocného a jeho sebestačnost při základních denních činnostech (např. při stravování, hygieně, přemístění na toaletu apod.), dále rozhovor (odebrání ošetrovatelské anamnézy) a měřicí techniky a škály, které hodnotí stupeň sebestačnosti sebestačnosti nemocného. Výhodou testovacích škál je jejich poměrná jednoduchost, srozumitelnost a většinou ani nejsou obsáhlé a tudíž tolik nezatěžují pacienta (Magurová, Majerníková, 2009).

Mezi používanější testy a škály patří Barthel index test (Barthelové test základních všedních činností ADL, viz příloha 7). Ten měří schopnost sebestačnosti v běžných denních činnostech, u kterých je typická pravidelnost, automaticnost a provádění bez pomoci jiné osoby. Jím jsou např. přijímání stravy, osobní hygiena, oblékání, schopnost přemístit se z lůžka na židli, chůze a další. Na základě označených odpovědí se vyhodnocuje, do jaké míry je pacient závislý na svém okolí (Trachtová et al., 2013). Dalším hojně využívaným testem je Test instrumentálních všedních činností (IADL, viz příloha 8), který se zaměřuje na komplexní aktivity jako je nakupování potravin, jízda dopravním prostředkem či schopnost spravovat osobní finance (Magurová, Majerníková, 2009). Obě tyto škály byly uplatněny v rámci empirické části k posouzení sebestačnosti pacienta po amputaci dolní končetiny. Využití standardizovaných hodnotících nástrojů je důležité pro klinickou praxi, protože díky nim lze stanovit aktuální stav pacienta (v případě této práce pacienta po amputaci dolní končetiny) a odhadnout jeho možnosti. Právě odhad fyzických a psychických možností pacienta a jeho sebestačnosti je důležitý pro jeho bio-psycho-sociální rehabilitaci a návrat do běžného života. K určení sebestačnosti lze využít i testy k posouzení kognitivních funkcí pacienta, protože právě ty určují jeho schopnost zapamatovat si určitou věc, orientovat se v situaci, řídit se instrukcemi a konstruktivně řešit aktuální problémy. Mezi takovéto testy patří např. Mini mental state exam (MMSE) či Montrealský

kognitivní test (Moca). Podle Trachtové et al. (2013) se v případě mírné kognitivní poruchy snižuje vykonávání denních aktivit nemocného.

Podle Staňkové (2007) k rychlému zhodnocení soběstačnosti pacienta může sloužit i rozdělení do čtyř základních skupin podle stupně soběstačnosti. První stupeň soběstačnosti zahrnuje ty pacienty, kteří jsou zcela soběstační a nepotřebují pomoc. Druhý stupeň soběstačnosti zahrnuje pacienty, jenž jsou částečně soběstační a jsou schopni sebezpěče i mimo lůžko, ale s dopomocí druhé osoby. Třetí stupeň soběstačnosti již však zahrnuje pacienty, kteří jsou úplně či částečně soběstační, ale jsou upoutáni na lůžko a potřebují pomoc sestry při běžných denních úkonech. V posledním, čtvrtém stupni soběstačnosti, jsou pacienti, jež jsou zcela nesoběstační (imobilní) či jsou v bezvědomí. Ti potřebují úplnou pomoc sestry a ošetřujícího personálu.

2 Metodika

2.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem této diplomové práce bylo zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny a potřebnou dopomoc ze strany ošetřujících všeobecných sester v praxi s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové. Na základě této premise byly stanoveny tři dílčí cíle:

Cíl 1: Zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové.

Cíl 2: Zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové (podpůrně-výchovný ošetrovatelský systém, částečně kompenzační ošetrovatelský systém, plně kompenzační ošetrovatelský systém) sestry podporují pacienty po amputaci dolní končetiny v sebepéči.

Cíl 3: Zjistit, jaké způsoby pomoci využívají sestry v péči o pacienty po amputaci dolní končetiny.

V návaznosti na cíle bylo stanoveno sedm výzkumných otázek (VO):

VO 1: Jaké problémy mají pacienti v univerzálních požadavcích sebepéče?

VO 2: Jaké problémy mají pacienti ve vývojových požadavcích sebepéče?

VO 3: Jaké problémy mají pacienti v terapeutických požadavcích sebepéče?

VO 4: Na jaké činnosti se sestry zaměřují v podpůrně-výchovném ošetrovatelském systému při podpoře sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny?

VO 5: Na jaké činnosti se sestry zaměřují v částečně kompenzačním ošetrovatelském systému při podpoře sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny?

VO 6: Na jaké činnosti se sestry zaměřují v plně kompenzačním ošetrovatelském systému při podpoře sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny?

VO 7: Jaké způsoby pomoci dle pojetí D. E. Oremové využívají sestry při poskytování péče pacientům po amputaci dolní končetiny?

2.2 Operacionalizace pojmů

Sebepéči podle D. E. Oremové lze chápat jako lidskou, regulatorní funkci, jež jedinec pro sebe sama vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče) za účelem zajištění a udržení určitého stavu materiálních věcí a podmínek k životu (Halmo, 2015).

Úroveň sebepéče lze v pojetí D. E. Oremové nepřímou hodnotit dle problémů pacientů v univerzálních, vývojových či terapeutických požadavcích sebepéče. Pro posouzení schopnosti sebepéče může sestra využít vlastní pozorování, kdy pozoruje nemocného a jeho soběstačnost při základních denních činnostech (např. při stravování, hygieně, přemístění na toaletu apod.), dále rozhovor (odebrání ošetřovatelské anamnézy) a měřicí techniky a škály, které hodnotí stupeň soběstačnosti sebepéče nemocného, jako například ADL (Barthelové test základních všedních činností) (Magurová, Majerníková, 2012).

Systémy v pojetí D. E. Oremové udávají způsob a objem ošetřovatelských činností, které pomáhají sestře nebo pacientovi regulovat potřeby sebepéče (Orem et al., 1997). D. E. Oremová (in Taylor, Renpenning, 2013) rozlišuje tři základní ošetřovatelské systémy: plně kompenzační, částečně kompenzující a podpůrně-výchovný systém.

Způsoby pomoci jsou vnímány jako ošetřovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny, zahrnují nejenom péči o stravu, hygienu, spánek a vylučování pacienta, ale i péči o pooperační ránu a pahýl amputované končetiny. Výjimkou v péči není ani důsledné tlášení bolesti, včasná rehabilitace (návěky vstávání a chůze) a návěky sebeobsluhy při běžných denních aktivitách. Důležitá je i péče o psychiku pacienta a jeho motivace ke spolupráci a aktivní zapojení do léčebného režimu (Pinetová, Klusoňová, 2014).

2.3 Metodika výzkumu

Výzkumná část byla realizována prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření, jež probíhalo na chirurgických odděleních dvou nemocnic krajského typu. Ke sběru dat byl využit individuální polostrukturovaný rozhovor, jehož teoretickým východiskem se stal model D. E. Oremové. Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření probíhalo mezi všeobecnými sestrami a pacienty po amputaci dolní končetiny, byly rozhovory u skupiny pacientů dále doplněny o škály ADL (Barthelové test všedních denních činností), IADL (Test instrumentálních všedních činností) a analogovou škálu bolesti (VAS). Důvodem zařazení těchto škál byla snaha objektivizovat úroveň soběstačnosti (pomocí škál ADL a IADL) a míru bolesti (VAS), jež je u amputací velmi častá a může do značné míry ovlivnit soběstačnost a sebek péči pacienta.

2.3.1 Použité metody sběru dat

Rozhovor

K získání potřebných dat k výzkumnému šetření byl proveden individuální polostrukturovaný rozhovor se dvěma skupinami dotazovaných. První skupinou byli pacienti po amputaci dolní končetiny, druhou skupinou tvořily všeobecné sestry, jež pečují o pacienta po amputaci dolní končetiny. Podle Kutnohorské (2009) je rozhovor (interview) založen na přímém dotazování a patří mezi nejvýhodnější a současně mezi nejobtížnější techniky získávání kvalitativních dat. V ošetrovatelství je využíván ke zmapování života jednotlivce v nemoci.

V rámci výzkumného šetření byl použit polostrukturovaný rozhovor, který probíhá formou připravených otázek, na něž dotazovaný odpovídá, avšak výzkumník může klást doplňující či upřesňující otázky. Pro správné řazení otázek při tomto druhu rozhovoru neexistují pravidla. Tazatel musí pouze dbát na to, aby otázky byly srozumitelné a jasné a aby nevnucoval dotazovanému svůj názor, protože dotazovaný musí vyjádřit svůj vlastní názor a pocit. Tazatel zároveň u tohoto typu rozhovoru nepředkládá (na rozdíl od strukturovaného rozhovoru) předem určené formulace odpovědi (Reichel, 2009).

Výhodou kvalitativních rozhovorů je jejich vysoká výtěžnost. Mezi jejich nevýhody patří jejich obtížnost, časová náročnost na sběr a posléze na zpracování získaných dat

a v neposlední řadě i to, že jsou snadno ovlivnitelné výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Reichel, 2009).

V rámci výzkumného šetření byly všechny rozhovory individuálně provedeny a následně zpracovány. V úvodu rozhovoru byl dotazovaným vysvětlen smysl výzkumného šetření a za jakým účelem budou rozhovory použity. Dotazovaní byli seznámeni s průběhem rozhovoru a byla jim zaručena naprostá anonymita. Také byli informováni o dobrovolnosti účasti ve výzkumném šetření, že mohou kdykoliv, bez udání důvodu, svou účast ukončit. Rozhovory byly nahrány se souhlasem dotazovaných na diktafon a posléze převedeny ve spisovné češtině do elektronické podoby (přepis rozhovorů viz příloha 9), kde pak proběhlo jejich další zpracování metodou otevřeného kódování. Struktura rozhovorů s oběma skupinami dotazovaných (pacienty po amputaci dolní končetiny a všeobecnými sestrami, jež o ně pečují) je uvedena v příloze 10. V rámci předvýzkumu byl proveden rozhovor se dvěma pacienty po amputaci dolní končetiny, což posloužilo k ověření srozumitelnosti otázek. Na základě těchto rozhovorů nebylo třeba připravené otázky nijak měnit.

Barthelové test základních všedních činností (ADL – Activity of Daily Living)

Barthelové test základních všedních činností (viz příloha 7) je podle Pokorné et al. (2013) mezinárodně nejpoužívanější test pro komplexní zhodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu soběstačnosti a sebeobsluhy.

Jedná se o strukturovaný dotazník pro základní zhodnocení stupně závislosti testovaných osob. Ty jsou posuzovány v deseti základních oblastech běžného života. Jímý jsou schopnost najít se, napít se, obléknout se, provést osobní hygienu a provést celkovou koupel. Dále je posuzována kontinence moči a kontinence stolice, schopnost použití WC, schopnost chůze po rovině a chůze po schodech. Každá oblast je bodově ohodnocena (0, 5, 10 nebo 15 bodů) a na základě dosaženého skóre je stanoven stupeň závislosti posuzované osoby. Dosažení 0 – 40 bodů v součtu všech oblastí je hodnoceno jako vysoká závislost, 45 – 60 bodů je označováno jako závislost středního stupně, 65 až 95 bodů značí lehkou závislost. Plný počet bodů (tedy 100 bodů) je hodnoceno jako plná soběstačnost v základních všedních činnostech sebeobsluhy. Většinou se tento

test provádí při příjmu pacienta, při změnách jeho zdravotního stavu a při jeho propuštění (Pokorná et al., 2013).

Podle Pokorné et al. (2013) je studiemí prokázána silná spolehlivost tohoto testu a díky jeho jednoduchosti časové nenáročnosti i široká použitelnost.

Test instrumentálních denních činností (IADL – Instrumental Activities of Daily Living Scale)

Test instrumentálních denních činností (viz příloha 8) obdobně jako Barthelové test základních všedních činností slouží pro zhodnocení funkční zdatnosti pacienta ve smyslu soběstačnosti a sebeobsluhy, avšak zahrnuje činnosti širší soběstačnosti. Jím jsou: mobilita – naplánování trasy, jízda v dopravních prostředcích, manipulace s jízdenkou (odpovídající výběr, nakoupení, označení), orientace v jízdním řádu, řízení automobilu, manipulace s penězi – použití kreditní karty, plánování rozpočtu, zaplacení účtů, nakupování a péče o domácnost jako je úklid (zametání, mytí nádobí, manipulace s úklidovými prostředky), praní prádla, žehlení atd. Dále je hodnoceno použití komunikačních technologií, tj. telefonu (volání, napsání SMS) a počítač (používání e-mailu, sociálních sítí).

Každá oblast je obdobně jako u ADL bodově ohodnocena (0, 5 nebo 10 bodů) a na základě dosaženého skóre je stanoven stupeň závislosti posuzované osoby. Dosažení 0 – 40 bodů v součtu všech oblastí je hodnoceno jako závislost v IADL, 45 – 75 bodů je označováno jako částečná závislost v IADL a dosažení 80 bodů značí nezávislost posuzované osoby (Pokorná et al., 2013).

Vizuální analogová škála bolesti (VAS)

Bolest je subjektivní prožitek nemocného, a proto je její objektivní posouzení poměrně obtížné. A proto byla vytvořena řada měřících a hodnotících škál, které všeobecné sestře napomáhají určit její intenzitu.

Mezi nejjednodušší a nejpoužívanější metody určování intenzity bolesti patří škály bolesti. Vizuální analogová škála bolesti (VAS, viz příloha 11) znázorňuje kontinuum

intenzity bolesti na úsečce, která je označena čísly 0 – 10, přičemž jednotlivá čísla znamenají určitou míru bolesti: 0 = žádná bolest, 10 = nesnesitelná bolest. Pacient po poučení sestrou vyznačí na prímce vnímanou intenzitu bolesti. Tato škála má více verzí, například pro malé děti je ve formě obličejků (Pokorná et al., 2013).

2.3.2 Průběh výzkumného šetření

Samotné výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2017 do dubna 2018 (přípravná fáze listopad 2017 – únor 2018, sběr dat únor – duben 2018) ve dvou nemocnicích krajského typu, na chirurgických odděleních. Z důvodu dodržení anonymity dotazovaných, nejsou uváděna konkrétní zdravotnická zařízení, ve kterých bylo výzkumné šetření uskutečněno. Náhled povolení k výzkumnému šetření udělený oběma nemocnicemi je k dispozici u autorky práce.

Nejprve byly provedeny rozhovory s pacienty po amputaci dolní končetiny. Rozhovory byly realizovány s ohledem na soukromí u lůžka nemocného a v souladu se stanovenými cíli se zaměřovaly na zjištění úrovně jeho sebezpečí po amputaci a na identifikaci deficitních oblastí. Pro porovnání výpovědí a objektivizaci získaných dat bylo dále u této skupiny dotazovaných provedeno vyhodnocení schopnosti sebezpečí pomocí škály ADL. Vzhledem k tomu, že pooperační bolest značně ovlivňuje schopnost sebezpečí, byla dále zhodnocena i aktuální míra bolesti pomocí analogové škály bolesti (VAS).

Následně byly provedeny rozhovory se všeobecnými sestrami, jež poskytují těmto pacientům ošetrovatelskou péči. Rozhovor byl veden přímo na pracovišti sester a zaměřoval se na to, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové (podpůrně-výchovný ošetrovatelský systém, částečně kompenzační ošetrovatelský systém, plně kompenzační ošetrovatelský systém) sestry podporují pacienty po amputaci dolní končetiny v sebezpečí a jaké způsoby pomoci v péči o tyto pacienty využívají.

Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem dotazovaných zaznamenány na diktafon, aby byla zachována autentičnost výpovědí a aby nedošlo k jejich zkreslení při dalším zpracování. Posléze byly rozhovory převedeny ve spisovné češtině do elektronické podoby – forma psaného textu v programu Microsoft Office, aplikace Word. Takto převedené rozhovory byly dále zpracovány metodou otevřeného kódování.

Otevřené kódování je technika, která se díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti používá v široké škále kvalitativních projektů. Jedná se o operace, pomocí kterých jsou kvalitativní data (rozhovory) rozebrány na základní jednotky (kódy), které jsou dále rozřizeny do nadřazených pojmových kategorií, tím dojde k redukci výchozích dat. S takto nově kategorizovanými částmi textu potom výzkumník dále pracuje, kdy hledá například spojení mezi jednotlivými kategoriemi či jejich příčinnou souvislost (Disman, 2002).

Disman (2002) shrnuje postup otevřeného kódování do čtyř základních kroků. Nejprve se provádí otevřené kódování (text je rozdělen na jednotky – slova, věty, odstavce, myšlenkové celky, kdy je jednotkám přidělený kód – tedy slovo vystihující obsah jednotky) a poté je prováděna kategorizace kódů. Třetím krokem je vytváření spojení mezi jednotlivými kategoriemi a posledním krokem je interpretace zjištění.

2.4 Charakteristika vzorku dotazovaných a výzkumného prostředí

Výzkumné šetření probíhalo na chirurgických odděleních dvou nemocnic krajského typu. Vzhledem k zachování anonymity dotazovaných, nejsou tyto nemocnice více specifikovány a povolení k výzkumnému šetření podepsaná vedením obou institucí jsou k nahlédnutí u autorky práce. Cílovou skupinou dotazovaných byli pacienti po amputaci dolní končetiny a všeobecné sestry, jež jim poskytují ošetrovatelskou péči.

Výzkumný vzorek pacientů po amputaci dolní končetiny

První skupinu dotázaných tvořilo 8 pacientů po amputaci dolní končetiny. Vzhledem k tomu, že cílem bylo zjištění úrovně sebezpečí pacientů po amputaci dolní končetiny, bylo kritériem výběru těchto pacientů aktuální hospitalizace z důvodu podstoupení chirurgické amputace dolní končetiny a výška amputace v kotníku a výše. Oslovení dotázaných probíhalo za spolupráce staničních sester příslušných oddělení. Samotné rozhovory pak probíhaly s ohledem na zdravotní stav u lůžka dotazovaného s ohledem na maximální možné soukromí, jež provoz oddělení umožňoval.

Výzkumného šetření se účastnilo celkem 8 pacientů po amputaci dolní končetiny, z nichž bylo 6 mužů a 2 ženy. Průměrný věk u této skupiny respondentů byl 72,5 let, kdy nejmladšímu bylo 59 let a nejstaršímu 85 let. To je v souladu se zjištěním Bhuvanewarové et al. (2007), kdy muži podstupují amputaci častěji než ženy a u většiny z nich jsou operace prováděny ve věku 60 let a více. Většina dotázaných pacientů (7 z 8) vykazovala vysoký stupeň závislosti v testu ADL a všichni dotázaní dále vykazovali nesoběstačnost v instrumentálních všedních činnostech (IADL). Taktéž byla u této skupiny dotázaných zjišťována míra bolestivosti a přítomnost fantomových bolestí. Pouze 2 dotázaní nepocítovali fantomové bolesti. Nejčastějším důvodem (onemocnění), jež dotázané pacienty přivedl k amputaci dolní končetiny, byl diabetes mellitus. Základní charakteristiky tohoto výzkumného souboru včetně vyhodnocení jednotlivých škál (ADL, IADL, VAS) shrnuje tabulka 2.

Pacient 1 (P1)

Jedná se o ženu, ve věku 77 let, vdovu ve starobním důchodu, jež žije se synem. Nyní byla hospitalizována pro transfemorální amputaci (resekce končetiny nad kolenem) pravé dolní končetiny. Důvod amputace byla ateroskleróza končetinových tepen s gangrénou (nehojící se bércová ulcerace). Dotázaná v době rozhovoru byla 10. den po operaci. Subjektivní pociťování bolesti po operaci bylo na analogové škále bolesti VAS 2, pacientka ji slovně charakterizovala při převazu jako chvilkové štípání, dále uváděla objevující se fantomové vjemy – pocit opření pravé nohy o patu. Bolest kontinuálně tišena.

Pacient 2 (P2)

Muž, ve věku 66 let, jež je rozvedený, důchodce a žije se synem v rodinném domku. Aktuálně byl hospitalizovaný pro transtibiální amputaci (resekci končetiny v bérce) levé dolní končetiny. Důvod amputace byl diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi. Pacient již po amputaci palce pravé dolní končetiny v roce 2009. Pacient byl v době rozhovoru 12. den po operaci. Téměř pořád pociťoval fantomové bolesti, proto byla bolest kontinuálně tišena. Při rozhovoru si na bolest nestěžoval, na analogové škále bolesti ji označil VAS 1.

Pacient 3 (P3)

Třetím dotázaným pacientem byl muž ve věku 73 let, důchodce, který žije se synovcem v rodinném domku. Pacient byl hospitalizován za účelem transtibiální amputace pravé dolní končetiny, v době rozhovoru byl 8. den po operaci. Důvodem amputace byly komplikace při diabetu mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi. Dotázaný byl již po amputaci levé dolní končetiny (také v bérce). Pacient pooperační bolest ohodnotil na analogové škále bolesti VAS 9, kdy bylo nutno bolest občasně tlumit analgetiky. Fantomovy vjemy pociťoval občas, popisoval je v obou chybějících končetinách tak, jako by cítil patu nebo prsty, jako když má nasazenou botu.

Pacient 4 (P4)

Jedná se o svobodného, bezdětného muže ve věku 85 let, důchodce, který má zázemí v Domově pro seniory, kde nyní trvale žije. Aktuálně byl hospitalizovaný 11. den po transfemorální amputaci levé dolní končetiny. Důvodem amputace byl diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi. Pacient byl již po amputaci pravé dolní končetiny ze stejných důvodů. Pacient uváděl, že mívá občas fantomovou bolest, ale aktuálně že mu jsou kontinuálně podávána analgetika a že ho nic nebolí. Bolest hodnotil na VAS 2.

Pacient 5 (P5)

Pátý pacient ve výzkumném souboru byl muž, důchodce žijící s manželkou, ve věku 70 let, který byl hospitalizovaný pro transtibiální amputaci levé končetiny v bérce. Důvodem amputace byl diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi, který v roce 2011 vedl i k amputaci pravé dolní končetiny. Pacient byl v době rozhovoru 7. den po operaci. Po operaci bolest neudával (VAS 1), byla mu kontinuálně podávána analgetika. Fantomovou bolest pacient udával jen občas, popisoval je jako, že cítí, že ho bolí pata.

Pacient 6 (P6)

Jedná se o muže ve věku 71 let, důchodce, jež žije s manželkou. V době rozhovoru byl 7. den po transfemorální amputaci levé dolní končetiny nad kolenem. Amputace byla indikována z vitální indikace, kdy pacient nejprve prodělal operaci Hallux valgus, kdy však došlo k hojení per secundam. Pacientovi byla nabídnuta možnost amputace palce, to pacient odmítl a z důvodu sepse rány a zhoršení zdravotního stavu pacienta, byla nutná amputace dolní končetiny. Pooperační bolest pacient hodnotil na VAS 2, byla mu kontinuálně podávána analgetika. Pacient také uváděl objevující se fantomovou bolest, kterou charakterizoval jako ohromnou, nesnesitelnou.

