



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Bc. Kateřina Chmelíková

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

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své 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 13.5.2019

.....

Bc. Kateřina Chmelíková

Poděkování

Nejprve bych zde ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi při zpracování této práce vždy poskytla a dále všem probandům, kteří byli ochotni podstoupit výzkumné šetření.

Podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny

Abstrakt

V současné době se zvyšuje počet pacientů s diabetem mellitem. Jednou z komplikací tohoto onemocnění je tzv. diabetická noha a s ní spojená léčba amputací. Je zřejmé, že amputace, neboli snesení koncové části končetiny, zasáhne pacienta nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické, sociální a spirituální. Je proto nezbytné, aby každá sestra uměla zvolit vhodné komunikační techniky s těmito pacienty a poskytla jim dostatečnou pomoc při adaptaci na novou životní roli. Touto problematikou se zabývala také Callista Royová a vytvořila stejnojmenný model, jež lze využít u pacientů adaptujících se na nově vzniklou situaci, kterou bezesporu amputace dolní končetiny je.

V práci byly stanoveny tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit, jaké problémy shledávají pacienti po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle C. Royové. Dále jsme se zaměřili na to, jaké intervence sestry využívají při podpoře adaptace v jednotlivých adaptačních modech u těchto pacientů a jak dalece pracují sestry se stimuly v pojetí C. Royové.

K výzkumnému šetření byla použita kvalitativní metoda získávání dat pomocí techniky polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování u pacientů po amputaci dolní končetiny a dále u sester pracujících na standardním oddělení chirurgie. Po nasycení výzkumného vzorku byla získaná data analyzována a zpracována metodou „tužka a papír“.

Z šetření vyplynulo, že sestry ve své praxi věnují největší pozornost fyziologickému adaptačnímu modu a také modu vzájemné závislosti. V uspokojení základních fyziologických potřeb nejvíce zmiňovaly dopomoc v sebeobslužných činnostech, dále v oblasti vylučování a také velmi často intervence přispívající k tlumení bolesti. V adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině sestry využívají při podpoře adaptace pacienta nejčastěji vhodnou komunikaci a poskytnutí dostatku informací. V oblasti adaptačního modu rolové funkce můžeme říci, že sestry tyto informace zjišťují, avšak nebyla vyhodnocena žádná činnost, kterou by sestry tento modus podporovaly.

Narozdíl od sester, které věnují největší pozornost převážně v uspokojování fyziologického adaptačního modu a s ním spojeném modu vzájemné závislosti, pacienti shledávají nedostatek ve všech čtyřech adaptačních modech. V oblasti fyziologického adaptačního modu pacienti nejvíce zdůrazňovali problémy s pohybem projevující se deficitem sebekpěče. V oblasti sebekoncepce a identifikace ve skupině uváděli pocity bezmoci a méněcennosti. Téměř všichni pacienti shledávají problém v závislosti na ošetrovatelském personálu a také nemožnosti plnit dříve vykonávané role.

Nejčastější stimuly působící na pacienta s amputací dolní končetiny jsou prožívaná bolest, kterou sestry tlumí pomocí podání vhodného analgetika dle ordinace lékaře, dále velmi často uváděný přístup personálu a sociální interakce z důvodu absence rodinných příslušníků. Z šetření vyplynulo, že sestry zaujímají k pacientovi důstojný způsob chování a také respektují příchozí návštěvy pacientů.

Informace získané ve výzkumném šetření mohou sloužit jako podklad pro semináře o této problematice a následně vést ke zkvalitnění ošetrovatelské péče o pacienty s amputací dolní končetiny.

Klíčová slova

Adaptace; pacient; amputace; dolní končetina; model; C. Royová

Support for adaptation of a patient with lower limb amputation

Abstract

The number of patients with diabetes mellitus has been increasing recently. The so-called diabetic leg and related amputation treatment belong to the complications of the disease. Amputation or removal of the end part of a limb obviously affects not only the physical aspect of a patient, but also the psychical, social and spiritual aspects. It is therefore vital that each nurse is able to choose from suitable techniques of communication with such patients and to provide them with sufficient support in the adaptation to a new life role. Callista Roy also dealt with this issue and developed a model named after her, which can be applied to patients adapting to a newly arisen situation, which amputation of a lower limb definitely is.

Three goals were set in the thesis. The first one was to find out what kind of problems patients after amputation of a lower limb see in the individual adaptation modes according to C. Roy. Then we focused on the interventions applied by nurses to the support for the adaptation in the individual adaptation modes and to what extent nurses work with stimuli in Roy's conception.

The research was based on the data collection by means of a qualitative method, the techniques of semi-structured interviews, and involved observation of patients after amputation of a lower limb and of nurses working at a standard surgery department. After the saturation of the research sample set the data was analysed and processed by means of the "pencil & paper" method.

The research has shown that nurses devote particular attention to the physiologic adaptation mode and to the interdependence mode in their practice. In terms of the satisfaction of the basic physiologic needs they mostly mentioned the assistance in self-service activities, in the sphere of excretion and very often also interventions contributing to pain relief. In the self-concept group identity adaptation mode nurses mostly apply suitable communication and provision of sufficient information. In terms of the role function adaptation mode we can say that nurses search for this kind of information, but no activity supporting this mode was found among the nurses.

Unlike nurses, who pay the highest attention to the satisfaction of the physiologic adaptation mode and thereto related interdependence mode, patients see shortcomings in all four adaptation modes. In the physiologic adaptation mode patients mostly pointed out problems with movement manifested themselves in the deficit of self-care. In the sphere of self-concept group identity, they mentioned the feeling of helplessness and inferiority. Nearly all patients see a problem in the dependence on the nursing staff and the disability to play the roles once played.

Among the most frequent stimuli affecting a patient after lower limb amputation are pains that nurses relieve by means of analgesics prescribed by physicians, patients also often mention the approach of the staff and social interaction owing to the absence of family members. The research has shown that nurses approach patients with dignity and also respect the incoming visitors.

The information obtained by this research can be used as a basis for seminars focused on this issue and lead to the improvement of the nursing care about patients with amputation of a lower limb.

Key words

Adaptation; patient; amputation; lower limb; mode; C. Roy

OBSAH

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Pojem podpora	11
1.2 Pojem adaptace	13
1.3 Amputace dolní končetiny.....	15
1.3.1 Dělení amputací.....	16
1.3.2 Indikace k amputaci.....	17
1.3.3 Pooperační komplikace	17
1.4 Adaptační model Callisty Royové	19
1.4.1 Biografické údaje autorky	19
1.4.2 Teoretická východiska ošetrovatelského modelu	20
1.4.3 Metaparadigmatické pojmy modelu	21
1.4.4 Hlavní jednotky modelu v pojetí Callisty Royové	22
1.4.5 Působící stimuly na pacienta po amputaci dolní končetiny.....	23
1.4.6 Adaptační systémy dle Callisty Royové	24
1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny dle modelu Callisty Royové	25
1.6 Adaptační mody u pacientů po amputaci dolní končetiny.....	27
1.6.1 Fyziologický systém	27
1.6.2 Systém sebepojetí	32
1.6.3 Systém rolových funkcí	33
1.6.4 Systém vzájemné závislosti	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	35
2.1 Cíle práce	35

2.2 Výzkumné otázky.....	35
3 Operacionalizace pojmů	37
3.1 Adaptace	37
3.2 Amputace.....	37
3.3 Koncepční model Callisty Royové.....	37
4 Metodika.....	38
4.1 Použité metody.....	38
4.2 Výzkumný vzorek	40
5 Výsledky	46
5.1 Kategorizace dat na základě rozhovorů se sestrami	46
5.2 Kategorizace dat na základě rozhovorů s pacienty	70
5.3 Kategorizace dat na základě pozorování sester	93
5.4 Kategorizace dat na základě pozorování pacientů	100
6 Diskuze.....	103
7 Závěr	114
8 Seznam literatury	116
9 Seznam příloh, tabulek a diagramů.....	125
10 Seznam zkratk.....	127

Úvod

Počet pacientů, u kterých lékaři diagnostikují diabetes mellitus, se každoročně zvyšuje. Onemocnění provází řada komplikací, z nichž nejzávažnější je tzv. syndrom diabetické nohy. V krajních případech končí léčba syndromu až amputací dolní končetiny, tedy snesením koncové části nohy. Amputace poznamená pacienty nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické, sociální a spirituální. Každá sestra by proto měla umět volit vhodné komunikační techniky s pacienty a poskytnout jim dostatečnou pomoc při adaptaci na novou životní situaci. Callista Royová vytvořila ošetrovatelský model, který je založený na principu přizpůsobování se stimulům, které přicházejí z prostředí a ovlivňují pacienta. Amputace dolní končetiny je nezvratná a bezesporu patří mezi závažné životní změny, proto je vhodné model C. Royové při adaptaci těchto pacientů využít.

Práci s názvem *“podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny”*, jsem si vybrala, proto, abych mohla hlouběji prozkoumat tuto problematiku. Amputaci považuji za jednu z nejnáročnějších životních situací a zajímalo mě, jak sestry těmto pacientům pomáhají v návratu do každodenního života a také, jakým způsobem toto postižení vnímají samotní pacienti.

Předkládaná diplomová práce je koncipována do dvou částí, na část teoretickou a praktickou. Teoretická část přibližuje problematiku daného onemocnění, konkrétně se zabývá dělením amputací, dále blíže specifikuje, jaké jsou nejběžnější indikace tohoto operačního výkonu a s jakými pooperačními komplikacemi se lze setkat. Představuje také adaptační model Callisty Royové, který se stal teoretickým východiskem pro tuto diplomovou práci. Část praktická shromažďuje výsledky, které jsme získali v průběhu realizace výzkumného šetření a poskytuje odpovědi na stanovené cíle.

Výzkumné šetření uskutečněné metodou polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování poskytlo řadu cenných informací, které mohou sloužit jako výukové materiály při seminářích věnujících se právě problematice amputací a následně tak zvýšit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o pacienty po amputaci dolní končetiny.

1 Současný stav

V následující kapitole jsou vysvětleny základní pojmy používané v diplomové práci. Umístění této kapitoly v úvodu práce je nutné z důvodu, že každý jedinec může stejným pojmům porozumět odlišně, jejich pochopení je subjektivní. Je však nezbytné, aby čtenáři této práce pochopili užívané termíny stejně jako autor.

1.1 Pojem podpora

Podporu Čeledová (2010) spojuje s termínem zdraví a definuje ji jako stěžejní prvek v péči o zdraví člověka. Mezi činnosti, které vedou k podpoře zdraví, lze zařadit posilování, upevňování, ochranu a rozvoj zdraví. Dále Čeledová (2010) apeluje na důležitost aktivního zapojení samotného pacienta, poté je samotná podpora zdraví mnohem účinnější. Kolektiv autorů (2007) také tento termín pojí se zdravím a definuje ho jako program, který vede k zachování a následnému udržení té nejlepší kvality života, kterou pacient může mít. Součástí programu jsou edukace o zdravém životním stylu, imunizace neboli jednotlivé postupy vedoucí ke zvýšení imunity v organismu, a využití screeningových testů. Jiný náhled mají Hartl a Hartlová (2010), kteří vysvětlují podporu jako sociální oporu a definují ji jako proces, při kterém dochází k vzájemné výměně informačních, materiálních a emočních zdrojů. Paulík (2017) vnímá sociální oporu jako působení blízkých lidí v okolí daného pacienta, kteří ho hodnotí kladně a mají ho rádi. Podobný názor má Mičková (2014), která dále tvrdí, že sociální podpora chrání osoby vystavené stresovým situacím před negativními dopady. Kromě toho sociální opora ovlivňuje jedincovu adaptaci na zátěž. Příkladem je pacient vyskytující se v tíživé situaci, kterému může dostatečná sociální opora pomoci v lepší adaptaci na daný problém (Mareš a kol., 2001). V souvislosti se sociální oporou Mičková (2014) poukazuje na skutečnost, že tento druh opory má úzkou souvislost s emocionální stabilitou. Uvádí, že emocionálně silnější a stabilnější pacienti prožívají výraznější sociální oporu než emocionálně slabší. Paulík (2017) sociální oporu dělí na tři dimenze, a to emocionální, kterou definuje jako náklonnost blízkých lidí, dále instrumentální poskytovanou prostřednictvím určitých nástrojů a evaluační sociální oporu, která se zakládá na pozitivním hodnocení jedince. Zjednodušeně lze říci, že podpora je jakási psychická pomoc, která spočívá v pozitivním vlivu přátel a blízké rodiny (Hartl, Hartlová, 2010).

Podpora je velmi úzce spojena s neverbální komunikací, kterou Špaňhelová (2009) definuje jako mimoslovní komunikaci pomocí gestiky, haptiky, mimiky, proxemiky a

posturologie. Gestikou se rozumí nauka o pohybové činnosti člověka. Jak již vyplývá z názvu, jedná se o komunikaci pomocí gest, kam lze zařadit pohyby hlavy, rukou, ramen, nohou atd. Jedná se o hojně používaný druh mimoslovní komunikace (Zacharová, 2016). Haptiku lze chápat jako komunikaci skrze dotyky. V ošetrovatelské praxi se stává dotek velmi významným prvkem komunikace, neboť značí projev sympatie (Kutnohorská, 2013). Mimiku lze charakterizovat jako komunikaci prostřednictvím tváře. Nejdůležitějším mimickým projevem je úsměv, který může v ošetrovatelství vyjadřovat povzbuzení, ocenění nebo pochopení ze strany sestry (Procházková, Šmahaj, Kolařík, Lečbych, 2014). Proxemika je charakteristická vzdáleností mezi komunikujícími aktéry, jedná se tedy o komunikační vzdálenost mezi sestrou a pacientem. Poslední součástí řeči těla je posturologie, zabývající se držení těla (Vymětal, 2008).

Každý zdravotník by si měl být vědom skutečnosti, že právě neverbální komunikace je první, co na každého jedince působí (Špaňhelová, 2009). Ptáček a Bartůněk (2011) popisují, že každá emoce se projeví v mimice. Navíc každý pacient ihned zaregistruje pohled zdravotníka, ale také hlasitost projevu neboli vokální komunikační kanál, do kterého spadá barva hlasu a jeho intenzita. Jak uvádí Ptáček a Bartůněk (2011), každý pacient vnímá kladně také dotyky zdravotníka, proto by neměly být opomíjeny. Již těmito projevy může sestra na pacienta působit, ale naopak díky nim může od pacienta získat mnoho informací, a proto by měla veškeré neverbální projevy vnímat a následně je využívat v ošetrovatelské péči (Ptáček, Bartůněk (2011). Součástí neverbální komunikace jsou také neverbální komunikační dovednosti, do kterých se může zařadit pozorování pacienta, naslouchání, projevená empatie, zájem a respekt (Janáčková, 2009).

Aby mohl zdravotník pacienta podpořit v adaptaci na nové prostředí, je nesmírně důležité zvolit vhodné a efektivní komunikační techniky (Ptáček, Bartůněk, 2011).

1.2 Pojem adaptace

Termín adaptace je latinského původu a v překladu znamená přizpůsobit se (Kroupová a kol., 2016). Jedná se o proces, kdy se jedinci přizpůsobují novým vnějším podmínkám (Průcha, Veteška, 2014). Paulík (2017) adaptaci definuje jako chování lidí, díky němuž se dokážou přizpůsobit podmínkám, ve kterých se nacházejí. Průcha a Veteška (2014) vysvětlují, že adaptační proces je uskutečněn pomocí morfologických, fyziologických a etiologických změn, a jeho cílem je co nejrychlejší zařazení a přizpůsobení se dané situaci. Každý proces, i ten adaptační, musí mít určitý řád a v mnoha případech je řízen přímým nadřazeným. Paulík (2017) rozlišuje dva druhy adaptace, a to pasivní a aktivní. Adaptaci pasivní se rozumí takové chování, kdy se jedinec přizpůsobí nové situaci, oproti tomu adaptace aktivní se vyznačuje tím, že lidé si danou situaci přizpůsobí sobě a svým potřebám. S rozdělením adaptace na aktivní a pasivní se shoduje i Zacharová (2017), ta však pojmy definuje odlišně. Zatímco aktivní adaptaci vysvětluje jako situaci, kdy pacient zodpovědně spolupracuje se zdravotníky a věří ve své rychlé uzdravení, pasivní adaptaci popisuje jako pacientovu rezignaci, kdy se uzavře do sebe a nemá zájem spolupracovat. Pasivní adaptace mnohdy nastává v případě dlouhodobé hospitalizace (Zacharová, 2017).

S adaptací úzce souvisí adaptabilita, tedy schopnost přizpůsobit se (Průcha, Veteška, 2014). Je důležité si uvědomit, že adaptabilita má souvislost s věkem nemocného. Starší lidé mají adaptační schopnost na nové a cizí prostředí mnohem nižší než lidé v produktivním věku, pro které nebývá problém se přizpůsobit jiným podmínkám okolního prostředí (Hrozenská, 2008).

Poslední pojem, který je nutné zmínit, popisují Průcha a Veteška (2014), a to maladaptaci, která je charakterizována jako nepřizpůsobení. Nepřizpůsobený jedinec žije v napětí a bývá konfliktní (Průcha, Veteška, 2014). Nastává tehdy, když dojde k narušení určité složky, která se podílí na úspěšné adaptaci. Jako příklad lze uvést neodpovídající vlivy prostředí popřípadě nedostatečně uspokojené potřeby pacienta (Farková, 2009).

Zacharová a Šimíčková - Čížková (2011) definují nemoc jako velmi náročnou situaci a poukazují na to, že každý pacient ji vnímá jako radikální, byť jen dočasnou změnu v sociální sféře a prostředí, ve kterém doposud vedl svůj každodenní život. To mnohdy

pro pacienta znamená obrovskou zátěž a je potřeba mu pomoci s vyrovnáváním se s těžkou životní situací (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011). Aby mohl zdravotník pacientovi poskytovat kvalitní ošetrovatelskou péči, je nezbytné, aby si náročnost jeho situace uvědomoval a přistupoval k němu jako k holistické bytosti (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011). Jak značí Hippokratovo známý výrok: „*Je důležitější vědět jakou člověk nemoc má, než jaký druh nemoci člověk má*“ (Mastiliaková, 2007, s. 22). To znamená, aby zdravotník pacienta nevnímal jako objekt s diagnózou, ale přijal ho jako člověka celého se všemi jeho potřebami (Strandberg, et. al., 2007). Jen takovým přístupem může zdravotník pacientovi ulehčit adaptaci na cizí prostředí (Zacharová, Šimíčková - Čížková, 2011).

1.3 Amputace dolní končetiny

Amputace se charakterizuje jako odstranění koncové části těla z důvodu patologických změn a pro pacienta znamená nevratnou změnu ve formě ztráty postižené končetiny (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011). Patří mezi rekonstrukční operační výkony, které se prováděly už v dávných dobách minulých. Nejvíce se uplatňovaly při válečných konfliktech, kdy tento výkon patřil k nejrychlejšímu řešení vážných zranění. O amputacích informoval již Hippokratés, který stanovil nezbytné zásady tohoto výkonu. Řadil mezi ně odstranění nemocné tkáně, snížení invalidity a záchranu života. (Dungl a kol., 2014). Amputace lze zařadit do tělesných neboli lokomočních postižení, které se vyznačují omezenou hybností. Někdy je stav natolik vážný, že pacient není schopen provést žádný pohyb (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010). Takové zdravotní postižení je charakteristické orgánovou nebo funkční poruchou, jež nelze kteroukoliv léčebnou metodou vyléčit nebo mnohonásobně zmírnit (Michalík a kol, 2011). Udává se, že nejčastěji bývá amputována dolní končetina (Zeman, Krška a kol., 2011).

Dle naléhavosti se dělí amputace na primární, sekundární a terciární. Primární amputace se provádí v co nejkratším časovém úseku. K sekundárnímu typu lékař přistupuje až v době, kdy dojde k úplnému vyčerpání všech možných dostupných způsobů léčby. Terciární neboli pozdní amputace se provádí z kosmetických důvodů nebo za účelem zlepšení funkce dané končetiny (Pejšková, Mareček, 2010).

Protože se jedná o dlouhodobý stav, který má nepříznivý charakter, stává se pro nemocného velkým stresorem (Zvoníková, Čeledová, Čevela, 2010). Mareš (2012) vysvětluje, že amputace má velký vliv na somatický stav pacienta, který vnímá změnu svého tělesného schématu, a tím se mění pohled na sebe sama. Kromě toho většinu pacientů provází fantomové bolesti (Mareš, 2012). Jedná se o bolestivé vjemy, které pacient pociťuje v místě, kde mu byla končetina odebrána. Uvádí se, že těmito bolestmi trpí polovina pacientů po prodělané amputaci (Smutný, 2013). Dále je nezbytné zmínit, že velké změny se odehrávají v psychice pacienta nejen proto, že se jedná o tělesnou vadu, kterou lze shledat na jedinci již při prvním kontaktu (Michalík a kol, 2011). Pacient se může cítit méněcenný, dochází ke střídání nálady a ke zpochybňování smyslu života. Amputace může mít dopad také na rodinný život v rámci plnění dosavadních rolí a také na profesní život (Mareš, 2012). Jak shrnuje ve své publikaci Michalík a kol. (2011) tento zdravotní stav zasahuje do mnoha oblastí a postupně vede ke snížení kvality života daného pacienta, který se mnohdy stává imobilním a závislým na pomoci

druhých lidí (Michalík a kol., 2011). Na druhou stranu amputace nemusí mít pro člověka pouze negativní dopad. Touto problematikou se v roce 2000 zabývali také autoři Gallagher a MacLachlan, kteří prováděli výzkum u 104 pacientů ve věku 18-84 let. Dle provedeného výzkumného šetření přišli k výsledku, že až 46 procentům respondentů přinesla amputace do života úlevu od velkých bolestí, a tím se jim zlepšily životní podmínky (Mareš, 2012).

1.3.1 Dělení amputací

Důležitým faktorem pro operátora je určení výšky prováděné amputace, z které plynou druhy jednotlivých amputací (Zeman, Krška a kol., 2011). Je nezbytné, aby se každý operátor snažil o co největší zachování postižené končetiny (Fráně, 2004). Výše amputace se stává v mnoha případech důležitým aspektem, díky kterému se může odhadnout funkční výsledek (Nejedlý a kol., 2003). V tomto názoru se shodují se Sosnou a kol. (2008), který navíc dodává, že je velmi stěžejní provést amputaci ve tkáni, která umožní dobré zhojení. Zeman, Krška a kol. (2011) uvádí mnoho faktorů, které mají vliv na provedení výšky amputace. Je stěžejní, aby měl lékař dostatek informací o postižené končetině, které o druhu amputace rozhodují. Musí znát rozsah poranění dané končetiny, rozsah případné infekce a v případě výskytu nádoru také jeho druh a velikost (Zeman, Krška a kol., 2011). Dalším faktorem při rozhodování o druhu amputace je stav okolních tkání, zejména kožní kryt, svalstvo, nervová tkáň, cévní zásobení a také protetická kompenzace (Dungl, 2014). Lékař musí být obeznámen s celkovým zdravotním stavem (Rybka, 2007), ale také by neměl opomíjet sociální a psychické faktory jako druh zaměstnání, zájmy a přání každého pacienta (Nejedlý a kol., 2003).

Zatímco Zeman, Krška a kol. (2011) rozdělují amputace na dolních končetinách na amputaci prstů, ve středu metatarsů, v bérce a amputaci ve stehně, Rybka (2007) popisuje pouze amputaci nízkou a vysokou. Nízká se vyznačuje úrovní pod kotníkem a nese s sebou nevýhodu v podobě problémů při výběru vhodné obuvi. Vysoká amputace je situována nad úroveň kotníku a je charakteristická vysokou mortalitou, neboť se jedná o rozsáhlý operační výkon, který v mnoha případech zatěžuje zdravotní stav pacienta. Při vysoké amputaci se pacient často potýká s problémem výběru vhodné protetické pomůcky a komplexní rehabilitační ošetrovatelské péče postižené končetiny

(Rybka, 2007). Jiné druhy amputací popisuje Mareš (2012), který je rozděluje dle hlediska závažnosti stavu pacienta. První druh je nízká amputace, kterou definuje jako deset až patnáct centimetrů pod kolenem. Další je střední amputace, která se dle publikace nachází přibližně v jedné třetině stehna a poté vysoká amputace, která je charakterizována odnětím celé končetiny včetně kyčelního kloubu. Dalším dělením dle Nejedlého a kol. (2003) je amputace totální a subtotální. Zatímco u totální amputace dojde k přerušení všech struktur postižené končetiny, u subtotálních operací přeruší pouze ty nejdůležitější anatomické struktury (Nejedlý a kol., 2003).

1.3.2 Indikace k amputaci

Mezi nejčastější indikace se dle Rybky (2007) řadí cévní onemocnění, konkrétně ischemická gangréna, vznikající nedokrvěním končetiny, která se projevuje nekrózou, ischemickou bolestí a přítomností infekce nereagující na antibiotickou léčbu, u které hrozí velké riziko rozvoje septického šoku. Další indikací je opakující se chronická osteomyelitida, neméně vážná destrukce skeletu a indikace z důvodu infektu, která patří mezi život zachraňující operace (Dungl, 2014). Absolutní indikací k amputaci jsou traumatické změny (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011). Dalšími pak mohou být metabolické změny nebo nádorové onemocnění, při kterém je tato terapie ve většině případů jedinou možnou (Michalík a kol, 2011). Důležitou indikací je afunkce, tedy stav, který postupně brání ve zlepšení dané funkce. Takovými stavy jsou například vrozené vady, následky operace či traumatu. Velmi hraniční a málo frekventovanou indikací je defekt měkkých tkání a celkový stav kožního krytu (Dungl, 2014). Fráně (2004) řadí mezi jednu z indikací také poruchu výživy a označuje ji za nejčastější příčinu tohoto onemocnění.