Pacient 7 (P7)

Předposlední dotázanou ve výzkumném souboru pacientů byla žena, důchodkyně, ve věku 79 let, jež žije se svými dětmi v rodinném domku. Ta byla přijata pro resekci pravé dolní končetiny v bérce (tj. transtibiální amputace) z důvodu gangrény pravého palce nohy (diabetická noha) při diabetu mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi. V době provádění rozhovoru byla 5. den po operaci. Na bolest si po operaci nestěžovala (VAS 1), byla jí kontinuálně podávána analgetika. Na fantomové bolesti si taktéž nestěžovala, netrpí jimi.

Pacient 8 (P8)

Jedná se o 59 letého muže, v invalidním důchodu, který žije sám v bytě. Byla mu chirurgicky snesena levá dolní končetina v oblasti nad kolenem (transfemorální amputace). Důvodem amputace byla gangréna při diabetu mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi (diabetická noha). V době rozhovoru byl pacient 3. den po operaci, bolest neudával (VAS 3), byla mu kontinuálně podávána analgetika. Fantomovy bolesti pacient negoval.

Tabulka 2 Souhrnná charakteristika dotázaných pacientů po amputaci dolní končetiny

Pacient (P)	Věk	Pohlaví	Den po operaci	ADL	IADL	VAS před a po
P1	77	Žena	10	25 Vysoká závislost	15 Nesoběstačná	9/2
P2	66	Muž	12	45 Stř. stupeň záv.	35 Nesoběstačný	8/1
P3	73	Muž	8	35 Vysoká závislost	20 Nesoběstačný	1/9
P4	85	Muž	11	25 Vysoká závislost	35 Nesoběstačný	5/2
P5	70	Muž	7	40 Vysoká závislost	30 Nesoběstačný	2/1
P6	71	Muž	7	40 Vysoká závislost	35 Nesoběstačný	8/2
P7	79	Žena	5	25 Vysoká závislost	20 Nesoběstačná	4/1
P8	59	Muž	3	30 Vysoká závislost	25 Nesoběstačný	10/3

Zdroj: vlastní.

Výzkumný vzorek všeobecných sester

V rámci výzkumného šetření bylo osloveno celkem 17 všeobecných sester, jež poskytují ošetrovatelskou péči o pacienty po amputaci dolní končetiny. Avšak výzkumu se bylo ochotno účastnit pouze 11 z nich. Základní charakteristiky dotázaných prezentuje tabulka 3 níže.

Tabulka 3 Charakteristika dotázaných – všeobecné sestry

Sestra (S)	Věk	Pohlaví	Vzdělání
S1	34	Žena	VŠ – Bc.
S2	46	Žena	SŠ
S3	28	Žena	VŠ – Mgr.
S4	53	Žena	SŠ
S5	37	Žena	SŠ
S6	42	Žena	SŠ
S7	25	Žena	VŠ – Bc.
S8	39	Žena	VOŠ
S9	44	Žena	SŠ
S10	56	Žena	SŠ
S11	30	Žena	VŠ – Bc.

Zdroj: vlastní.

Všechny dotázané sestry ve výzkumném vzorku (jednalo se výhradně o ženy) byly všeobecné sestry ve věku od 25 let do 56 let (věkový průměr tohoto výzkumného souboru byl 39,5 let). Vzdelání dotázaných bylo středoškolské (S2, S4, S5, S6, S9, S10), vyšší odborné (S8) a vysokoškolské, kdy 1 sestra získala magisterský titul (S2) a 3 dotázané sestry bakalářský titul (S1, S7, S11).

Rozhovory s dotázanými sestrami probíhaly přímo na chirurgickém oddělení, v prostorách oddychové místnosti pro sestry s ohledem na zachování soukromí během rozhovoru.

3 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány na základě analýzy rozhovorů s oběma skupinami dotázaných metodou otevřeného kódování. Odpovědi dotázaných po jazykové úpravě jsou vyznačeny kurzívou, kdy jednotlivé kódy, jež vyplynuly z rozhovorů, jsou vyznačeny tučným písmem. Získané kódy byly posléze roztříděny do nadřazených pojmových kategorií. Nad souvislostmi mezi jednotlivými kategoriemi a vztahem k cílům práce se zabýváme v diskuzi. Pro přehlednost jsou za některými zpracovanými kategoriemi výsledky šetření znázorněny v diagramu.

3.1 Rozhovory s pacienty

Kategorie 1: **Vnímané problémy v souvislosti s amputací dolní končetiny**

Kategorie 1 byla nazvána vnímané problémy v souvislosti s amputací dolní končetiny. Jedná se o analýzu výpovědí dotázaných pacientů a jejich vnímání aktuálních i budoucích problémů ve spojitosti s prodělanou amputací dolní končetiny (viz diagram 1).

Odpovědi pacientů se do značné míry lišily, nejvíce však uváděli problémy se **změnou polohy** a s **pohybem** (P1, P3, P5, P8). P1: „...*ted' mám velký problém, že si nemůžu sednout. Musí mě vždycky sestra vzít za ruku a přitáhnout...*“. P3: „...*zatěžuje mě...všechno vlastně...pohyb*“. P8: „*Pohyb bude horší, ale to chce čas.*“

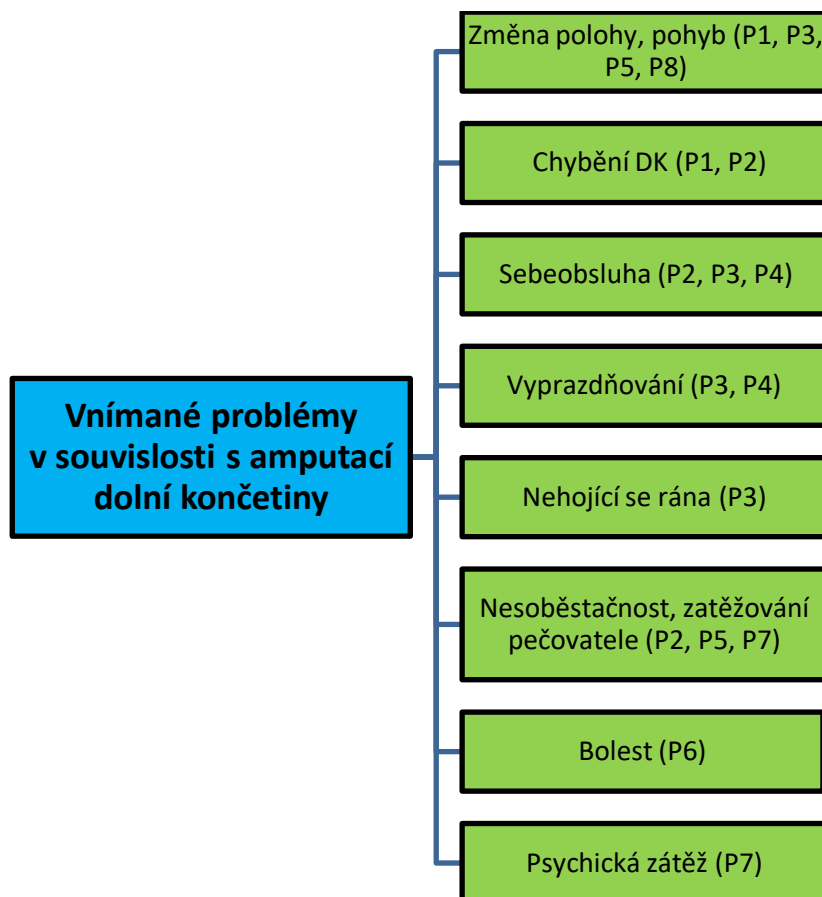
Problémy se změnou polohy a s pohybem byly uváděny i jako nejvíce zatěžující (P1, P2, P3, P5, P6, P8). P2: „*Asi nejvíce mě zatěžuje chůze.*“. P6: „*že nemůžu chodit, nemůžu se ani posadit na posteli. Nemám žádnou stabilitu.*“

S pohybem souvisí i vnímání **chybění dolní končetiny** jako problému, které uvedli dva dotázaní (P1, P2). P1: „...*člověk přijde o nohu, tak problém to je už tak velký.*“ P2: „*No tak to by měl mít asi každý, když jde o nohu... asi nejvíce mě zatěžuje chůze.*“ Taktéž i **sebeobsluha** (P2, P3, P4), **nemohoucnost** a **zátěž pečovatele** (P5), které vnímají jako nejvíce zatěžující dva dotázaní (P2, P7). P2: „*Problémy mám, když si chci něco podat, co potřebuji. Jsem takový nemohoucí.*“ P4: „*Nemůžu si podat věci, pokud nejsou*

v dosahu“. P5: „Pohyb. No a péče druhého o mě. Že se to vztahuje na moji manželku, že o mě bude muset pečovat.“

Dalšími uváděnými problémy v souvislosti s amputací dolní končetiny byly uváděny vyprazdňování (P3, P4), nehojící se rána (P3), bolest (P6) a psychická zátěž (P7).

Diagram 1 Pacienty vnímané problémy v souvislosti s amputací DK

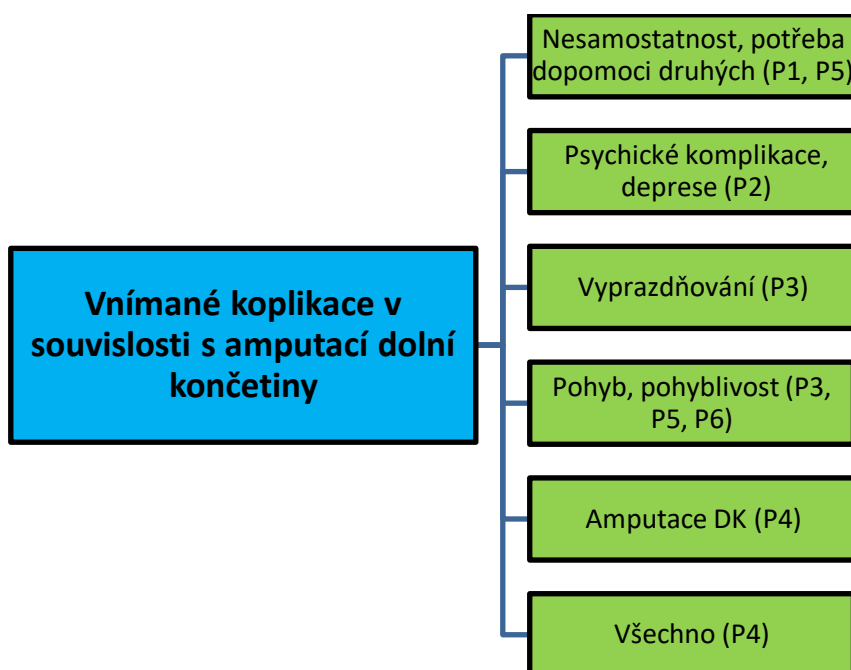


Zdroj: vlastní.

Kategorie 2: Vnímané komplikace v souvislosti s amputací dolní končetiny

Dotázaní pacienti po amputaci vnímají komplikace v šesti základních oblastech (viz diagram 2), kdy shodně s předchozí kategorií, byly za nejčastější komplikaci uváděny **potíže s pohybem a pohyblivostí** (P3, P5, P6). P3: „*Tak si to uvědomte, když jste bez nohou a jít na záchod. Musím začít cvičit, abych ...zvládl pak přesun z postele na vozík a naopak.*“ P6: „*...nevím, jak to bude vypadat. Bude se muset naučit chodit.*“ Další, uváděnou komplikací byla **nesamostatnost** (P1, P5), kdy pacientka 1 uvedla: „*...žiju s padesátiletým synem, který se o mě stará, který ...(pláč)... nevím, co bych si bez něj počala. Kdybych ho neměla, tak teda shniji špínou...protože já nejsem schopná udělat nic.*“ P5: „*Musím být odkázaný na druhého.*“ Jeden dotázaný (P2) uvedl jako komplikace **psychické problémy, deprese**. P2: „*Mám takové krátké výboje, ty vnímám. Ale že bych se tím tak trápil, že bych se šel oběsit, to ne. Výboje myslím jako deprese... takže to jsou komplikace spíše psychické, než fyzické.*“

Diagram 2 Pacienty vnímané komplikace v souvislosti s amputací DK



Zdroj: vlastní.

Kategorie 3: **Základní potřeby po amputaci dolní končetiny**

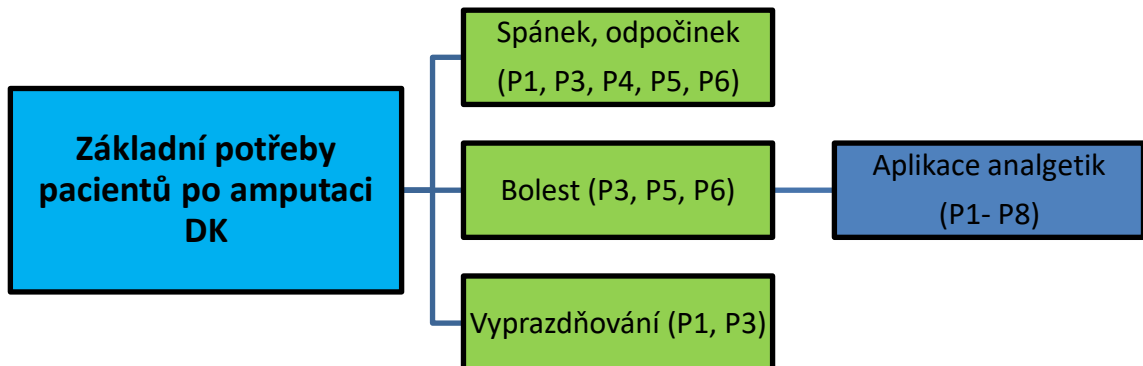
Kategorie je zaměřena na nejčastěji uváděné deficitní základní potřeby. Jimi jsou spánek, odpočinek, bolest a vyprazdňování (viz diagram 3). **Potíže se spánkem** uvedlo celkem pět dotázaných (P1, P3, P4, P5, P6), společným jmenovatelem byla **bolest a nespavost z důvodu pobytu v nemocnici**. P1: „*Já mám spánek strašně špatný... i před operací, protože jsem měla doma hrozný bolesti v té noze... po operaci spím klidněji, ale pořád se budím.*“ P3: „*Já jak přijdu do nemocnice, tak nespím... musím si vzít prášky na spaní.*“ P5: „*... nemohu moc zabrat. Ale asi je to spojené celkově s nemocničním prostředím.*“ P6: „*V nemocnici spím vždycky špatně. Budí mě ty pocity, že mě bolí noha, kterou tam už nemám. Chtěl bych se podrbat... Je to veliká bolest.*“

Potřebu být bez bolesti vnímali tři pacienti (P3, P5, P6). Bolest byla popisována jako: „*...hrozná bolest. Teď navíc nemůžete dostat ty prášky na bolest, ... že bych byl předávkovaný.... Ty prášky proti bolesti moc nepomáhají.*“ (P3). Pacient 6 uváděl objevující se fantomovou bolest, kterou charakterizoval jako ohromnou, nesnesitelnou: „*Pořád si myslím, že tu nohu mám.... Bolí mě to a nevím, co s tím mám dělat.*“

Někteří pacienti bolest neuváděli, či ji uváděli jako minimální, zde je však třeba dodat, že mnozí z nich měli kontinuální tlášení bolesti (P1, P4, P7, P8), které lze tedy v tomto případě považovat za úspěšné.

Poslední potřebou, jež pacienti vnímali jako deficitní, byla **potřeba vyprázdnit se**. Tu uvedli dva dotázaní pacienti (P1, P3). P1: „*...nebyla jsem asi 4 dny na velké... sestřička mě nutila si vzít čípky... teď jsem měla dva dni za sebou takový průjem.*“ P3: „*Se stolicí mám problém,... Asi jak se tady moc nehýbám.*“ Všichni dotázaní pacienti měli zavedený permanentní močový katétr.

Diagram 3 Základní potřeby pacientů po amputaci DK vnímané jako deficitní



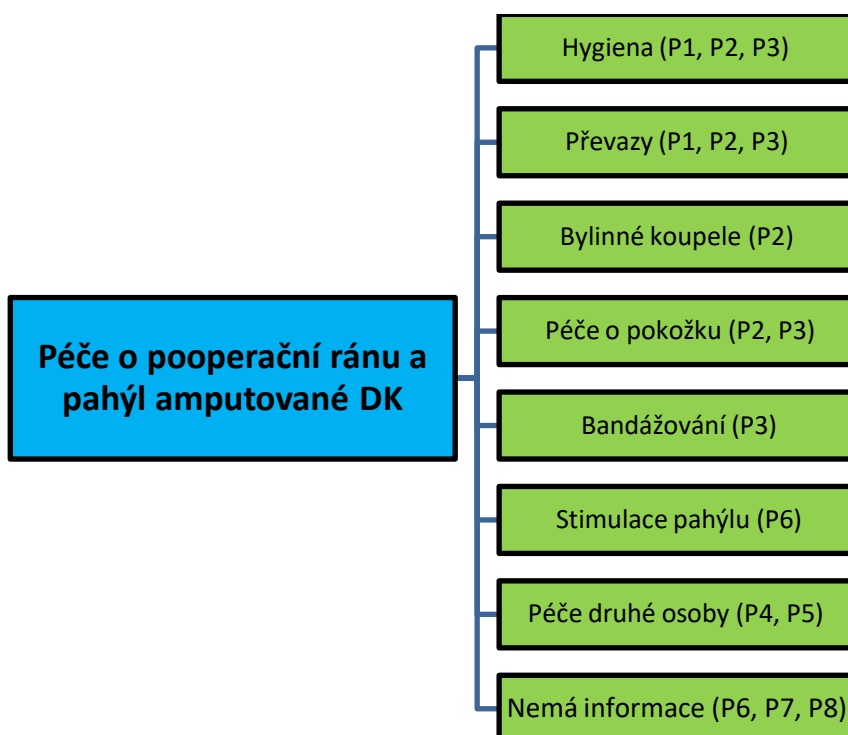
Zdroj: vlastní.

Kategorie 4: Znalosti v péči o pooperační ránu a pahýl amputované dolní končetiny

Kategorie znázorňuje znalosti, jež mají dotázaní pacienti v péči o pooperační ránu a pahýl amputované končetiny. Z rozhovorů bylo identifikováno šest základních oblastí péče o ránu a pahýl. Jím jsou: **hygiena, převazy rány, bylinné koupele, péče o pokožku, bandážování a stimulace pahýlu**. P1: „*Samozřejmě udržovat v čistotě, když bude potřeba, tak převazovat*“. P2: „*Namáčet do různých bylinek a tak dál... Převazovat si tu nohu... různě promazávat*“. P3: „*Kvůli protéze se musí stahovat pahýl obinadlem, aby si ta noha zvykla a vytvarovala se*“.

Tři pacienti uvedli, že **nemají žádné informace** (P6, P7, P8) a dva pacienti (P4, P5) uvedli, že **péči o ránu a pahýl přenechají druhé osobě**. P4: „*Já žiji v domově pro seniory, takže tam se mi bude o nohu starat zdravotnický personál*“. P5: „*Předpokládám, že ošetřování nohy bude mít na starost moje žena. Ona byla v pečovatelském domě u starých lidí, takže to umí*“.

Diagram 4 Znalosti pacientů v péči o pooperační ránu a pahýl amputované DK



Zdroj: vlastní.

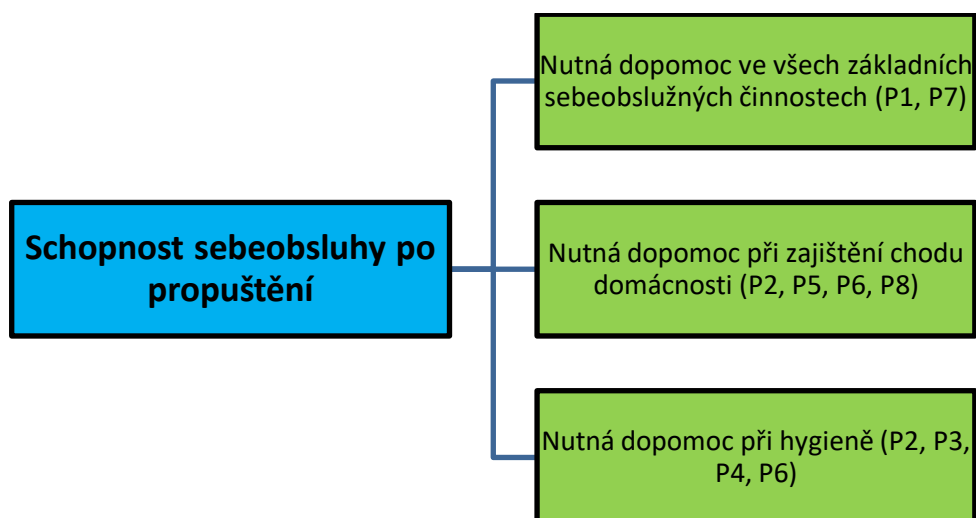
Kategorie 5: Schopnost sebeobsluhy po propuštění

Kategorie pojednává o míře dopomoci, kterou budou dle svého mínění dotázaní pacienti potřebovat po propuštění (viz diagram 5). Potřebu **dopomoci při všech činnostech**, včetně těch **sebeobslužných**, jako je **hygienická péče, vykonání potřeby** aj., uvedli dva dotázaní (P1, P7). P1: „...nemám teď sílu na té jedné noze vůbec stát... Po propuštění mi se vším bude pomáhat syn.“ P7: „Všude budu potřebovat pomoc. Žiju s rodinou, ... fungujeme na zavolání a pomáhají mi.“

Dopomoc při udržování chodu domácnosti budou podle vlastního názoru potřebovat čtyři dotázaní (P2, P5, P6, P8) a **dopomoc pouze při celkové hygieně** tři pacienti (P2, P3, P4). P6: „Teď jsme zkoušeli chůzi o holích, tak asi budu schopen dojít na záchod, ale nošení nějakých věcí nebo vaření, to asi nepůjde.“ P8: „Vaření bude problém, hygiena osobní bude v pohodě, ale horší bude do vany, protože už když jsem měl ještě nohu, tak jsem dvakrát ve vaně uklouzl.“ Pacient 2 se k hygieně vyjadřoval takto: „... základní hygienu zvládám, ale zajít do koupelny, osprchovat se, to ne. Do koupelny mi bude muset někdo pomoc, protože se bojím a neudržím se.“

Při dotazu, kdo bude pacientům po propuštění **pomáhat**, tak čtyři pacienti uvedli, že **rodinní příslušníci** (P1, P2, P5, P7) a jeden dotázaný pacient (P5), že mu bude dopomáhat **ošetřující personál** domova pro seniory, kde bydlí.

Diagram 5 Schopnost sebeobsluhy po propuštění



Zdroj: vlastní.

Kategorie 6: Návrat pacienta po amputaci dolní končetiny do běžného života

V rámci této kategorie jsme v rozhovorech identifikovali čtyři podkategorie, jimi jsou představy dotázaných pacientů o návratu do běžného života, vnímaná kvalita života, nejvíce omezené oblasti života po amputaci a vliv amputace dolních končetin na zájmové aktivity dotázaných.

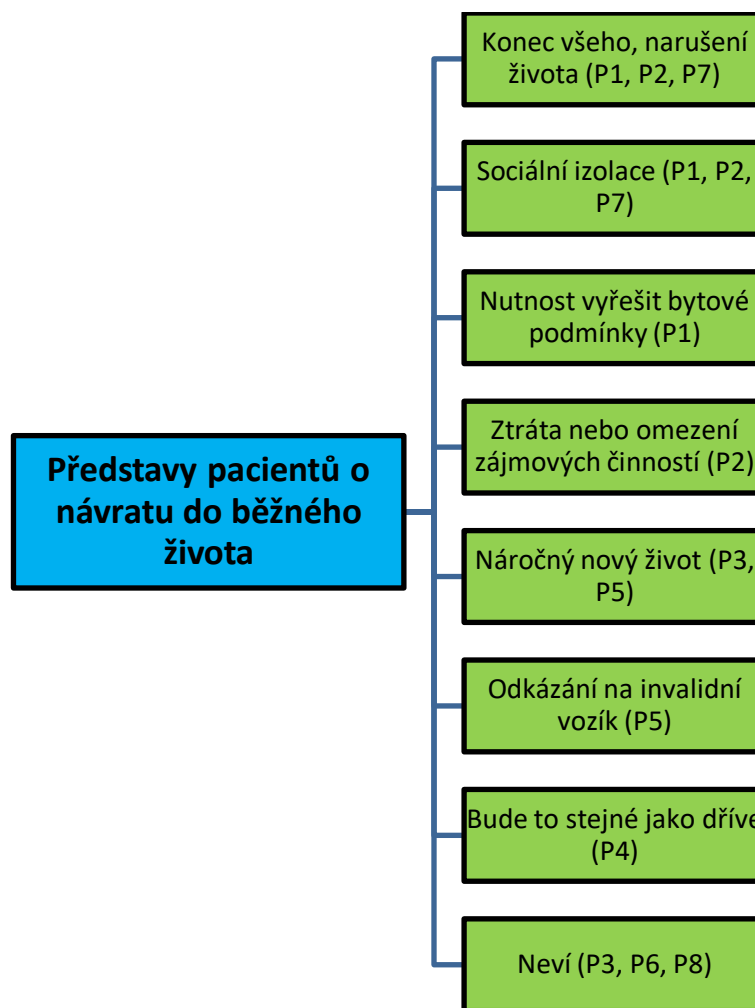
Představy dotázaných pacientů o návratu do běžného života

Odpovědi dotázaných pacientů jsou různorodé. Jeden pacient (P4) uvedl, že s amputací dolní končetiny se pro něj **nic nemění**, že to bude stejné jako po amputaci první dolní končetiny. Další pacient (P5), jenž měl také amputované obě dvě nohy, uváděl, že druhá amputace znamená **odkázání na invalidní vozík**. Tři pacienti (P1, P2, P7) uvedli, že amputace pro ně **znamená narušení dosavadního života, konec všech aktivit a sociální izolaci**. P1: *„Bude to hodně těžký, ... byla jsem zvyklá chodit mezi lidi, chodit na procházky. Do obchodu... dnes nemůžu nikam... budu odříznutá od společnosti.“* Obdobně hovořila i pacientka 7: *„Bude to těžký...ráda jsem chodila do společnosti.“*

Obavy z bytové situace po propuštění vyjádřila jedna dotázaná pacientky (P1): *„v první řadě musím vyřešit bydlení.... Budu třeba na vozíku, tak já se nedostanu úzkými dveřmi do kuchyně, tam je to strašný.“*

Návrat do běžného života po amputaci dolní končetiny **si nedokáží představit** či **nemají očekávání** tři dotázaní pacienti (P3, P6, P8). Pacient 6 uvedl: *„Vzhledem k tomu, že jsem v důchodu, tak zatím nemám očekávání... rád chodím na procházky se psem, tak doufám, že v nějaké podobě budu moci normálně vyjít z baráku ven... doufám, že budu ve většině samostatný.“* Vzhledem k tomu, že všichni dotázaní pacienti již byli v důchodu (ať už starobním či invalidním), nikdo z nich tedy neuváděl **dopady amputace dolní končetiny na profesní život**.

Diagram 6 Představy a očekávání pacientů po amputaci DK o návratu do běžného života

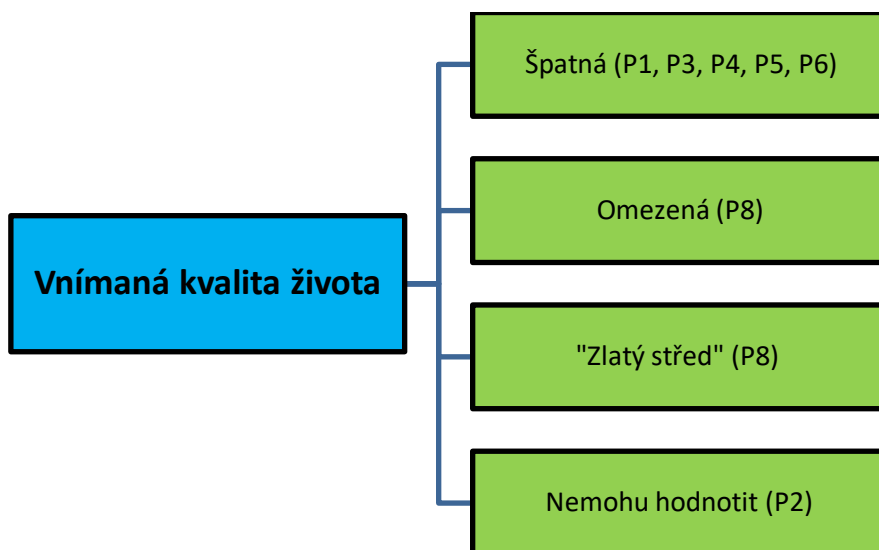


Zdroj: vlastní.

Vnímaná kvalita života po amputaci

S představami o dalším životě po amputaci dolní končetiny souvisí i **vnímaná kvalita života po amputaci**. Dotazovaní pacienti (P1, P3, P4, P5, P6) považují současnou kvalitu života po amputaci dolní končetiny za špatnou. Pacient 5 uvádí: „*Je jasný, že mi to narušilo mojí kvalitu života, takže jí hodnotím blbě.*“ P6: „*Je to špatný, ale vzhledem k tomu, že jsem málem zemřel, protože jsem měl v těle celkovou sepsi, tak můžu být rád, že žiju. Ale teď je to čerstvý a není na tom nic dobrého.*“

Diagram 7 Vnímaná kvalita života po amputaci dolní končetiny



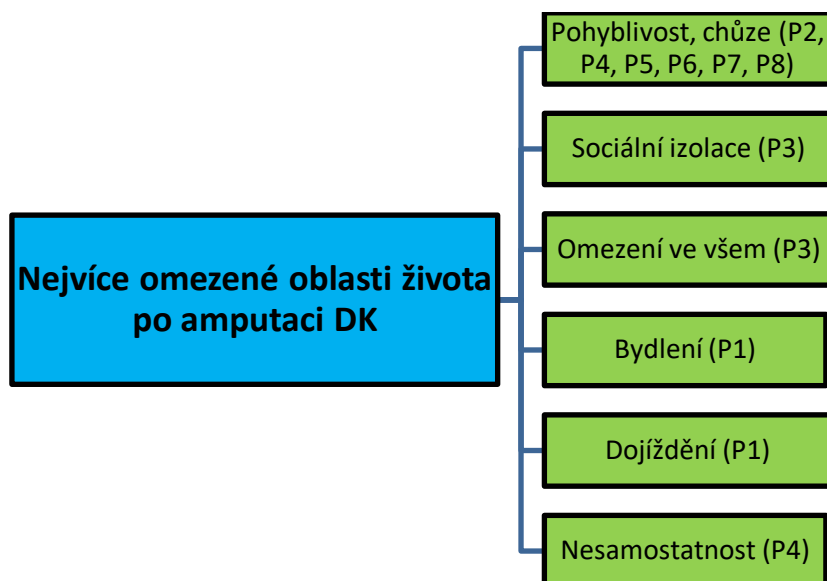
Zdroj: vlastní.

Nejvíce omezené oblasti života po amputaci dolní končetiny

Oblast života, kterou pacienti po amputaci dolní končetiny vnímají jako **nejvíce omezenou** je **pohyblivost a chůze** (P2, P4, P5, P6, P7, P8) – viz diagram 8. Pacient 2 k tomu uvádí: „*Tak to ta chůze každopádně, protože já jsem předtím lital a teď tohle.*“ P4: „*Chůze, celkově už nemám žádnou samostatnost.*“

Sociální izolaci, jako nejvíce ovlivněnou oblast života po amputaci dolní končetiny, uvádí pouze jeden dotázaný (P3). Avšak vnímání sociální izolace jako problému uvádělo v rozhovoru více dotázaných (P1, P2, P7) – viz diagram 6.

Diagram 8 Nejvíce omezené oblasti života po amputaci DK

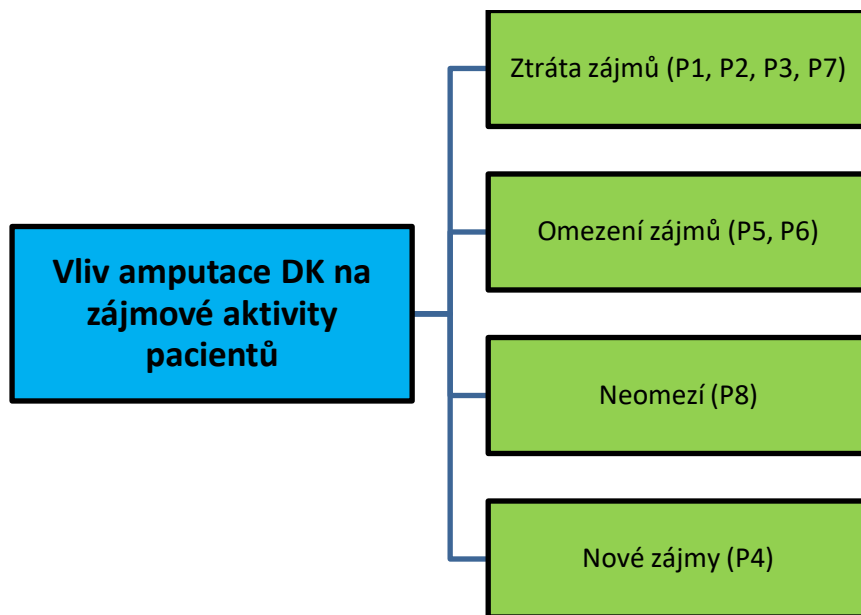


Zdroj: vlastní.

Vliv amputace dolní končetiny na zájmové aktivity

Poslední oblastí, jež souvisí s návratem pacienta po amputaci dolní končetiny do běžného života, jsou **zájmy**. Dotázaných pacienti P1, P2, P3, P5, P6, P7 v souvislosti s amputací vnímají **omezení svých dosavadních zájmů**. Pouze jeden pacient uvedl, že se ho omezení zájmů netýká – P8: „*No rybařina, obrovský můj koníček. Když bude auto, tak problém nebude....*“ Pacient 4 uvedl, že v souvislosti s první amputací dolní končetiny byl nucen své **zájmy přizpůsobit** omezené pohyblivosti, a proto se ho nyní změny zájmů nedotýkají. P4: „*Jelikož jsem už zájmy týkající se procházek a tak podobně zavrhl po amputaci první nohy, té pravé. Tak jsem si našel jiné zájmy, ve kterých mi amputace nohy nebrání, jako je poslouchání vážné hudby, kterou mám rád.*“

Diagram 9 Vliv amputace DK na zájmy dotázaných pacientů



Zdroj: vlastní.

Kategorie 7: **Protektivní faktory a návrh řešení současné situace pacientem**

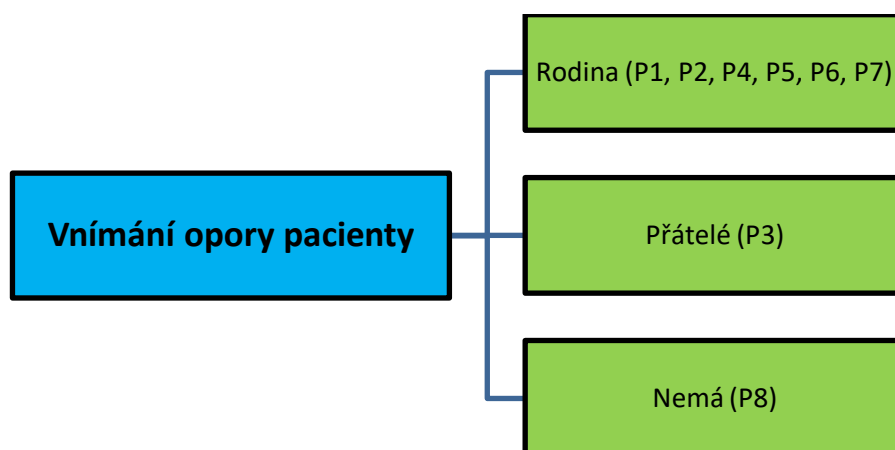
Předposlední identifikovanou kategorií v rámci rozhovorů se skupinou pacientů byla kategorie protektivní faktory a návrh řešení současné situace pacientem.

Vnímání opory

Dotázaní pacienti mají velkou **oporu ve své rodině** (P1, P2, P4, P5, P6, P7) **a v přátelích** (P3). Pouze jeden dotázaný pacient (P8) uvedl, že takovouto oporu nemá.

P1: „U kluků, to teda jsem šťastná, opravdu moc šťastná, že pro mě udělají všechno. Oni vždycky byli nápomocný, ale tohle mě teda překvapilo.“ P7: „Mám výborné zázemí.“

Diagram 10 Vnímání opory pacienty



Zdroj: vlastní.

Způsoby vyrovnávání se současným zdravotním stavem

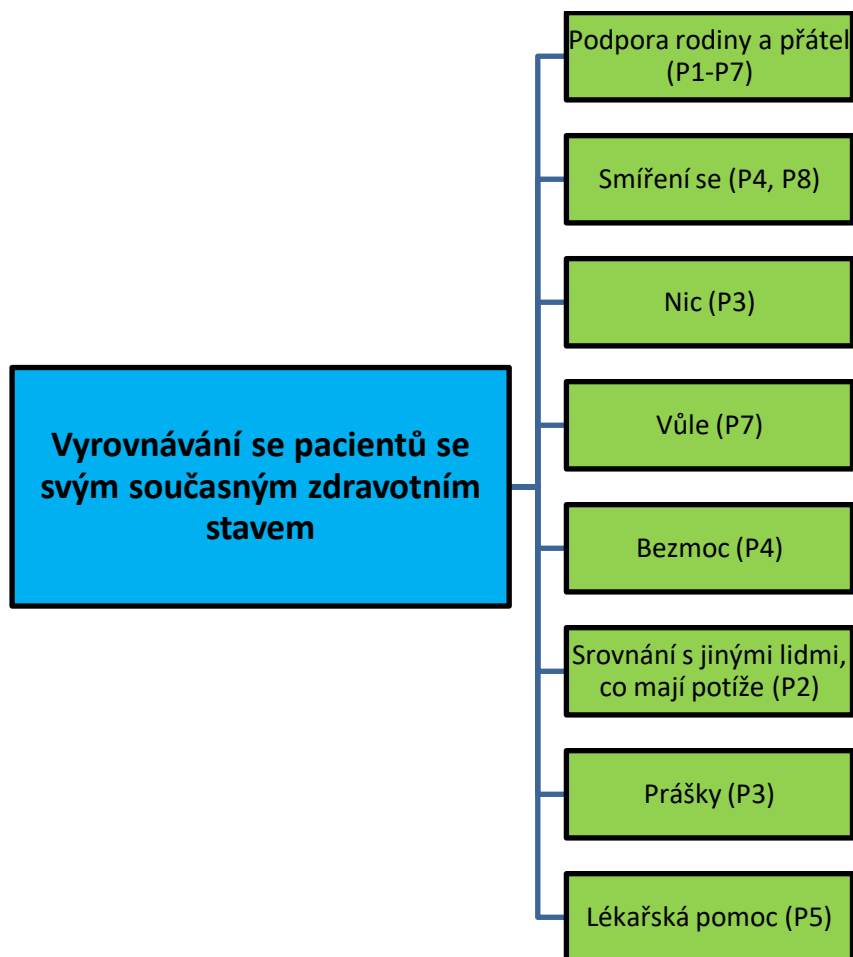
Dále bylo rozhovorem zjišťováno, **jak se dotázaní pacienti vyrovnávají s faktem, že mají amputovanou dolní končetinu** a jaká **řešení své současné situace** navrhují.

Každý dotázaný pacient se svojí současnou životní situací vyrovnává po svém, avšak téměř všichni (P1-P7) shodně uvádějí, že je pro ně důležitá **opora rodiny a přátel**. Dva dotázaní (P4, P8) uváděli, že se s amputací dolní končetiny musí prostě **smířit**. P4: „No tak co s tím zmůžu, když už se to stalo.“ P8: „Nic. Já se nevyrovnávám, беру to takový, jaký to je. Mám cukrovku, což je původce tohoto zvinstva.“

Pacient 2 k tomu, jak se vyrovnává se svým zdravotním stavem, uvedl: „*Člověk se musí odrážet od jiných situací. Jako když vidí, že nabourá mladý člověk kolem dvaceti let a je na vozíku. Mě se ta amputace stala až v šedesáti. Takže mi pomáhá se vyrovnat, když si řeknu nebo vidím, že jiní lidi jsou na tom hůř.*“

Pacient 3, na otázku co mu pomáhá se vyrovnat s jeho zdravotním stavem, odpověděl, že **nic, prášky**. Oproti tomu například pacient 5 uvedl: „*Pomáhá mi celkově rodina. Moje žena mi je velkým vzorem a oporou. A spoléhám na lékařskou pomoc.*“

Diagram 11 Způsoby vyrovnávání se pacientů se současným zdravotním stavem

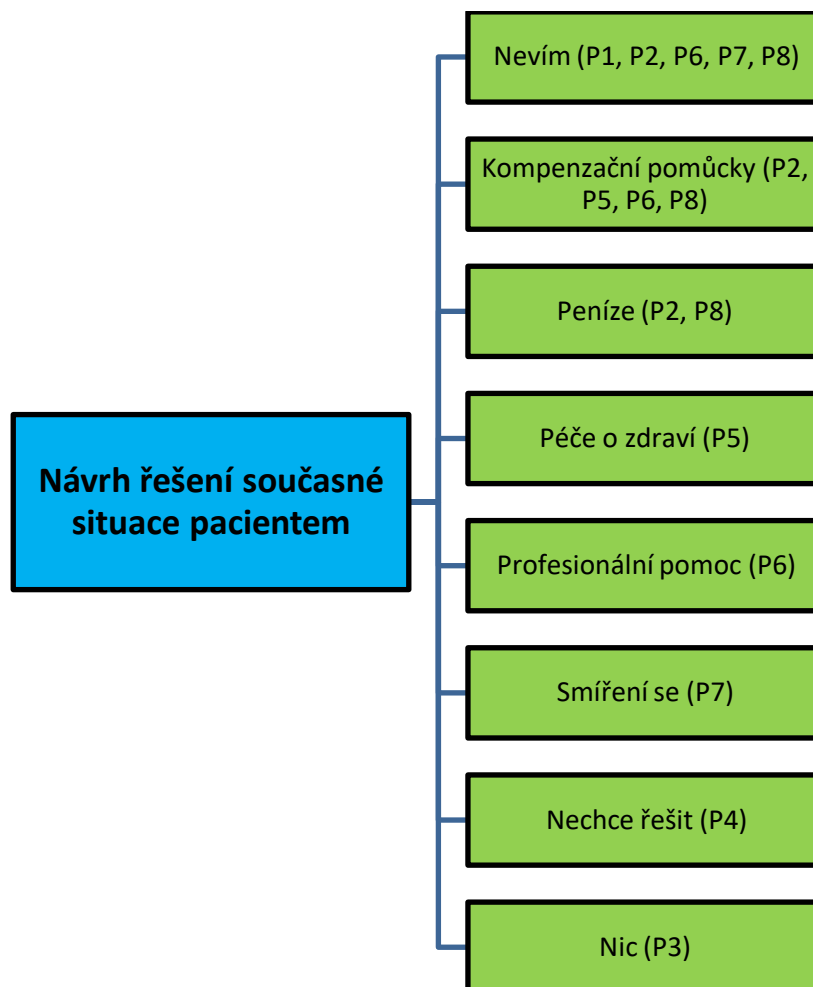


Zdroj: vlastní.

Návrh řešení současné situace

Dotázaní pacienti (P1, P2, P6, P7, P8) dále uvedli, že **neví, jak vzniklou životní situaci řešit**. Možné řešení dotázaní viděli především ve **využití kompenzačních pomůcek** (P2, P5, P6, P8), dále ve **využití profesionální pomoci** jako je například rehabilitační ústav (P6), v důsledné **péči o své zdraví** (P5) a ve **finančním zajištění** (P2, P8). Pacient 2 k tomuto uvedl: „Mít hodně velký prachy a nakoupit si za ty prachy ten elektrický vozík, takový to autíčko, aby mi zjednodušilo ten pohyb. Od státu moc nečekám... (smích)... že by mi koupil čtyřkolku nebo tak.“

Diagram 12 Návrh řešení současné situace pacientem



Zdroj: vlastní.

Kategorie 8: **Informace**

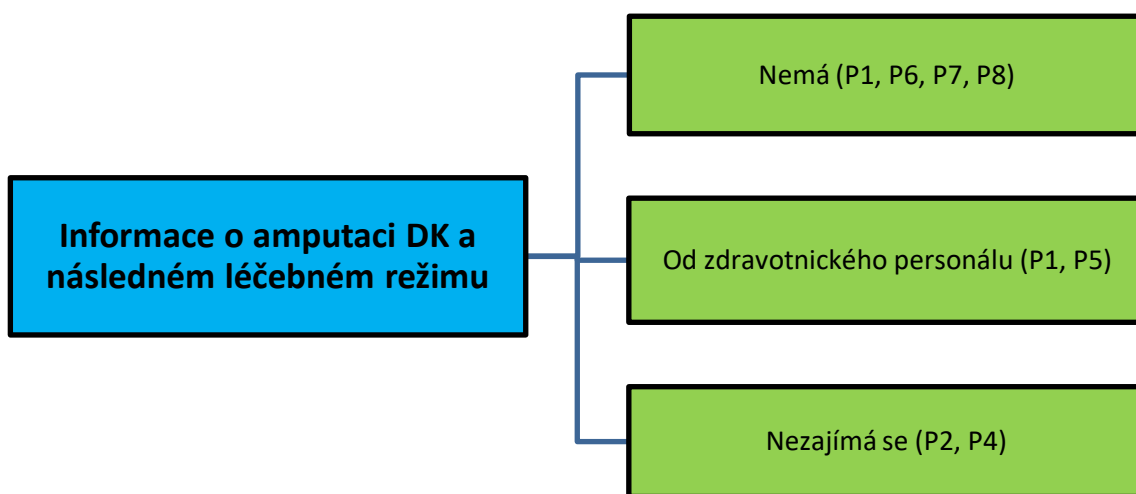
V rámci této kategorie bylo stanoveno šest podkategorií, jež se týkaly informovanosti pacientů a zájmu dotázaných o další informace.