1.3.3 Pooperační komplikace

Mezi nejrizikovější skupinu, u které se předpokládají komplikace, patří pacienti s diagnózou diabetes mellitus (Jirkovská, Bém, 2011). V této souvislosti Slezáková (2010) apeluje na nezbytnost dostatečně edukovat o vhodné stravě každého diabetika a poskytnout mu potřebnou prevenci, aby se případným komplikacím předešlo. Komplikace nevyjímá také jinak nemocné, ale i primárně zdravé pacienty, a proto sestra musí pozorně kontrolovat všechny pacienty (Jirkovská, Bém, 2011). Při výskytu prvních příznaků komplikací, je nutné, aby je sestra dokázala včas rozeznat a poté

informovala o zdravotním stavu ošetřujícího lékaře, který provede potřebná vyšetření a zahájí takové léčebné postupy, které budou bránit v rozvoji vzniklých komplikací, které mohou ohrozit pacienta na životě (Schneiderová, 2014).

Každý operační výkon s sebou přináší celou řadu možných komplikací, které se mohou při samotné operaci nebo po operaci objevit. Příčina vzniku může mít úzkou souvislost s celkovým stavem a věkem pacienta, stavem výživy, chronickými onemocněními, ale také druhem anestezie, zvolenou operační technikou a pooperační péčí (Schneiderová, 2014). Mezi nejčastější příčiny se řadí malnutrice, přidružená onemocnění, kterými mohou být i problémy s krevním tlakem, kam lze zařadit nízký krevní tlak neboli hypotenzi a naopak vysoký krevní tlak zvaný hypertenze (Valenta et al., 2007).

Komplikace, které vznikly do 30 dnů po provedeném zákroku, se označují jako pooperační (Valenta et al., 2007). Ty lze dělit na rané, s kterými se lze setkat v prvních dnech po provedení operačního výkonu, a pozdní. Mezi rané se řadí serom, tedy nahromadění čiré tekutiny v ráně, hematom neboli nahromadění krve, popřípadě absces, hromadění velkého množství hnisu. Velmi závažnou komplikací je dehiscence, jinak řečeno rozpad rány (Valenta et al., 2007). Mezi pozdní pooperační komplikace patří respirační komplikace v podobě atelektázy, aspirace, plicního edému, apnoe, šokové plíce a zánětů plic (Slezáková a kol., 2010). Velmi častými jsou také komplikace kardiovaskulární, kterými jsou hluboká žilní trombóza a tromboflebitida. Komplikacemi v trávicím ústrojí bývají škytavka, akutní dilatace žaludku, paralytický ileus, případně střevní píštěl (Valenta et al., 2007). Lze se setkat také s poruchami močení jako je retence, poruchami funkce ledvin a záněty močových cest (Slezáková a kol., 2010).

Na amputované končetině může nastat komplikace v podobě kontraktury pahýlu vedoucí k nehybnosti končetiny. Časté také bývají fantomové bolesti a vjemy (Dungl, 2014).

1.4 Adaptační model Callisty Royové

Ošetrovatelská péče o pacienta s amputací dolní končetiny je velmi rozsáhlá, neboť se jedná o radikální operační výkon (Janíková, Zeleníková, 2013). Sestra se stává pro pacienta blízkou osobou, která by měla být ochotná mu pomoci (Bártlová, 2005). K tomu, aby sestra poskytovala komplexní ošetrovatelskou péči, je nezbytné, aby pracovala metodou ošetrovatelského procesu a uměla jej v praxi uchopit a efektivně používat. Musí s pacientem vhodně komunikovat, identifikovat jeho potřeby a následně je uspokojovat (Plevová a kol., 2018). Jednou z možností, jak poskytovat adekvátní péči nemocným, je využití koncepčních modelů, které jsou jakýmsi vodítkem pro ošetrovatelskou praxi (Archalousová, 2003). Lze říci, že nastiňují abstraktní náčrty vztahů mezi jednotlivými koncepcemi a ulehčují sestře komunikaci mezi ní a daným pacientem a také mezi sestrami samotnými (Saini, Sharma, Arora, Khan, 2017). Koncepční modely poskytují komplexní rámec toho, čeho by si sestra ve své praxi měla všimnout, o čem přemýšlet, které oblasti brát v úvahu a které nikoliv (Pavlíková, 2006).

Model Callisty Royové se řadí mezi systémový adaptační model, který je založen na schopnosti člověka adaptovat se na novou životní situaci. Použití tohoto modelu je vhodné u pacientů s ireverzibilními změnami jako jsou amputace, ablace, stomie, popálení atd. (Plzenská, Sedláková, 2009). Dle Fawcett (2002) se jedná o model, který je hluboce zakořeněný v ošetrovatelské praxi, a proto se stal jedním z nejčastěji používaných. Lze usuzovat, že tento model je používán na národní a mezinárodní úrovni (Fawcett, 2005). Je užitečný pro ošetrovatelství, protože poskytuje směr pro praxi, vzdělání i výzkum (Alligood, 2018).

1.4.1 Biografické údaje autorky

Callista Royová se narodila roku 1939 v Los Angeles ve Spojených státech amerických. Její profesní i studijní kariéra byla velmi pestrá, neboť vystudovala mnoho škol a zkusila celou řadu pracovních pozic (Plevová a kol., 2018). Již ve čtrnácti letech pracovala v nemocnici jako pomocná síla (Archalousová, Slezáková, 2005). V roce 1963 se stala nositelkou bakalářského titulu v ošetrovatelství a o tři roky později ukončila magisterské vzdělání na University of California se zaměřením na pediatrické ošetrovatelství (Tomey, Alligood, 2007). C. Royová se vzdělávala taktéž v rámci doktorandského studia v oboru sociologie (Pavlíková, 2006). Už po vystudování

bakalářského studia se věnovala profesi sestry na pediatrickém oddělení a později se na stejném oddělení stala staniční sestrou. Poté pracovala jako vedoucí ošetřovatelského oddělení, dále působila jako odborná asistentka a následně byla jmenována ředitelkou Mount Saint Mary's Hospital v Tusconu (Pavlíková, 2006). Kromě toho také uplatnila své členství v několika organizacích, například v Americké akademii věd, NANDA nebo ve Světové organizaci žen (Pavlíková, 2006). Mezi největší úspěchy C. Royové patří čestný doktorát humánních dopisů od Alverna College z roku 1984, dále čestné doktoráty z východní Michiganské univerzity roku 1985 a St. Joseph's College v Maine v roce 1999 (Alligood, 2018). V roce 2007 získala cenu žijící legendy ošetřovatelství (Plevová a kol., 2018).

1.4.2 Teoretická východiska ošetřovatelského modelu

Základy modelu C. Royové vznikly již během ošetřovatelské praxe na magisterském studiu (Pavlíková, 2006), kde se v průběhu svého působení soustředila na adaptabilitu dětí (Plevová a kol., 2018). Vznik modelu se datuje k roku 1964 na popud profesorky Dorothy E. Johnsonové, v jejíž teorii našla C. Royová velkou inspiraci (Alligood, 2013). Model byl zprvu využíván pouze jako pilotní studie v praxi (Pavlíková, 2006). Za její první publikační počín se považuje zveřejnění článku v časopisu Nursing Outlook v roce 1970 (Tomey, Alligood, 2007). V roce 1976 byl tento model představen v knize s názvem Introduction to Nursing: An Adaption Model (Pavlíková, 2006) a následně se stal součástí ošetřovatelského kurikula na Mount Saint Mary's College (Plevová a kol., 2018). O rok později představila C. Royová svůj koncepční model na sesterské konferenci v Chicagu. Za deset let od provedené konference zjistila, že model ve své praxi využívá až 100 000 sester v USA (Roy, 1979).

Filozofické předpoklady modelu C. Royové jsou zakořeněny v obecných zásadách humanismu (Roy, Andrews, 1999). Tyto předpoklady byly založeny na teorii obecných systémů a teorie úrovně adaptace (Parker, 1993). Z toho vyplývá, že se C. Royová při tvorbě inspirovala více autory, mezi které patří například americký psycholog Abraham Harold Maslow a jeho hierarchie potřeb (Pavlíková, 2006). Teorie tohoto amerického psychologa předkládá, že každý člověk vlastní individuální systém motivů, které se vzájemně prolínají. A. H. Maslow rozdělil potřeby názorně do pyramidy dle naléhavosti na potřeby fyziologické, bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti, úcty a uznání a

poslední, tu nejvyšší, potřebu seberealizace a vysvětlil, že pokud dojde k uspokojení nižší potřeby, lze poté uspokojit potřebu vyšší. K objasnění této teorie je nutné pochopení rozdílu mezi nižší a vyšší potřebou. Do nižších lze zařadit fyziologické potřeby, které slouží k přežití a jsou pro organismus nezbytné, a též zmiňovanou potřebu bezpečí a jistoty. Do vyšších potřeb se řadí zbylé tři potřeby, tedy potřeba sounáležitosti, uznání a potřeba seberealizace (Trachtová, 2018). Dalším vzorem pro C. Royovou byl Ludwig von Bertalanffy, který se zabýval humanistickou filosofií a holismem (Pavlíková, 2006). Holismus se charakterizuje jako filosofický směr, který upřednostňuje celek v poměru k částem (Žiáková a kol, 2005). Jedná se o takovou teorii, která zastává názor, že jakýkoli organismus je složen z několika částí, které se vzájemně ovlivňují. Pokud dojde k poruše dílčí části, dochází k poruše celého organismu (Plevová a kol., 2018). Dále byla tvorba C. Royové ovlivněna teoriemi stresu a adaptace od autorů Selye a Lazarus (Archalousová, Slezáková, 2005) a také nacházela inspiraci v adaptační teorii Helsona, který tvrdil, že chování lidí je přizpůsobivé a úrovně adaptace se mění dle podmínek (Pavlíková, 2006). Archalousová a Slezáková (2005) jmenují jako další vzory pro vznik koncepčního modelu Royové Ruth Wu, Connie Robinson a Barbaru Smith, které byly jejími mentorkami.

1.4.3 Metaparadigmatické pojmy modelu

Při práci s adaptačním modelem je nezbytné se seznámit s metaparadigmatem. Jedná se o jádro či předmět, kterým se daný obor zabývá. Je pravidlem, že každá vědní disciplína vlastní jedno metaparadigma, od kterého se vše odvíjí. V praxi se jím rozumí předmět zkoumání dané vědní disciplíny, kdy každé metaparadigma je specifikováno koncepcemi a teoriemi (Plevová a kol., 2018). Pavlíková (2006) vysvětluje koncepci jako nedefinovatelné, nejabstraktnější a nejvšeobecnější pojmy, které je nemožné spatřit v reálném životě. Nemusí být zaměřené pouze na jednoho jedince, ale i na více lidí (Pavlíková, 2006).

Metaparadigmatickými pojmy ošetrovatelství jsou osoba, prostředí, zdraví a ošetrovatelství (Smith, Parker, 2015). V pojetí C. Royové je *osoba* charakterizována jako holistická bytost, která má své potřeby a je v neustálé interakci s prostředím (Pavlíková, 2006). *Prostředí* popisuje jako podmínky, jejichž působení se odráží na vývoji a chování každého jedince. Tvoří ho vnitřní a vnější faktory, které mohou mít

pozitivní nebo negativní vliv, to znamená, že prostředí buď jedinci adaptaci zjednoduší nebo naopak ztíží (Plevová a kol., 2018). *Zdraví* pojala C. Royová jako proces bytí a schopnost jedince zvládat nemoc, smutek a stres. Tvoří se na základě vzájemné interakce s prostředím (Pavlíková, 2006). Může se charakterizovat také jako výsledek úspěšné adaptace. Pokud nedojde u pacienta k přizpůsobení, jinými slovy, že mechanismus adaptace je neefektivní, nastává u něho fáze onemocnění. Naopak pokud se pacient přizpůsobí stimulům, dle C. Royové dojde k vyléčení, což považuje za podstatu zdraví (Pavlíková, 2006). Zdraví a nemoc řadí mezi základní dimenze lidského života (Farkašová a kol., 2006) a chápe je jako součást života (Plevová a kol., 2018). *Ošetřovatelstvím* rozumí vědu zabývající se pomáháním určitým jedincům ve zdraví i nemoci. Tento proces vede k lepší a efektivní adaptaci (Sedláková, Kalátová, 2010).

1.4.4 Hlavní jednotky modelu v pojetí Callisty Royové

Každý koncepční model tvoří ošetřovatelské jednotky, kterými jsou *cíl ošetřovatelství*, jež C. Royová definovala jako schopnost pacienta adaptovat se na nové prostředí ve zdraví i nemoci. Jinými slovy podpořit pacienta s amputací dolní končetiny v adaptaci na nově vzniklou životní situaci (Plevová a kol., 2018). K této činnosti je potřeba adaptace v mnoha modech, kam se v pojetí C. Royové řadí fyziologické potřeby, funkce rolí, vzájemná závislost a sebekoncepce, která je rozdělena na fyzikální ego, morálně-etické ego, sebedůvěru a sebeúctu (Smith, Parker, 2015). *Pacient neboli klient*, kterého C. Royová vyznačovala jako bio-psycho-sociální bytost, je neustále v interakci s prostředím. Nedílnou součástí modelu tvoří sestra a její role. Hlavní *náplní činnosti sestry* je dle C. Royové zhodnocení schopností pacienta a následné přizpůsobení se změnám. Dále zaměřit se na jeho chování a poté určit u každého pacienta individuálně působící stimuly a stanovit plán určitých intervencí, které se soustředí na podporu adaptačního procesu u pacienta po amputaci dolní končetiny. Sestra by při této činnosti neměla zapomínat ani na názor pacienta a jeho zkušenosti (Tomey, Aligood, 2007). Adaptace je mnohdy odrazem úrovně aktivity a naopak (Roy, 1984). Jinými slovy lze roli sester charakterizovat jako podporu adaptačních mechanismů u pacienta po amputaci dolní končetiny (Archalausová, Slezáková, 2005). S rolí sestry úzce souvisí další jednotka, kterou je *zdroj potíží*. Ten se charakterizuje jako omezená schopnost adaptace pacienta s amputací na určité změny nebo naopak jako určité aktivity, které

nevedou k efektivnímu přizpůsobení se (Plevová a kol., 2018). Další součástí modelu je *ohnisko zásahu*, které C. Royová pojmenovala jako stimuly působící na pacienta v určitém prostředí a rozdělila je na stimuly fokální neboli ohniskové, stimuly kontextuální a reziduální (Pavlíková, 2006). Tyto stimuly budou podrobněji rozvedeny v kapitole 1.4.5 „Působící stimuly na pacienta po amputaci dolní končetiny“. *Způsob zásahu* je definován jako rozpoznání jednotlivých stimulů a následná manipulace s nimi, jejich zvyšování, snižování nebo udržování (Stasková, 2009). Poslední jednotkou jsou *důsledky*, které značí jakési odpovědi pacienta s amputací na stimuly, které na něj působí (Plevová a kol., 2018). Jedná se tedy o způsob, jakým se bude pacient chovat (Pavlíková, 2006).

1.4.5 Působící stimuly na pacienta po amputaci dolní končetiny

Stimul se charakterizuje jako podnět z prostředí, který vyvolává adaptivní odpověď (Plevová a kol., 2018). Může přicházet z prostředí vnějšího i vnitřního (Sedláková, Kalátová, 2010). C. Royová rozeznávala tři stimuly - fokální, kontextuální a reziduální. *Fokálním neboli ohniskovým* stimulem se rozumí takový podnět, který působí na pacienta po amputaci dolní končetiny v tuto chvíli a jedinec se snaží na něj ihned zareagovat v co nejkratším časovém intervalu (Plevová a kol., 2018). Tento druh stimulů se zařazuje mezi nejvíce závažné, neboť ve většině případů zanechává nejsilnější dopad na člověka (Jarošová, 2002) a působí na něj ve více oblastech, a to fyzické, psychické a psychosociální (Sedláková, Kalátová, 2010). Příkladem lze uvést samotnou amputaci dolní končetiny projevující se bolestí, strachem a stresem (Jarošová, 2002). Oproti tomu *kontextuální stimul*, který působí současně s fokálním stimulem. Tyto dva typy stimulů mají k sobě velmi úzký vztah, to znamená, že kontextuální stimul se vztahuje k okolnostem působení fokálního stimulu (Pavlíková, 2006). Vyplývají ze současného stavu a prostředí (Sedláková, Kalátová, 2010). Pro příklad je možné uvést rodinné a nemocniční prostředí, způsob ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny nebo včasnou realimentaci (Stasková, 2009). Úlohou sestry je snížit nebo naopak zvýšit působení fokálního stimulu (Plevová a kol., 2018). *Reziduální stimul* se vyznačuje svojí stálostí a vychází z oblasti individuálního jedince. Řadí se sem například postoje, názory, zkušenosti, vlastnosti a další (Pavlíková, 2006). Příkladem může být optimismus, introverze, snaha pacienta spolupracovat s personálem nebo

naopak depresivní stav spojený s rezignací pacienta a nezájmem spolupracovat (Stasková, 2009).

Je nutné si uvědomit, že pro sestru je obtížné rozeznat u pacienta tyto stimuly, pokud ho zná pouze krátkodobě (Sedláková, Kalátová, 2010).

Dále C. Royová popsala dva druhy reakcí dle toho, jak pacienti na stimul reagovali. Adaptivní reakce se vyznačuje zachováním integrity člověka, zlepšením kontroly nad prostředím a podporou celistvosti (Pavlíková, 2006). Opakem je neefektivní nebo-li maladaptivní reakce, která je charakteristická poruchou integrity jedince, což má za následek nedosahování určitých cílů (Plevová a kol., 2018). Reakce záleží na tzv. „adaptační niveau“ neboli adaptační úrovni, která se vyznačuje rozsahem adaptivních reakcí a je charakteristická tím, že neexistují dva stejní jedinci, kteří by měli úroveň stejnou. Pokud nastane situace, že stimuly jsou velmi silné, dojde k neefektivnímu chování, které zapříčiňuje poruchu integrace jedince (Pavlíková, 2006).

1.4.6 Adaptační systémy dle Callisty Royové

C. Royová ve svém modelu rozdělila adaptační systém na dva subsystemy. Prvním z nich je primární subsystem zvaný kontrolní, jehož součástí jsou naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů (Plevová a kol., 2018). Je složen z regulátoru a kognátoru. Regulátorový systém má za úkol reagovat na stimul pomocí nervových, chemických a endokrinních reakcí. Kognátor se charakterizuje jako poznávací systém vztahující se k vyšší nervové činnosti, který zodpovídá za zvládnání situace při působení určitého stimulu (Farkašová, 2006). Patří sem například paměť, učení, emoce nebo rozhodování (Plevová a kol., 2018). Oba systémy se navzájem ovlivňují a mají společné to, že je nelze přímo zpozorovat. Dalším subsystemem je sekundární neboli efektorový, jehož úkolem je převést reakce získané v primárním subsystemu do čtyř adaptačních modů, kterými jsou fyziologická oblast, oblast sebepojetí, rolová funkce a vzájemná závislost (Pavlíková, 2006).

1.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny dle modelu Callisty Royové

Charakter poskytované pooperační péče se odvíjí od rozsahu operačního výkonu, přidružených nemocí a pooperačního průběhu (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015). Udává se, že pooperační péče o pacienta s amputací dolní končetiny začíná již před operací, kdy se s ním setká lékař a sdělí mu všechny potřebné informace o provedení daného výkonu a o tom, jak bude probíhat rekonvalescence po operaci. Je důležité, aby měl pacient již před plánovanou operací připravené své domácí prostředí a byl tak po operaci schopný se o sebe sám postarat (Smutný, 2013). Pooperační ošetrovatelská péče o takového pacienta je komplexní, zaměřuje se na mnoho oblastí od důkladné hygieny nemocného včetně dutiny ústní, přes správné polohování pacienta a z toho plynoucí prevence proleženin až po péči o vyprazdňování a provádění prevence tromboembolické nemoci. Nedílnou součástí je také péče o zpětnou realimentaci a dostatečnou hydrataci nemocného, ale také psychická podpora nemocného. Zdravotnický personál by se měl snažit pacienta dostatečně motivovat a přimět ho ke spolupráci v léčebném procesu (Klusoňová, Pitnerová, 2014).

Pooperační péče o pacienta po amputaci dolní končetiny je dělena dle časového hlediska na bezprostřední, intermediární a časnou rekonvalescenci (Valenta et al., 2007). Bezprostřední doba začíná ihned po operačním výkonu a končí návratem stabilizovaného oběhu projevující se spontánním dýcháním a obnovou obranných reflexů jako je kašel a polykání (Zeman, Krška a kol., 2011). K těmto účelům slouží nejčastěji tzv. dospávací pokoj, kde pacient setrvává dvě hodiny a dochází zde ke kontinuálnímu sledování fyziologických funkcí (Janíková, Zeleníková, 2013). Dle rozsahu provedené operace a celkového zdravotního stavu se pacient překládá z dospávacího pokoje buď na jednotku intenzivní péče, dále již ve zkratce JIP, nebo na standardní oddělení. Na JIP bývá pacient přeložen, pokud se jedná o složité a dlouhodobé výkony a na standardní lůžkové oddělení se vracejí pacienti podstupující lehčí a časově méně náročnější operace (Slezáková a kol., 2010). Intermediární péče se pacientům nejčastěji poskytuje na standardním oddělení. V této etapě se sestra zaměřuje především na vyprazdňování a střevní peristaltiku, na časnou mobilizaci a realimentaci. V časné rekonvalescenci je pracovní náplní sestry především prevence možných komplikací, popřípadě jejímu včasnému zabránění. Nedílnou součástí je též tišení

bolesti předepsanými analgetiky a péče o amputovaný pahýl (Valenta et al., 2007). Tato problematika bude podrobněji rozvedena v následujících kapitolách a rozdělena do jednotlivých adaptačních modů dle modelu C. Royové.

1.6 Adaptační mody u pacientů po amputaci dolní končetiny

1.6.1 Fyziologický systém

Fyziologický modus se zaměřuje především na uspokojování základních potřeb, které jsou nezbytné pro život pacienta. Pavlíková (2006) uvádí, že tento modus je ve většině případů spojován s fyzikálními a chemickými procesy. C. Royová sem řadí nejen potřebu dýchání, cirkulace, výživy a tekutiny, vyprazdňování, aktivitu a s tím spojený odpočinek, ale také specifické potřeby, kterými disponují pacienti po amputaci dolní končetiny, jako je potřeba tišení bolesti, péče o amputovaný pahýl a následné rehabilitace (Sedláková, Kalátová, 2010).

1.6.1.1 Tišení bolesti

Bolest operační rány se řadí mezi nejčastější projevy provedené amputace (Janíková, Zeleníková, 2013). Jedná se o doprovodný příznak chirurgických zákroků a udává se, že tento fenomén poznamená až sto procent pacientů. Má funkci signální, neboť naznačuje, že v organismu není něco v pořádku a došlo k poškození určité části, a zastává také funkci ochrannou, protože upozorňuje na hrozící nebezpečí v těle (Rokyta, 2009). V případě, že má bolest kratší trvání než jeden až dva dny, jedná se o fyziologický projev a lze usuzovat, že operační rána se hojí per primam a nedochází k žádným komplikacím. Přetrvávající bolest více jak dva dny může charakterizovat komplikaci v podobě akutního zánětu, krvácení případně rozestupu rány (Slezáková a kol., 2010). Pacienti po prodělané amputaci se většinou setkávají také s fantomovými bolestmi a pocity (Dunzl, 2014). Fantomové pocity se popisují jako pacientovy dojmy, že je amputovaná končetina přítomna. Fantomovu bolest pociťují pacienti v místě chybějící končetiny (Schuler, Oster, 2010). Udává se, že až polovina pacientů, kteří amputaci podstoupili, tuto bolest zaznamenává (Smutný, 2013).

Vždy je důležité, aby sestra bolest nepodceňovala a při jejím zaznamenání informovala ošetřujícího lékaře, který má kompetenci naordinovat analgetika, které sestra podá (Janíková, Zeleníková, 2013). Aby mohla sestra tento fenomén rozpoznat, musí znát různé reakce organismu, kdy mezi nejdůležitější a nejčastější se řadí zrychlený tep a zvýšení srdeční aktivity. Dalším možným příznakem, který lze zaznamenat, je zhoršená činnost bránice projevující se nemožností hluboce se nadýchnout (Rokyta, 2009).

Aby byla zvolena efektivní léčba bolesti, je nutné u pacienta provádět její opakované hodnocení (Janíková, Zeleníková, 2013). Rokyta (2009) uvádí, že hodnocení bolesti je vždy subjektivní záležitostí a nikdy nedojde k tomu, aby dva pacienti hodnotili shodnou bolest stejným způsobem. Tento fakt je zapříčiněn tím, že každý pacient má odlišný práh bolesti (Rokyta, 2009). Bolest se hodnotí pomocí tzv. škál, které se rozdělují na několik druhů. Pokud má pacient na výběr z mnoha nabídnutých možností, jako např. žádná, mírná, středně silná, silná, nesnesitelná bolest, jedná se o tzv. škálu verbální (Kolektiv autorů, 2006). Numerická škála je taková, kde jednotlivá čísla značí určitou míru prožívané bolesti (Slezáková a kol., 2010). Dalším druhem je nejčastěji používaná tzv. vizuální analogová škála, ve zkratce VAS (Rokyta, 2009). Tato škála se může charakterizovat jako přímka obsahující čísla od nuly do deseti, přičemž hodnota nula znamená žádnou nebo velmi malou bolest a hodnota deset naopak tu největší, u většiny pacientů již nesnesitelnou. Je důležité vždy pacienta poučit o způsobu hodnocení, aby nedošlo ke zkreslení výsledků. (Doležal, Hakl a kol., 2007). V případě hodnocení bolesti u dětí lze využít úseček s obrázky od úsměvu po zamračení (Slezáková a kol., 2010). Při hodnocení bolesti by sestra neměla opomíjet ani individuální projevy každého pacienta, ke kterým lze zařadit pláč, vzdechy, sykání nebo naříkání. I tyto zvukové fenomény mohou sestru upozornit na intenzitu prožívané bolesti (Slezáková a kol., 2010).