Informace o amputaci dolní končetiny samotné a o následném léčebném režimu

Nejprve bylo rozhovorem zjišťováno, zda mají pacienti **informace o amputaci dolní končetiny samotné a o následném léčebném režimu**. Čtyři dotazovaní **informace nemají** (P1, P6, P7, P8). P1: „*Já nemám žádný informace. Sdělili mi, že se musí rozhodovat mezi životem a smrtí... Byla tady sestřička a ta mě říkala, že teď budu tady...*“ Pacient 6 uvedl: „*Moc zatím nemám, ale manželka mi přinesla nějakou knížku, která je s tou amputací spojená. Tak jsem se právě dočetl, že existují nějaká zařízení, kde se o ty amputáře starají, takže pokud mi s tím nepomůže tady nemocnice, tak si to zkusím zařídit sám...*“

Dva dotázaní pacienti se o tyto informace **nezajímají** (P2, P4) Pacient 2 přesto základní informace měl a byl schopen je reprodukovat (viz diagram 4), pacient 4 uvedl, že veškerou péči zajistí domov pro seniory, kde žije.

Diagram 13 Informace o amputaci dolní končetiny a následném léčebném režimu



Zdroj: vlastní.

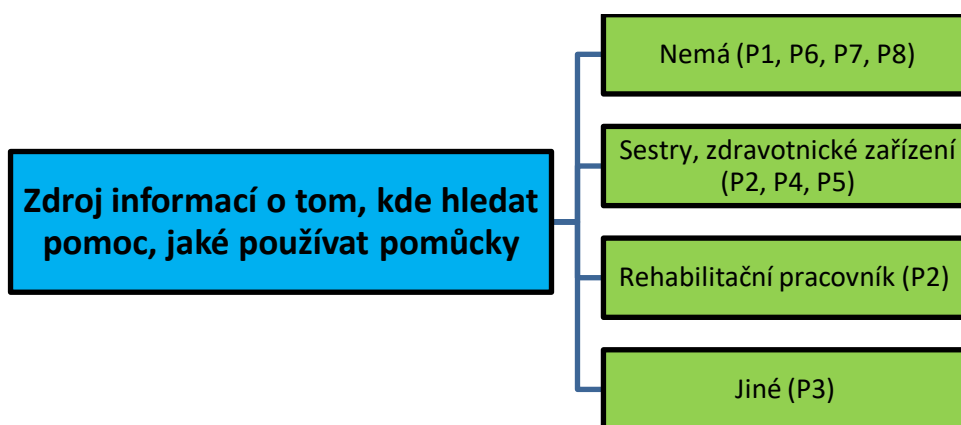
Informace o tom, kde hledat případnou pomoc a jaké používat pomůcky

Informace o tom, kde hledat případnou pomoc a jaké používat pomůcky a to, kde je dotázaní pacienti získali, ukazuje diagram 14. Čtyři pacienti (P1, P7, P8) uvedli, že **neví, kde hledat pomoc** v jejich současné životní situaci. Pacientka 1 k tomuto uvádí: „*To zatím pořádně vůbec nevím. Říkal syn, ... že koukali na internetu, kde se dá co sehnat a že se musíme potom domluvit, co a jak dál.*“ Dva z dotázaných pacientů uvedlo, že mají **informace od zdravotnických pracovníků** (P2, P5) nebo že o ně dále budou **pečovat profesionálové** (P4 – domov pro seniory). Pacient 2 uvádí: „*Tady v nemocnici mi doporučili, že si mám zajít do konkrétního obchodu na protézy, kde mě změří a všechno. Rehabilitační sestra mi řekla, kde tady je další krám s těmito pomůckami, jako jsou berle.*“

Pacient 3 ohledně informací o dostupné pomoci a kompenzačních pomůckách uvedl: „*Já jsem měl půjčenou kdysi takovou brožurku od známé, co pracuje ve zdravotnictví... A jako pomůcku mi dali berle a to je jediný, co vám dají. Jinak nic, o vozík jsem musel požádat na úřadě, pak to schválil doktor.*“

V rozhoru jsme se i přímo zaměřili na **informace o kompenzačních pomůckách**. Informace přímo o nich měli pouze tři dotázaní pacienti (P2, P3, P5), kteří tyto informace obdrželi od ošetřujících sester, z informačního materiálu (P3) či od rehabilitačního pracovníka. Pacient 5 ke kompenzačním pomůckám uvádí: „*Kvůli protéze se musí stahovat pahýl obinadlem, aby si noha zvykla... A pak po něm udělají silikon a ten se nosí, než udělají otisk a protézu.*“

Diagram 14 Zdroj informací o tom, kde hledat pomoc a jaké používat pomůcky



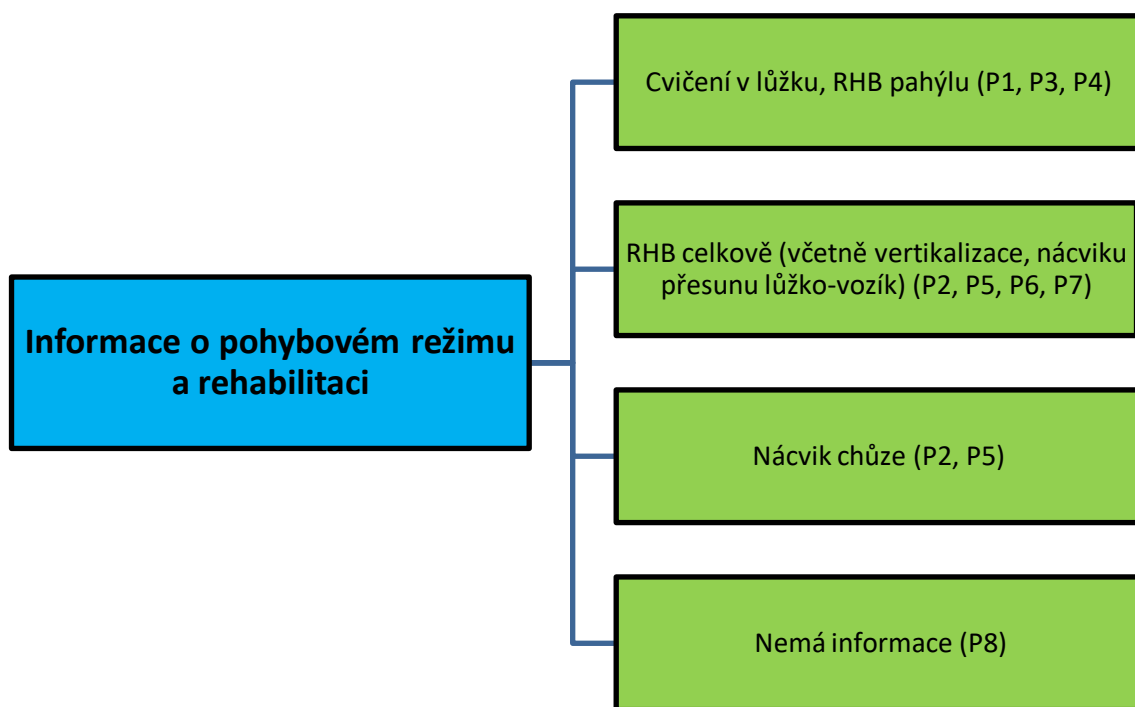
Zdroj: vlastní.

Informovanost pacientů o pohybovém režimu a následné rehabilitaci po amputaci dolní končetiny

S kompenzačními pomůckami úzce souvisí i **informovanost pacientů o pohybovém režimu a následné rehabilitaci po amputaci dolní končetiny**. Až na jednoho pacienta (P8), všichni dotázaní pacienti měli nějaké informace o pohybovém režimu (viz diagram 15). Pacient 8 k tomu uvedl: *“Nemám nic. Zatím je to čerstvý, nikdo za mnou nebyl.”* Pro doplnění informací je tedy třeba dodat, že pacient byl teprve třetí den po operaci.

K **rehabilitaci na lůžku a rehabilitaci pahýlu** uvedla pacientka 1: *„... jsme akorát zvedali tu zdravou nohu a s prsty u ní jsme cvičili. A pak jsme zvedali i ten pahýl.“* Pacient 3 dále uvedl: *„Hlavně ten pahýl natahovat v koleni, aby nezůstaly zkrácené šlachy.“* K **vertikalizaci a nácviku chůze** pacient 2 uvedl: *„Rehabilitační... mi ukázala, jakou nohou mám najíždět k posteli, abych mohl normálně se sem dostat....no a snažíme se s berlemi projít po chodbách, abych držel ten balanc.“*

Diagram 15 Informace o pohybovém režimu a rehabilitaci



Zdroj: vlastní.

Informace o tišení bolesti

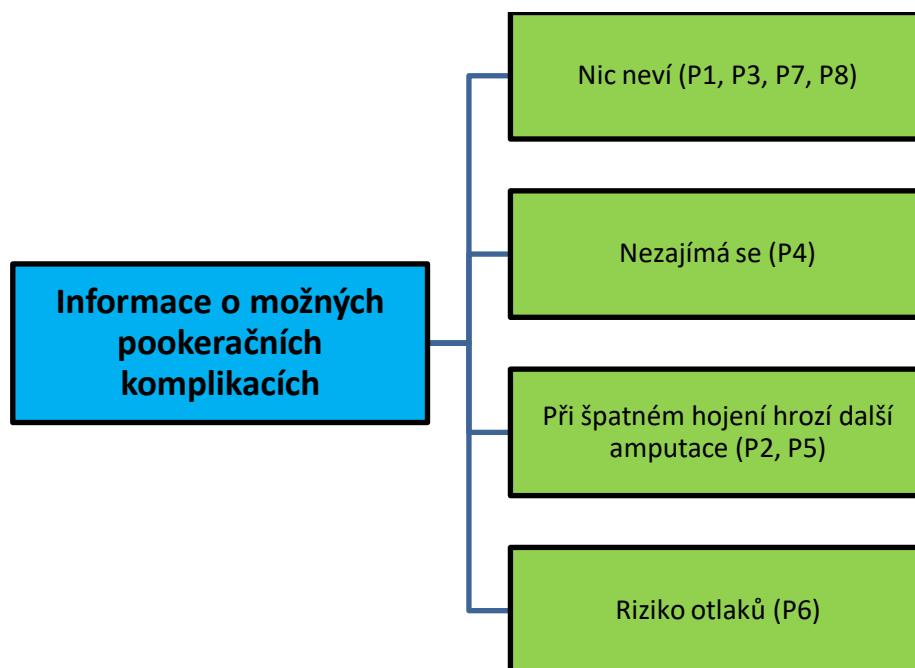
Další oblastí byly **informace o tišení bolesti**. Zde byly identifikovány dva druhy odpovědí, a to „**říct si o lék**“ a že pacient **neví** (P2, P3, P5) – zde je však nutno dodat, že všichni tito tři pacienti uváděli, že jim **sestra nabízí lék na tišení bolesti**. Pacient 2 uvedl: „*To mě nikdo neřekl ani ťuk. Pouze se mě ptají, jestli chci něco na bolest.*“ Obdobné informace uváděl i pacient 3: „*Já žádný informace nemám. Dávají mi tady prášky, ale ty moc nezabírají. Pak byla i injekce, ale žádná sláva.*“

Informace o možných pooperačních komplikacích

Informace o možných pooperačních komplikacích měli pouze tři dotázaní pacienti (viz diagram 16). Pacienti 2 a 5 shodně uvedli, že pooperační komplikací může být **špatné hojení rány** a že v tomto případě **hrozí další amputace**. Zde je nutno dodat, že oba pacienti byli indikováni k amputaci pro diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi. P2: „*Já si hlavně přeju, aby se mi to zahojilo... pokud se to nepovede, tak by pak amputovali tu nohu výš a ještě výš.*“ Pacient 6 ke komplikacím uvedl: „*Tak to naštěstí taky nic nevím. Sestry mě chodí otáčet, abych neměl otlaky.*“

Pacienti P1, P3, P7 a P8 uvedli, že informace o pooperačních komplikacích **nemají**. Pacientka 1 vypověděla: „*Já vám řeknu pravdu, já jsem informovaný souhlas nečetla. Já jsem ho jen podepsala a tím to pro mě končilo, protože já jsem z toho byla úplně hotová. Takže o pooperačních komplikacích nic nevím.*“ Pacient 8 uvedl: „*Žádný informace nemám, protože pan doktor říkal, že je to v pořádku, že se to dobře hojí.*“

Diagram 16 Informace o možných pooperačních komplikacích po amputaci dolní končetiny



Zdroj: vlastní.

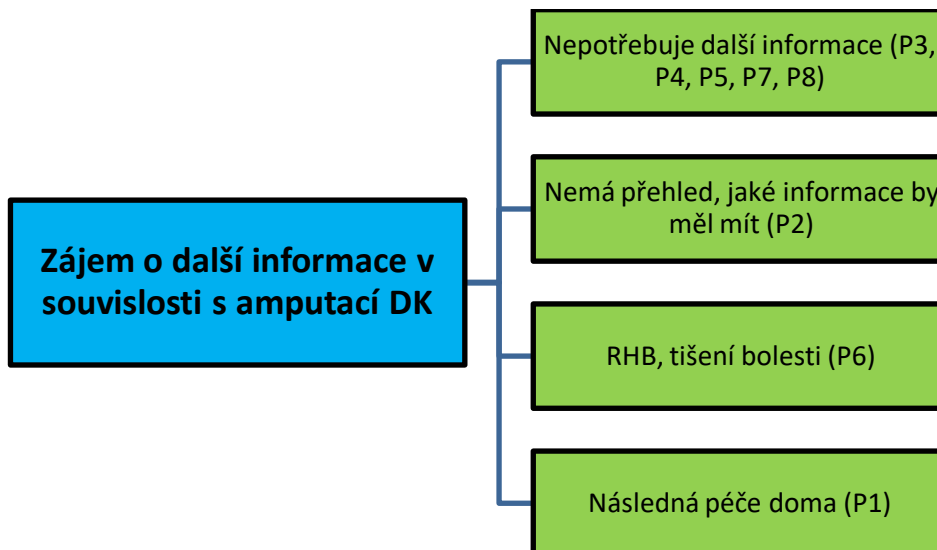
Informační materiál a zájem o další informace

V souvislosti s dostupností informací pro pacienty bylo také zjišťováno, zda byl dotázaným pacientům poskytnut nějaký **informační materiál**. Všichni pacienti shodně uvedli, že jim informační materiál poskytnut **nebyl**, avšak pacienti 2 a 6 uvedli, že jim sestry poskytly **informace ústně**. P2: „Tady jsem žádný nedostal, pouze mě informovaly ústně. Dostal jsem letáčky akorát tam, co se dělají protézy. Ohledně nohy, jak se ošetřuje a tak.“ P6: „Zatím ne, jenom zrychleně mi bylo řečeno, že sem bude docházet sestra z rehabilitace, ale nevím, jestli jsem to všechno stihl pochytit, tak doufám, že až sem někdo přijde, tak se znovu zeptám.“

Z výpovědí dotázaných pacientů ohledně jejich **zájmu o další informace** vyplývá, že pět dotázaných pacientů další **informace nepotřebuje** (P3, P4, P5, P7, P8). Pacient 3 k tomuto dodává: „Já už nepotřebuji nic, mě řekli, že pokud do toho chytanu sněť a horečky, tak že umřu. Tak já jsem s tím vyrovnaný, proto jsem jim to podepsal. Protože tohle není život, takhle bez nohou...“

O informace by naopak stáli dva dotázaní pacienti (P1, P6). Pacient 6 uvedl: „*Ano, chci se více dozvědět o rehabilitaci, a jak se zbavím těch bolestí již neexistující nohy, to mě teď velice trápí.*“

Diagram 17 Zájem o další informace v souvislosti s amputací dolní končetiny



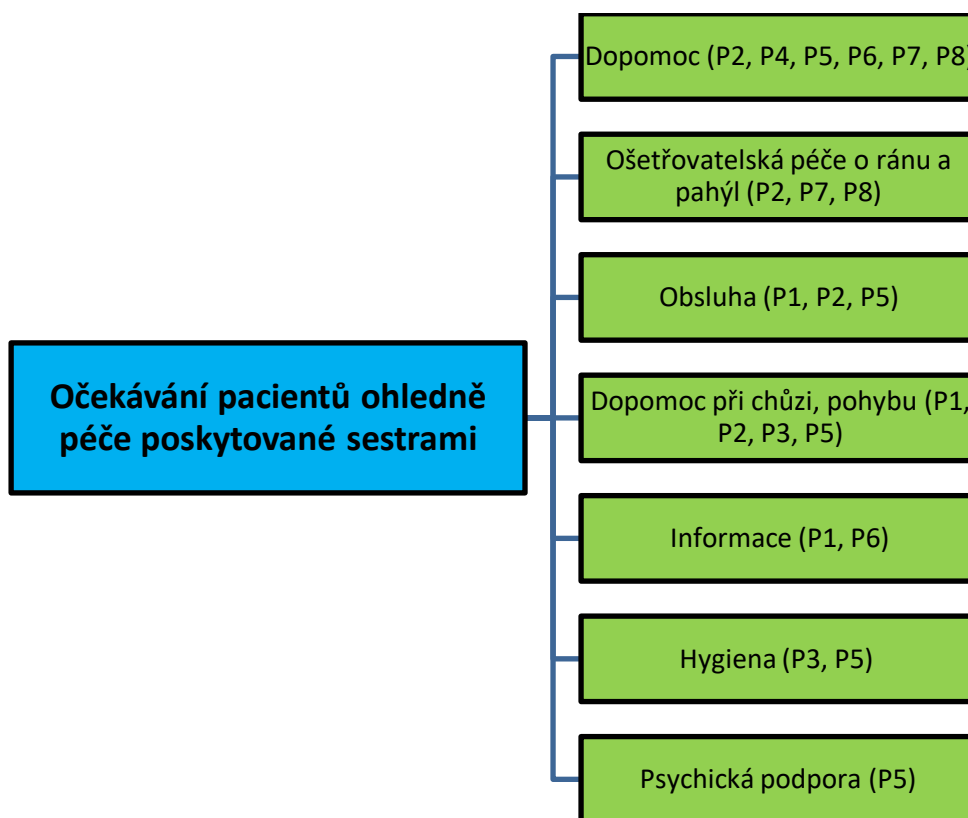
Zdroj: vlastní.

Kategorie 9: Očekávání pacientů ohledně péče poskytované sestrami

Poslední kategorií bylo **očekávání pacientů ohledně péče poskytované sestrami**. Šest pacientů (P2, P4, P5, P6, P7, P8) od sester očekává dopomoc při sebeobsluze, obsluhu, dopomoc při chůzi a pohybu a ošetrovatelskou péči o ránu a pahýl (P2, P7, P8).

Pacient 5 ohledně očekávání od sester uvádí: „*Očekával jsem jako každý pacient, to nejlepší co má. Pomoc od někoho druhého. Podání věcí, které nebyly v dosahu, pomoc ohledně vyprazdňování, hygieny, pomoc do sedu. Porozumění a takovou ochotu psychickou, že se mi ta noha zahojí.*“ Pacient 6 práci sester chválil a dodával: „*...jsou tady na mě hodní a pomáhají mi. Asi bych ocenil to, že kdyby si ke mně někdo sednul a vysvětlil mi všechno, co mě teď jako čeká a co bych měl dělat. To je pro mě velká neznámá. Mám pocit, že potřebuji víc informací.*“

Diagram 18 Očekávání pacientů ohledně péče poskytované sestrami



Zdroj: vlastní.

3.2 Rozhovory se všeobecnými sestrami

Z rozhovorů se sestrami vplynuly dvě základní kategorie pojmů, a to **dopomoc pacientům a informace**.

Kategorie 10: **Dopomoc pacientům**

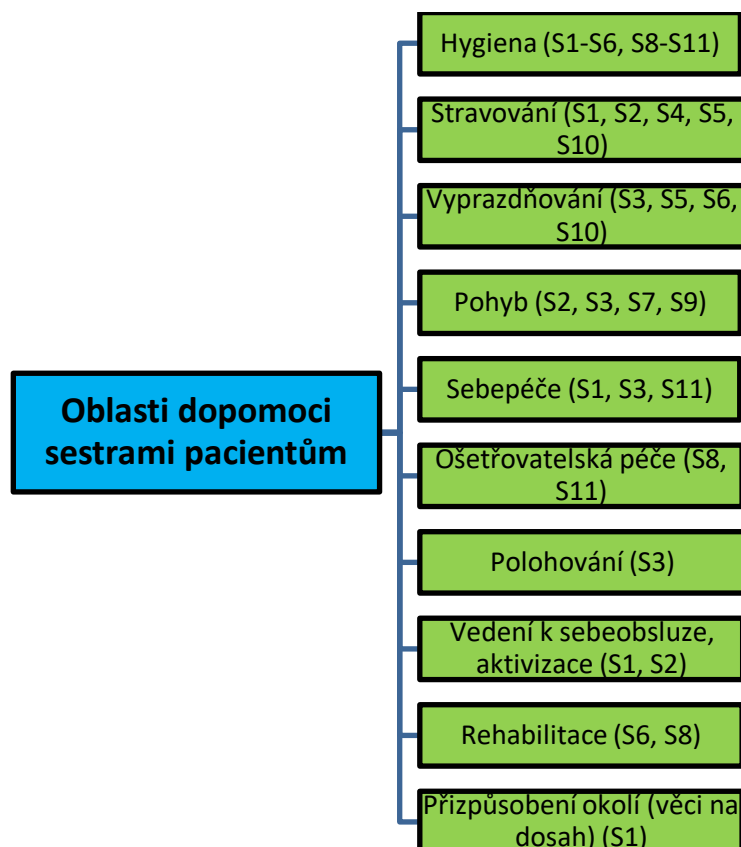
V rámci této kategorie byly identifikovány tři podkategorie. Jím jsou oblasti dopomoci, konkrétní forma podpory pacientů v sebeděči a nejčastěji prováděné úkony u pacientů po amputaci dolní končetiny.

Základní oblasti, ve kterých sestry pacientům po amputaci dopomáhají

Nejčastěji uváděnou oblastí dopomoci je **hygiena** (uvedlo deset sester z jedenácti), dále **dopomoc při stravování** (uvedlo pět sester) **pomoc při pohybu** (uvedly čtyři sestry) a **pomoc při vyprazdňování** (také uvedly čtyři sestry).

Sestra 2 k tomuto uvádí: „*Nejčastěji pomáháme s hygienickou péčí, při mobilizaci v rámci lůžka. Mimo lůžko to řeší rehabilitační sestra. Pomáháme jim samozřejmě v podávání jídla...*“ Obdobně svoji odpověď rozvedla i sestra 3: „*Určitě v oblasti hygieny, popřípadě vyprazdňování, tam je to takové nejzásadnější. Určitě polohování toho pacienta, oblékání, taková ta **základní sebeděče**. Popřípadě pokud je na vozíku, tak nějaká dopomoc na přemístění z lůžka na vozík...*“

Diagram 19 Oblasti dopomoci sester pacientům



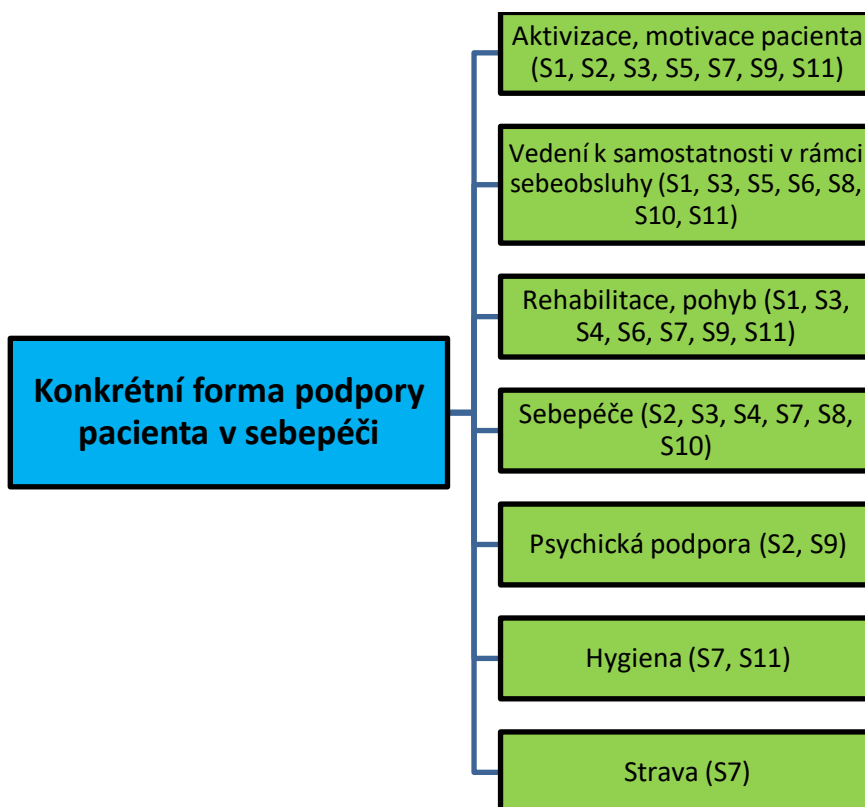
Zdroj: vlastní.

Konkrétní forma podpory pacienta v sebepéči

Jako **konkrétní formu podpory pacienta v sebepéči** sestry nejčastěji uváděly **vedení k samostatnosti v rámci sebeobsluhy** (sedm dotázaných sester z jedenácti), **motivaci a aktivizaci pacienta** (uvedlo sedm sester), **rehabilitaci a pomoc při pohybu** (uvedlo sedm sester) a **dobu při sebepéči** (uvedlo šest sester) (viz diagram 20)

Sestra 1 uvedla: „*Je to motivace, aby se snažil co nejrychleji a samostatně obléci. Připravit mu pomůcky na hygienu, aby to zkoušel sám, samostatně.*“ Sestra 2 pak navíc uvedla: „*Zaměřujeme se na sebepéči, motivujeme pacienta, aby se co nejvíce a nejrychleji postaral sám o sebe.... snažíme se je aktivovat i psychicky, protože většinou se s danou situací těžko vyrovnávají.*“ Obdobné informace uváděly i ostatní sestry.

Diagram 20 Konkrétní formy podpory pacienta v sebeděči



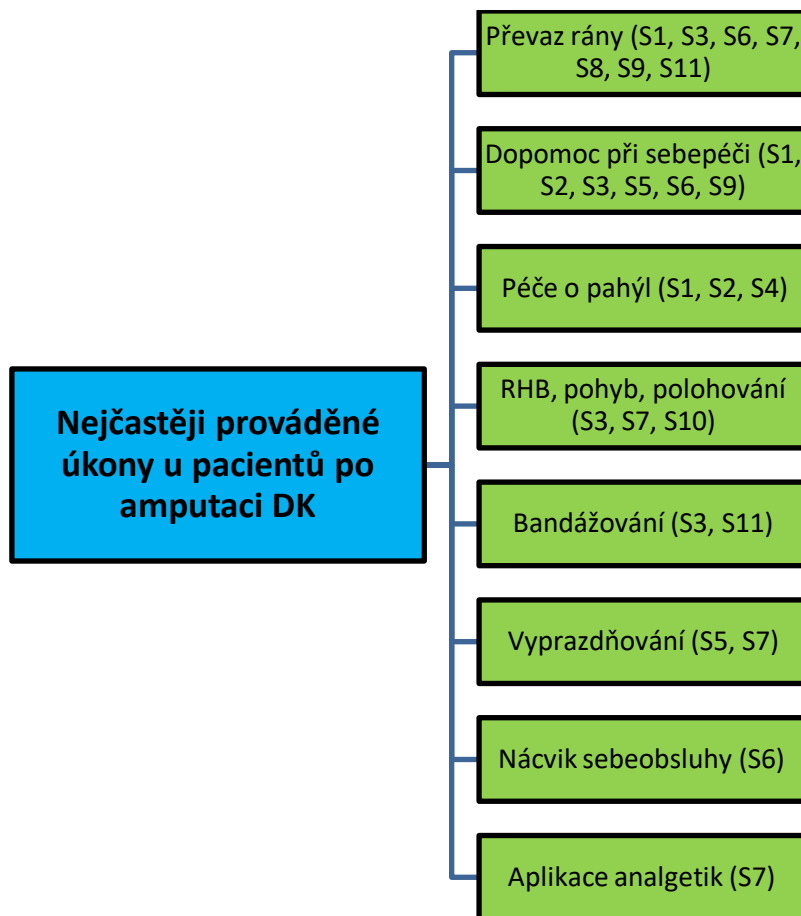
Zdroj: vlastní.

Nejčastěji prováděné úkony u pacienta po amputaci dolní končetiny

Mezi nejčastější úkony, jež sestry u lůžka pacienta vykonávají, byl uváděn převaz rány (S1, S3, S6, S7, S8, S9, S11) a dopomoc pacientovi při sebeděči (S1, S2, S3, S5, S6, 9S) (viz diagram 21).

Sestra 1 k tomuto uvádí: *“V péči o pahýl se jedná nejčastěji o převaz a dá se tam také zařadit **rehabilitace**. A v oblasti sebeděče je to hygiena, nácvik hygieny, nácvik oblékání.”* Sestra 3 uvádí: *„Tak péče o tu ránu.... **Stahování pahýlu do kónického tvaru**. A jinak celková péče o toho pacienta, výživa, hydratace, polohování a další. Rehabilitaci tady má na starosti přímo rehabilitační sestra.“* Obdobné informace uvedla i sestra 9: *„Z kraje převazy samozřejmě a potom celkovou hygienu a dopomoc s hygienou, než se mu to zahojí a je sám schopen.“*

Diagram 21 Nejčastěji prováděné úkony u pacientů po amputaci dolní končetiny



Zdroj: vlastní.

Kategorie 11: **Informace**

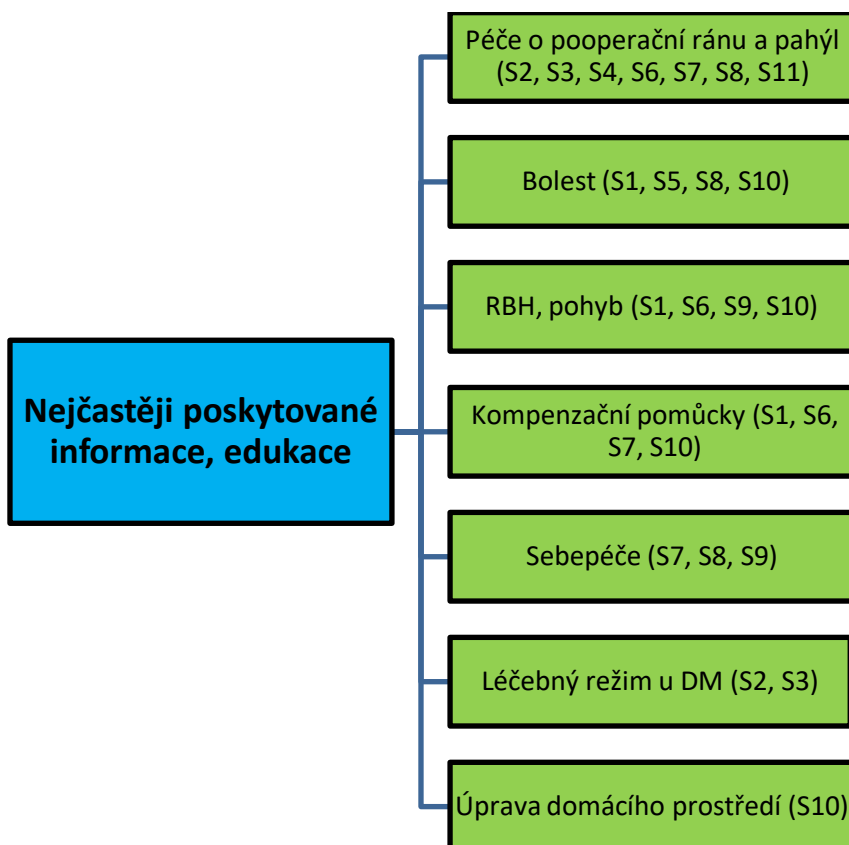
V rámci této pojmové kategorie byly identifikovány dvě podkategorie. Jím jsou: nejčastěji poskytované informace, oblasti edukační činnosti a edukační materiál.

Nejčastěji poskytované informace, oblasti edukační činnosti

Jako **nejčastěji poskytované informace** dotázané sestry uváděly **péči o pooperační ránu a pahýl** (viz diagram 22) (S3, S4, S6, S7, S8, S11). S4: „*No to je pořád dokola. Péče o pahýl (hygienu, péče o ránu, převaz, stahování do kónusu).*“ S7: „*Většinou se ptají, jak potom můžou fungovat do budoucna. Tak jim říkáme, že existují ty **protetické pomůcky**... že je to běh na dlouhou trať, ale že pak ty lidé mají plnohodnotný život. No a potom i **jak se mají o sebe postarat doma** a jak mají o ten pahýl pečovat.*“ S10: „*Po té amputaci záleží na člověku, co konkrétně nejvíce potřebuje. Ale asi nejčastěji informace co se týká **bolesti**, že je to strašně bolí a poté ty **fantomovy bolesti**. Také se dost baví o budoucnosti, jestli budou moci chodit, co za **protézy**. V tomhle ohledu je mohu **podpořit pouze psychicky**.*“

Dvě dotázané sestry (S2, S3) uvedly, že nejčastěji poskytují **informace o léčebném režimu u diabetu mellitus**. S2: „*Většinou je ta amputace u lidí s diabetem, takže potom lékař i my poučujeme pacienty, aby neopomíjeli i na tu druhou, tedy zdravou nohu. Aby nezanedbali žádný defekt, zánět, záděrku, vlastně cokoliv. Aby nosili diabetické boty. Pak samozřejmě péče o kůži, protože mají velmi křehkou kůži.*“ S3: „*Vzhledem k tomu, že většina to jsou diabetici, tak v oblasti vůbec o diabetu. To znamená dodržování nějakých základních opatření, jako jsou diety, pravidelná aplikace inzulinu...*“

Diagram 22 Nejčastěji poskytované informace pacientům po amputaci dolní končetiny



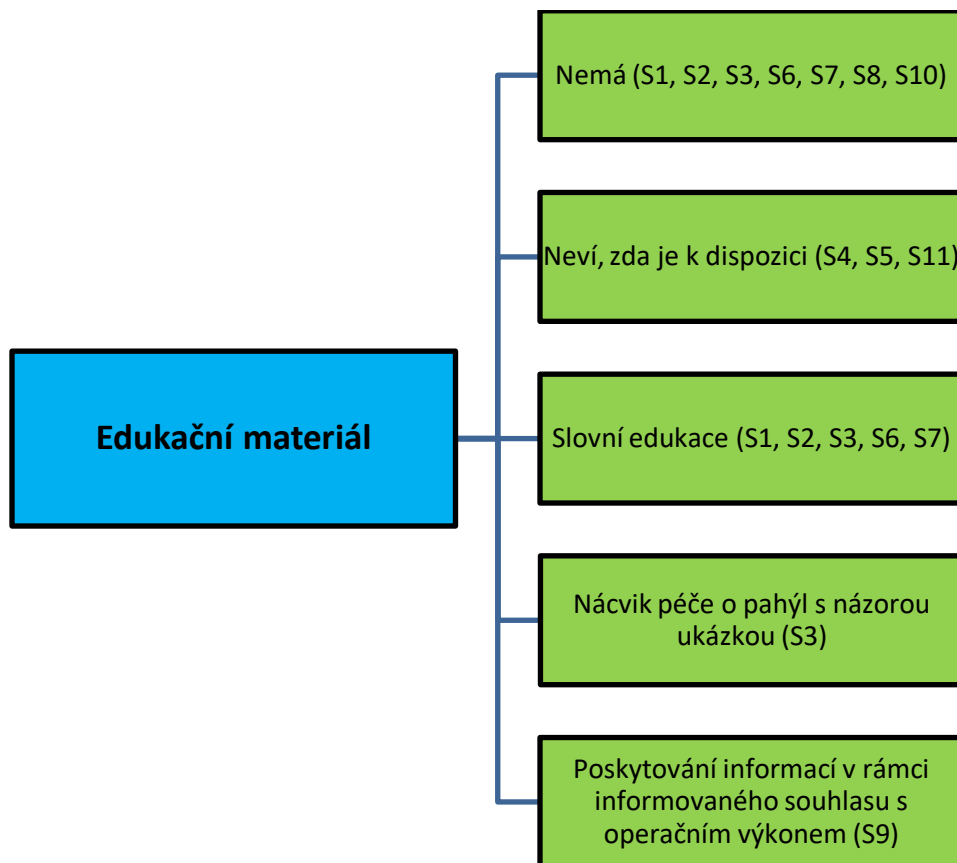
Zdroj: vlastní.

Edukační materiál

S poskytováním informací, edukacemi souvisí i **poskytování informačního materiálu** pacientům. Jak graficky znázorňuje diagram 23, většina sester uvedla, že **edukační materiál nemají** k dispozici, nebo že neví o tom, že by k dispozici byl.

Sestra 2 k tomuto uvedla: „*My tady pro ně nic nemáme, pouze je **edukujeme slovně**. A poté je předáváme dál, protože tady na oddělení je potřeba místo zase pro další akutní věci.*“ Sestra 3 dále uvádí: „*Edukujeme pacienty slovně. Taky **názorně demonstračně jim ukazujeme**, jak si stahovat pahýl nebo tak. Ale vyloženě nějaký edukační materiál tady nemáme.*“ Sestra 9 uvedla, že informace pro pacienty jsou **součástí informovaného souhlasu** s operačním výkonem: „*To ani nevím, my určitě máme edukační materiál na ošetřování té amputované nohy, který je zahrnut v předoperační přípravě, tedy v souhlasu s operačním výkonem. A pro rodiny nic nemáme.*“

Diagram 23 Edukační materiál



Zdroj: vlastní.

4 Diskuse

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na zjištění úrovně sebek péče pacientů po amputaci dolní končetiny a potřebnou pomoc ze strany ošetřujících všeobecných sester v praxi s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové. Za tímto účelem byly stanoveny tři dílčí cíle práce: Zjistit úroveň sebek péče pacientů po amputaci dolní končetiny s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové; Zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové (podpůrně-výchovný ošetřovatelský systém, částečně kompenzační ošetřovatelský systém, plně kompenzační ošetřovatelský systém) sestry podporují pacienty po amputaci dolní končetiny v sebek péči a zjistit, jaké způsoby pomoci sestry využívají v péči o pacienty po amputaci dolní končetiny.

Samotný výzkum v rámci práce probíhal formou kvalitativního šetření za pomoci polostrukturovaného rozhovoru u dvou skupin dotázaných, a to skupiny pacientů po amputaci dolní končetiny (8 dotázaných) a u skupiny všeobecných sester, jež o ně pečují (11 dotázaných).

Z analýzy rozhovorů metodou otevřeného kódování vyplynula následující zjištění: dotázaní pacienti v souvislosti s amputací dolní končetiny vnímali řadu problémů. Nejvíce však poukazovali na problémy se změnou polohy (pohyb v lůžku, vstávání, přesun lůžko-židle) a s chůzí. Dalším hojně uváděným problémem byla neschopnost sebeobsluhy a sebek péče a nutná pomoc druhé osoby, kterou vnímali v souvislosti se zatížením rodinných příslušníků (např. P2, P4). Zde je nutné dodat, že pohyb považujeme za běžnou součást soběstačnosti, což dokladují i všechny škály hodnotící soběstačnost, protože se otázkou pohyblivosti zabývají (např. i námi uvedené škály ADL a IADL). Pouze jeden dotázaný pacient (P7) spojil amputaci dolní končetiny s psychickou zátěží. Lze souhlasit s Valizadehovou et al. (2014), že je účinek amputace na duševní stav člověka a rodinné a společenské vztahy nepopiratelný.

Obdobně jako problémy, vnímali pacienti po amputaci dolní končetiny i mnohé komplikace. I zde dotázaní pacienti uváděli především komplikace spojené s lokomocí a s nesamostatností a nutností pomoci druhé osoby. Jeden z dotázaných (P2) dal amputaci do souvislosti také s psychickými potížemi: *Mám takové krátké výboje...výboje myslím jako deprese... takže to jsou komplikace spíše psychické.*“ Ertl (2016) k psychické zátěži amputovaných pacientů dodává, že jedním z největších problémů pacientů po amputaci končetiny je překonání psychologického stigma, který

si společnost spojuje se ztrátou končetiny. Podle něho jsou osoby po amputaci často považovány za neúplné osoby. Také dodává, že po aplikaci vhodné protézy může pacient pokračovat v aktivním členství ve společnosti a udržovat si nezávislý životní styl.

V oblasti základních potřeb pacientů po amputaci dolní končetiny dotázaní pacienti nejvíce uváděli potřebu spánku. Pět dotázaných pacientů (P1, P3, P4, P5, P6) uvedlo potíže se spánkem v souvislosti s bolestí a s nutností pobytu v nemocničním prostředí. Taktéž potřeba být bez bolesti byla zvýrazněna. Ačkoliv všichni pacienti měli nějakou formu medikace na snížení bolesti (ať už kontinuálně aplikovaná analgetika či jednorázové podání per os), přesto někteří z nich bolest pociťovali (P3, P5, P6). Pacient 3 uvedl: „...hrozná bolest...ty prášky proti bolesti moc nepomáhají.“ Pacient 6 uvedl: „Pořád si myslím, že tu nohu mám... Bolí mě to a nevím, co s tím mám dělat.“ Podle Stockburgerové et al. (2016) fantomovou bolestí v končetinách trpí až 80% amputovaných pacientů. Vzhledem k tomu, že není znám přesný mechanismus vzniku těchto bolestí, je jejich léčba poměrně obtížná. Optimální léčbou je tedy podle Stockburgerové et al. (2016) kombinace farmakologické a nefarmakologické léčby, kdy nefarmakologická léčba zahrnuje kognitivně – behaviorální terapii, akupunkturu, masáže či biofeedback. Obdobně uvádí i Schreiberová (2017). Dále je třeba dodat, pakliže ostatní pacienti bolest aktuálně neuváděli, lze u nich tišení bolesti považovat za úspěšné.

V souvislosti s amputací dolní končetiny poměrně často vyznívala i potřeba vyprazdňování. Jednalo se o vyprazdňování stolice a sklon k zácpě po operaci a zřejmě i vlivem částečné imobilizace po amputaci. P3: „Se stolicí mám problém... Asi jak se tady moc nehýbám.“

V rámci zjišťování úrovně znalostí pacientů v péči o pooperační ránu a pahýl amputované dolní končetiny se ukázalo, že pouze tři dotázaní (P1, P2, P3) měli informace o pooperační péči (hygiena rány a pahýlu, převazy rány, bylinné koupele, péče o pokožku a bandážování pahýlu). Ostatní informace neměli (P6, P7, P8) nebo spoléhali na péči druhé osoby (P4, P5). Přitom dle Seiferta et al. (2005) informovaný pacient je pro lékaře a samozřejmě i sestru lepším partnerem, a to jak v oblasti prevence, tak v oblasti léčby. Zde je třeba dodat, že všechny námi oslovené sestry uváděly nějakou formu poskytování informací (viz diagram 22). Nejčastěji dle jejich

sdělení poskytují pacientům právě informace o péči o pooperační ránu a pahýl amputované dolní končetiny (S2, S3, S4, S6, S7, S8, S11), o bolesti (S1, S5, S8, S10), pohybových aktivitách, rehabilitaci a vhodných kompenzačních pomůckách (S1, S6, S7, S10). Tudíž je na místě se zamyslet nad příčinami tohoto rozporu. Dle mého mínění je to způsobeno tím, že amputace je významný zásah do života člověka a nese s sebou obrovské psychické vypětí. Což s sebou přináší i sníženou schopnost přijímat nové informace, zvláště týkající-li se tak citlivého tématu, jako je ztráta končetiny. Taktéž je na místě otázka časové tísně, kdy pacient 6 například uvedl: *“...jenom zrychleně mi bylo řečeno, že sem bude docházet sestra z rehabilitace, ale nevím, jestli jsem to všechno stihl pochytit...”* Z této výpovědi jasně vyplývá, že vzhledem k velké fluktuaci pacientů chirurgickými odděleními, sestry nemají dostatek času na to důkladně a opakovaně pacienty o všem informovat. Zde by možným řešením bylo navýšení počtu sester, avšak vzhledem k jejich současnému nedostatku a ekonomické náročnosti, je třeba hledat jiná řešení.

Navíc zastávám názor, že pacient v takovéto situaci (stav po amputaci dolní končetiny) není schopen ani takto obrovské množství informací pojmout. Nehledě na to, že většina amputací je prováděna v důsledku pozdních komplikací při diabetu mellitus, tudíž jsou tito pacienti mnohdy v seniorském věku (viz výzkumný vzorek pacientů) a je třeba brát zřetel i na časté kognitivní poruchy ve stáří (mírná kognitivní porucha, demence). Tudíž zde vyvstává potřeba vhodného informačního materiálu, jež by byl pacientům k dispozici, a poskytl jim základní informace o amputaci a následné péči, aniž by se zvyšovaly nároky na personální obsazení oddělení. Jak Seifert et al. (2005) uvádí, informovaný pacient je pro lékaře a samozřejmě i sestru lepším partnerem, než neinformovaný. Toto tvrzení podporují i Venglářová s Mahrovou (2006). Podle nich je důležité si uvědomit, že i běžná komunikace, kterou lze rozvíjet při poskytování ošetrovatelské péče u lůžka pacienta, buduje kladný vztah pacient – pečovatel a pacientovi zároveň poskytuje i sociální kontakt.