1.6.1.2 Péče o pahýl amputované končetiny

V prvních pooperačních dnech je vždy nutná častá kontrola operační rány z důvodu možných komplikací, kterou je nejčastěji krvácení. Pokud sestra u pacienta nezaznamená žádné známky jakýchkoliv komplikací, rána se převazuje dle potřeby (Zeman, Krška a kol., 2011). Bezprostředně po operačním výkonu je nezbytné krýt ránu mastným tylem a sterilním obvazem, následně přiložit elastické obinadlo a vytvarovat tvar pahýlu do kónického tvaru (Wendsche, Veselý et al., 2015). Bandážování pahýlu by se mělo provádět od vrcholu, aby došlo k co největšímu zabránění pooperačního otoku (Sosna a kol., 2008) a pokračuje se v něm i v následující péči, kdy je kónický tvar pahýlu nutný, aby nebyl vyvíjen tlak v protetické pomůcce (Janíková, Zeleníková, 2013). Teprve po dosažení správného tvaru je možné provést přípravu individuální protézy pro jednotlivé pacienty (Fráně, 2004). Při bandážování je nutné zvolit vhodnou šířku obinadla, aby nedocházelo k přílišnému zaškrcení amputované končetiny, ideální šířka se udává mezi deseti až dvanácti centimetry (Janíková, Zeleníková, 2013).

Důležitou úlohou sestry je naučit pacienta tento postup bandážování, aby se dokázal o pahýl následně sám v domácím prostředí postarat. Nedílnou součástí péče o pahýl v pooperačním období je také vhodná poloha končetiny ve formě elevace, mírné extenze a addukce, která zabraňuje taktéž vzniku pooperačního otoku a následně vzniklých kontraktur (Wendsche, Veselý et al., 2015).

K odstranění drénu, který odvádí sekret z rány, dochází přibližně za dvacet čtyři až čtyřicet osm hodin (Zeman, Krška a kol., 2011). S tímto tvrzením nesouhlasí Sosna a kol. (2008), kteří udávají, že drény se z operační rány odstraňují až po dvou až třech dnech, a to dle množství odvedeného sekretu (Sosna a kol., 2008). Poté přichází na řadu vyjmutí stehů, které lékař provádí dle Zemana a kol. (2011) přibližně sedmý pooperační den, ale dle Janíkové a kol. (2013) je ideální dobou až čtrnáctý pooperační den.

Ke správnému hojení rány přispívá mnoho faktorů. Důležitou roli má množství prokrvené tkáně, charakter a lokalizace rány, možnost výskytu infekce popřípadě cizího tělesa a také nevhodný způsob chirurgického ošetření (Ferko, Šubrt, Dědek, 2015). Nedílnou součástí správného hojení je také výživa a hydratace pacienta. Je vhodné, aby pacient po amputaci dolní končetiny přijímal perorální stravu co nejdříve. Zprvu se pacientovi podává dieta 0S, tedy čajová, a přes tekutou a kašovitou postupně pacient přejde ke své dietě, kterou měl před operačním výkonem a která se liší dle přidruženého onemocnění (Janíková, Zeleníková, 2013). Každý zdravotník by si měl být vědom, že nedostatečná výživa a hydratace může vést ke zvýšenému riziku poškození tkání a následnému zhoršenému hojení rány (Starnovská, 2015).

Uvádí se, že doba, za kterou dojde k úplnému zhojení pahýlu, je přibližně šest týdnů od operace. Po uplynutí této doby je důležité zhojený pahýl otužovat. Otužování se provádí pomocí masáží, posouváním kůže nebo otláčováním pahýlu o podložku (Dungl, 2014). Nezbytná je také péče o kůži pahýlu, která by se měla šetrně promazávat neдрáždívními krémy nebo vazelínou (Janíková, Zeleníková, 2013). Udává se, že tato metoda zaceluje již vzniklé jizvy (Smičková, 2011).

1.6.1.3 Rehabilitace, protetické a kompenzační pomůcky

Rehabilitace je termín latinského původu a v překladu znamená opětovné nabytí ztracené schopnosti. Cílem je tedy navrátit jedince do společnosti, a tím postupně zvýšit kvalitu jeho života (Rokyta, 2009). Je důležité si uvědomit, že časná pohybová aktivita výrazně ovlivňuje funkční stav pohybového aparátu, vede k brzké normalizaci funkcí a také k prevenci tromboembolické nemoci (Zeman, Krška a kol., 2011). Z těchto důvodů je nezbytné začít s rehabilitací co nejdříve, nejlépe hned první pooperační den (Fráně, 2004). Správně provedenou rehabilitaci dokážou pouze specializovaní pracovníci s příslušným technickým vybavením (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011), ale také by žádný zdravotník neměl opomíjet, že pro dobré výsledky je důležitá motivace samotného pacienta (Schuler, Oster, 2010).

Mezi prvky rehabilitace patří nácvik stoje a chůze. Při prvním vstávání z lůžka je důležité, aby pacientovi pomohl zdravotnický personál, neboť hrozí riziko pádu z důvodu posunutého těžiště a nestabilního stoje. Postupně se přechází k nácviku chůze za pomoci francouzských holí a následuje chůze do schodů a ze schodů (Fráně, 2004). Důležité je správné nastavení výšky holí, která se odvíjí od tělesné výšky pacienta (Sosna a kol., 2008). Po úplném zhojení pahýlu učí specializovaný pracovník pacienta chůzi s protetickou pomůckou (Fráně, 2004). Obor zabývající se stavbou a aplikací protetických pomůcek se nazývá protetika, která je tak součástí rehabilitace (Dungl, 2014). Protetické pomůcky neboli protézy lze charakterizovat jako umělé náhrady anatomických ztrát pohybového aparátu, které slouží pro zajištění nebo zlepšení funkce (Vondráček, Wirthová, Pavlicová, 2011). Je důležité si uvědomit, že jakákoliv náhrada není vždy dokonalá a nikdy nedokáže plně nahradit funkci živých tkání (Koudela a kol., 2007). O typu pomůcky rozhoduje vždy ošetřující lékař a je zvolen dle druhu amputace, onemocnění, rozsahu mentálních schopností a také pohybovou dynamikou (Slezáková a kol., 2010). K tomuto rozhodování je zapotřebí, aby byl lékař seznámen s kontraindikacemi použití protetických pomůcek jako například kardiovaskulární dekompenzace, kachexie, klidová dušnost, deformace pahýlu nebo defekt kožního krytu (Janíková, Zeleníková, 2013). Opomíjena nesmí být ani hemiparéza po cévní mozkové příhodě, popřípadě pokročilé stádium onkologického onemocnění (Pejšková, Mareček, 2010). Hemiparézou se rozumí ochrnutí jedné poloviny těla (Lukáš, Žák a kol., 2011). Je nezbytné, aby finálně zhotovená protéza vyhovovala pacientovi ve všech směrech,

aby byl schopný provádět jakékoliv běžné denní aktivity, případně i sport a jiné záliby (Dungl, 2014).

Každá protéza se skládá z několika částí. Přímou na amputační pahýl nasedá pahýlové lůžko, které zcela pokrývá jeho povrch. Další jsou tzv. náhradní díly, které nahrazují postiženou nebo zcela ztracenou část a poslední částí jsou pomocné díly, které pomáhají držet protézu na pahýlu a vedou k lepší stabilitě (Dungl, 2014). Dle výše provedené amputace se volí z několika druhů protéz. Při amputaci chodidla se používají protetická chodidla, která jsou potřebná pro chůzi nebo stoj. Pokud je provedena amputace kolenního kloubu a výše, uplatňují se tzv. protetické kolenní klouby. Protetické kyčelní klouby se využívají u velmi krátkých amputačních stehenních pahýlů a také u tzv. exartikulace v kyčelním kloubu (Dungl, 2014). Exartikulace se vysvětluje jako odstranění části nebo celé končetiny v kloubu (Zeman, Krška a kol., 2011). V případě, že pacient disponuje mnoha kontraindikacemi pro použití protézy, využívá k pohybu invalidní vozík (Slezáková a kol., 2010).

Nezbytnou součástí komplexní rehabilitace je také používání kompenzačních pomůcek, které pacientovi pomáhají k maximální možné soběstačnosti a zvyšují mu tak kvalitu života (Kočová, 2017). Michalík a kol. (2011) řadí mezi druhy opor hole, berle a chodítka, které pomáhají v chůzi a držení stability těla. Dalšími pomůckami jsou vozíky, ať už mechanické či motorové, a také výše zmiňované protézy (Michalík a kol., 2011). Volba kompenzační pomůcky se odlišuje u každého pacienta dle typu postižení, individuálních schopností klienta a také uspořádání domácího prostředí (Kočová, 2017). Je důležité zmínit také speciální prostředky, které pacientům s amputovanou končetinou umožňují vykonávat každodenní činnosti. Jedná se o kompenzační pomůcky využívané v domácnosti, jako jsou madla, zábradlí a ohrádky, dále schodišťové výtahy či nájezdové rampy, popřípadě vertikalizační stojany využívané v rámci rehabilitačního ošetřovatelství (Michalík a kol., 2011).

1.6.1.4 Potřeba dýchání, hydratace, příjmu potravy a vyprazdňování

Mezi další činnosti sestry, které se řadí dle C. Royové do fyziologického modu, patří uspokojování potřeby dýchání, kterou lze u pacienta po amputaci dolní končetiny zabezpečit podáním kyslíku, popřípadě inhalací expektoračních směsí a také zajištěním vhodné polohy. Pacient by měl setrvávat v poloze na zádech s mírně zvýšenou horní

polovinou těla. Zdravotník může nemocnému pomoci také s dechovou rehabilitací a nácvikem dýchání (Trachtová, 2018).

Pacienti po amputaci dolní končetiny velmi špatně vnímají svůj tělesný vzhled. To se mnohdy může promítnout do psychického stavu a vést k následnému nechutenství. Uvádí se, že negativní emoce ovlivňují ve velké míře příjem potravy. V takovém případě je velmi nezbytná pomoc sestry, která by se měla snažit pacientovi vyhovět a zajistit mu oblíbenou stravu. Je dokázané, že s příjmem potravy souvisí bolesti, kterými pacienti s amputacemi často trpí. Proto by se měla sestra ve spolupráci s lékařem snažit o co největší zmírnění bolesti. Je nezbytné, aby člověk po amputaci přijímal dostatek výživy, a tím získal dostatek energie na intenzivní rehabilitaci (Stasková, 2009). S výživou souvisí také hydratace, tedy příjem tekutin, který je u pacientů po amputaci dolní končetiny velmi nezbytný. Pacienti po operaci často nemívají pocit žízně nebo mají tekutiny umístěné na nevhodném místě a nejsou schopni si je sami podat. Úlohou sestry v uspokojení této potřeby je zajistit pacientovi dostatek tekutin na vhodně umístěné místo blízko lůžka a také zajistit pacientovi jeho oblíbené tekutiny (Stasková, 2009). Je důležité, aby sestra sledovala příjem a výdej tekutin, tzv. bilanci, a tyto informace průběžně zaznamenávala do ošetrovatelské dokumentace (Janíková, Zeleníková, 2013).

Při uspokojování potřeby vyprazdňování je důležité, aby sestra pacientovi s amputovanou končetinou zajistila vhodný způsob a pomohla mu dle jeho požadavků (Trachtová, 2018). V mnoha případech musí sestra pečovat o permanentní močový katetr, pokud ho má pacient zavedený, dále podporovat pravidelnou defekaci nemocného, zajišťovat soukromí při vyprazdňování a dohlédnout na hygienu genitálu (Zeman, Krška a kol., 2011).

1.6.2 Systém sebepojetí

Systém sebepojetí lze rozdělit do tří složek, fyzikální, osobnostní a interpersonální. Fyzikálním aspektem se rozumí pocity člověka po amputaci dolní končetiny. To znamená, jak pacient vnímá své tělo a jak se cítí po tělesné strance. U člověka s amputací se může objevit deprese, odmítání sebe sama a stud před okolím vedoucí ke skrývání těla (Sedláková, Kalátová, 2010). Osobnostní aspekt se charakterizuje jako

„osobnostní já“. To znamená, čeho chce pacient po amputaci dolní končetiny dosáhnout, jaký chce být. V tom hraje velkou roli také postoj, víra a dosažení rovnováhy, což lze označit za stimul reziduální, který, jak je uvedeno výše, je poměrně stálý a neměnný, avšak do jisté míry ho sestra při své práci se stimuly může využít (Sedláková, Kalátová, 2010). Interpersonální složka se soustředí na adaptaci ve skupině. Odvíjí se od stanovených cílů, hodnot, sociálních podmínek a kultury (Kim, 1982).

V oblasti sebepojetí nastávají u pacienta s amputací dolní končetiny nejčastěji pocity bezmocnosti projevující se depresemi či agresivitou, strachem nebo úzkostí, které mohou plynout z nedostatečné informovanosti (Sedláková, Kalátová, 2010). Proto musí sestra předávat pacientovi dostatek informací a zvolit k tomu adekvátní komunikaci, popřípadě může pacientovi nabídnout možnost poskytnutí další odborné péče. Sestra by měla také spolupracovat s pacientovou rodinou, neboť se uvádí, že v podpoře adaptace hraje podpora rodiny nezastupitelnou roli (Stasková, 2009).

1.6.3 Systém rolových funkcí

Systém rolových funkcí popisuje role, které pacient ve společnosti vykonává. Rolí se rozumí konkrétní chování člověka v určité sociální funkci, které si osvojuje procesem socializace. Aby došlo k úspěšné adaptaci skrz rolové funkce, je nezbytné zachovat si sociální integritu neboli schopnost uvědomování si vztahů s druhými lidmi. Pokud se očekávání objektivní rolové funkce neshoduje s vlastním očekáváním, dostane se člověk do tzv. rolového konfliktu (Sedláková, Kalátová, 2010). Rolová funkce má za úkol identifikovat a následně zvládat role ve společnosti (Plevová a kol., 2018). C. Royová uvádí, že člověk ve společnosti plní tři role, a to primární, sekundární a terciární, a na základě tohoto tvrzení vytvořila „rolový strom“, ve kterém jsou všechny tři role znázorněny (Pavlíková, 2006).

Primární rolí se rozumí taková role, která je neměnná a má úzkou souvislost s věkem a pohlavím (Plevová a kol., 2018). U pacienta s amputací dolní končetiny se do této role řadí například věk či pohlaví (Sedláková, Kalátová, 2010). To znamená, že na adaptaci má vliv věk nemocného, ale také pohlaví, neboť se udává, že existují rozdíly v adaptaci na nově vzniklou životní situaci mezi ženou a mužem (Stasková, 2009). Sekundární roli charakterizuje C. Royová jako roli, kterou jedinec získá v průběhu svého života (Pavlíková, 2006) a vyplývá tak z individuálního vývojového období každého jedince (Sedláková, Kalátová, 2010). Má relativně trvalý charakter a ve většině

případů se jedná o roli zvolenou. U pacienta po prodělané amputaci dolní končetiny může být sekundární rolí například neschopnost plnit role syna, dcery, manželky, manžela atd. (Sedláková, Kalátová, 2010). Terciární roli lze nazvat jako dočasnou, protože nemá dlouhodobé trvání (Pavlíková, 2006). Má úzkou souvislost s rolí primární i sekundární (Sedláková, Kalátová, 2010). Pro příklad člověk s amputací dolní končetiny se stává pacientem a to, dle C. Royové, lze zařadit do role terciární (Stasková, 2009).

1.6.4 Systém vzájemné závislosti

Posledním modelem, který C. Royová pojmenovala, je vzájemná závislost. Ta se zakládá na individuálních a kolektivních vztazích dvou a více jedinců, na vzájemné závislosti a nezávislosti (Plevová a kol., 2018). Vzájemná závislost se může charakterizovat jako vztah mezi lidmi, konkrétně jde o vztah mezi pacientem s amputací dolní končetiny, sestrou a lékařem a také velmi podstatná spolupráce zdravotnického personálu s rodinou pacienta (Sedláková, Kalátová, 2010). Cílem je uspokojit individuální potřeby každého pacienta a poskytnout mu takovou ošetrovatelskou péči, která není v rozporu s požadavky daného pacienta (Stasková, 2009).

C. Royová rozeznávala dva druhy vzájemných vztahů. Prvním z nich je vztah na podkladě podporující osoby, který člověk řadí mezi ty nejdůležitější. V mnoha případech se do této kategorie zahrnuje nejbližší rodina. Dalším druhem je podporující systém, kam se řadí osoby vyskytující se v běžné interakci s člověkem. Příkladem může být sestra, která má spolu s lékařem za úkol co nejvhodnějším způsobem uspokojit potřeby daného pacienta (Sedláková, Kalátová, 2010). Aby došlo k efektivní adaptaci pacienta po amputaci dolní končetiny, je zapotřebí, aby sestra dokázala rozeznat působící stimuly a uměla s nimi vhodně pracovat (Stasková, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jaké intervence sestry využívají v podpoře adaptace v jednotlivých adaptačních modech dle modelu C. Royové u pacientů po amputaci dolní končetiny.

Cíl 2: Zjistit, jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle C. Royové.

Cíl 3: Zjistit, jak sestry pracují se stimuly v pojetí C. Royové v rámci podpory adaptace pacienta po amputaci dolní končetiny.

2.2 Výzkumné otázky

VO1: Jak sestry přistupují k pacientovi v podpoře adaptace na nově vzniklou situaci?

VO2: Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny ve fyziologickém adaptačním modu v pojetí C. Royové?

VO3: Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině v pojetí C. Royové?

VO4: Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu vzájemné závislosti v pojetí C. Royové?

VO5: Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu rolové funkce v pojetí C. Royové?

VO6: Jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny ve fyziologickém adaptačním modu dle C. Royové?

VO7: Jaké změny vnímají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině dle C.Royové?

VO8: Jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu vzájemné závislosti dle C. Royové?

VO9: Jaké změny vnímají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu rolové funkce dle C. Royové?

VO10: S jakými stimuly v pojetí adaptačního modelu C. Royové se sestry setkávají u pacientů po amputaci dolní končetiny?

VO11: Jaké intervence využívají sestry pro práci s jednotlivými stimuly u pacientů po amputaci dolní končetiny?

3 Operacionalizace pojmů

3.1 Adaptace

Adaptace patří mezi biologicky základní vlastnosti živé hmoty a jedná se o vlastnost organismů přizpůsobovat se vnějším, dříve neobvyklým podmínkám, v nichž existují (Hartl, Hartlová, 2010, s. 12).

3.2 Amputace

Amputace znamená odstranění periferně uložené části těla (např. končetiny) včetně krytu měkkých tkání, s přerušením skeletu, které vede k funkční nebo kosmetické změně. Rozlišuje se amputace primární, kterou je nutno provést co nejdříve, amputace sekundární, která se provádí po vyčerpání jiných léčebných metod a terciární, jejímž cílem je zlepšit funkci dané končetiny (Janíková, Zeleníková, 2013, s. 211).

3.3 Koncepční model Callisty Royové

Koncepční modely jsou součástí ošetřovatelství a definují se jako abstraktní rámec spojující fakta a fenomény, které pomáhají sestram plánovat ošetřovatelskou péči, zkoumat problémy týkající se klinické praxe a studovat výsledky ošetřovatelských zásahů a intervencí. Námí zvolený koncepční model C. Royové patří mezi adaptační model, který vychází z předpokladu, že jedinci se stále přizpůsobují změnám prostředí (Kolektiv autorů, 2007, s. 308).

4 Metodika

4.1 Použité metody

Výzkumná část diplomové práce byla realizována skrze kvalitativní výzkumné šetření, které probíhalo na chirurgickém oddělení ve dvou nemocničních zařízeních. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněné pozorování.

Rozhovor neboli interview se řadí mezi metody, které jsou ve výzkumných šetřeních hojně používána. Rozhovor se vyznačuje tím, že je prováděn jednou osobou. Patří mezi metody, které se většinou uplatňují v kvalitativních průzkumech. Skupina tazatelů podstupující daný rozhovor se označuje jako probandi. Námi zvolený polostrukturovaný rozhovor je charakteristický tím, že výzkumník má předem připravený soubor témat nebo otázek, které budou předmětem jeho výzkumného šetření, ale pořadí těchto otázek nemusí být předem zvolené. Ve většině případů dochází k tomu, že předem připravené otázky jsou lehce modifikovány, což není chybou. Lze doplnit rozhovor také o doplňující otázky. Nejdůležitější je, aby byly zodpovězeny rámcově všechny otázky a výzkumník byl schopen skrz ně odpovědět na předem stanovené cíle (Reichel, 2009).

Výzkumný vzorek kvalitativního šetření je mnohonásobně menší než u kvantitativního šetření. Důvodem je skutečnost, že cílem kvalitativního šetření je porozumět myšlenkovým pochodům a způsobu rozhodování. Výzkumný vzorek čítá desítky probandů, kteří jsou vybráni na základě předem stanovených kritérií (Tahal a kol., 2017). Kvalitativní rozhovory nesou s sebou kromě mnoha výhod jako je například velká výtěžnost informací, také nevýhody v podobě časové náročnosti na sběr dat a následné zpracování získaných údajů (Reichel, 2009).

Druhou metodou je pozorování, které se řadí mezi nejznámější a nejstarší techniku získávání dat. Jedná se o cílevědomé pozorování dané společnosti a následné odhalování jejich souvislostí a vztahů (Plevová a kol., 2018). Tato metoda je hojně používána také ve zdravotnictví, kdy skrze ni lze pozorovat široké spektrum informací. Pozorováním lze u jedince zjistit jeho vlastnosti a stav jako je například nálada, spánek, hojení rány, ale také projevy verbální a neverbální komunikace (Bártlová, 2005).

Před zahájením samotného výzkumného šetření byly osloveny náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestry chirurgických oddělení dvou nemocnic o schválení.

Průzkum byl realizován v únoru a březnu roku 2019. Z důvodu anonymity prostředí, kde jsme šetření prováděli, nejsou žádosti o schválení výzkumu součástí této diplomové práce, v případě zájmu jsou k nahlédnutí u autorky. Všichni probandi před samotným zahájením byli nejprve seznámeni s tématem diplomové práce a také s důvodem provádění rozhovorů. Nechyběla ani informace ohledně anonymity a ujištění probandů o tom, že nebudou nikde uvedeny žádné bližší informace k jejich možné identifikaci. Poté jsme se zeptali všech dotazovaných, zda souhlasí s nahráváním poskytovaných rozhovorů, kdy se všichni shodli na tom, že nám zvukový záznam nahraný na diktafon poskytnou. Vzhledem k zachování anonymity nejsou ani nahrávky rozhovorů součástí této práce, ale jsou též k dispozici u její autorky.

Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s předem připravenými základními otázkami. U každého tázaného zvlášť byly rozhovory obohaceny o doplňující, předem nepřipravené otázky dle odpovědí daných probandů. Rozhovor se sestrami (S1-S15) se skládal z dvaceti dvou otázek, zvolených tak, aby skrze ně bylo dosaženo cílů, které byly v diplomové práci stanoveny (příloha 1). Druhou částí bylo též třicet devět otázek, které jsme směřovali pacientům (P1-P9), kteří podstoupili amputaci dolní končetiny (příloha 2). Výzkumné šetření bylo realizováno po domluvě s jednotlivými sestrami v jejich pracovní době, v odpoledních hodinách, kdy sestry měly čas s námi provést dané rozhovory. Též po domluvě s jednotlivými pacienty jsme uskutečnili rozhovory v soukromí nebo u lůžka daného pacienta.

K přesnějším výsledkům našeho šetření byla zvolena metoda zúčastněného pozorování s předem připravenými záznamovými archy v podobě tabulek, které byly rozděleny do mnoha kategorií, které jsme u ošetrovatelského personálu a pacientů sledovali. Před samotným zahájením jsme pozorované ujistili o tom, že nyní budeme sledovat informace ve vztahu k diplomové práci, avšak dotyční již nevěděli přesné oblasti, o které se budeme při našem pozorování zajímat.

Při nasycení výzkumného vzorku, které jsme poznali skrze opakující se odpovědi, bylo výzkumné šetření ukončeno. Poté jsme získané informace analyzovali metodou „tužka a papír“. Tato metoda spočívá v přepsání všech rozhovorů a rozdělení jednotlivých odpovědí na určité jednotky, kterým jsme poté přiřadili kód, charakterizující danou jednotku (Švaříček, Šed'ová a kol., 2014). Po přepsání všech rozhovorů jsme si každý

očíslovali a hledali v nich stejné nebo podobné odpovědi probandů. Stejně odpovědi jsme si označili barevně a rozdělili je do určitých kategorií a podkategorií.

4.2 Výzkumný vzorek

Tabulka a: Identifikační údaje dotazovaných sester

		Pohlaví	Věk	Vzdělání	Doba praxe
Sestra	S1	žena	52 let	SZŠ	33 let
1					
Sestra	S2	žena	24 let	VŠ – Bc.	2,5 roku
2					
Sestra	S3	žena	46 let	SZŠ	20 let
3					
Sestra	S4	žena	23 let	VOŠ – Dis.	8 měsíců
4					
Sestra	S5	žena	26 let	SZŠ	4 roky
5					
Sestra	S6	žena	26 let	VŠ – Mgr.	1,5 roku
6					
Sestra	S7	žena	25 let	VŠ – Mgr.	2 roky
7					
Sestra	S8	žena	37 let	VŠ – Mgr.	11 let
8					
Sestra	S9	žena	35 let	VŠ – Bc.	12 let
9					
Sestra	S10	žena	54 let	SZŠ	32 let
10					
Sestra	S11	žena	26 let	SZŠ	3 roky
11					
Sestra	S12	žena	41 let	VŠ – Bc.	23 let
12					
Sestra	S13	žena	25 let	VŠ – Mgr.	7 měsíců
13					

Sestra 14	S14	žena	50 let	SZŠ	20 let
Sestra 15	S15	žena	28 let	VŠ – Mgr.	5 let

Vysvětlivky:

S = sestra

SZŠ = střední zdravotnická škola

VŠ – Bc. = vysokoškolské vzdělání ukončené bakalářským titulem

VŠ – Mgr. = vysokoškolské vzdělání ukončené magisterským titulem

Pro snazší přehlednost jsme vytvořili tabulky, ve kterých znázorňujeme počet probandů, se kterými jsme šetření prováděli a dále zde můžeme vyčíst bližší údaje k charakteristice daných jedinců, ať už se jedná o sestru či pacienta.