V rámci schopnosti pacientů sebeobsluhy po propuštění čtyři dotázaní pacienti uvedli, že budou potřebovat dopomoc při zajištění chodu domácnosti (P2, P5, P6, P8) a čtyři pacienti dopomoc při celkové hygieně (P2, P3, P4, P6). Pouze dva dotázaní (P1, P7) uvedli, že budou potřebovat dopomoc při všech činnostech.

Se schopností sebeobsluhy po propuštění souvisí i představy o návratu pacientů po amputaci do běžného života. Pouze jeden pacient (P4) uvedl, že nynější amputace pro něho neznamena životní změnu. Zde je však nutno dodat, že se jedná o pacienta, který již jednu amputaci prodělal a v rámci svých možností se na nově vzniklou situaci adaptoval. To dokládá například jeho výrok o zájmových aktivitách: „*Jelikož jsem už zájmy týkající se procházek a tak podobně zavrhl po amputaci první nohy, té pravé. Tak jsem si našel jiné zájmy, ve kterých mi amputace nohy nebrání, jako je poslouchání vážné hudby, kterou mám rád.*“ Ostatní dotázaní pacienti v souvislosti s amputací dolní končetiny uváděli do budoucna omezení a většinou i zhoršení kvality života (P1, P3, P4, P5, P6, P8). Jako největší omezení do budoucna opět uváděli schopnost pohybovat se a chodit. V důsledku omezené hybnosti byla i poměrně často uváděna obava ze sociální izolace (P1, P2, P7, viz diagram 6) a omezení či ztráta zájmových činností (P1, P2, P3, P5, P6, P7, viz diagram 9). Tyto výsledky korespondují i se závěry Galaghery a MacLachlana (2000), kteří sledovali pacienty po nízké amputaci dolní končetiny. Z jejich výzkumu vyplývá, že dotázaní pacienti se převážně zabývali omezením života po ztrátě končetiny, o dalším životě s protézou, o osudu amputované končetiny a také o tom, co s nimi bude dál. Za pozitivní vnímám fakt, že většina dotázaných pacientů našeho výzkumného šetření má oporu ve své rodině a v přátelích (viz diagram 10). Opора v rodině byla považována za protektivní faktor, který zahrnovala sedmá identifikovaná kategorie (projektivní faktory a návrh řešení současné situace pacientem). Obdobně uvádí i Valizadeh et al. (2014), kdy podle ní lidé po amputaci dolní končetiny většinou zažívají sociální izolaci oproti zdravým lidem. Sociální podporu okolí pak považuje za nejmocnější faktor ve snaze se vyrovnat se stresovými situacemi. Výsledkem jejího výzkumu je identifikace základních podpůrných zdrojů, mezi nimiž vévodila podpora rodiny a podpora přátel. V souvislosti s podpůrnými zdroji navíc uvádí, že vzhledem k vysokému počtu fyzických, duševních a sociálních problémů u pacientů může identifikace a posilování zdrojů podpory efektivně ovlivňovat jejich adaptaci na onemocnění a zlepšit tak kvalitu jejich života (Valizadeh et al., 2014). Součástí této kategorie byly i návrhy řešení současné situace pacientem. Za konstruktivní řešení současné situace pacientů lze považovat využívání kompenzačních pomůcek, důslednou péči o vlastní zdraví a využití profesionální pomoci.

Další významnou oblastí byly informace, jež dotázaní pacienti měli. Jednalo se o informace týkající se amputace dolní končetiny a o následném léčebném režimu (viz

diagram 13), kde hledat pomoc a jaké kompenzační pomůcky používat (viz diagram 14), informace o pohybovém režimu a rehabilitaci (viz diagram 15), informace o vhodném tišení bolesti a o možných pooperačních komplikacích (viz diagram 16). Z jednotlivých výpovědí dotázaných našeho výzkumného šetření velmi často vyznívá, že pacienti nemají potřebné informace. Nad možnými příčinami jsme se již zamýšleli výše. Obdobná zjištění uvádí například Udosen et al. (2009), v jehož výzkumném vzorku nemělo žádné znalosti o umělé končetině až 25% dotázaných.

Taktéž jsme zjišťovali, zda pacienti vůbec zájem o informace mají a zda jim všeobecné sestry, jež o ně pečují, poskytly nějaké informační materiály. Všichni pacienti uvedli, že od sester neobdrželi informační materiály, dva dotázaní však uvedli, že jim byly informace poskytnuty ústně (P2, P6). Shodou okolností jsou tito pacienti i jedni z mála, kteří by nějaké další informace uvítali (viz diagram 17).

V rámci očekávání pacientů ohledně péče poskytované sestrami dotázaní pacienti jednoznačně preferovali oblast dopomoci při lokomoci, dále dopomoc jako takovou (při hygieně, oblékání, ostatních sebeobslužných činnostech, podávání stravy atd.). Jako další očekávání uváděli i logicky ošetrovatelskou péči o pooperační ránu a pahýl amputované dolní končetiny (viz diagram 18). Dotázané sestry uváděly, že podporují pacienty především v požadavcích sebepéče v oblasti hygieny (S1-S6, S8-S11), stravování a vyprazdňování, což koresponduje s pojetím D. E. Oremové. Dopomoc při pohybu uvedly čtyři sestry (S2, S3, S7, S9).

Na základě těchto výzkumných poznatků lze vytvořit odpovědi na výzkumné otázky. K prvnímu cíli práce (zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové) se váží tři výzkumné otázky. Jaké problémy mají pacienti v univerzálních požadavcích sebepéče? Jaké problémy mají pacienti ve vývojových požadavcích sebepéče? Jaké problémy mají pacienti v terapeutických požadavcích sebepéče?

D. E. Oremová do univerzálních požadavků sebepéče řadí šest základních požadavků. Jimi jsou vzduch, potrava, tekutiny; vylučování, hygiena; aktivita, odpočinek; sociální interakce, osamocení; bezpečí, rizikové činnosti; optimální fyziologický stav (Pavlíková, 2006). Z rozhovorů jednoznačně vyplývají požadavky pacientů po amputaci dolní končetiny na dopomoc při základních činnostech, mimo jiné i při stravování, dále požadavky na vyprazdňování stolice, na aktivitu, na odpočinek (tedy spánek), sociální

interakci a optimální fyziologický stav, tedy potřeba být bez bolesti. Dotázaní pacienti jako nejvíce zatěžující vnímali právě oblast aktivity, jež v sobě zahrnuje nejenom pohyblivost a schopnost chůze, ale i zájmové aktivity, které jsou vlivem amputace dolní končetiny do značné míry ovlivněny.

Vývojové požadavky sebekpěče pak podle D. E. Oremové zahrnují nynější životní fázi a krizové a zátěžové situace (Pavlíková, 2006). Námi oslovení pacienti vesměs uváděli zhoršení nebo omezení kvality života (viz diagram 7), v souvislosti s tím uváděli pocity jako je bezmoc, smíření se, snaha vzniklou situaci neřešit (viz diagramy 11, 12).

Poslední výzkumná otázka směřovala k zjištění problémů pacientů v terapeutických požadavcích sebekpěče. Jimi jsou následky onemocnění, vědomosti; diagnostika, léčba, rehabilitace; adaptace organismu a edukace. Z výsledků šetření jednoznačně vyplývá deficit v informovanosti dotázaných pacientů, ať už o důsledcích amputace dolní končetiny a následném léčebném režimu, tak o vhodné mobilizaci a časnou rehabilitaci a o tom, jak se konstruktivně adaptovat na nově vzniklou situaci (viz kategorie 8: Informace).

Lze tedy shrnout, že v pojetí D. E. Oremové je sebekpěče pacientů po amputaci dolní končetiny snižená ve všech požadavcích sebekpěče. Úkolem všeobecné sestry je pak tyto pacienty citlivě vést a dopomáhat jim, aby postupně zvyšovali svoji soběstačnost a mohli se co nejdříve vrátit do běžného života.

V rozhovorech se všeobecnými sestrami, jež pečují o pacienty po amputaci dolní končetiny, bylo výzkumné šetření zacíleno na pomoc pacientům a na poskytování informací. Nejprve jsme se zaměřili na výpovědi týkající se oblastí pomoci. Dotázané sestry uvedly, že pacientům po amputaci dolní končetiny nejčastěji pomáhají s hygienickou péčí, dále se stravováním, s vyprazdňováním a s pohybem (viz diagram 19). V rámci podpory pacienta se snaží tyto pacienty vhodně motivovat a aktivizovat, vést je k samostatnosti při sebeobslužných činnostech a provádět rehabilitaci (viz diagram 20). Mezi nejčastěji prováděnými sesterskými úkony u pacientů po amputaci patří logicky převazování rány a péče o pahýl, pomoc při sebekpěči a rehabilitaci (viz diagram 21). Ertl (2016) k ošetrovatelské péči o pacienty po amputaci dolní končetiny v průběhu počátečního pooperačního období uvádí, že se jedná o komplexní činnosti, které zahrnují hloubkové a průběžné hodnocení, péči o rány, sledování možných

pooperačních komplikací, vzdělávání, bezpečnost, nácvik mobility a péči o emoční potřeby pacienta.

Dále bylo zjišťováno, jaké informace jsou nejčastěji pacientům podávány a zda mají sestry k dispozici informační materiál. Sestry pacienty nejčastěji informují o péči o pooperační ránu a pahýl, dále o vhodném tišení bolesti, pohybovém režimu a následné rehabilitaci a o vhodných kompenzačních pomůckách (viz diagram 22). Jak uvádí sestra 10: *„Po té amputaci záleží na člověku, co konkrétně nejvíce potřebuje. Ale asi nejčastěji informace co se týká bolesti, že je to strašně bolí a poté ty fantomovy bolesti. Také se dost baví o budoucnosti, jestli budou moci chodit, co za protézy. V tomhle ohledu je mohu podpořit pouze psychicky.“*

Za překvapivé lze považovat fakt, že ne všechny sestry pacienty informují o všech výše uvedených oblastech. Například o bolesti informují pouze čtyři sestry (S1, S5, S8, S10). Přitom důsledná psychická příprava na bolest, dostatek informací a individuálně nastavené tišení bolesti může bolest zmírnit či zcela utlumit. Taktéž pouze dvě sestry (S2, S3) uvedly, že pacienty edukují o nutnosti dodržovat správný léčebný režim u diabetu mellitus, jež je jednou z nejčastějších příčin amputace dolní končetiny (Vetra et al., 2016), což odpovídá i indikacím v našem výzkumném vzorku. K poskytování informací sestrami je třeba dodat, že z rozhovoru také vyplynulo, že na rehabilitaci pacientů dochází fyzioterapeut či jakmile je pacient schopný se sám posadit, je překládán na rehabilitační oddělení.

Ze šetření také vyplynulo, že není k dispozici informační materiál pro pacienty a jejich rodiny. Pět dotázaných sester (S1, S2, S3, S6, S7) uvedlo, že informuje ústně. Toto číslo považujeme za dost nízké a opět se lze zamýšlet nad důvody, proč sestry tak málo své pacienty informují. Co je naopak třeba zvláště ocenit a doporučit i pro ostatní sestry, je fakt, že sestra 3 v rámci podávání informací provádí i demonstrativní ukázky (např. péče o ránu a pahýl).

Podle Zacharové (2009) úspěch sebepéče nemocného může mít základ v prvotním poučení a vysvětlení potřebných postupů ošetrovatelské péče, ale také i v přesvědčení nemocného o její důležitosti. Tudíž by se měl podle ní zdravotnický pracovník zpětně ubezpečit, že pacient vše správně pochopil. Sdílím názor Zacharové (2009), že by do edukační činnosti měla být zapojena i rodina pacienta, která mu je v jeho životní situaci oporou a v mnoha případech bude v domácím prostředí naplňovat deficitní sebepéči.

V souvislosti s druhým cílem práce (zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové sestry podporují pacienty po amputaci dolní končetiny v sebeděči) byly také stanoveny tři výzkumné otázky: Na jaké činnosti se sestry zaměřují v podpůrně-výchovném ošetrovatelském systému při podpoře sebeděče pacientů po amputaci dolní končetiny? Na jaké činnosti se sestry zaměřují v částečně kompenzačním ošetrovatelském systému při podpoře sebeděče pacientů po amputaci dolní končetiny? Na jaké činnosti se sestry zaměřují v plně kompenzačním ošetrovatelském systému při podpoře sebeděče pacientů po amputaci dolní končetiny?

Z výsledků vyplynulo, že v podpůrně-výchovném ošetrovatelském systému se sestry při podpoře sebeděče pacientů po amputaci dolní končetiny zaměřují především na podporu pacienta, jeho vedení k samostatnosti a na snahu naučit ho pečovat o sebe sama. Do této oblasti patří i edukace. Jak již bylo výše uvedeno, jen malá část dotázaných sester pacienty dostatečně informuje či edukuje o amputaci dolní končetiny, a co s sebou amputace přináší.

D. E. Oremová identifikovala tři typy částečně kompenzačních ošetrovatelských systémů: dopomoc sestry; usměrňování, vedení pacienta a zajištění podpůrného prostředí (Pavlíková, 2006). Sestry se při podpoře sebeděče pacientů po amputaci dolní končetiny zaměřují na všechny složky systému. Oblasti dopomoci pacientům graficky znázorňuje diagram 19. Jak už bylo dříve uvedeno, nejčastěji sestry pacientům dopomáhají v oblasti hygieny, stravování, vyprazdňování a při pohybu. Sestra 2 uvádí: *„Nejčastěji pomáháme s hygienickou péčí, při mobilizaci v rámci lůžka... Pomáháme jim samozřejmě v podávání jídla...“* Sestra 1 uvedla: *„Je to motivace, aby se snažil co nejrychleji a samostatně obléci. Připravít mu pomůcky na hygienu, aby to zkoušel sám, samostatně.“* V rámci úpravy prostředí sestry dopomáhají tak, že dávají věci a potřeby pacienta na dosah.

V plně kompenzačním ošetrovatelském systému (tedy v péči o plně nesoběstačného pacienta) se sestry nejčastěji zaměřují na základní potřeby sebeobsluhy. Dále plně přebírají zodpovědnost za péči o pooperační ránu a pahýl amputované nohy. Jak Pavlíková (2006) dodává, provádění péče okolím je nutné právě v plně kompenzačním ošetrovatelském systému. Dále v období nácviku činností nebo při obnově dosavadních dovedností. Pro pacienta je nácvik a rozvíjení sebeobslužných činností důležité, není možné ho trvale „zneschopnit“ sestřsky poskytovanou péčí.

K poslednímu, třetímu cíli práce (zjistit, jaké způsoby pomoci sestry využívají v péči o pacienty po amputaci dolní končetiny) se váže výzkumná otázka: Jaké způsoby pomoci dle pojetí D. E. Oremové využívají sestry při poskytování péče pacientům po amputaci dolní končetiny? D. E. Oremová stanovila pět způsobů sesterské pomoci jedincům s deficitem sebepéče: zastoupení nebo jednání za pacienta; usměrňování, vedené pacienta; fyzická nebo psychická pomoc a podpora pacienta; zajištění podpůrného prostředí; edukace, učení pacienta (Pavlíková, 2006). Z analýzy rozhovorů vyplývá, že sestry využívají všechny tyto způsoby sesterské dopomoci. K psychické podpoře pacienta například sestra 2 uvedla: „... *snažíme se je aktivovat i psychicky, protože většinou se s danou situací těžko vyrovnávají.*“ Sestra 9 dodávala: „*Já bych řekla psychickou, protože je to pro člověka stres, nikdo s tím nepočítá. Takže, když bude mít optimistický náhled do budoucna, tak to zvládne a to je nejdůležitější asi.*“

Podle Novosada (2011) pacienti po amputaci, jež jsou informováni o podstatě své situace a zdravotním stavu a kteří jsou vhodně motivováni, mají podporu blízkých a zřetelnou životní perspektivu, tak lépe spolupracují a rychleji se adaptují na novou životní situaci. Tento názor podporuje i Smutný (2013), podle něhož k příčinám špatného psychického stavu pacienta po amputaci patří nedostatečné informace o amputaci, pocit ztráty kontroly nad sebou, pocit neužitečnosti a závislost na druhých. Také uvádí změny ve vnímání tělesného vzhledu, kdy řada pacientů po amputaci má zábrany se pahýlu dotýkat a má tendenci jej skrývat pod peřinou. Špatné vyrovnávání se s amputací může vést k tomu, že se postižená osoba může stranit veřejnosti, aby okolí nespatriřilo amputovanou končetinu, kdy následně dochází k sociální izolaci pacienta. Zde je důležité, aby sestra pacienta povzbuzovala k postupnému akceptování pohledů lidí z okolí. Taktéž je důležité, aby sestry svým empatickým přístupem vytvořily bezpečné prostředí, kde pacient může hovořit o svých problémech a pocitech, jaké vhodné se nabízí poskytnout mu kontakt s člověkem v podobné situaci jako je on sám. Je důležité, aby sestra sledovala psychický stav pacienta po amputaci, protože hrozí riziko depresivních stavů, jež uváděl například pacient 2 „*Mám takové krátké výboje...výboje myslím jako deprese... takže to jsou komplikace spíše psychické.*“ Podle Seidela et al. (2006) má těžkou depresi až 27 % pacientů po amputaci a 25 % z nich má projevy úzkosti. Ty jsou často v důsledku fantomových bolestí a pro nemožnost plnohodnotně používat protézu.

Dotázané sestry nejméně využívaly sesterskou pomoc skrze edukaci, tedy učení pacienta. Sestry nejčastěji poskytovaly informace či edukovaly v péči o pooperační ránu a pahýl. Avšak informace o bolesti podávaly pouze čtyři sestry (viz diagram 22). To koresponduje i s výpověďmi dotázaných pacientů, podle kterých se informace o bolesti omezila pouze na to, že si mají „říct o lék“. Tři pacienti uvedli, že tyto informace nemají (P2, P3, P5) – zde je však nutno dodat, že všichni tito tři pacienti uváděli, že jim sestra nabízí lék na tišení bolesti. Pacient 2 uvedl: *„To mě nikdo neřekl ani řuk. Pouze se mě ptají, jestli chci něco na bolest.“* Obdobné informace uváděl i pacient 3: *„Já žádný informace nemám. Dávají mi tady prášky...“* S edukací a učením pacienta souvisí i poskytování informačního materiálu. Jak je znázorněno v diagramu 23, sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8 a S10 uvedly, že ho nemají k dispozici a další tři sestry (S4, S5, S11) uvedly, že neví, zda něco takového k dispozici mají.

Na závěr této části lze tedy shrnout, že se cíle práce podařily naplnit a na výzkumné otázky získat odpovědi. Z analýzy rozhovorů v pojetí D. E. Oremové celkově vyplývá potřeba zaměřit se na zlepšení informovanosti pacientů a podporu všeobecných sester k předávání informací pacientům, tedy více intervenovat v podpůrně-výchovném ošetrovatelském systému.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem „*Úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny*“. Amputace dolní končetiny je zákrokem, který závažně zasahuje do života pacienta. Ztráta dolní končetiny ovlivní život jedince, ať už v biologické, psychické či sociální oblasti. Kvůli rostoucímu počtu cévních onemocnění a i díky rostoucí incidenci diabetu mellitus, pacientů s amputací neustále přibývá.

Práce je zaměřená na pacienty po takovéto ztrátě, na jejich sebepéči a deficit sebepéče, tj. v jakých oblastech je tato nově vzniklá situace nejvíce zatěžuje. U těchto pacientů je pak důležitá kvalitní následná ošetrovatelská péče, která naučí pacienta správně pečovat o pooperační ránu a pahýl, používat vhodné kompenzační pomůcky a pomůže mu se sžít se ztrátou končetiny. Pro účely výzkumné části bylo zvoleno kvalitativní šetření technikou polostrukturovaného rozhovoru s pacienty po amputaci dolní končetiny a se sestrami, které o tyto pacienty pečují. Výzkum probíhal od listopadu roku 2017 do dubna roku 2018 ve dvou nemocnicích na oddělení chirurgie. Cílem práce bylo zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny a potřebnou pomoc ze strany ošetrujících všeobecných sester v praxi s využitím některých aspektů modelu D. E. Oremové. Na základě této premise byly stanoveny tři dílčí cíle. Prvním cílem bylo zjistit úroveň sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny. Druhým cílem bylo zjistit, v jakých systémech v pojetí D. E. Oremové sestry podporují tyto pacienty v sebepéči a třetím cílem bylo, jaké způsoby pomoci sestry využívají při poskytování péče.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že v pojetí D. E. Oremové je sebepéče pacientů po amputaci dolní končetiny snižena ve všech požadavcích sebepéče. Nejvíce vnímané deficitní oblasti jsou oblast hybnosti a sebepéče, které nesporně ovlivňují i vnímání budoucí kvality života. Totéž vyplynulo i z výpovědí dotázaných sester, kdy sestry uváděly, že v těchto oblastech nejčastěji pacientům po amputaci dopomáhají. Sestry dále uváděly, že se zaměřují na ošetrovatelskou péči o pooperační ránu a pahýl a na nácvik soběstačnosti, jenž by měl usnadnit návrat pacienta do domácího prostředí.

Výstupem diplomové práce je pak soubor doporučených opatření směřovaných jak na management nemocnic, tak i na sestry samotné. Doporučení pro praxi směřovaná na vedení nemocnice jsou následující: vytvořit a zavést edukační standard, pokud není vytvořen, zpětnou vazbou si zjistit, zda je zdravotnický personál o něm informován.

Vhodné by bylo pro sestry uspořádat edukační seminář. Dále je doporučeno zajištění informačního materiálu pro pacienty a jejich rodinné příslušníky, jenž by se týkal problematiky amputací, možných komplikací, následné léčby, možné kompenzace a obsahoval by potřebné kontakty na organizace, jež mohou takto postiženým pacientům dopomoci (např. sesterská domácí péče, oblastní charita apod.). Návrh informačního letáku, který byl sestaven na základě výzkumného šetření a lze ho považovat za výstup této práce, je uveden v příloze 12.

Doporučení pro praxi směřovaná na všeobecné sestry, jež těmto pacientům poskytují péči – udělat si dostatek času na pacienty, podávané informace přizpůsobit věku a chápání pacienta, sdělené informace opakovat, pacienty jimi nezahlcovat a zpětnou vazbou si ověřovat, zda všemu rozumí. Dále bych doporučila, pokud je to možné, co nejvíce zapojovat i rodinné příslušníky a informace o následné péči po amputaci, předávat i jim. Dále je třeba pacienty podporovat ve zvědavosti, aktivně jim informace nabízet a v rámci samotné edukace využívat názorné ukázky a praktického nácviku potřebných úkonů sebedpěče.

Jsem si vědoma toho, že výsledky této práce nelze generalizovat, že má své limity. Jedním z nich je například poměrně malý vzorek dotázaných, který je však vzhledem ke zvolenému výzkumnému designu přiměřený. Tuto práci lze brát jako úvodní sondu do problematiky péče o pacienty po amputaci dolní končetiny, kterou by se následně dalo využít pro sestavování dotazníku, jenž by byl použitelný u většího počtu dotázaných. Dalším limitem práce je i fakt, že byly osloveny pouze dvě nemocnice, což do značné míry omezuje počet dotázaných a také jejich charakteristiky. V našem výzkumném souboru například chyběly názory a zkušenosti osob, jež o dolní končetinu přišli v mladším věku. Tudíž veškeré požadavky sebedpěče v této práci je nutná brát s ohledem i na věk, kdy se v seniorském věku předpokládá určité snížení funkční úrovně těchto osob a je nutná dopomoc druhé osoby.

Práce na tomto tématu mne obohatila o nové zkušenosti a doufám, že poslouží k podpoře tvorby vhodného ošetrovatelského plánu pro další pacienty s amputací končetin a umožní jim tak brzký návrat do plnohodnotného života.

Seznam použitých zdrojů

1. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny/Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Osveta. 242 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
2. BEKEL, G., HALMO, R., 2004. Teorie deficitu sebekpěče: soubor textů. In: BEKEL, G., HALMO, R. *Sborník Univerzity Palackého v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 20-25. ISBN 80-244-0794-9.
3. BHUVANESWAR, CH. G. et al., 2007. Reactions to Amputation: Recognition and Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 9(4), 303-308. ISSN 1523-5998.
4. ČÁKIOVÁ, J., 2017. *Co jsou to civilizační choroby?*. [online]. Národní informační centrum pro mládež: NICM [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.nicm.cz/co-jsou-to-civilizacni-choroby>
5. ČOUPKOVÁ, H., SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
6. DISMAN, M., 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vydání. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
7. DENNIS, C. M., 1997. *Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications*. St. Louis: Mosby. 157 p. ISBN 978-08-1512-426-9.
8. ERTL, J. P., 2016. *Lower-Extremity Amputations*. [databáze]. Received Salary from Medscape for Employment. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <https://emedicine.medscape.com/article/1232102-overview>
9. FERKO, A. et al., 2015. *Chirurgie v kostce: 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada. 515 s. ISBN 978-80-247-1005-1.
10. GALAGHER, P., MACLACHLAN, M., 2000. Positive Meaning in Amputation and Thoughts about Amputated Limb. *Prosthetics and Orthopedics International*. 24(3), 196-204, doi: 10.1080/03093640008726548.
11. GREWE, H. E., KREMER, K., 1993. *Atlas chirurgických operací*. Praha: Grada. 721 s. ISBN 80-7169-028-7.
12. HALMO, R., 2015. *Sebekpěče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4811-5.
13. HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.

14. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
15. KAŠÁKOVÁ, E. et al., 2015. *Výkladový slovník pro zdravotní sestry*. Praha: Maxdorf. 430 s. ISBN 978-80-7345-424-1.
16. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. KUBEŠ, R., 2014. Amputace. In: DUNGL, P. et al. *Ortopedie: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, s. 117-126. ISBN 978-80-247-4357-8.
18. KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
19. MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., 2009. *Edukacia a edukačný proces v ošetrovatelství*. Martin: Osveta. 155s. ISBN: 978-80-8063-3264.
20. Multimediální trenažér plánování ošetrovatelské péče, © 2018. *Hodnotící škály*. [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
21. MURPHY, D., 2013. *Fundamentals of amputation care and prosthetics*. New York: Demos Medical Publishing. 200 p. ISBN 978-19-3628-770-3.
22. NOVOSAD, L., 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
23. OREM, D. E. et al., 1997. *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby. 528 s. ISBN 3-86126-548-6.
24. OREM, D. E. et al., 2001. *Nursing: concepts of practice*. 6. issue. St. Louis: Mosby. 542p. ISBN 0-323-00-864-x.
25. PABST, F., 2013. *Dorothea Orem: Professionelles Handeln als Förderung der Selbstpflege und der Selbstfürsorge*. Bern, Grin Publishing. 16 s. ISBN 978-3656-5075-50.
26. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
27. PEJŠKOVÁ, I., MAREČEK, A., 2010. Rehabilitační a protetická péče o pacienty - diabetiky po amputaci končetiny. *Medicína pro praxi*. 7(5), 216-220. ISSN 1803-5310.

28. PITNETOVÁ, J., KLUSOŇOVÁ E., 2014. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 125s. ISBN 978-80-7013-567-9.
29. PLEVOVÁ, I., SLOWIK, R., 2008. *Vybrané kapitoly z historie ošetřovatelství*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 120 s. ISBN 978-80-7368-506-5.
30. PLEVOVÁ, I. et al., 2011. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.
31. POKORNÁ, A. et al., 2013. *Ošetřovatelství v geriatrii: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
32. PROTEOR, © 2018. *Bandážování pahýlu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pahylu>
33. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
34. RITCHIE, A. T., 1885. *Mrs. Dymond*. London: Smith, Elder & Co. 536 p.
35. ROKYTA, R. et al., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
36. RÜMENAPF, G., MORBACH, S., 2017. Amputation Statistics – How to Interpret Them?. *Dtsch Arztebl Int.* 114, 128-129, doi: 10.3238/arztebl.2017.0128.
37. SEIDEL, E. et al., 2006. Anxiety and Depression after Loss of a Lower Limb. *Orthopade.* 35(11), 1152-1158. ISSN 1433-0431.
38. SEIFERT, B. et al., 2005. Informovaná sebepéče jako nástroj podpory procesu standardizace ve zdravotnictví. *Praktický lékař.* 85(3), 174-176. ISSN 0032-6739.
39. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2010. *Ošetřovatelství v chirurgii*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
40. SMUTNÝ, M., 2013. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vydání. Brno: MS ortoprotetika. 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7.
41. SOSNA, A. et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 169 s. ISBN 80-7254-202-8.
42. STAŇKOVÁ, M., 2007. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřící techniky v ošetřovatelské praxi*. Ediční řada - *Praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 55 s. ISBN 80-7013-326-6.

43. STOCKBURGER, S. et al., 2016. Phantom Limb Pain. *J Pain Manage.* 9(2), 161-164, ISSN 1939-5914.
44. STUTTS, L. A. et al., 2015. Coping and Posttraumatic Growth in Women with Limb Amputations. *Psychology, Health & Medicine.* 20(6), 742-752, doi: 10.1080/13548506.2015.1009379.
45. ŠAMÁNKOVÁ, M. et al., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
46. TAYLOR, S. G., RENPENNING, K., 2011. *Self-Care Science, Nursing Theory and Evidence-Based Practice.* New York, Springer Publishing Comp. 239 s. ISBN 978-0-8261-0779-4. Dostupné z: http://lghttp.48653.nexcesscdn.net/80223CF/springer-static/media/samplechapters/9780826107787/9780826107787_chapter.pdf
47. TAYLOR, S. G., RENPENNING, K., 2013. *Selbstpflege - Wissenschaft und evidenzbasierte Praxis, Pflgetheorie und evidenzbasierte Praxis von Gerd Bekel.* Bern, Verlag Hans Huber. 304 s. ISBN 345-6851-92-8.
48. TICHÝ, J., 2005. Fantomová bolest. *Bolest, časopis pro studium a léčbu bolesti.* 8(4), 199-209. ISSN 1212-6861.
49. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu.* Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.
50. UDOSEN, A. M. et al., 2009. Attitue and Perception of Patients towards Amputation as a from of Surgical Treatment in the University of Calabar Teaching hospital, Nigeria. *Afr Health Sci.* 9(4), 254-257. ISSN 1680-6905.
51. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
52. VAŘEKA, I., VAŘEKOVÁ, R., 2009. *Kineziologie nohy.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2432-3.
53. VALIZADEH, S. et al., 2014. The Perception of Trauma Patients from Social Support in Adjustment to Lower-limb Amputation: A Gualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care.* 20(3), 229-238, doi: 10.4103/0973-1075.138401.
54. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., 2006. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

55. VETRA, A. et al., 2016. Screening of Patients for First Time Prostheses after Amputation of Lower Limbs. *SHS Web Conf.* 30(6), 1-6, doi: 10.1051/shsconf/20163000034.
56. VIRANI, A. et al., 2015. Caring for Patients with Limb Amputation. *Nursing Standard.* 30(6), 51-60. ISSN 0029-6570.
57. WARMUZ, A. et al., 2004. Rehabilitation of Patients after Lower Limb Amputation as a Basic Element of Adaptation to Normal Life. *Wiad Lek.* 57(1), 331-334. ISSN 0043-5147.
58. WENDSCHE, P. et al., 2015. *Traumatologie.* Praha: Galén. 344 s. ISBN 978-80-7492-211-4.
59. ZACHAROVÁ, E., 2009. *Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebeděči.* [online]. Zdravotnické noviny. [cit. 2018-05-01] Dostupné z: <https://www.osu.cz/dokumenty/monitoringmedii/823.pdf>

Seznam příloh, tabulek a obrázků

Tabulka 1 Propojení základních teorií modelu D. E. Oremové	24
Tabulka 2 Souhrnná charakteristika dotázaných pacientů po amputaci dolní končetiny...	43
Tabulka 3 Charakteristika dotázaných – všeobecné sestry.....	44
Diagram 1 Pacienty vnímané problémy v souvislosti s amputací DK.....	46
Diagram 2 Pacienty vnímané komplikace v souvislosti s amputací DK.....	47
Diagram 3 Základní potřeby pacientů po amputaci DK vnímané jako deficitní	49
Diagram 4 Znalosti pacientů v péči o pooperační ránu a pahýl amputované DK	50
Diagram 5 Schopnost sebeobsluhy po propuštění	51
Diagram 6 Představy a očekávání pacientů po amputaci DK o návratu do běžného života	53
Diagram 7 Vnímaná kvalita života po amputaci dolní končetiny.....	54
Diagram 8 Nejvíce omezené oblasti života po amputaci DK.....	55
Diagram 9 Vliv amputace DK na zájmy dotázaných pacientů.....	56
Diagram 10 Vnímání opory pacienty	57
Diagram 11 Způsoby vyrovnávání se pacientů se současným zdravotním stavem	58
Diagram 12 Návrh řešení současné situace pacientem	59
Diagram 13 Informace o amputaci dolní končetiny a následném léčebném režimu	60
Diagram 14 Zdroj informací o tom, kde hledat pomoc a jaké používat pomůcky	61
Diagram 15 Informace o pohybovém režimu a rehabilitaci	62
Diagram 16 Informace o možných pooperačních komplikacích po amputaci dolní končetiny	64
Diagram 17 Zájem o další informace v souvislosti s amputací dolní končetiny	65
Diagram 18 Očekávání pacientů ohledně péče poskytované sestrami	66
Diagram 19 Oblasti dopomoci sester pacientům	68

Diagram 20 Konkrétní formy podpory pacienta v sebeděči.....	69
Diagram 21 Nejčastěji prováděné úkony u pacientů po amputaci dolní končetiny	70
Diagram 22 Nejčastěji poskytované informace pacientům po amputaci dolní končetiny	72
Diagram 23 Edukační materiál	73
Příloha 1 Exartikulace a amputace na dolních končetinách	94
Příloha 2 Typy amputací dle autorů	95
Příloha 3 Zásady bandážování amputačního pahýlu	96
Příloha 4 Polohování amputačního pahýlu	97
Příloha 5 Chybné návyky při polohování pahýlu.....	99
Příloha 6 Druhy protéz	100
Příloha 7 Barthelové test základních všedních činností ADL	102
Příloha 8 Test instrumentálních všedních činností IADL	103
Příloha 9 Přepis rozhovorů	104
Příloha 10 Struktura otázek pro rozhovor s pacienty po amputaci dolní končetiny a všeobecnými sestrami.....	105
Příloha 11 Škály pro hodnocení bolesti.....	107
Příloha 12 Návrh informačního materiálu pro pacienty	108

Seznam zkratk

ADL	Barthelové test základních všedních denních činností (Activity Daily Living)
aj.	a jiné
apod.	a podobně
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
atd.	a tak dále
cm	centimetr
DK	dolní končetina
DM	diabetes mellitus
et al.	a jiní
IADL	test instrumentálních denních činností (Instrumental Activities of Daily Living Scale)
JIP	jednotka intenzivní péče
MMSE	Mini mental state exam
Moca	Montrealský kognitivní test
např.	například
obratel L4 – L 5	obratel lumbální 4. a 5.
OPSP	obecné (univerzální) požadavky sebepéče
P1-P8	pacient 1-8
popř.	popřípadě
RHB	rehabilitace
S1-S11	sestra 1-11
SI skloubení	sacro-iliakální skloubení
SMS	esemeska
srov.	Srovnání
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaně
VAS	vizuální analogová škála bolesti
viz	zkratka pro odkaz na další zdroj
VPSP	vývojově podmíněné požadavky sebepéče
WC	toaleta

Příloha 1 Exartikulace a amputace na dolních končetinách

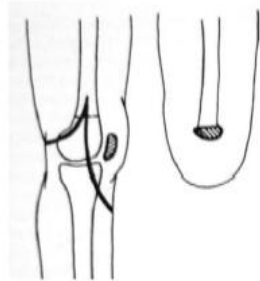


- a) rozšířená exartikulace v kyčelním kloubu
- b) exartikulace femuru
- c) amputace ve stehně
- d) exartikulace v kolenním kloubu (Gritti)
- e) amputace v bérce
- f) amputace v hlezenním kloubu (Pirogov)
- g) exartikulace v zadním intertarzálním kloubu (Chopart)
- h) exartikulace v tarzometatarzálním kloubu (Lisfanc)
- i) amputace prstů nohy

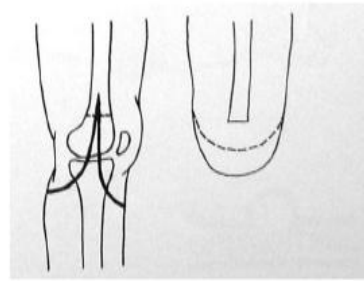
Zdroj: GREWE, H. E., KREMER, K., 1993. *Atlas chirurgických operací*. Praha: Grada. s. 368. ISBN 80-7169-028-7.

Příloha 2 Typy amputací dle autorů

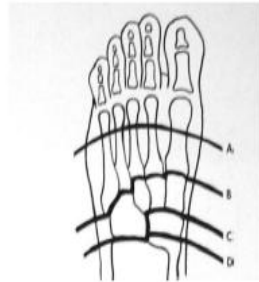
Amputace dle Stockem - Grifitho



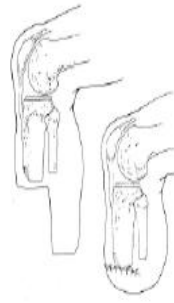
Amputace dle Callandera



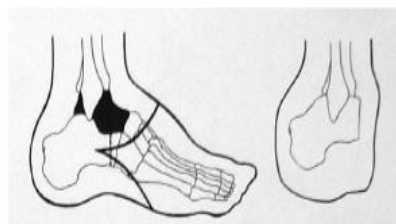
Amputace dle Scharpa (A), Lisfranka (B),
Bona-Jagera (C), Choparta (D)



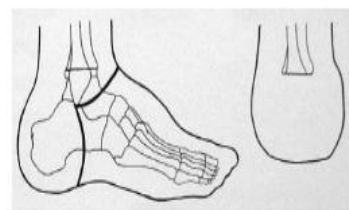
amputace dle Boyda



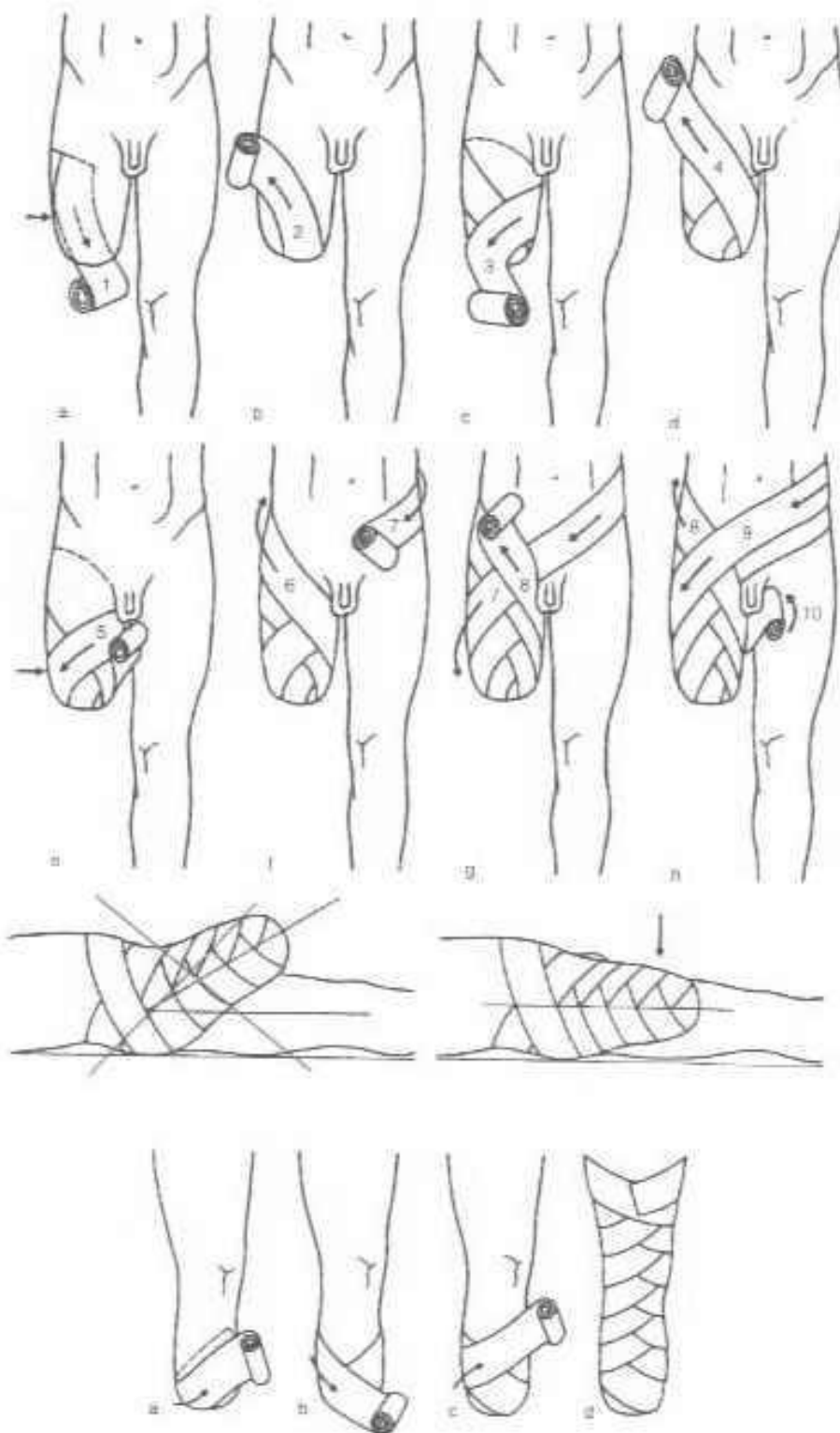
Amputace dle Pirogova



Amputace dle Symea



Příloha 3 Zásady bandážování amputačního pahýlu



Zdroj: PROTEOR, © 2018. *Bandážování pahýlu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pahylu>

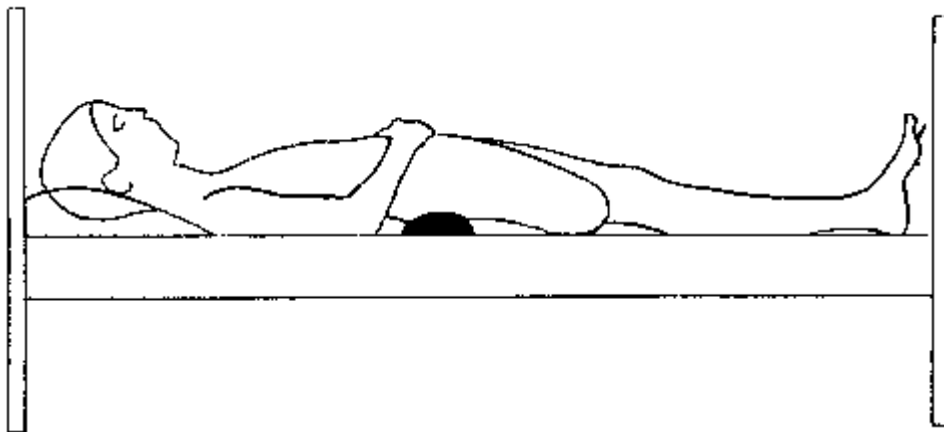
Příloha 4 Polohování amputačního pahýlu

Vleže na zádech:

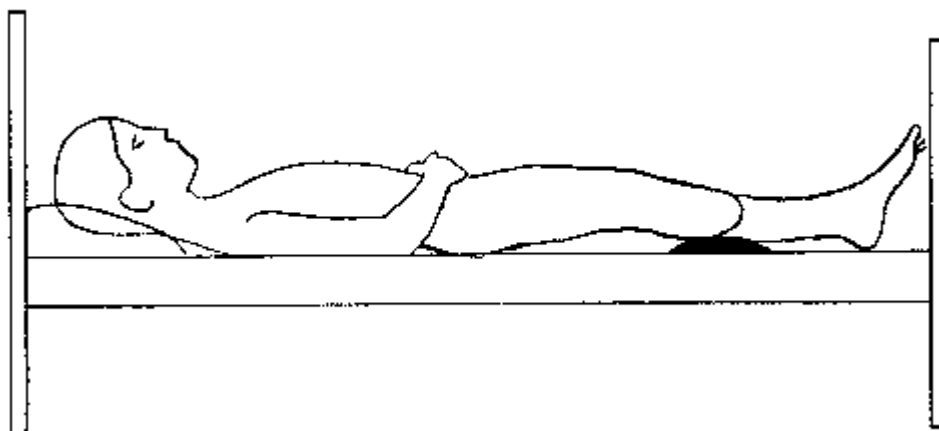
- u stehenní amputace s podloženou pánví (ne bederní páteří!) a zatíženou přední částí stehenního pahýlu,
- u bercové amputace nízké podložení konce pahýlu,
- protahování kolenního kloubu do extenze.

Vleže na břiše:

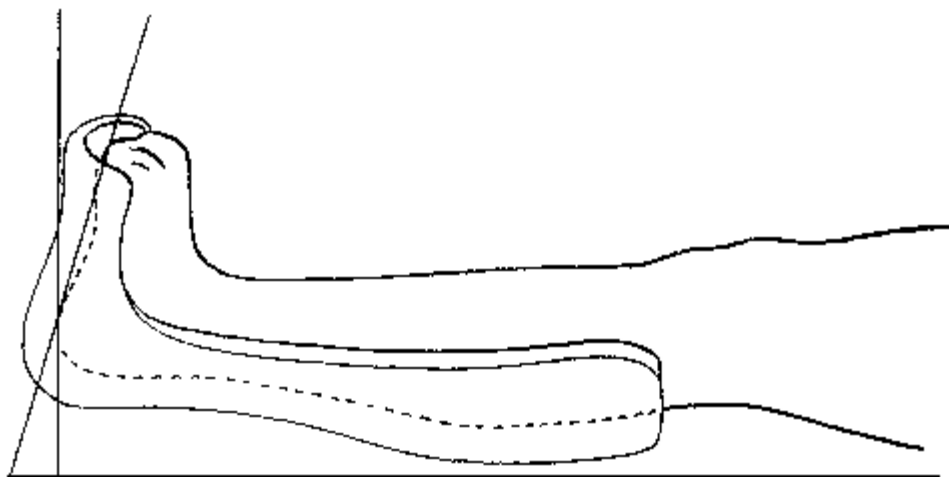
- horní polovina trupu v horizontále – stehenní pahýl podkládáme do zanožení,
- pahýl musíme zajistit proti unožení.