Konkrétně v *Tabulce a* s názvem: *Identifikační údaje dotazovaných sester*, je patrné, že výzkum byl prováděn s patnácti sestrami, které byly ochotné s námi šetření podrobit. Průměrný věk těchto probandů činí 34, 5 roku. Dále je zřejmé, že průměrná doba praxe činila u našich vybraných probandek hodnotu 7,6 roku. Můžeme tedy říci, že šetření jsme prováděli u sester se středně dlouhodobou praxí. Nejčastější dokončené vzdělání u našich probandek bylo vysokoškolské vzdělání. Konkrétně pět sester (S6, S7, S8, S13, S15) udalo, že jejich vzdělání je vysokoškolské s dokončeným magisterským titulem a tři sestry (S2, S9, S12) odpověděly, že vlastní titul bakalářský. Jedna probandka (S4) má dokončené vyšší odborné vzdělání se získaným titulem Dis. Zbylé sestry v počtu šesti (S1, S3, S5, S10, S11, S14) udaly středoškolské vzdělání.

Tabulka b: Identifikační údaje dotazovaných pacientů

		Pohlaví	Věk	Doba hospitalizace	Pooperační den	Důvod amputace	Typ amputace
Pacient 1	P1	Muž	51 let	16 dní	8. den	Diabetes mellitus	Amputace palce
Pacient 2	P2	Muž	72 let	3 týdny	13. den	Úraz	Amputace metatarsu
Pacient 3	P3	Muž	75 let	4 týdny	4. týden	Ischémie	Amputace pod kolenem
Pacient 4	P4	Muž	76 let	2 měsíce	3. týden	Diabetes mellitus	Amputace ve stehně
Pacient 5	P5	Žena	74 let	2 měsíce	3. týden	Diabetes mellitus	Amputace nad kolenem
Pacient 6	P6	Muž	70 let	6 dní	6. den	Diabetes mellitus	Amputace ve stehně
Pacient 7	P7	Muž	76 let	12 týdnů	11. týden	Diabetes mellitus	Amputace ve stehně
Pacient 8	P8	Muž	60 let	3 měsíce	2,5 měsíce	Diabetes mellitus	Amputace 2* pod kolenem
Pacient 9	P9	Muž	55 let	4 týdny	1. týden	Diabetes mellitus	Amputace pod kolenem

Tabulka b s názvem: *Identifikační údaje dotazovaných pacientů* nám znázorňuje, že celkový počet dotazovaných pacientů činí devět. Výzkumný vzorek tvoří pouze jedna žena a osm mužů. Průměrný věk našich probandů činí 78 let a průměrná doba hospitalizace je rovna šesti týdnům. Nejčastěji zmiňovaný důvod provedené amputace byl až v sedmi případech (P1, P4, P5, P6, P7, P8, P9) diabetes mellitus. Pouze jeden proband udal jako důvod úraz (P2) a taktéž jeden pacient ischemickou chorobu dolních končetin (P3). Pacienti nejvíce udávali amputaci pod kolenem (P3, P8, P9) a ve stehně (P4, P6, P7). Méně frekventované byly amputace prstu (P1), metatarsů (P2) a nad kolenem (P5). S oboustrannou amputací jsme se setkali též u jednoho našeho dotazovaného (P8).

Pacient 1 (P1)

Jedná se o muže silně věřícího, ve věku 51 let, který byl v době našeho rozhovoru v nemocnici hospitalizovaný 16. den. Tento pacient je 8. den po operaci a podstoupil amputaci palce z důvodu diabetu mellitu. Tímto postižením dotazovaný ztratí práci a půjde do předčasného důchodu. Doma nemá nikoho, kdo by mu mohl s každodenními činnostmi pomáhat. Děti nemá žádné a manželka mu nedávno zemřela. Pacienta doprovází silné obavy z toho, jak bude sebezpečí zvládat sám v domácím zařízení.

Pacient 2 (P2)

Pacienta 2 představuje taktéž muž, kterému je 72 let. V nemocnici pobýval 3 týdny a byl 13. den po operaci. Výkon podstoupil z důvodu úrazu, který prodělal. Konkrétně nám pacient podal tuto odpověď: „*Měl jsem původně úraz a z dvou napadaných prstů (malíček a vedle) tak ty se amputovali a za týden zjistili, že 3. prst je chycený taky, tak mi doporučili vzít půl nohy.*“ Z výpovědi tohoto probanda vyplývá, že došlo k amputaci metatarsu. Dotazovaný je již v důchodu. Mezi jeho zájmy patří četba. Velkou podporou pro tohoto pacienta je manželka a jeho vnoučata.

Pacient 3 (P3)

Dalším námi vybraným probandem je muž ve věku 75 let přijatý z domova důchodců, který si přesně nepamatuje informace ohledně délky hospitalizace a udává nám, že je v nemocnici přibližně měsíc. Takovou dobu je tento dotazovaný i po operačním výkonu. Důvodem provedené amputace pod kolenem byla ischemie způsobující nedokrvění končetiny. Jedná se o pacienta, který byl imobilní již před operačním výkonem.

Pacient 4 (P4)

Muž ve věku 76 let, který v době našeho výzkumného šetření pobýval v nemocnici dva měsíce a udával, že je 3 týdny po provedené amputaci. Výkon byl proveden vzhledem ke komplikacím diabetu v podobě diabetické nohy. Z tohoto důvodu tento proband podstoupil amputaci ve stehně. Jedná se o muže, který je v důchodu a největší oporu má ve své dceři, která ho chodí každý den navštěvovat.

Pacient 5 (P5)

Dalším dotazovaným je žena ve věku 74 let, která je hospitalizovaná 2 měsíce, z čehož 3 týdny po výkonu. Tato žena podstoupila amputaci nad kolenem skrze komplikace doprovázející cukrovku. Tato žena není se svým postižením zcela srovnaná a do budoucna uvažuje o protetické pomůcce. Již před amputací byla tato dotazovaná v invalidním důchodu skrze operace páteře, které dříve podstoupila. Velkou oporu shledává ve své dceři, vnoučatech a pravnučkovi. Jejím největším přáním je se znova na nohu postavit a zajít si s kamarádkami na kafe.

Pacient 6 (P6)

Šestým dotazovaným je muž v důchodu ve věku 70 let, který byl hospitalizovaný v nemocnici 6. den a tentýž den byl po provedeném zákroku. Jedná se o pacienta, který podstoupil amputaci ve stehně skrze diabetes. Konkrétní výpověď na otázku, jaký je důvod provedené amputace probanda, zní: „*Cukrovka, zmodraly mi prsty. Myslel jsem, že to bude lepší, tak jsem pořád čekal, čekal a pak už se to muselo uříznout.*“ Tento muž udával, že je v nemocnici velmi nespokojený a jediným jeho přáním je, aby již mohl odejít domů. Postižení, kterým disponuje omezuje našeho probanda ve společných nákupech a výletech, které s družkou podnikali.

Pacient 7 (P7)

Jedná se taktéž o muže ve věku 76 let. Jeho délka hospitalizace činí 12 týdnů, přičemž po provedeném výkonu je 11 týdnů. Důvodem, proč musel tento pacient podstoupit amputaci ve stehně, jsou komplikace spojené s diabetem. Udává, že nejprve mu amputovali jeden prst, ale stav se nelepšil, proto musel podstoupit amputaci celé nohy. Tento pacient též pobírá starobní důchod a z tohoto důvodu má velké obavy o finanční stránku, jelikož s manželkou přestavují skrze postižení celý byt. Mezi jeho koníčky patřilo rybaření, návštěva plesů, tancování, ale vzhledem ke svému onemocnění bude muset vyměnit tyto záliby za modelování letadel a luštění křížovek. Tento proband byl velmi vyrovnaný, jak lze poznat z následující výpovědi: „*No, baví mě ty křížovky, hold si musím najít něco jiného, když to nejde. Jsou horší věci. A chci se hrozně věnovat modelování letadel a to zvládnu i bez té nohy. Sednu si k tomu a bude.*“ Největší jeho oporou je manželka a děti, které mu pomáhají s přestavbou bytu.

Pacient 8 (P8)

Předposledním dotazovaným byl námi vybraný muž ve věku 60 let, který je hospitalizovaný po dobu třech měsíců z důvodu komplikací operační rány a udává, že je 2,5 měsíce po výkonu. Jedná se o pacienta, jež podstoupil oboustrannou amputaci pod kolenem z důvodu diabetu, cholesterolu a vysokého tlaku. Mezi jeho zájmy řadil rybařinu a cestování autem. Po oboustranné amputaci si nyní našel zálibu v požívání alkoholických nápojů. Udává, že má velkou oporu v bratrovi a švagrové, avšak doma bydlí sám. Při rozhovoru nám vypověděl takto: *“Když budu fňukat, tak tím nic nevyřeším, musí se člověk sebrat a prostě se kousnout a říct si, že to zvládne, žádná sebelítost.”*

Pacient 9 (P9)

Posledním probandem je muž ve věku 55 let, který udává, že je v nemocnici hospitalizovaný měsíc, z čehož je týden po amputaci. Důvodem našeho probanda k podstoupení amputace pod kolenem je také diabetes. Jedná se o muže, který před operačním výkonem vykonával svojí profesi v podobě řidiče autobusu. Bohužel je smířený s tím, že o své zaměstnání přijde, což považuje za svůj největší problém. Do budoucna uvažuje o koupi automobilu s ručním řízením, aby mohl rodinu dopravovat na určená místa. Největší oporu shledává ve své manželce a dceři.

5 Výsledky

5.1 Kategorizace dat na základě rozhovorů se sestrami

Kategorie 1 Dopomoc pacientům

Podkategorie 1 Přístup sester

Z rozhovorů vyplynulo, že sestry provádějí sedm základních činností, kterými zvolí přístup svého chování. Můžeme je rozdělit do následujících okruhů – komunikace, snaha pomoci, empatie, respektování důstojnosti, vedení pacienta k soběstačnosti, psychická podpora a zapojení rodiny. Sestry S2, S4, S5, S9, S12, S13, S14 a S15 se ve svém přístupu zaměřují na **vhodnou komunikaci** s pacientem, jak lze vyčíst z následujících výpovědí: S13: „*Tak určitě s ním budu hodně komunikovat.*” S2: „*Snažím se ho vyslechnout a domluvit se s ním.*” Často probandky zmiňovaly projevenou **empatii**, kterou nám uvedlo devět dotazovaných S1, S3, S6, S7, S8, S9, S12, S13 a S15 a také **respektování** důstojnosti, jež považují za důležité dvě probandky S5, S9. Příkladem je odpověď S6: „*Empatický, většinou se snažíme do nich vcítit a být v klidu.*” nebo výpověď S1, jež zní: „*Snažíme se mu vyjít vstříc.*”

Dále sestry zmiňovaly **pochopení a podporu pacienta**, která je pro vhodně zvolený přístup také nezastupitelná. Tuto odpověď jsme zaznamenali u S1: „*Je důležité pochopit jeho situaci.*” nebo S15, která nám podala tuto výpověď: „*Musíme ho vyslechnout a podpořit.*” Pro podporu pacienta je nezbytné **zapojit rodinu**. S tímto názorem se shoduje S9 a S15, jejichž výpovědi zní: S15: „*Důležitá je taky péče tý rodiny.*” S9: „*Samozřejmě je lepší, když za pacientem dochází rodina a nějak ho povzbudí a podpoří.*” Probandka 5 přistupuje k pacientovi skrze jeho **vlastní zájem o spolupráci**, jak lze vyčíst z následující výpovědi S5: „*Zaměřuju se na to, zda ten pacient má nebo nemá zájem a na základě toho pak já jedním.*”

Sestra 9 považuje za stěžejní **uspokojení potřeb** daného pacienta. „*Nezbytné pochopit jeho potřeby a obavy z toho*”.

Trpělivost ošetřujícího personálu, kterou nám zmínila P6, lze zařadit také k významným prvkům v přístupu k pacientům. Její výpověď zní: „*Být v klidu, trpělivý a neříkat jim to mimořechí...*” Naopak probandky 11 a 14 se přiklání k důležitosti vedení pacienta k **soběstačnosti**. Příkladem jsou odpovědi daných sester: S14: „*Ptáme se, ,*

jestli činnosti zvládne sám nebo chce pomoc.“ S11: “Je důležité, aby nám hodně pomáhal a nezanedbával tu končetinu.”

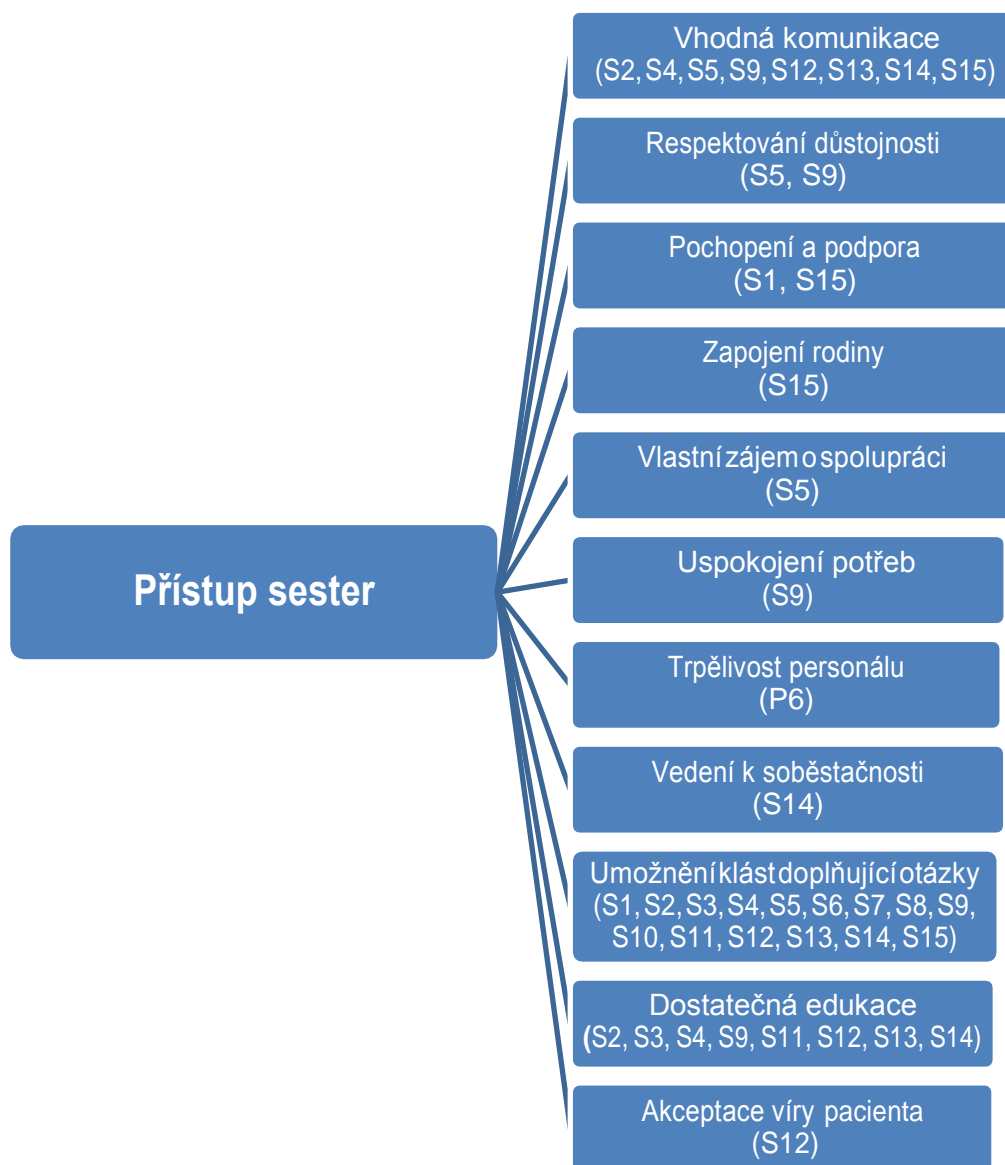
V souvislosti s přístupem, všech patnáct sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15 uvedlo, že umožňují pacientům **klást doplňující** otázky. S10: *“Řeknu jim, aby se zeptali, ale moc informací jim říct nemůžu, jen ohledně toho ošetřovatelství.”*

S3: *„Ano, když na ně vím odpověď, tak jim ráda odpovím...“* S5: *„...samozřejmě, když je cokoliv, co by potřebovali vyřešit, tak ať se na cokoliv zeptají...“*

A také osm sester S2, S3, S4, S9, S11, S12, S13 a S14 doplnilo, že je důležitá **dostatečná edukace** pacienta. Příkladem je S9: *„Já třeba osobně pacientům říkám, ať se kouká na ty převazy při té vizitě a řeknu mu, že mu to ještě zvlášť ukážu.“* nebo S12: *„Učím ho vyvazování pahýlu, aby věděl, že se bandážuje do kónického tvaru.“*

Dle výpovědi sestry 12 je nezbytné **akceptovat víru pacienta** a v případě potřeby zařídít nemocničního kaplana. Odpověď dané probandky zní: *„Můžu jim doporučit nemocničního kaplana, pokud je pacient věřící.“*

Diagram 1 *Přístup sester*



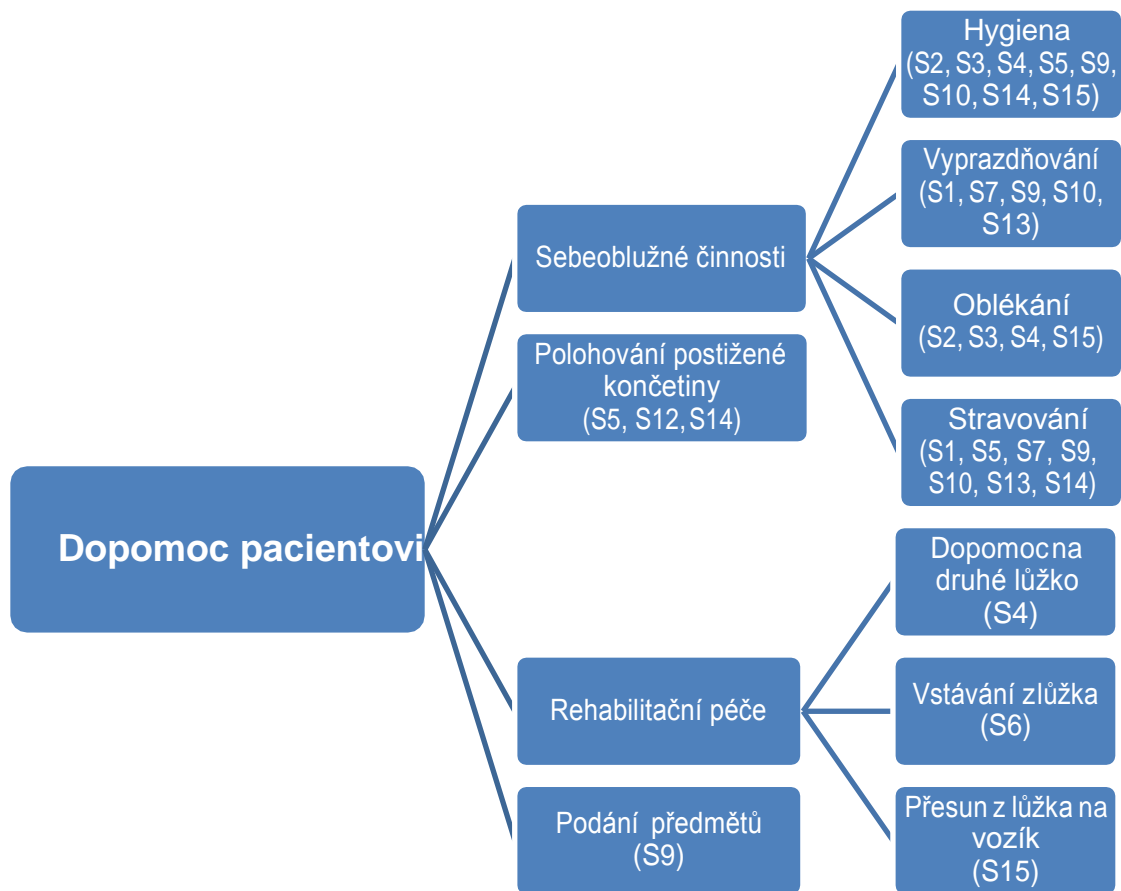
Zdroj: vlastní

Podkategorie 2 Dopomoc pacientovi

Tato podkategorie popisuje, jaké jsou nejčastější činnosti, u kterých sestry pacientům dopomáhají. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry dopomáhají především v uspokojení základních **sebeoblužných činností**, a to především v oblasti **hygieny** (S2, S3, S4, S5, S9, S10, S14, S15), **vyprazdňování** (S1, S7, S9, S10, S13), **oblékání** (S2, S3, S4, S15) a **stravování** (S1, S5, S7, S9, S10, S13, S14). Názorným příkladem je odpověď S7: „Řekla bych, že nejvíc nás ze začátku potřebují při základní sebeobsluze.“ Sestry S5, S12 a S14 uvedly, že velmi často musí těmto pacientům dopomoc také s **polohováním postižené** končetiny, jak vypověděla S14: „*Důležité je tu končetinu podkládat.*“

V rámci **rehabilitační péče** je potřeba dopomoc ve všech činnostech týkající se omezeného pohybu, kam řadíme **dopomoc na druhé lůžko** (S4), **vstávání** s pacientem (S6) a také **přesun z lůžka na vozík** (S15). Sestra 9 uvádí, že někteří pacienti potřebují pomoc i s **podáním předmětu** (S9).

Diagram 2 *Dopomoc pacientovi*



Zdroj: vlastní

Kategorie 2 Potřeby pacientů

Podkategorie 3 Neuspokojené potřeby pacientů

Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15

uvedly, že u těchto pacientů dochází především k neuspokojení základních fyziologických potřeb, kam nejčastěji řadily zhoršenou **potřebu sebekpěče**, kterou zmiňovaly S2, S3, S9, S11 a S13 projevující se deficitem v oblasti **hygieny** (S2, S3, S4, S5, S9, S10, S14, S15) a **oblékání** (S2, S3, S4, S5). Názorným příkladem je výpověď S2: *„Může to být i neuspokojená potřeba ta zhoršená sebekpěče, protože pacient by se sám o sebe rád postaral, ale nemůže.“*

S potřebou sebekpěče souvisí také neuspokojená potřeba **seberealizace**, jelikož sestry velmi často uváděly, že pacienti jsou závislí na jejich pomoci. Tuto odpověď jsme zaznamenali u čtyřech sester S4, S5, S7 a S9, jak lze vyčíst z následujících odpovědí probandů: S9: *„Jsou závislí na ostatním personálu.“* S4: *„Asi to, že jim vadí, že jsou odkázáni na pomoc druhých lidí.“* S5: *„Jsou odkázáni na tu naši péči.“* Tato neuspokojená potřeba se může projevovat také pocity méněcennosti (S9). S9:

„...většinou se ty lidi stydí...“ a obavy ohledně plnění daných rolí (S15) *„Nejvíce se mi pacienti svěří s tím, že nebudou moc plnit role a nebudou schopni se finančně o sebe postarat.“*

Další potřebou, u které nedochází k uspokojení, je **potřeba pohybu**, kterou zmínili S1, S4, S6 a S15 a s tím spojený přesun na invalidní vozík (S4, S15). Výpověď S11 zní: *„Častý jsou taky problémy s pohyblivostí.“*

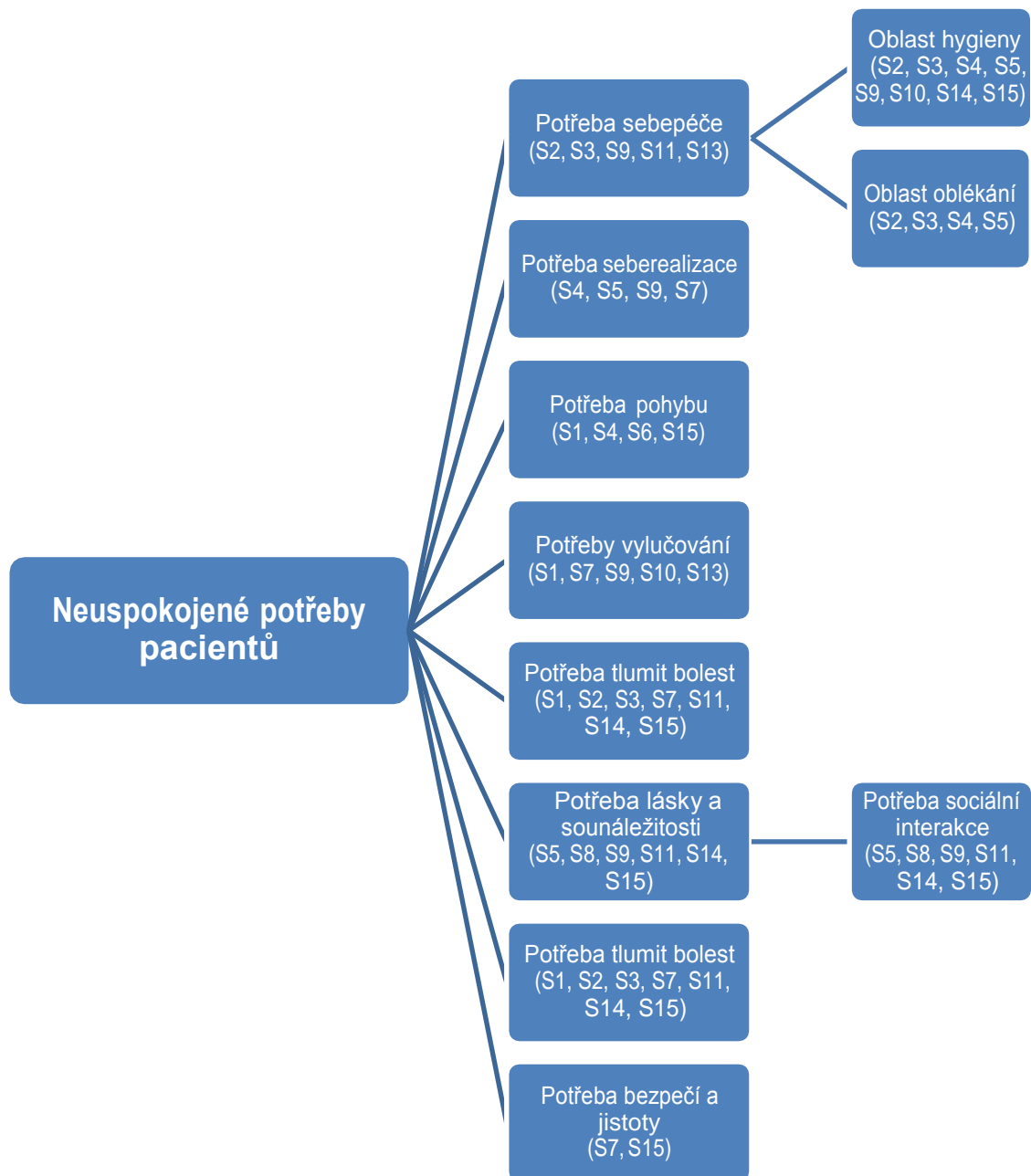
Pět tázaných S1, S7, S9, S10 a S13 zmínilo také neuspokojenou **potřebu vylučování** z důvodu omezené aktivity. Příkladem je S9: *„...pak třeba při vyprazdňování, protože pokud má pacient amputovanou celou nohu, tak taky není moc schopen si dojít na záchod.“*

Potřebu **tlumit bolest** doplnilo sedm sester S1, S2, S3, S7, S11, S14, S15. Tyto informace jsou patrné z následujících výpovědí: S3: *„Nařikají si, že je to bolí.“* S1: *„Velký problém je bolest a fantomovi bolesti.“* S11: *„Problémy s bolestí.“* S15: *„Časně se u pacientů setkáváme v bolestí.“*

Také u těchto pacientů nedochází k uspokojení **potřeby sociální interakce** (S5, S8, S9, S11, S14, S15). Tuto potřebu lze pojmenovat jako neuspokojená potřeba **lásky a sounáležitosti**. Mezi další zmiňovanou neuspokojenou potřebu řadily dvě sestry S7 a S15 **pocit bezpečí**.

S7: „Bojí se, co bude s nima dál.“ S15: „Mají strach z budoucna.“

Diagram 3 *Neuspokojené potřeby pacientů*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 4 Uspokojování potřeby vylučování

Z rozhovorů vyplývá, že způsob, jakým sestry uspokojují tuto potřebu, vyplývá ze **soběstačnosti a také pohlaví pacienta**. Tuto odpověď nám podalo třináct sester S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S11, S12, S13, S14 a S15. Příkladem je S2: „*Záleží na mobilitě toho pacienta.*“ S5: „*Záleží na tom, do jaké míry je pacient soběstačný, taky záleží na věku pacienta, jestli je mladší nebo starší.*”

Deset sester S2, S3, S4, S5, S6, S8, S9, S10, S12 a S15 uvedlo, že v případě mužského pohlaví dávají pacientům k lůžku **močovou láhev** zvanou „bažant“ (S2, S3, S5, S6, S8, S9, S12, S13). S2: „*...u mužů pak k posteli bažanta.*“ S9: „*Pacient dostane bažanta k posteli.*“

Pokud se pacient potřebuje vyprázdnit, dvanáct sester S1, S2, S3, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13 a S14 zajistí **podložní mísu**, jak lze vyčíst z následujících odpovědí: S7: „*Sestra pomůže s vykonáním potřeby do podložní mísy.*“ S5: „*...ze začátku podáváme podložní mísu.*“

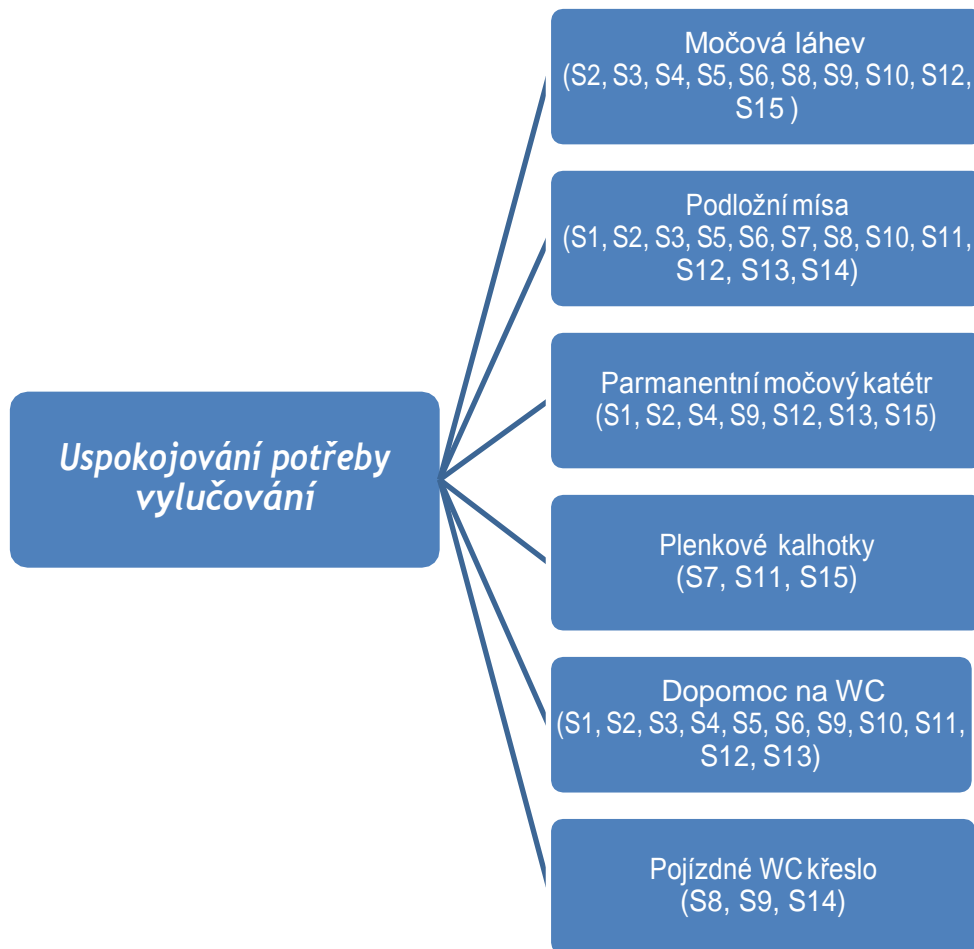
Pokud se jedná o imobilního, nespolupracujícího pacienta, sedm sester S1, S2, S4, S9, S12, S13 a S15 uvedlo, že uspokojují tuto potřebu zavedením **permanentního močového katétru**. Výpověď S13 zní: „*Na oddělení mají pacienti většinou zavedenou cévku.*“ S1: „*Ze začátku mají cévku.*“

Některé sestry zmínily, že pacientům poskytují **plenkové kalhotky**. Tuto odpověď nám poskytly tři probandky S7, S11 a S15. Příkladem jsou odpovědi S7: „*Nesoběstační pacienti mívají také plenky.*“ a S15: „*Dáváme pacientům také plenky.*“

Mezi velmi častou odpověď řadily sestry také **dopomoc pacientovi na záchod**. Tuto odpověď nám podalo jedenáct sester S1, S2, S3, S4, S5, S6, S9, S10, S11, S12 a S13. S9: „*Je zde možnost, že ho dovezeme na záchod.*“ S13: „*Dovezeme pacienta na sedačku na záchod.*“

Některé sestry S8, S9 a S14 zajišťují pacientům **pojízdné WC křeslo** tzv. gramofon. Tuto informaci lze názorně vyčíst v následujících výpovědích: S9: „*Je možnost dát k posteli jezdící křeslo.*“ S14: „*Naučíme ho přesezat na gramofon.*“

Diagram 4 *Uspokojování potřeby vylučování*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 5 Uspokojování potřeby hydratace

V oblasti uspokojování potřeby hydratace sestry zmiňovaly nejčastěji **aktivní zapojení sestry**. Na této odpovědi se shodlo jedenáct sester S1, S2, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14 a S15. V tom smyslu, že sestry samy podávají tekutiny **perorálně**. Názorným příkladem jsou odpovědi: S1: „*Dáváme mu napít.*“ S6: „*Chodíme dávat napít.*“ S13: „*Podáváme pacientům tekutiny.*“

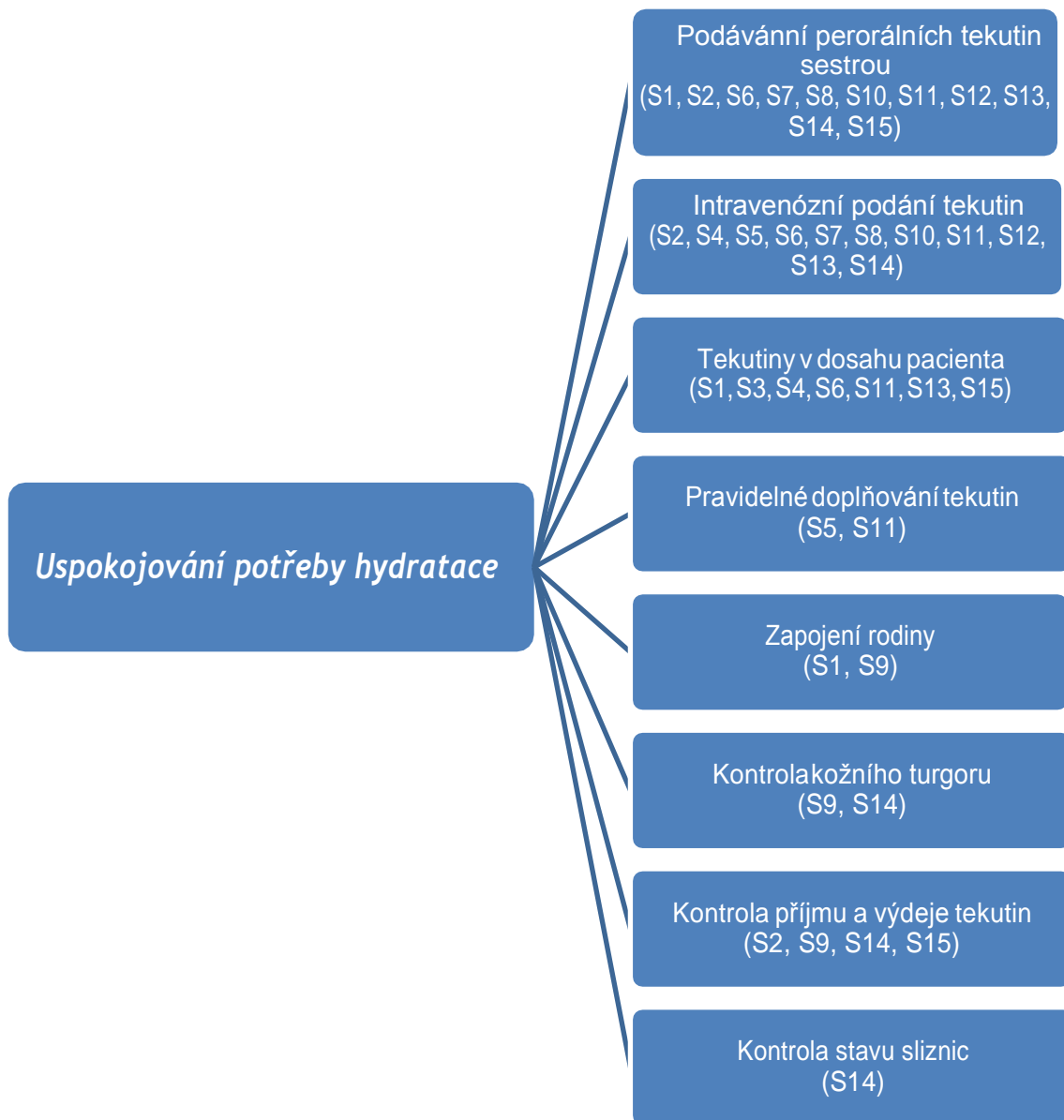
Další způsob, který sestry uváděly, je podání tekutin **intravenózně**. Tento způsob zastává také jedenáct sester S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13 a S14. Odpověď S8 zní: „*Podáváme infúze dle ordinace lékaře.*“ S12: „*Pacienti dostávají tekutiny v infúzích.*“ V uspokojení této potřeby se snaží sestry **podpořit soběstačnost** a umístit tekutin v **dosahu pacienta** (S1, S3, S4, S6, S11, S13, S15), jak lze vyčíst z výpovědí: S13: „*Umístíme pití tak, aby byl schopný si na něj dosáhnout.*“ S15: „*Je důležitý, aby člověk se snažil si to pití podat sám.*“

Sestry S5 a S11 shledávají důležitost v **pravidelném doplňování tekutin**. Příkladem je výpověď S11: „*Doplňujeme tekutiny, pokud si nemůžou dojít sami.*“

Probandky 1 a 9 zapojují do uspokojení také **pomoc rodiny**. S1: „*...aby jim rodina přinesla takový ty lahvičky s pítkem...*“ S9: „*Požádáme rodiny, aby donesla oblíbený pití.*“

Méně častými odpověďmi, které sestry uvedly, je také kontrola **kožního turgoru** (S9, S14), **příjmu a výdeje tekutin** (S2, S9, S14, S15) a **stavu sliznic** (S14).

Diagram 5 *Uspokojování potřeby hydratace*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 6 Uspokojování potřeby dýchání

Tuto potřebu sestry nejčastěji uspokojují dle zdravotního stavu pacienta a v případě, že to stav nevyžaduje, tak tuto potřebu neuspokojují **žádným způsobem**. Tuto odpověď nám poskytlo šest sester S1, S2, S4, S6, S7 a S10. Příkladem jsou výpovědi daných probandů: S4: „*My to nijak neřešíme.*“ S1: „*Vůbec se o to nemusí člověk zajímat.*“ S2: „*Oni si dýchají sami, my se o to nestaráme.*“

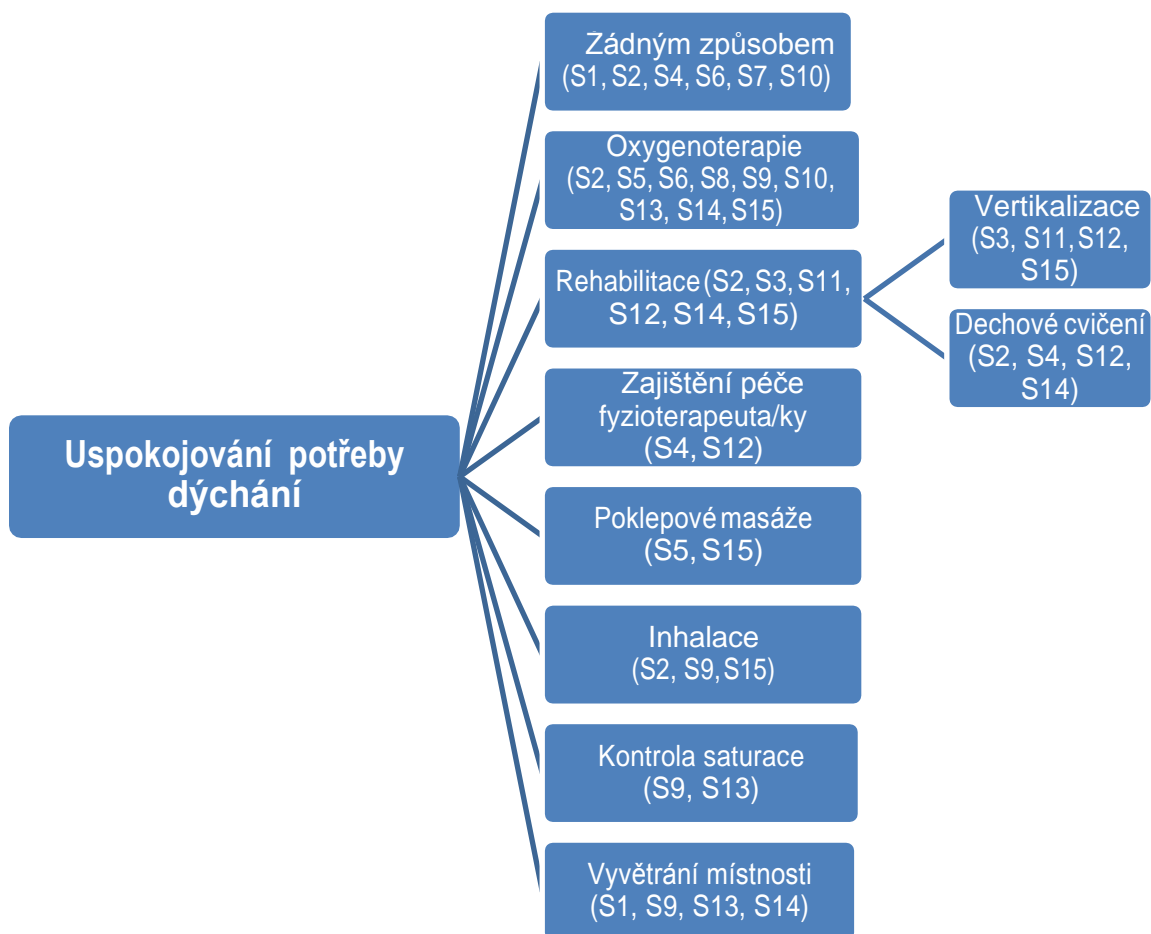
Pokud pacient disponuje dýchacími obtížemi, sestry nejčastěji tuto potřebu uspokojují **oxygenoterapií** pomocí kyslíkových brýlí nebo obličejové masky (S2, S5, S6, S8, S9, S10, S13, S14, S15, jak uvádějí S10: „*Možná jako trochu kyslík.*“ nebo S13: „*Dáváme kyslík, aby se pacientovi lépe dýchalo.*“

Dále u těchto pacientů sestry S2, S3, S11, S12, S14 a S15 provádí **rehabilitační cviky** v podobě **vertikalizace** (S3, S11, S12, S15) nebo **dechových cvičení** (S2, S4, S12, S14) popřípadě zajištění péče **fyzioterapeuta** (S4, S12). Názorným příkladem je S12: „*Posazujeme pacienty v lůžku.*“ a S15: „*...tak zvýšená poloha, pokud to stav dovolí.*“

Mezi další činnosti, kterými sestry podporují uspokojení této potřeby, jsou **pokleповé masáže** (S5, S15) a **inhalace** (S2, S9, S15) léků podporující dýchání. Doslovná odpověď S5 zní: „*Děláme takový ty masáže, který vlastně podpoří ty plíce*“ S9: „*...nebo mu lékař naordinuje inhalaci směsí.*“

Kontrolu saturace uvedly pouze dvě probandky S9 a S13 a **vyvětrání místnosti** čtyři sestry S1, S9, S13 a S14.

Diagram 6 *Uspokojování potřeby dýchání*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 7 Uspokojování potřeby odpočinku

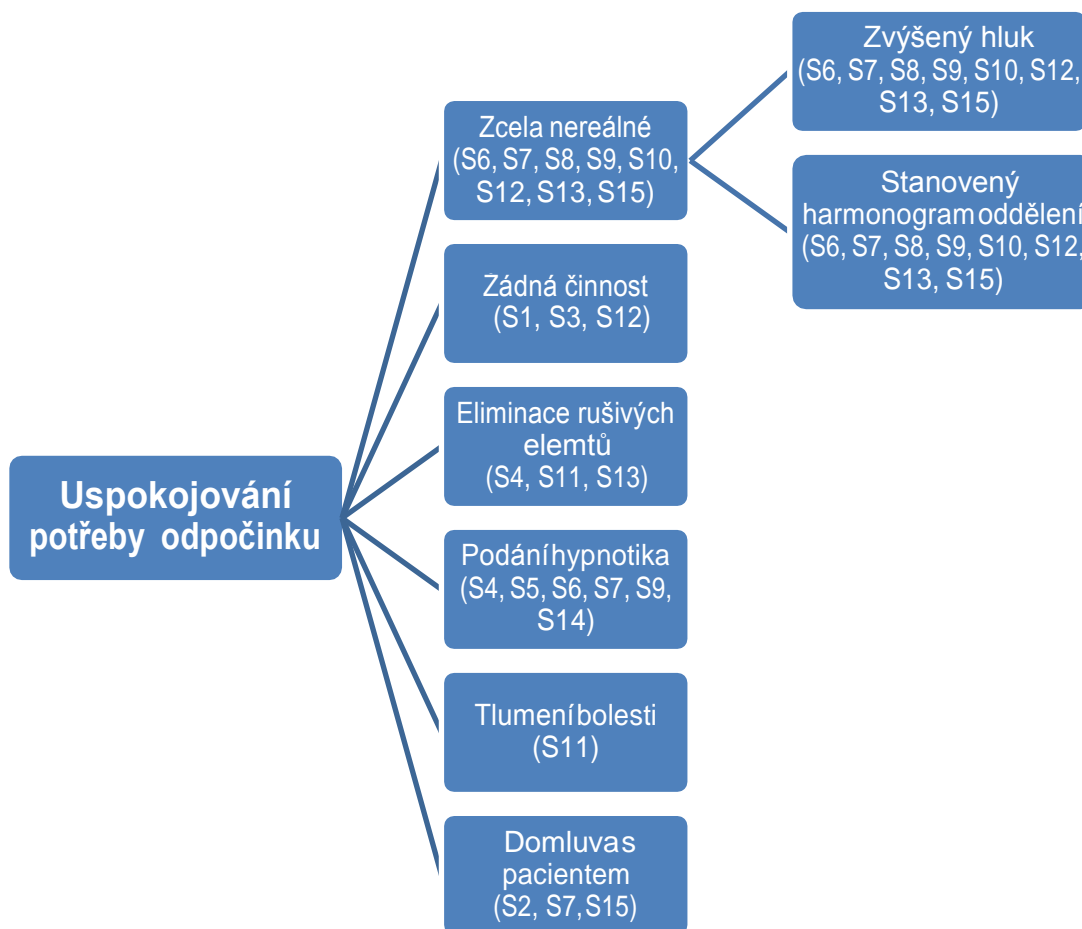
Z rozhovorů probandů vyplývá, že uspokojení této potřeby je velmi **nereálné** kvůli **hluku**, kterým oddělení disponuje a také **stanovenému harmonogramu** daného oddělení. Na této odpovědi se shodlo osm sester S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13 a S15.

S6: „*Bohužel to u nás na chirurgii jde velmi těžko, protože musíme dávat antibiotika, kolikrát za noc tam několikrát vlezeme.*“ S9: „*U nás je strašně těžké zajistit to, aby si pacienti dostatečně odpočinuli.*“ Z výše uvedeného důvodu tři tázané S1, S3 a S12 tuto potřebu neuspokojují **žádnou činností**, jak uvádí S1: „*Nijak nepodporujeme ničím.*“ nebo S3: „*Asi nijak, pacient sám pozná, jestli je odpočatej.*“

Sestry S4, S11 a S13 se snaží na svém oddělení **eliminovat ruch** a zajistit na pokoji pacientů **dostatečný klid** na odpočinek. Příkladem je výpověď S4: „*Zajistíme na pokoji co největší ticho.*“ Potřebu odpočinku, pokud s tím pacient souhlasí, podporují sestry také **podáním hypnotika**. Tento způsob uspokojení uvedlo šest tázaných S4, S5, S6, S7, S9 a S14. Příkladem jsou odpovědi daných probandů: S6: „*Je možnost poprosit lékaře a vyžádat si prášek na spaní.*“ S14: „*Někdy podáme i léky na spaní.*“

S neuspokojenou potřebou spánku souvisí také potřeba **tlumit bolest** (S11). „*Snažíme se odbourat bolest.*“ Tři sestry S2, S7 a S15 zmínily, že je velmi důležitá **domluva s pacientem**. S7: „*Může pacient sám říci, co ke spaní potřebuje.*“

Diagram 7 *Uspokojování potřeby odpočinku*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 8 Potřeba tlumit bolest

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že sestry řadí k nejčastější možnosti, jak tlumit pooperační bolest, podání **vhodného analgetika**, které předepíše ošetřující lékař. Tuto informaci jsme zaznamenali u dvanácti dotazovaných sester S2, S3, S4, S5, S7, S8, S9, S10, S12, S13, S14 a S15. Příkladem jsou následující výpovědi: S3: „*Podám tišící léky.*“ S10: „*No, dám mu prášky na bolest.*“ Analgetika sestry podávají ve třech formách, jako tabletu, injekci, analgetickou infúzi, popřípadě ve formě mastí a čípků.