Amputovaný ve stehně s podloženou pánví.



Amputovaný v bércei, vrchol pahýlu podložený do 3 cm

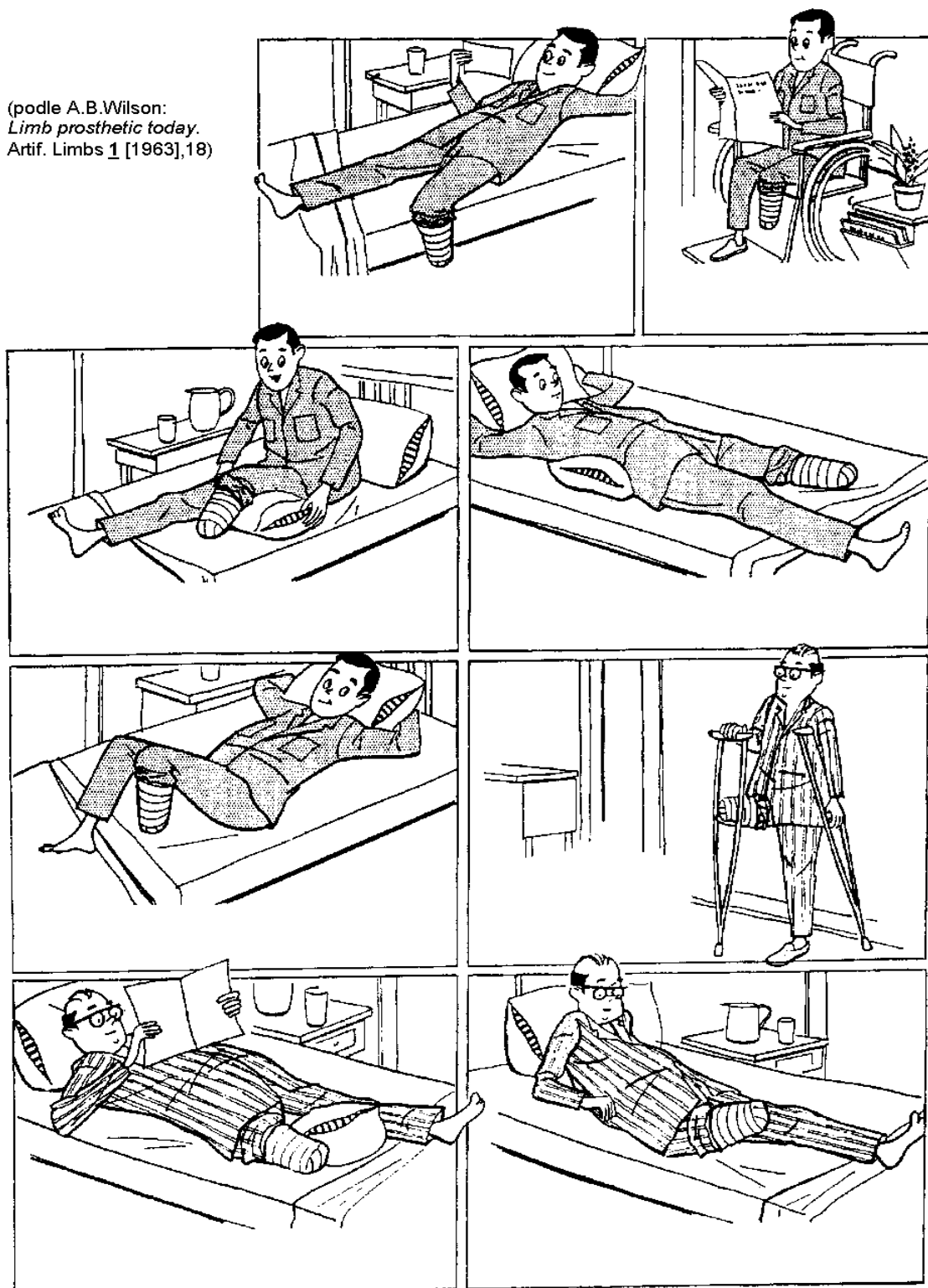


Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

Zdroj: PROTEOR, © 2018. *Bandážování pažylu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pazylu>

Příloha 5 Chybné návyky při polohování pahýlu

(podle A.B.Wilson:
Limb prosthetic today.
Artif. Limbs 1 [1963],18)



Zdroj: PROTEOR, © 2018. *Bandážování pahýlu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pahylu>

Příloha 6 Druhy protéz

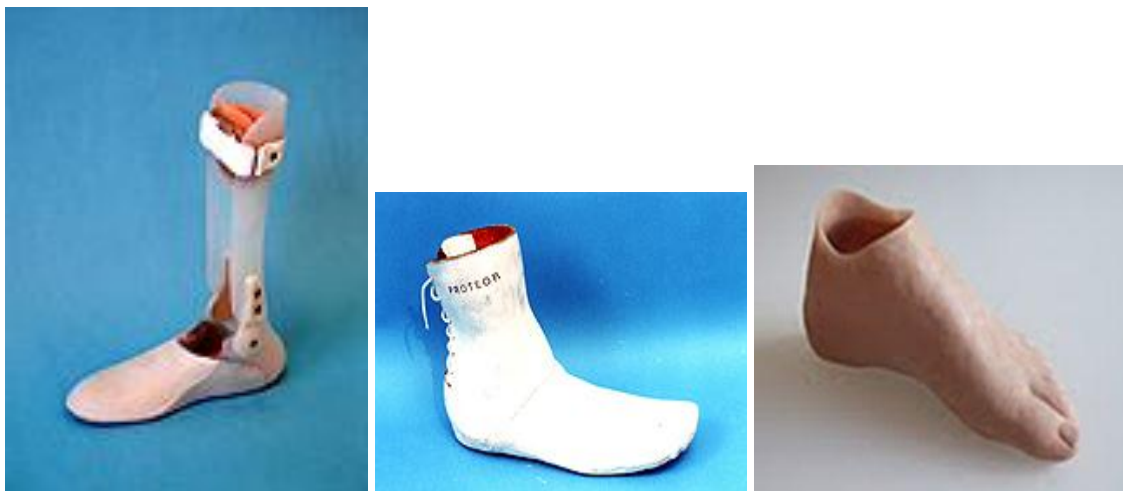
Protézy bérce



Stehenní protézy



Protézy nohy



Zdroj: PROTEOR, © 2018. *Bandážování pažylu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pazylu>

Příloha 7 Barthelové test základních všedních činností ADL



Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

- slouží ke zhodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

HODNOCENÍ:

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

Zdroj: Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, © 2018. *Hodnoticí škály*. [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 8 Test instrumentálních všedních činností IADL



Test instrumentálních všedních činností (IADL)

zjišťuje lehčí poruchy soběstačnosti

Jméno pacienta:

Datum:

Test provedl:

1. Jízda dopravním prostředkem

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí nebo doprovodem druhé osoby	5 bodů
neschopen, schopen pouze převozu (sanitou, automobilem)	0 bodů

2. Nákup potravin

zcela samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

3. Uvaření

samostatně celé jídlo	10 bodů
sám si jídlo ohřeje	5 bodů
neschopen	0 bodů

4. Domácí práce (jednoduchý úklid, např. vytření podlahy, ustlání postele atd.)

samostatně bez pomoci	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

5. Vyprání osobního prádla

zvládne samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

6. Telefonování

samostatně vyhledá čísla v seznamu, zvedne telefon a adekvátně reaguje	10 bodů
potřebuje pomoc při vytáčení nebo vyhledávání čísla	5 bodů
neschopen	0 bodů

7. Užívání léků

samostatně užívá správné léky v určenou dobu	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

8. Odesílání peněz na poštu nebo zacházení s kartou

schopen samostatně	10 bodů
s pomocí druhé osoby	5 bodů
neschopen	0 bodů

Výsledek:

Hodnocení:

0-40 bodů	nesoběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života
45-75 bodů	částečná nesoběstačnost v aktivitách denního života
80 bodů	v instrumentálních aktivitách denního života soběstačná/ý

Zdroj: Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, © 2018. *Hodnoticí škály*. [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 9 Přepis rozhovorů

Kompletní přepsané rozhovory s dotázanými z výzkumného vzorku jsou přiložené na CD na zadních deskách práce.

Příloha 10 Struktura otázek pro rozhovor s pacienty po amputaci dolní končetiny a všeobecnými sestrami

Otázky pro rozhovor s pacientem

Základní informace o pacientovi:

- Věk
 - Pohlaví
 - Typ amputace
 - Dolní končetina
 - Důvod amputace
 - Den po operaci
-
- Vnímáte nějaké problémy v souvislosti s amputací dolní končetiny, které Vás momentálně zatěžují?
 - Jaký problém v souvislosti s amputací Vás zatěžuje nejvíce?
 - Vnímáte nějaké komplikace v souvislosti s amputací dolní končetiny?
 - Jak hodnotíte svůj spánek a odpočinek v průběhu hospitalizace?
 - Jak hodnotíte pooperační bolest?
 - Máte nějaké potíže s vyprazdňováním stolice a moči po operaci?
 - Jak budete pečovat o amputovanou dolní končetinu po propuštění?
 - V jakých oblastech sebeděče budete schopen/schopna sebeobsluhy po propuštění?
 - Víte, kde hledat pomoc, jaké používat kompenzační pomůcky?
 - Co pro Vás znamená vrátit se do běžného života v souvislosti s Vaším onemocněním?
 - Máte v rodině oporu?
 - Jak ovlivní podle Vás amputace dolní končetiny Vaše zaměstnání?
 - Jak ovlivní podle Vás amputace dolní končetiny Vaše zájmy?
 - Jaké řešení Vy sami s výše uvedenými potížemi navrhuje?
 - Co Vám pomáhá se vyrovnat se svým zdravotním stavem?

- Jak hodnotíte současnou kvalitu Vašeho života?
- Ve kterých oblastech života vnímáte největší omezení?
- Jaké řešení Vy sami s výše uvedenými potížemi navrhuje?
- Jaké informace máte v souvislosti s amputací a léčebným režimem?
- Jaké informace máte o pohybovém režimu a rehabilitaci po amputaci dolní končetiny?
- Jak budete pečovat o pooperační ránu?
- Jaké informace máte o vhodném tišení pooperační bolesti?
- Jaké informace máte o pooperačních komplikacích?
- Byl Vám poskytnut nějaký informační materiál?
- Jaký druh pomoci očekáváte od sester a co od nich očekáváte?
- Potřebujete nějaké další informace související s Vaším zdravotním stavem?

Otázky pro rozhovor se sestrou

Základní informace o sestrách:

- Věk
 - Pohlaví
 - Vzdělání
-
- V jakých oblastech pacientům po amputaci dolní končetiny nejčastěji pomáháte?
 - Jak konkrétně podporujete pacienta v sebepěči po amputaci dolní končetiny?
 - Jaké informace v souvislosti s amputací dolní končetiny poskytujete pacientům nejčastěji?
 - Na jakou oblast v péči o nemocné po amputaci směřujete edukační činnost?
 - Jaké úkony u pacientů po amputaci dolní končetiny nejčastěji provádíte?
 - Máte k dispozici edukační materiál pro pacienty po amputaci dolní končetiny a jejich rodiny?

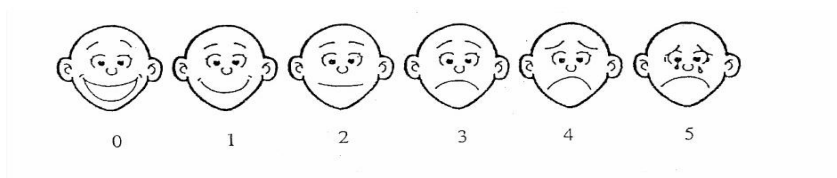
Zdroj: vlastní.

Příloha 11 Škály pro hodnocení bolesti

Vizuální analogová škála bolesti



Škála výrazů obličeje pro měření bolesti

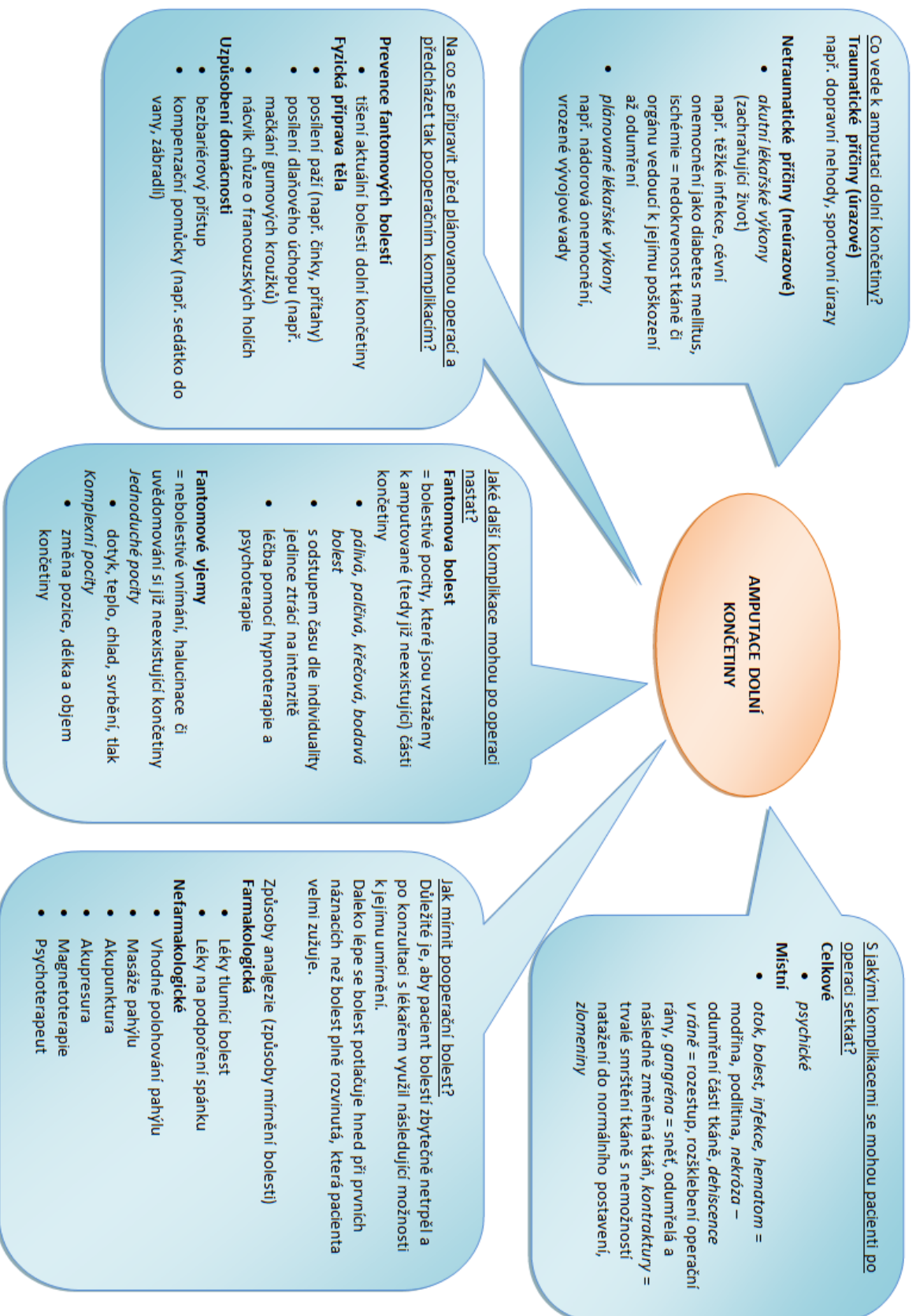


ZÁZNAM HODNOCENÍ BOLESTI

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

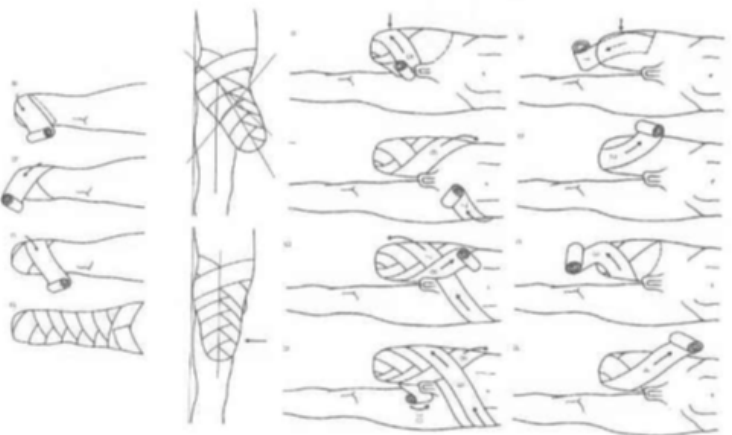
Zdroj: Multimediální тренаžér plánování ošetrovatelské péče, © 2018. *Hodnoticí škály*. [online]. VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, Hradec Králové [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>

Příloha 12 Návrh informačního materiálu pro pacienty



Bandážování

- do kónického tvaru
- elastickým obinadlem, širokým 10 – 14 cm
- převazuje se 2 – 3 krát denně
- zásada/ postup bandážování viz obrázek



Polohování, cvičení a tvarování paží

- Přivednutím paží se předchází nežádoucím otokům.
- V leže by měla být pánev rovnoběžná s podložkou.
- Časté střídání polohy těla i paží je prevencí proleženin.
- Fyzioterapeut začíná s pacientem pracovat velmi záhy po amputaci. Včasná a vhodná svalová zátěž, protahování svalstva, přiměřený pohyb v kloubech, tvarování paží a celkové zlepšování fyzické kondice pacienta je součástí kvalitního a brzkého začlenění do dalšího života.

PÉČE O PAŽÍ

Hygiéna

- Každý večer omýt paží teplou vodou a řádně její osušit.
- Ke koupeli se používají jemná mydla a dle potřeby také lehce dezinfekční látky či rostlinné přísady.
- Udržovat v čistotě protezu a další pomůcky.

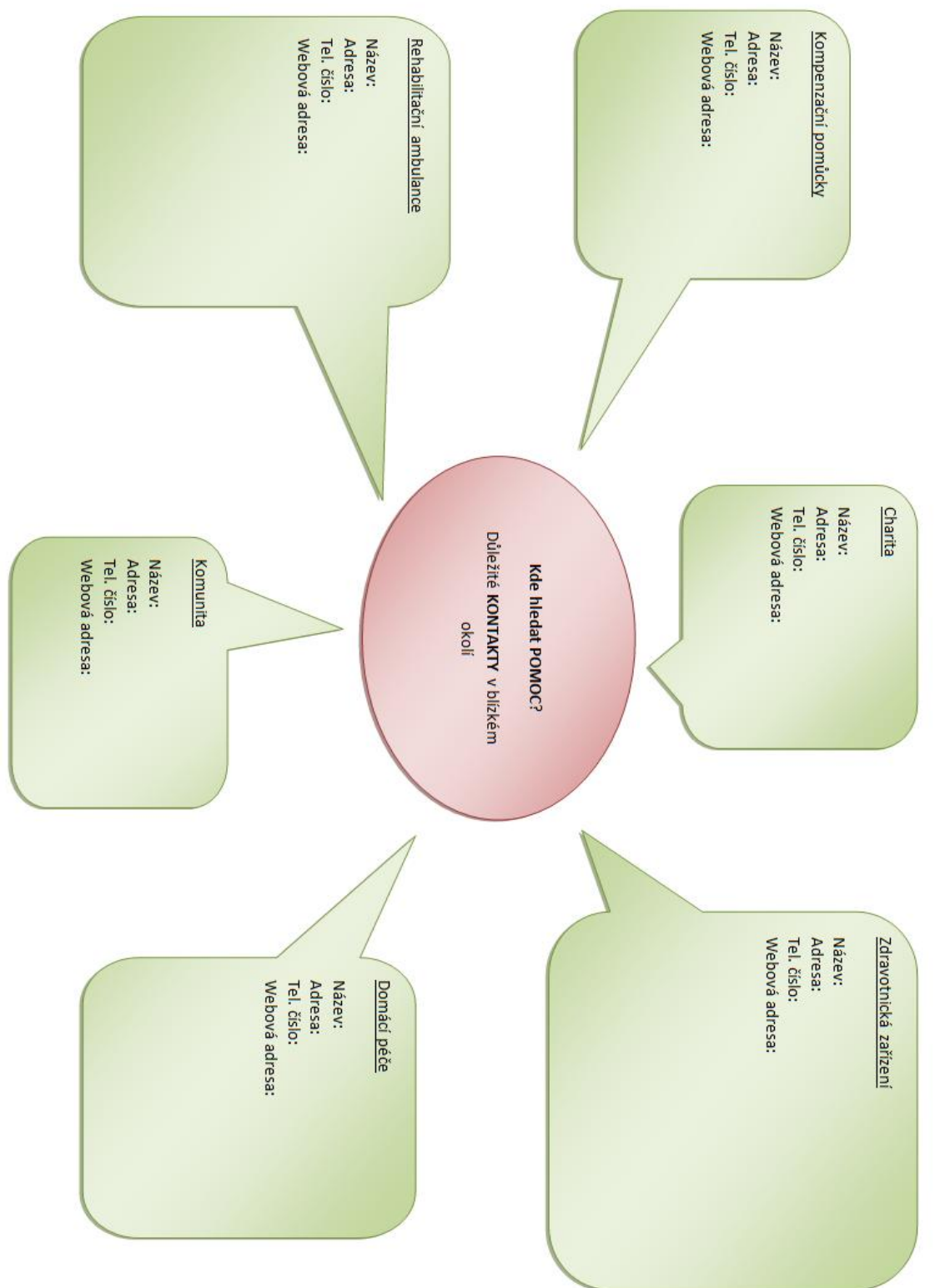
Péče o lizvu

- Zahájena až po odstranění stehů.
- Lehká masáž jizvy mastným krémem.
- fototerapie (laser, biolampa) - urychluje hojení

Otužování

Je důležité, aby paží byl připraven na zátěž, proto je nutné jej co nejdříve nejrůznějšími technikami otužovat.

- masáže (poklepávání prsty, protěpávání dlaněmi)
- střídavým proudem teple a studené vody
- pomůckami (přejíždění míčky, suchou zinkou, poklep jemným kartáčkem)



Poznámka: Aktualizace kontaktů dle místa použití informačního materiálu pro pacienty

Zdroj: 1. HONZÁRKOVÁ, K., 2018. *Úroveň sebeděče po amputaci dolní končetiny*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

2. PROTEOR, © 2018. *Bandážování pahýlu*. [online]. Proteor. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pahylu>