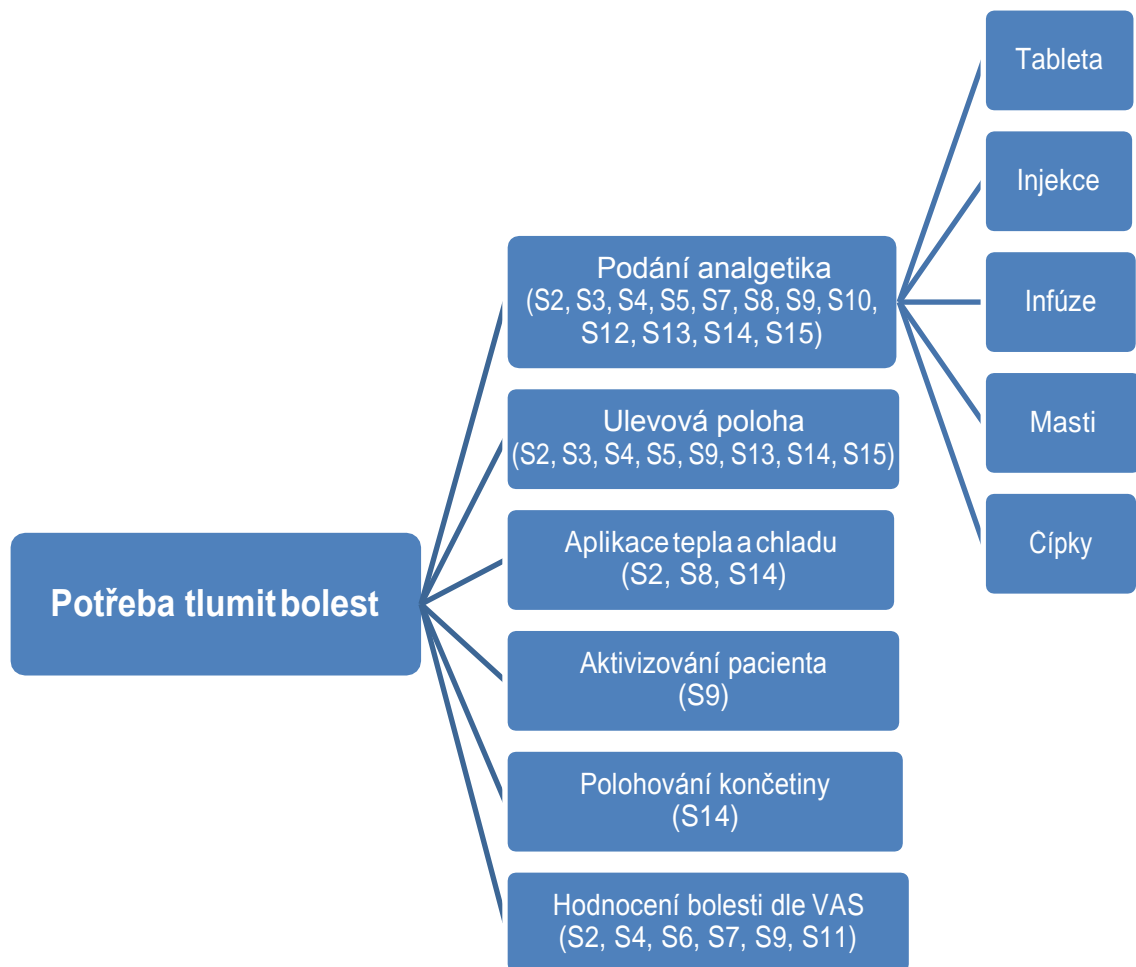
Pro potřebu tlumit bolest sestry S2, S3, S4, S5, S9, S13, S14 a S15 zmiňovaly také zaujmutí **úlevové polohy**. Další metodou, jak sestry přistupují k tlumení bolesti, je **aplikace tepla a chladu**, jež zmínily tři probandky S2, S8 a S14 nebo **zabavení pacienta**, aby se na bolest tolik nesoustředil (S9). S14: „*...ledování končetiny...*“ S8: „*Je vhodný použít třeba i led.*“

Pro správné tlumení bolesti je velmi nezbytné také **hodnocení stupně bolesti** dle škály VAS (S2, S4, S6, S7, S9, S11).

Další nezbytnou oblastí je správné **polohování končetiny**, které uvedla S14.

„*Podložíme končetiny.*“

Diagram 8 *Potřeba tlumit bolest*



Zdroj: vlastní

Kategorie 3 Role pacienta

Podkategorie 9 Zastávající role mimo nemocniční zařízení

Tato podkategorie znázorňuje, zda sestry ve své profesi věnují pozornost také rolím, které pacient ve svém životě zastává. Z výzkumného šetření vyplynulo, že téměř všechny sestry S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S11, S13, S14 a S15 se ve své praxi o tyto informace **zajímá**. Příkladem jsou následující výpovědi: S13: „*Tak určitě v rámci komunikace a podpory pacienta se můžeme zeptat i na tyto informace.*“ S14: „*Jo, to zjišťujeme.*“ S1: „*Jo, zjišťujeme už při příjmu.*“

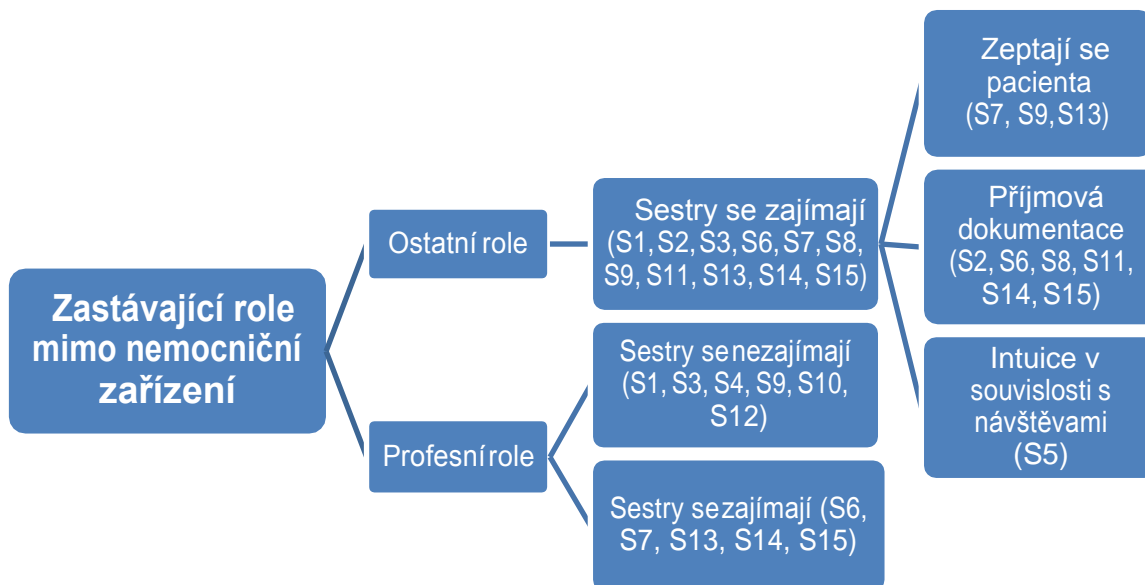
Způsobů, jakým sestry zjistí tyto informace, je mnoho. Probandky uváděly, že se **zeptají pacienta** (S7, S9, S13) nebo tyto údaje naleznou v **příjmové dokumentaci** (S2, S6, S8, S11, S14, S15). Doslovná odpověď S6 zní: „*Většinou je to v příjmových papírech.*“ S2: „*Ano, ano, už při příjmu vlastně vidíme, jaký role vykonává.*“ Sestra č. 5 zjišťuje tuto skutečnost také pomocí příchozí návštěvy a na základě ní si utvoří vazby o rolích, které pacient zastává. Tento způsob lze shrnout jako **intuice v souvislosti s příchozí návštěvou**. Výpověď této sestry zní: „*Většinou to poznáme podle toho, že za pacientem přijde návštěva.*“

V rámci této podkategorie je potřeba zmínit také zájem sester o profesní roli. Šest sester S1, S3, S4, S9, S10 a S12 uvedlo, že se o to **nezajímají** z toho důvodu, že tato informace není pro jejich povolání podstatná, jak lze vyčíst z výpovědi S12: „*Nemáme na to čas.*“ nebo S9: „*Co se týče práce, tak o to se nezajímám.*“

Naopak pět sester S6, S7, S13, S14 a S15 považuje tuto informaci za velmi **důležitou** a informace o zaměstnání si **zjišťují**. Příkladem je S13: „*Ptáme se na profesi, abychom věděli, jak moc jim postižení zasáhne do profese.*“

Tři sestry S2, S5 a S11 se o tuto roli zajímají **v závislosti na věku** daného pacienta. Odpověď probandky 5: „*U starších lidí ne, ale u těch mladších ročníků víceméně ano.*“

Diagram 9 *Zastávající role mimo nemocniční zařízení*



Zdroj: vlastní

Kategorie 4 Působící stimuly

Podkategorie 10 Nejčastější stimuly ovlivňující pacienta po operaci

Nejčastějším podnětem, který působí na pacienta je **bolest**. Tuto výpověď nám poskytlo sedm sester S1, S2, S6, S7, S9, S10 a S11. S10: „*No ta bolest no jakože ho to hodně bolí a tím pádem ani moc nespolupracují.*“ Dále velmi hojně sestry zmiňovaly **přístup zdravotnického personálu** (S2, S5, S7, S15). Příkladem je výpověď S5, která zní: „*Také chování toho personálu, na tom taky hodně záleží.*“

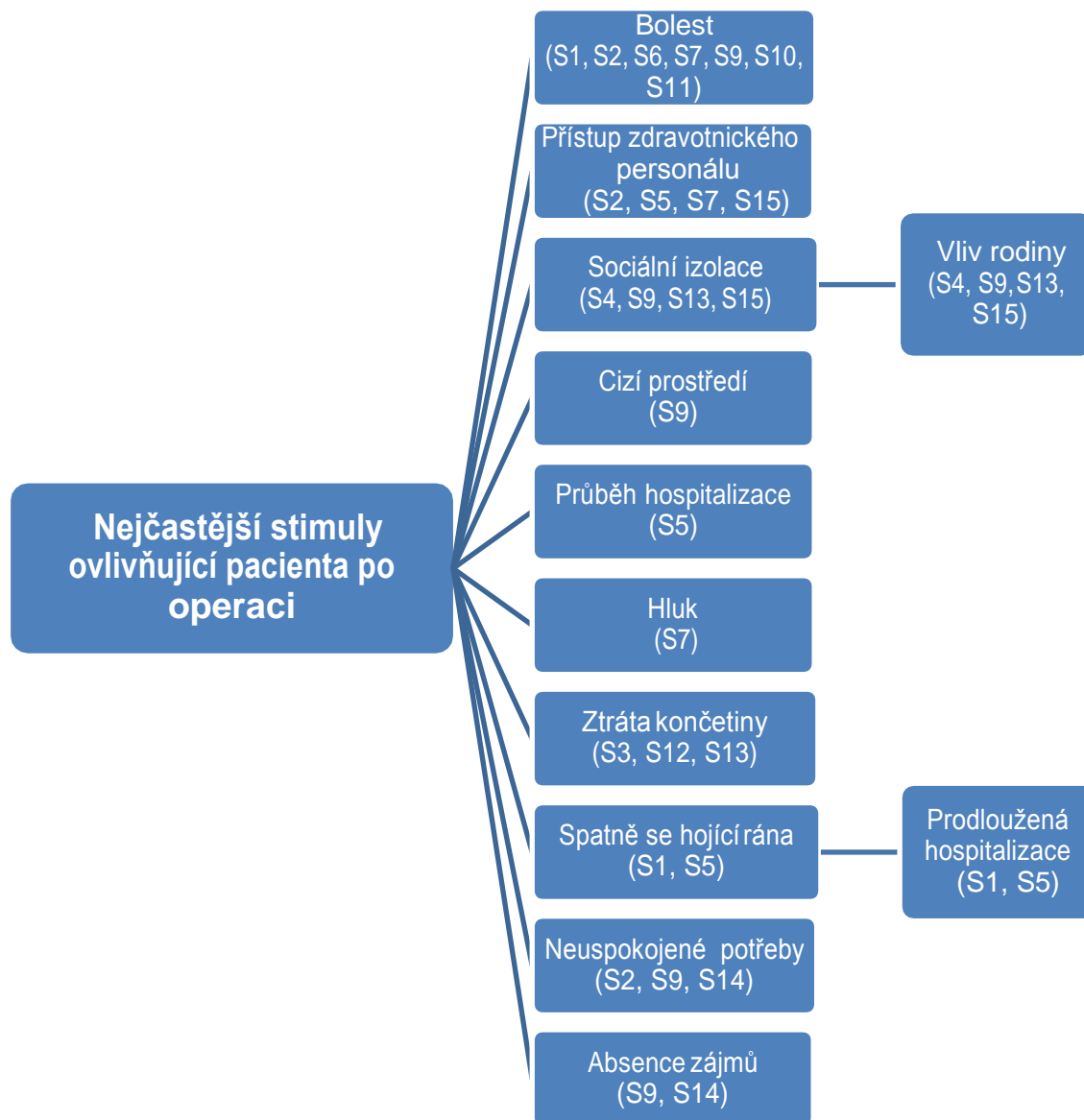
Čtyři sestry S4, S9, S13 a S15 uváděly také neuspokojenou potřebu lásky a sounáležitosti, která vyplývá ze **sociální izolace**. S4 uvedla: „*Tak pacienta může ovlivnit rodina, která za ním nemusí docházet.*“ S izolací souvisí také **vliv rodiny**, kterou zmínilo pět probandek S4, S9, S13 a S15. Doslovná výpověď S13: „*Samozřejmě ho taky ovlivní rodina, jak se postaví k pacientovi.*“

Dalším podnětem, je vliv **cizího prostředí** (S9), který má za následek neuspokojenou potřebu bezpečí a také **průběh hospitalizace** (S5). S prostředím souvisí další vliv působící na pacienta, kterým je **hluk** (S7). Samotnou **ztrátu končetiny** považují tři sestry S3, S12 a S13 za velmi zatěžující. S3: „*Je těžké vyrovnat se s tím, že jsou bez tý nohy.*“

Na pacienta může mít také negativní dopad **špatně hojící se rána** (S1, S5) a z toho plynoucí **prodloužená doba hospitalizace** (S1, S5). Příkladem jsou následující výpovědi: S1: „*...no a potom vlastně, když se zkomplikuje léčba...*“ S5: „*...vlastně po tom výkonu asi léčba tý rány, hlavně ten čas, protože, když se to nehojí, tak pak se to prodlužuje...*“

Tři sestry S2, S9 a S14 zmínily vliv **neuspokojených potřeb** v podobě hydratace a příjmu potravy a **absence zájmů**, které pacient dříve vykonával. Odpověď S9: „*Nemůže se v nemocnici věnovat koníčkům.*“ nebo S14: „*...to, že neudělá sám ty činnosti, co dřív.*“

Diagram 10 *Nejčastější stimuly ovlivňující pacienta po operaci*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 11 Aktivita sestry

Tato podkategorie znázorňuje činnosti, které sestry využívají pro eliminaci působících stimulů. Pět sester (S3, S5, S6, S7 a S11) uvedlo používání **vhodné a efektivní komunikace**. Příkladem je S11: „*Hodně jim říkat, proč to tak jo, proč to tak děláme, na co to je.*“ S tím souvisí také eliminace vlivů podáním **dostatečných informací** (S3, S6, S11). S6: „*Musíme všechno vysvětlit...*“

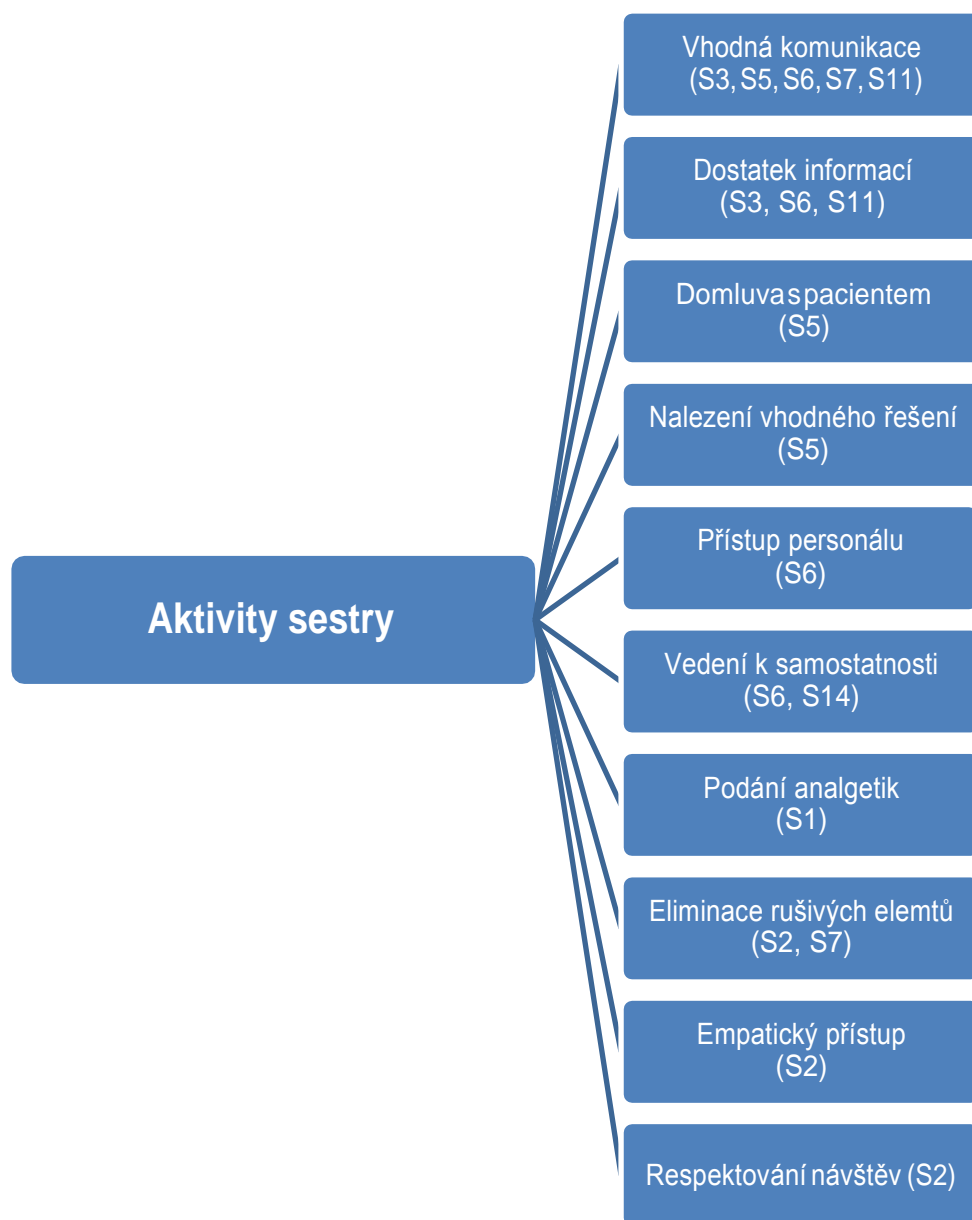
Sestra 5 považuje za stěžejní **domluvu s pacientem** a při každém problému usiluje o **nalezení vhodného řešení**, jak lze vyčíst z následující výpovědi: „*Snažím se najít jiný způsob tak, aby pacientovi vyhovoval.*“ S oblastí komunikace úzce souvisí také **přístup zdravotnického personálu** (S6) a vedení pacienta k samostatnosti (S6, S14).

Sestry uvedly, že pacienty nejvíce ovlivňuje bolest a pro zmírnění těchto příznaků pacientovi ulevují **podáním analgetik**. Příkladem je S1: „*No, od té bolesti dáváme injekce a analgetika, abychom pacientovi ulevili.*“ V důsledku působení cizího prostředí sestry zmínily snahu **eliminovat ruchy** (S2, S7) na oddělení a také volit k pacientovi **empatický přístup** (S2), jak lze vyčíst z následujících výpovědí: S7: „*S hlukem toho moc nenaděláme, ale snažíme se aspoň zajistit tišší provoz.*“ S2: „*Nějak ho zlepšit, určitě svým chováním.*“

Je důležité také zajistit uspokojení sociální potřeby **respektováním návštěv** pacienta. Odpověď, kterou nám poskytla S2 zní: „*Samozřejmě dovolit kontakt s rodinou, aby za pacientem chodil.*“

Závislost na druhých lidech sestry eliminují pomocí činností, které **vedou k soběstačnosti** daného jedince (S6, S14). Příkladem je S6: „*Snažíme se, aby se napili sami, aby si sedli k jídlu.*“

Diagram 11 *Aktivity sestry*



Zdroj: vlastní

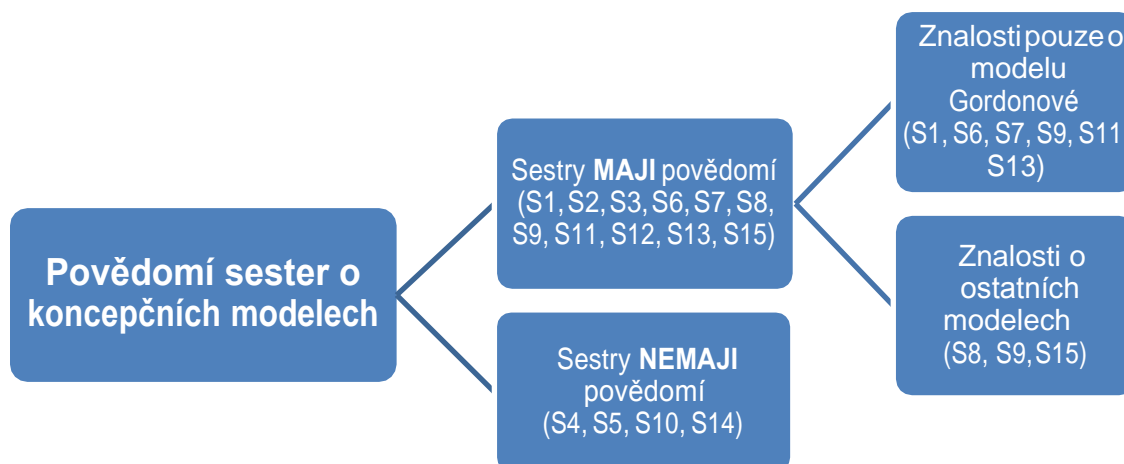
Kategorie 5 Využití koncepčních modelů

Podkategorie 12 Povědomí sester o koncepčních modelech

Z této podkategorie je zřejmé, že jedenáct sester S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S11, S12, S13 a S15 **mělo povědomí** o využití koncepčních modelů a zároveň šest sester S1, S6, S7, S9, S11 a S13 dodalo, že v praxi využívají pouze **model Gordonové**. Příkladem jsou následující výpovědi: S9: „*No, děláme tady tu ošetrovatelskou anamnézu podle Gordonovy.*“ S7: „*V práci jsem se setkala pouze s modelem Gordonovy.*“ Tři sestry S8, S9 a S15 zmínily také znalosti v modelu **Parse, Kingové, Hendersonové** (S8, S15) a také **Royové** (S15)

Pouze čtyři probandky S4, S5, S10 a S14 neprojevovaly **žádné znalosti** v oblasti koncepčních modelů, jak lze vyčíst z následujících odpovědí: S4: „*Ne, nic mi to neříká.*“ S10: „*To je asi k ničemu nebo nevím.*“

Diagram 12 *Povědomí sester o koncepčních modelech*



Zdroj: vlastní

5.2 Kategorizace dat na základě rozhovorů s pacienty

Kategorie 6 Problémy pacientů

Podkategorie 13 Vnímané problémy pacienty

Další podkategorii, kterou jsme si stanovili, jsou vnímané problémy u pacientů po amputaci dolní končetiny. Pacienti v této oblasti nejčastěji zmiňovali problémy v oblasti uspokojení základních fyziologických potřeb, kterými jsou **problémy s chůzí**, které uvedlo všech devět probandů P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 a P9. Názorným příkladem je odpověď P2: „*No, problémy jsou ty, že se špatně chodí, jelikož na to nemůžu šlapat...*“ Podobnou výpověď uvedl P8: „*Omezený pohyb...*“ S problémy s chůzí souvisí také **omezená** aktivita, kterou pacienti P1, P3, P5, P6 a P7 vnímají za velmi zatěžující, jak lze vyčíst z odpovědi P5: „*Problémy jsou veliký. Člověk není tak pohyblivý, jak by chtěl. Ta noha chybí – strašně chybí.*“

Tito pacienti jsou velmi často **nesamostatní** a stávají se **závislími na ošetřovatelském personálu**. Tento problém jsme vyhodnotili u šesti pacientů P3, P4, P5, P6, P8 a P9.

Odpověď P1 zní: „*Asi v té závislosti na těch druhých lidí. Nic si člověk pomalu neudělá sám.*“ Pacienti uváděli také problémy v **oblasti sebepéče**, kam nejčastěji zařazovali problémy s **hygienou** (P2, P3, P4, P6, P7), deficit v oblasti **vylučování** (P1, P2, P4, P5, P6, P9) a také **pomoc s oblékáním** (P1, P3, P6, P7, P9).

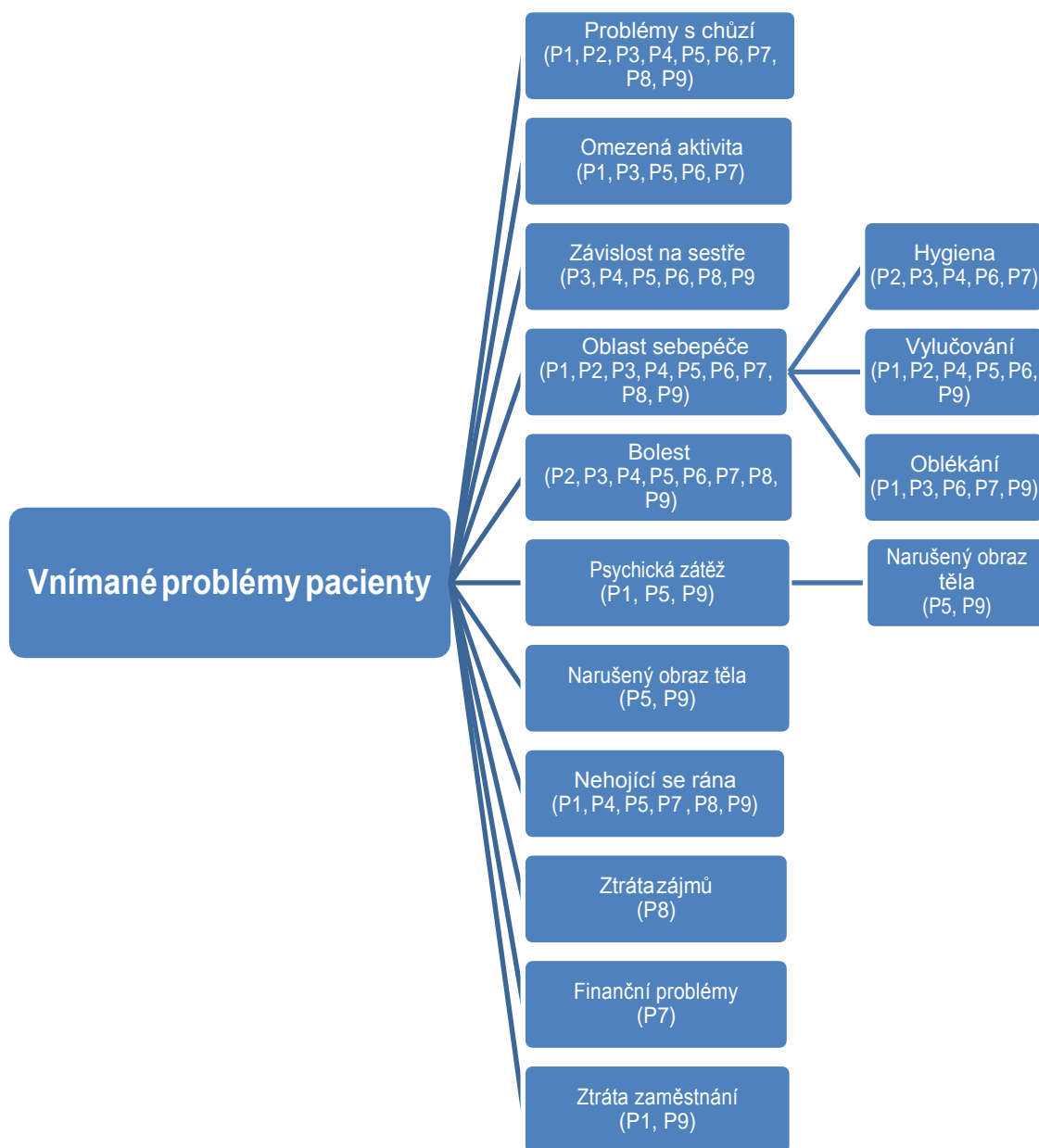
Pocity v podobě **pooperační bolesti** a **fantomových bolestí** zmínilo osm pacientů, konkrétně P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 a P9. Názorný příklad je P6, který uvedl: „*Sem tam mám bolest, večer mi dávají prášek.*“ popřípadě výpověď P8, která zní: „*Cítím nohu, i když už tam není...*“ Se samotnou amputací je také spojená **psychická zátěž**, kterou zmínili tři probandi P1, P5 a P9. Ta se projevuje v podobě **narušeného obrazu těla** (P5, P9). To lze názorně vidět v odpovědi P9, který uvedl: „*Zhrozil jsem se, co budu dělat dál, jaká bude moje budoucnost.*“ Proband 5: „*Cítím se zvláště, když nemám tu nohu...*“

Za velký problém pacienti považují také **prodlouženou hospitalizaci** kvůli komplikacím ve formě **špatně se hojící rány**, jež jsme zaznamenali u šesti informantů P1, P4, P5, P7, P8 a P9, jak lze vyčíst z následujících odpovědí P1: „*No, špatně se mi hojila ta rána...*“ P4: „*...a že se to nehojí....*“

Probandi zmiňovali velmi hojně také problémy v oblasti sebepojetí a vykonávání rolí. P8 dodal, že velký problém vnímá ve **ztrátě koníčků**. Doslovná odpověď tohoto

tázaného zní: P8: „S koničkama, všechno konec...“ P7 naopak nejvíce zatěžují **finanční problémy** spojené s přestavbou domácího prostředí. P7: „A pak taky finanční problém, protože jsme museli všechno přestavět...“ S finančními problémy souvisí také **ztráta zaměstnání**, kterou dva probandi (P1, P9) vnímají za velmi zatěžující. Příkladem může být názorná odpověď P1: „Vlastně teďka skrz tu nohu ztratím práci...“

Diagram 13 *Vnímané problémy pacienty*



Zdroj: vlastní

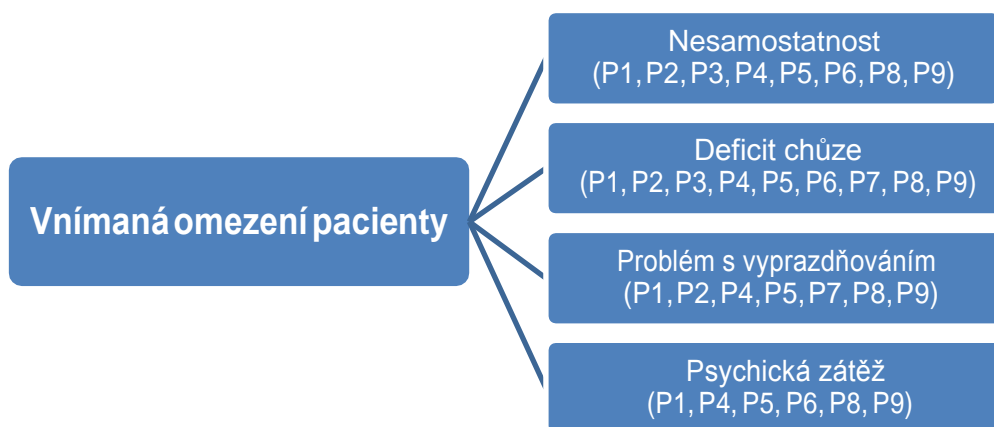
Podkategorie 14 Vnímaná omezení pacienty

Pacienty po amputaci dolní končetiny nejvíce zatěžuje **nesamostatnost** a s tím spojená **závislost na ošetrovatelském personálu** (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P9). Názorně lze uvést výpovědi následujících probandů: P9: „*Nebudu už stoprocentně soběstačný*“ P5: „*Nedokážu udělat nic sama, pořád budu muset někoho otravovat*“ P6: „*Jsem závislý na sestře...*“ P4: „*Závislost na těch druhých lidech*“

Další oblastí, kterou uvedlo devět pacientů P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8 a P9, je omezení plynoucí z **deficitu chůze**. Odpověď P4 zní: „*No nemůžu chodit, pohybuju se na vozíku, a pak s berlema budu chodit. Pak dlouho nevydržím sedět na posteli, ale na vozíku se mi sedí dobře, tam mám to opěrátko.*“

Velmi častou odpovědí byly komplikace se způsobem vyprazdňování, jež nám podalo sedm dotazovaných P1, P2, P4, P5, P7, P8 a P9 a s tím spojený **nedostatek soukromí při vykonání této potřeby** (P5, P9). P5: „*To soukromí, je to takový nepříjemný...*“ **Psychické vypětí** v podobě prožívané **bezmoci a méněcennosti** řadíme také k velmi častým odpovědím. Tento problém zaznamenává šest pacientů, konkrétně P1, P4, P5, P6, P8 a P9. Názorným příkladem jsou odpovědi P8: „*Bezmocný člověk je, nemůžete dělat věci, který byste chtěli, ty nohy vás nepustí*“ popřípadě P5, jehož odpověď zní: „*No, člověk bez nohy je bezmocnej.*“

Diagram 14 **Vnímaná omezení pacienty**



Zdroj: vlastní

Kategorie 7 Uspokojování potřeb

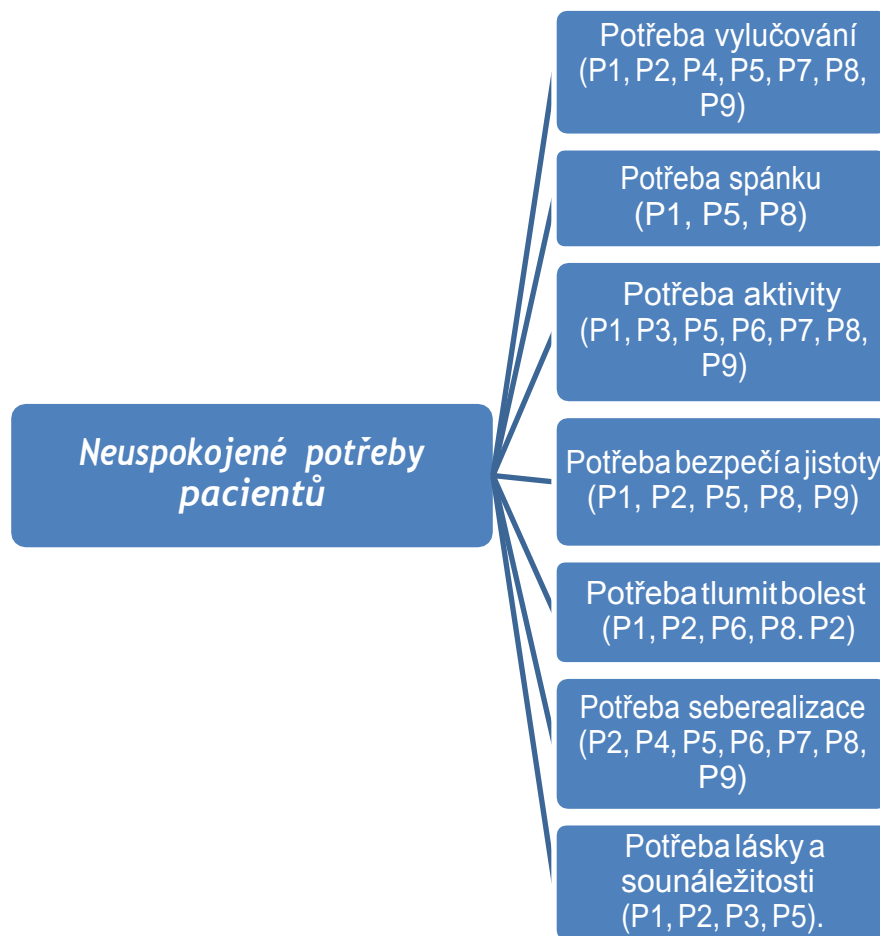
Podkategorie 15 Neuspokojené potřeby pacientů

Tato podkategorie popisuje, jaké jsou nejčastější neuspokojené potřeby v souvislosti s tímto postižením. Z odpovědi probandů je patrné, že pacienti nejvíce shledávají problémy v oblasti **uspokojování základních fyziologických potřeb**, kam lze zařadit potřebu vylučování, tlumení bolesti, potřebu spánku, odpočinku a aktivity. Nejčastější potřebu, kterou pacienti vnímali za neuspokojenou, byl **způsob vyprazdňování**. Na této odpovědi se shodlo sedm probandů P1, P2, P4, P5, P7, P8 a P9. Tuto informaci lze vyčíst z následujících výpovědí probandů: P1: „*No ze začátku mi dávaly sestry mísu, ale já ji nemám rád, tak jsem ji odmítal*“ P7: „*Já na záchod nechodím, mám plenkový kalhotky*“ Nedostatek odpočinku a s tím spojenou **neuspokojenou potřebu spánku** zmínili tři probandi P1, P5 a P8. Příkladem může být odpověď P1: „*Většinou spát nemůžu*“ popřípadě P5, který uvedl: „*Odpočinek taky nic moc*“ Podobný názor zastává také P8, jehož odpověď zní: „*Blbě spím, ale jinak odpočívám, kdy chci, tak si jdu lehnout.*“ **Neuspokojenou potřebu aktivity** sdělilo také sedm pacientů P1, P3, P5, P6, P7, P8 a P9, jak lze vyčíst z následujících výpovědí probandů: P3: „*Aktivitu nemám žádnou*“ P5: „*Aktivita tady není žádná*“ P9: „*Aktivita je omezená*“

Potřebu **tlumit bolest** udávali čtyři probandi P1, P2, P6 a P8. Názorným příkladem je odpověď P2: „*No, bolí mě ta noha...*“ popřípadě názor P8: „*Cítím nohu, i když už tam není, bolesti mám*“

Z vyšších potřeb lze zmínit **neuspokojenou potřebu seberealizace** projevující se ztrátou svých zájmů (P2, P4, P5, P6, P7, P8, P9) a pracovních pozic (P1, P9). Názorně předložená odpověď P5, která zní: „*Takže mě to ovlivní hodně a už nezajdu na to kafe s holkama*“ nebo výpověď P6, který uvedl: „*Procházky jsem občas taky podnikal, tak v tomhle mě to ovlivní*“ Pacienti vnímají také **neuspokojenou potřebu lásky a sounáležitosti** projevující se omezeným kontaktem s rodinou a přáteli. Tuto informaci jsme zaslechli od čtyřech pacientů, konkrétně P1, P2, P3 a P5. P1 uvedl: „*Nikdo z přátel za mnou do nemocnice nepřijde*“ Podobnou odpověď poskytla P4: „*Mám plno sousedů, ale nechodí za mnou*“ a také P5, jejíž odpověď zní: „*Kamarádky za mnou vůbec nechodí*“ Pacienti uváděli také nedostatek informací (P1, P2, P5, P8, P9), což můžeme považovat za **neuspokojenou potřebu bezpečí**.

Diagram 15 *Neuspokojené potřeby pacientů*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 16 Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby vylučování

Tato podkategorie znázorňuje problémy pacientů při uspokojování potřeby vylučování. Čtyři probandi P1, P2, P6 a P9 vnímají velký problém v tom, že mají omezený pohyb a proto si **sami nemůžou dojít na záchod a vykonávají potřebu na lůžku**, jak lze vyčíst z odpovědi následujících probandů: P1: „*No, dávají mi mísu, ale já ji nemám rád, tak jsem ji odmítl.*“ P2: „*Pořád mám u postele bažanta, tak asi nejvíc s tím záchodem problém*“

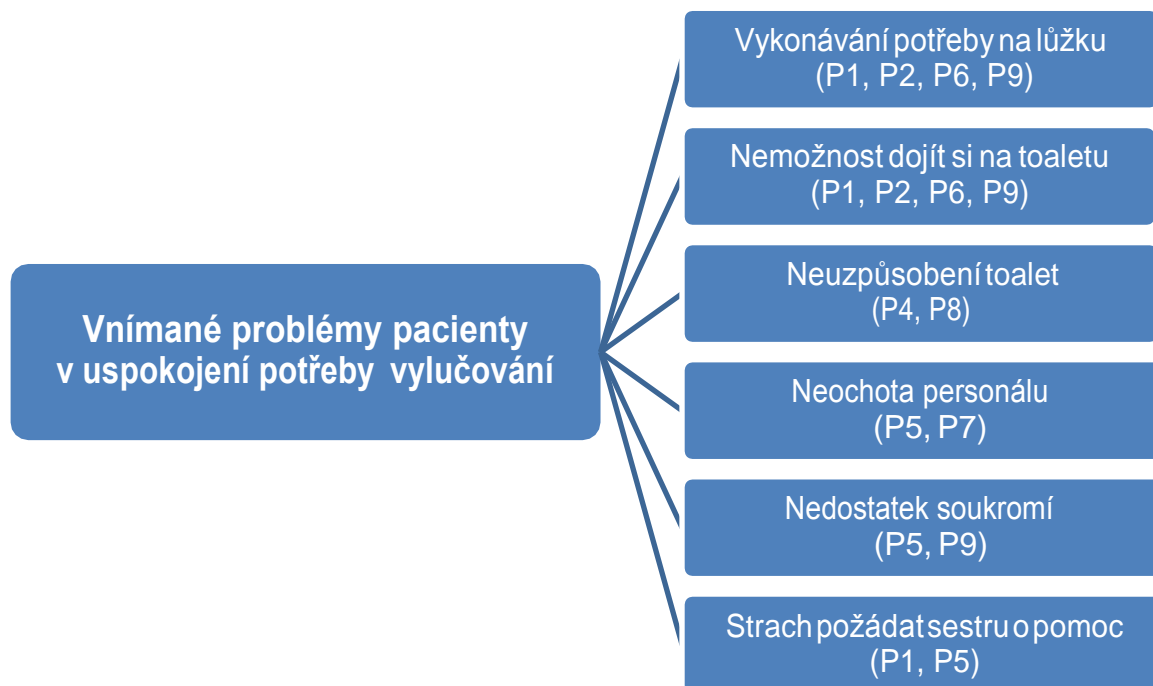
Dva tázaní P4 a P8 zmínili nedostatek v podobě **neuzpůsobení toalet** pro tyto pacienty. Konkrétní odpověď P4 zní: „*Toaleta je moc vysoko, na jednom záchodě je ten podsedák, ale jinak na normálním záchodě mám problém se zvednout ze záchodu.*“.

Dle odpovědí pacientů jsme zaznamenali, že velkým problémem je také **neochota personálu**. Tuto reakci jsme zaznamenali u dvou probandů P5 a P7. Odpověď P5 zní: „...kdy člověk musí dělat potřebu tady a sestřičky mě na záchod nedovezou.“ Podobnou odpověď nám poskytl pacient 7: „Sestřičky mě na záchod nedovezou, protože mě ani neunesou.“

Další problém, který byl zaznamenán, je **nedostatek soukromí**. Tento nedostatek zmínili dva dotazovaní P5 a P9. Příkladem jsou odpovědi daných probandů: P5: „To soukromí, je to takový nepříjemný, když člověk musí dělat potřebu tady“ a P9: „Je problém si dojít na záchod, musím si vzít bažanta a taky málo soukromí.“

Pacienti 1 a 5 zmínili, že mají **strach požádat sestru o pomoc**. Doslovná odpověď P1: „Když potřebuju na velkou stranu, tak si tam dojdou s berlemi. Sice pomalu, ale dojdou a nebo poprosím o pomoc, ale moc nezvoním, protože pak křičí.“ Podobným stylem odpověděla P5: „Jen na mě křičely, že se musím snažit, ale mě to fakt nešlo. Dostala jsem se třeba na gramofon, ale zpátky jsem už neměla sílu. Jsem chtěla jen trochu pomoc a křičely na mě a to mi bylo hrozně těžko, to by tady člověk radši nebyl.“

Diagram 16 *Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby vylučování*



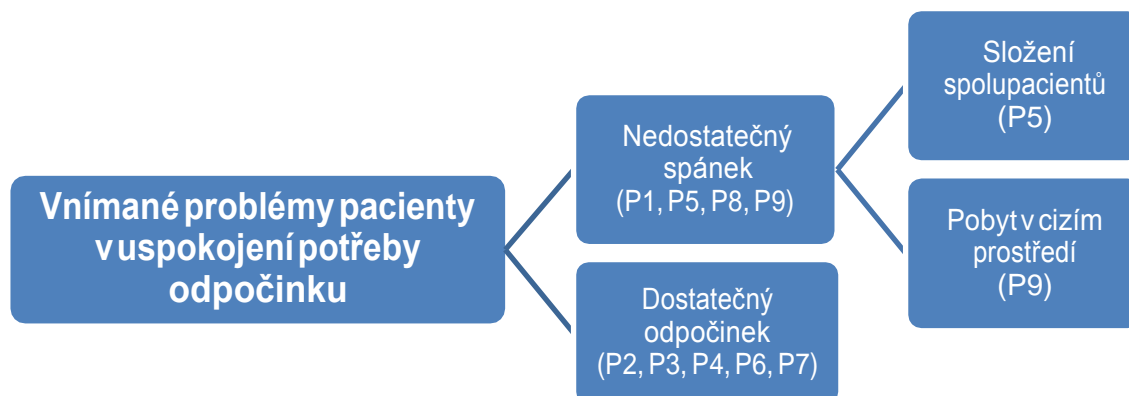
Zdroj: vlastní

Podkategorie 17 Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby odpočinku

Čtyři probandi č. 1, 5, 8 a 9 zmiňovali, že shledávají v této oblasti velký problém v tom, že mnohdy nemůžou usnout, a proto mají neuspokojenou potřebu spánku. Názorným příkladem je odpověď P1, která zní: „*S tím odpočinkem je to jako na houpačce, jednou je to dobrý, ale většinou spát nemůžu*“ Důvodů, proč tito probandi jsou nedostatečně odpočinuti, je několik. Probandka 5 poukazuje na **složení spolupacientů** na svém pokoji, jak lze zaznamenat z této výpovědi: „*Tady máme pani, která křičí a budí nás*” Pacient 9 naopak zaznamenává nedostatek spánku kvůli **pobytu v cizím prostředí**, což na něj nemá blahodárny vliv. P9: „*Nemůžu moc spát kvůli tomu jinému prostředí*“

Pět probandů P2, P3, P4, P6 a P7 uvedlo, že tuto **potřebu mají uspokojenou** a cítí se dostatečně odpočinuti. Tázaný 2: „*No odpočinu si, je tady klid, sousedi neotravují.*“ P9: „*Odpočinek je lepší, protože musím pořád ležet.*“ P6: „*Jo, odpočinu si dobře, vyspím se.*“

Diagram 17 **Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby odpočinku**



Zdroj: vlastní

Kategorie 8 Aktivizace pacienta

Podkategorie 18 Rehabilitace postižené dolní končetiny a péče o pahýl

Převaha pacientů v počtu šesti P1, P2, P3, P5, P6 a P8 uvedla, že o postiženou končetinu **nemusí pečovat** žádným způsobem, jelikož se **spoléhají na péči provedenou ošetřujícím personálem**. Příkladem může být odpověď P1: „*No, v tuhle chvíli*

nemusím nic moc dělat, když je tady plno sester.“ nebo P3: „*Nijak o ní nepečuju....*“

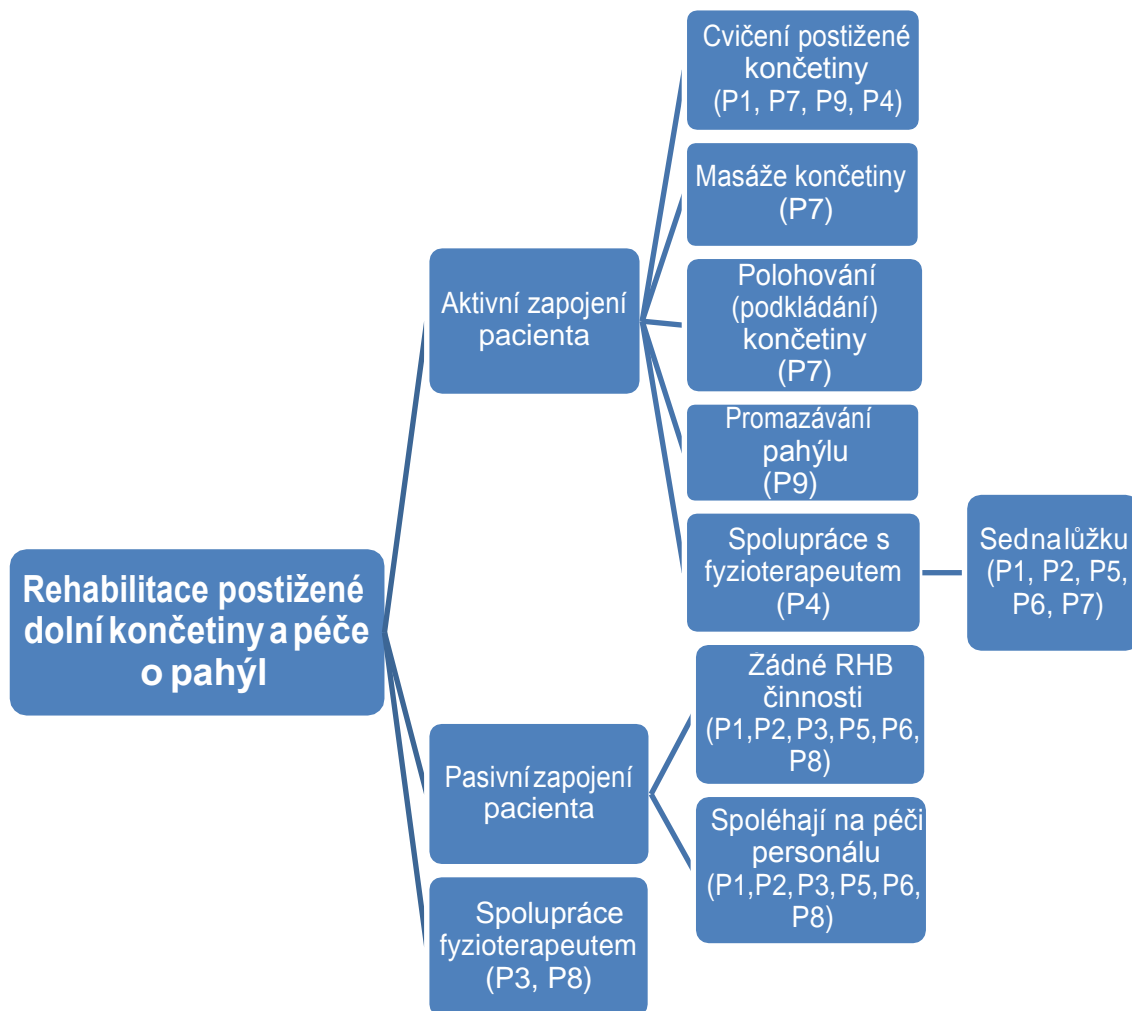
Pouze u třech pacientů P4, P7 a P9 jsme zaznamenali, že se stávají aktivními členy a snaží se rehabilitovat postiženou končetinu sami. Mezi nejčastější způsob, jak pacienti o končetinu pečují je **cvičení postižené končetiny** na lůžku. Tuto odpověď nám poskytli čtyři probandi P1, P7, P4 a P9. Názorným příkladem jsou doslovné odpovědi daných pacientů: P7: „*Občas ji sám na posteli cvičím.*“ P4: „*Snažím se cvičit i sám, přelézat z postele do vozíku.*“ P1: „*Snažím se to sám rozchodit.*“

Pacienti udávali také **masáže** (P7) nebo **podkládání končetiny** (P7). Odpověď P7: „*Sám masíruju a podkládám si jí.*“ Pacient 9 provádí sebepéči v podobě **promazávání pahýlu** mastičkami, které mu poskytly sestry. Doslovná výpověď daného probanda zní: „*No, ten pahýl mažu krémama.*“

Tázaný č. 4 se snaží rehabilitovat končetinu sám, ale zároveň se zmínil o tom, že za ním **dochází „rehabilitační sestry“**, které s ním tyto činnosti provádí, jak lze vyčíst z jeho odpovědi: „*No cvičí se mnou ta rehabilitační sestra, jezdím sám v tom vozíku, snažím se přelézat z postele do vozíku a snažím se cvičit i sám. Poradili mi cvik, že se mám opřít o stůl a vydržet stát na jedné noze, že ji tím posílím, tak to cvičím a docela mi to jde, sestřičky mě vždycky chválí.*“ Dále pacienti uváděli, že rehabilitaci provádí skrze **sed na lůžku** (P1, P2, P5, P6, P7). Odpověď P6: „*No, ráno mi pomůžou sednout k hygieně.*“ P7: „*Jen mě posadí k lůžku.*“ P5: „*Posadím se v lůžku sama.*“

Naopak dva tázaní P3 a P8 odpověděli, že s končetinou **nerehabilitují** a ani za nimi žádní **rehabilitační pracovníci nedocházejí**. P3: „*To nevím, nikdo za mnou nechodí.*“ P8: „*Nikdo necvičí, nemají co cvičit.*“

Diagram 18 *Rehabilitace postižené dolní končetiny a péče o pahýl*

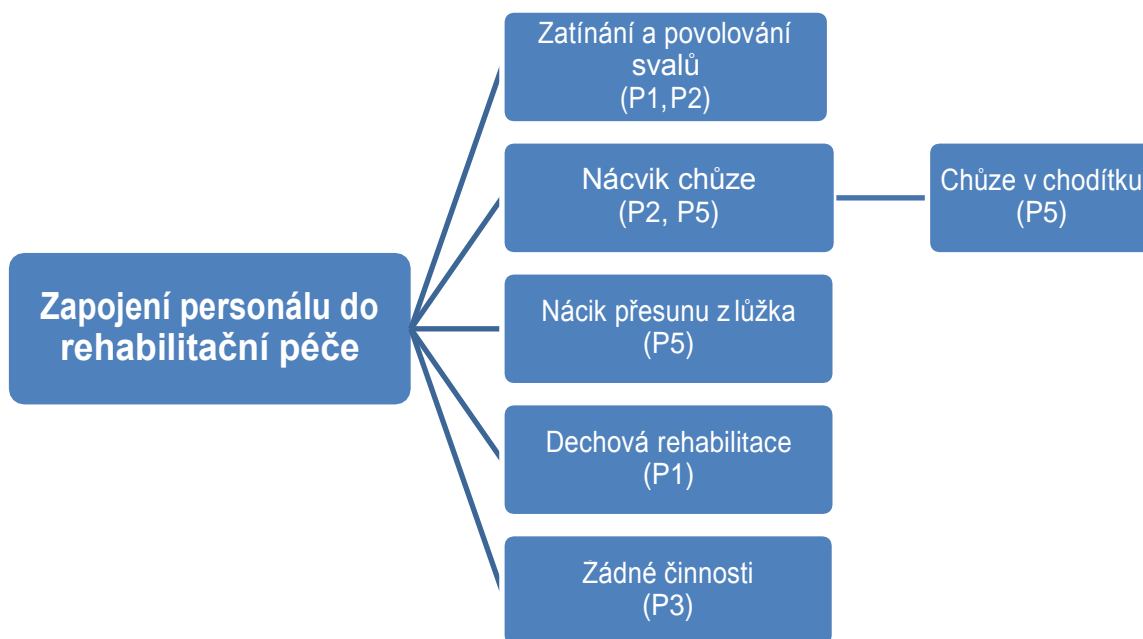


Zdroj: vlastní

Podkategorie 19 Zapojení personálu do rehabilitační péče

Tato podkategorie znázorňuje, jaké činnosti v rámci rehabilitace u pacientů personál provádí. Z výsledků vyplynulo, že činnosti, které jsou u pacientů prováděny, jsou velmi omezené a nedostačující. Jednou z forem, jak probíhá rehabilitace u pacientů je **zatínání a povolování gluteálních svalů** (P1, P2) a **nácviku chůze** (P2, P5). Příkladem jsou odpovědi: P1: „Cvičila se mnou rehabilitační sestra tím, že jsme zatínali zadek.“ P2: „Fyzioterapeutka se mnou cvičí chůzi a zatínání svalů.“ Pacientka 5 navíc dodala, že rehabilitace spočívala v **chůzi v chodítku** a také **nácviku přesunu z lůžka na gramofon**. Příkladem je výpověď dané probandky „Chodí za mnou rehabilitační sestry tím, že mě postaví do chodítka a stojím chvíli a pak udělám pár kroků tam a zpátky a pak mě učily přeseďat do sedačky a do gramofonu.“ P1 zmínil také nácvik **dechové rehabilitace**. Doslovná odpověď tohoto probanda zní: „Učila mě správně dýchat.“ Tázaný 3 uvedl, že **žádné činnosti** u něj personál neprovádí, jak lze vyčíst z jeho doslovné odpovědi. „Nic se mnou sestry v posteli nedělají.“

Diagram 19 **Zapojení personálu do rehabilitační péče**

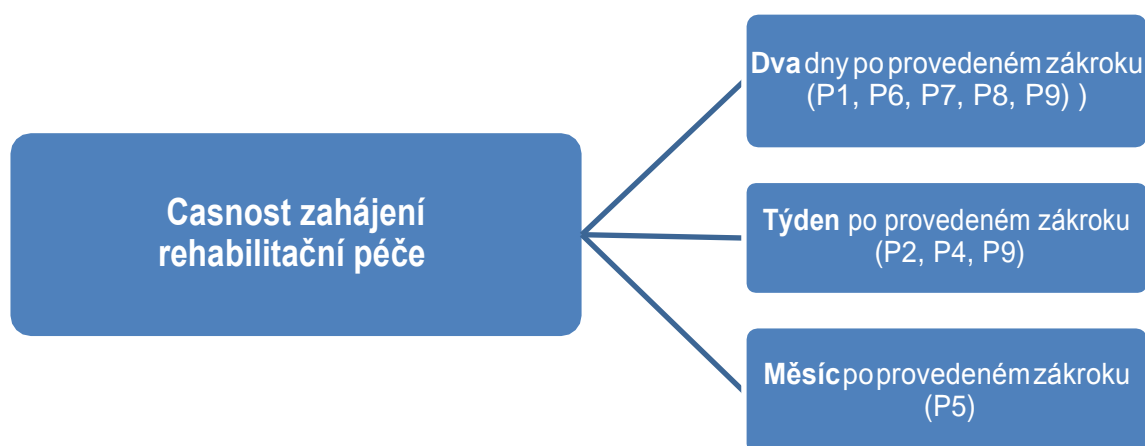


Zdroj: vlastní

Podkategorie 20 Časnost zahájení rehabilitační péče

Pět probandů P1, P6, P7, P8 a P9 uvedlo, že rehabilitace u nich započala již **druhý pooperační den**. Příkladem jsou odpovědi daných probandů: P7: „*No už ten druhý den po mně chtěli, abych se zvednul z postele, ale jak mě to tolik nebolelo, tak to šlo.*“ P6: „*Hned ten druhý den už mě posazovali v posteli.*“ Tři probandi P2, P4 a P9 se zmínili, že začali s rehabilitačními cviky **po týdnu** a pouze jedna tázaná č. 5 se nám svěřila s tím, že s ohledem na špatný zdravotní stav začala s rehabilitací velmi dlouho a udává **měsíc od provedení operativního výkonu**. Odpověď P5 zní: „*Asi po měsíci, protože jsem na tom byla špatně.*“

Diagram 20 **Časnost zahájení rehabilitační péče**



Zdroj: vlastní

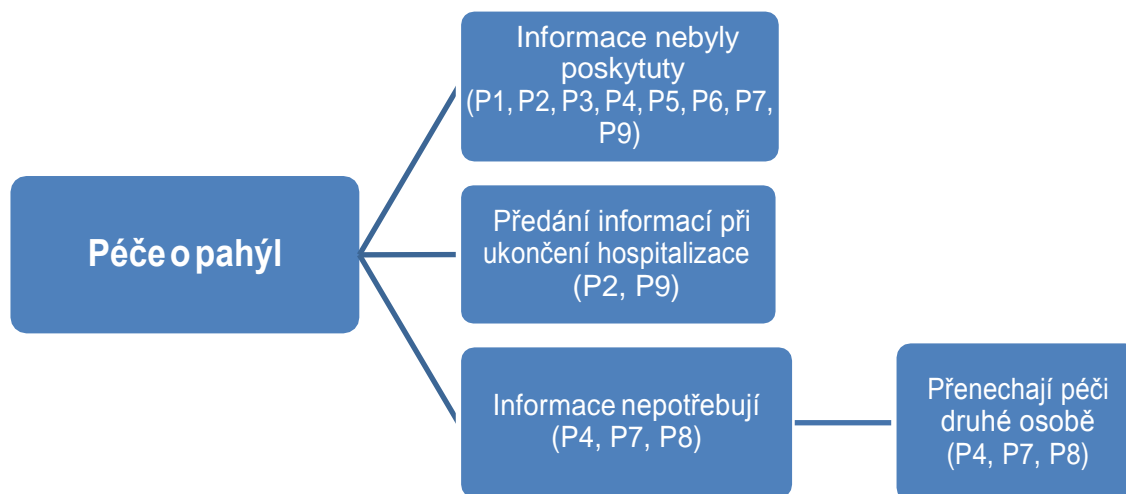
Kategorie 9 Informace

Podkategorie 21 Péče o pahýl

Tato podkategorie znázorňuje, zda a jakým způsobem sestry edukují pacienty o tom, jak pečovat o končetinu v domácím prostředí. Osm probandů P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7 a P9 odpovědělo, že sestry jim žádné **informace neposkytly**. Názorným příkladem je výpověď P1: *No, zatím si to všechno dělají sami, ale já bych to asi ani neuměl vázat, mají na to takový metody svoje a to chce asi dost praxe a zkušenosti.*“

Tázaný 2 a 9 spoléhají na to, že jim tyto informace **předá personál při ukončení hospitalizace**. P2: *Ještě ne, ale zítra bych měl jít domů, tak předpokládám, že přijde lékař a řekne mi to.*“ Zároveň tři pacienti P4, P7 a P8 zastávají názor, že **tyto informace nepotřebují**, jelikož péči o amputovaný pahýl **přenechají domluvené sestře** z domácí agendy, která se bude o končetinu starat a pravidelně převazovat. Odpověď P8 zní: *„Doma mě bude navštěvovat domácí péče a ta mi bude dělat ty převazy.“* Podobnou výpověď poskytl P4: *„Nic moc mi neřekli, ale bude za mnou dojíždět asi nějaká sestřička, sám to nezvládnou.“*

Diagram 21 *Péče o pahýl*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 22 Využití kompenzačních pomůcek

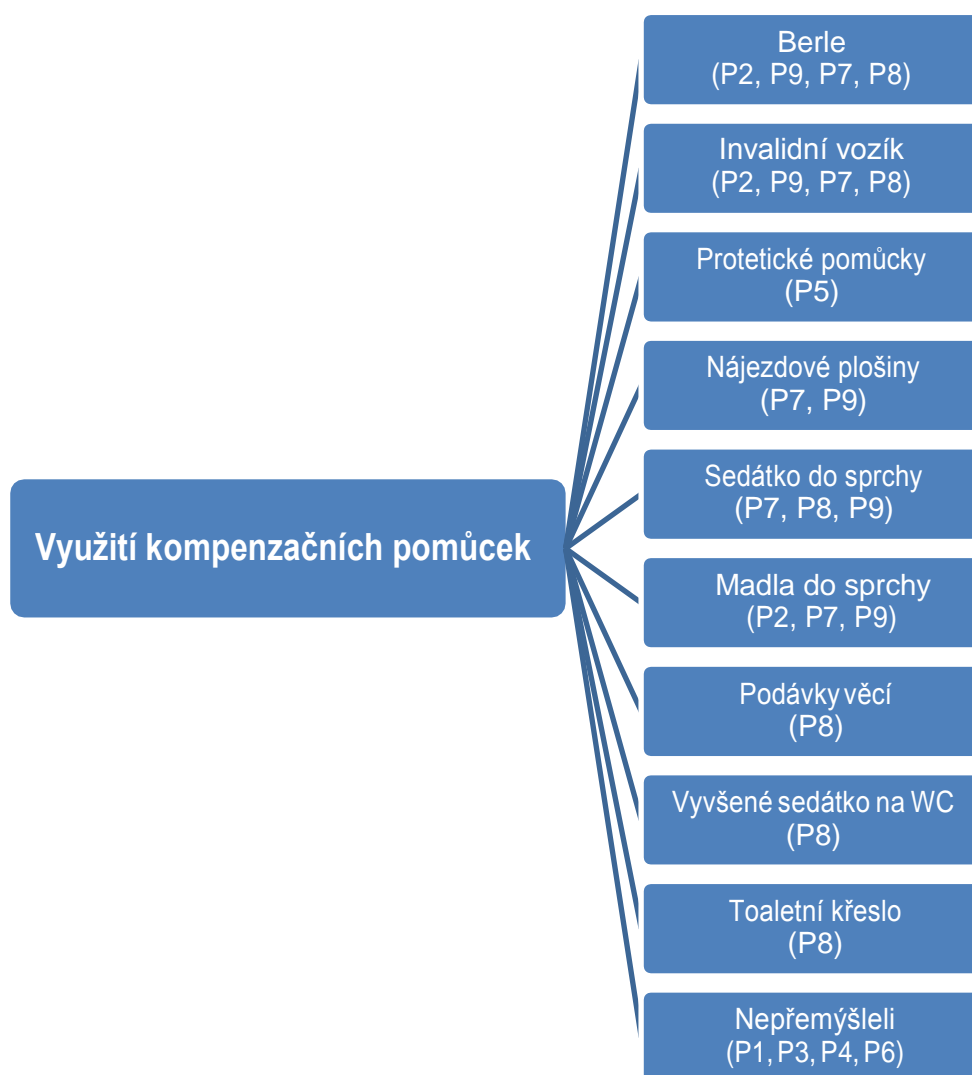
Pět pacientů P2, P5, P7, P8 a P9 o pořízení kompenzačních pomůcek přemýšlelo. Nejčastěji zmiňované kompenzační pomůcky jsou takové, které pomůžou pacientovi s omezeným pohybem a zajištěním komfortu při sebeobslužných činnostech. Pacienti uváděli převážně **koupi berlí a invalidního vozíku** (P2, P9, P7, P8). Doslovná odpověď P2 zní: „*No ten vozíček budu mít doma a musím se naučit chodit s berlema..*”

P8: „*Pak jsem dostal ještě tuhle káru..*” Probandka 5 uvažuje o zhotovení **protetické pomůcky**, jak lze vyčíst z následující výpovědi: „*Jen o tý protéze jsem přemýšlela, co mi řekly rehabilitační, jinak o žádných jiných jsem neuvažovala.*” S omezeným pohybem souvisí také kompenzační pomůcka ve formě **nájezdových plošin**, kterou jsme zaznamenali u dvou tázaných P7 a P9. Příkladem je odpověď P7: „*Abych se dostal do baráku, protože tam byly schody, tak tam jsme udělali nájezd.*”

Dalšími jsou pomůcky ulehčující obsluhu pacienta při vykonání tělesné hygieny, kam řadili probandi invalidní **sedátka do sprchového koutu** (P7, P8, P9). P7 nám poskytnul tyto informace: „*No museli jsme předělat celý byt, místo vany jsme dali sprchu a dali jsme do toho sedadlo, abych si mohl sednout.*” V rámci provedení tělesné hygieny tázaní zmiňovali také **madla** (P2, P7, P9) k zajištění správné stability a zamezení vzniku pádu. Proband 8 uvedl také pomůcky zajišťující podání věci ve formě **podávek** tzv. „**prodloužené ruky**“ a železné tyče s magnetem pro sbírání mincí ze země: P8: „*Pak mi rodina koupila takovou prodlouženou ruku, abych si podal věci a když mi spadne něco železnýho, tak takový magnet.*” **Vyvýšené sedátko na toaletu** a pořízení **toaletního křesla “gramofon”** pro uspokojení potřeby vylučování uvedl pouze jeden pacient P8.

Čtyři probandi P1, P3, P4 a P6 uvedli, že o možnosti využití těchto pomůcek **nepřemýšleli** a považují to za zbytečnou věc. Příkladem jsou odpovědi P6: „*Nene, o ničem jsem nepřemýšlel, nic takovýho ani nechci.*” popřípadě P4: „*Asi ne, oni mě se vším pomůžou.*”

Diagram 22 *Využití kompenzačních pomůcek*



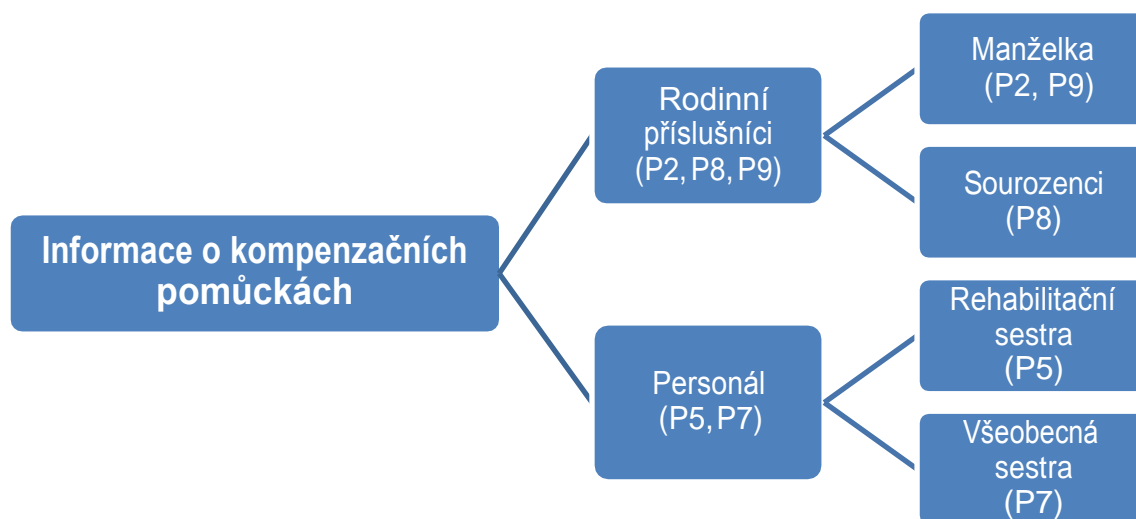
Zdroj: vlastní

Podkategorie 23 Informace o kompenzačních pomůckách

Tato podkategorie znázorňuje, kdo pacienty o možnostech kompenzačních pomůcek informoval. Nejčastěji pacienti uváděli informace poskytnuté ze strany **rodiny**. P2 a P9 uvedli, že informace jim poskytla **manželka**. Výpověď P2 zní: „*Manželka našla informace, ale sestry mi nic neřekly.*“ P9: „*Manželka se o to zajímá a ta mi to řekla.*“ Pacienty informují také **sourozenci**, jak lze vyčíst z výpovědi P8: „*Rodina a hlavně moje sestra mi nějaký informace řekli.*“ Informace získávají pacienti také od **ošetřujícího personálu**. Pacientka 5 uvedla, že ji o možnostech edukovala **rehabilitační sestra** hned při prvním setkání. P5: „*Rehabilitační sestřičky mi to*

všechno řekly.” a také **sestra všeobecná**. Příkladem je odpověď P7: „*Sestřička mi o tom říkala, ale já to nechci.*“

Diagram 23 *Informace o kompenzačních pomůckách*



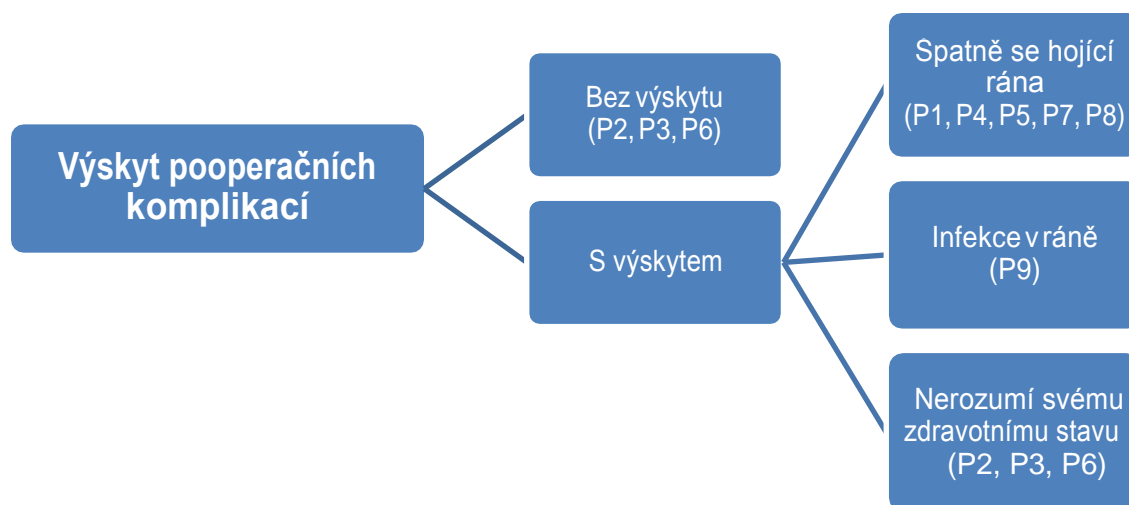
Zdroj: vlastní

Kategorie 10 Pooperační průběh

Podkategorie 24 Výskyt pooperačních komplikací

Šest pacientů P1, P4, P5, P7, P8 a P9 uvedlo, že se u nich komplikace vyskytly. Tito tázaní udávali komplikaci v podobě **špatně se hojící rány**. Tuto odpověď nám poskytlo pět probandů P1, P4, P5, P7 a P8. Konkrétní výpověď probanda 1 zní: „*No, špatně se mi hojila ta rána, proto jsem tady už dlouho a dostával jsem těch hodně antibiotik...měl jsem tam nějakou infekci prej*“ Proband 9 komplikaci blíže charakterizoval a dodal, že u něj došlo k **zanícení rány a vzniku infekce**. Doslovná odpověď tohoto probanda zní: P9: „*2. den po operaci se mi rána zanítily, takže mi to znovu čistili a dezinfikovali.*“ Pouze u třech pacientů P2, P3 a P6 se **žádné komplikace** v pooperačním období neobjevily. Názorem může být odpověď P2, který zní: „*No, od doktorů slyším, že je to dobrý, že to postupuje pěkně, že je to suchý, tak jim věřím, že je vše v pořádku.*“ Taktéž tyto výše zmiňovaní probandi P2, P3 a P6 uvedli, že svému **zdravotnímu stavu nerozumí**, a proto spoléhají na péči odvedenou personálem. P3 odpověděl: „*Rána se hojí dobře, nějaký problémy asi nemám. Já tomu moc nerozumím, ale říkají, že dobrý.*“

Diagram 24 *Výskyt pooperačních komplikací*



Zdroj: vlastní

Podkategorie 25 Pocity po operaci

Tři probandi P1, P5 a P9 udávali pocity **šoku, zhrození a neuvěření**. Názorným příkladem je odpověď P5, která zní: „*No, je to šok velikej, těžko se s tím člověk smíruje. Ty začátky jsou hrozný a potřebujete si jen popondat peřinu a potřebujete na to obě nohy a ona to nejde, tak si tak jako popláčete.*“

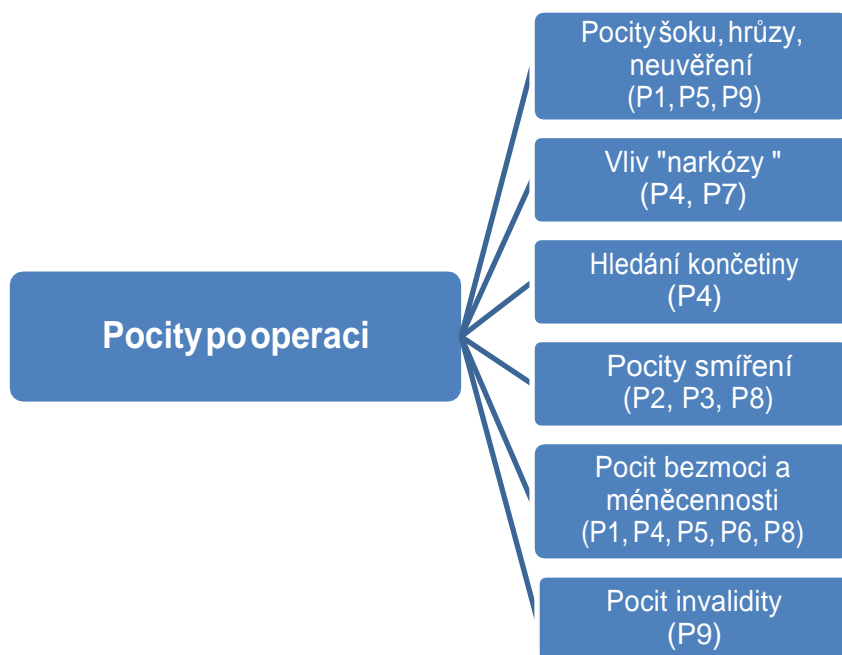
Dva pacienti P4 a P7 uvedli, že byli po operaci **ovlivněny „narkózou“** a žádné pocity nezaznamenávali, jak lze vyčíst z následujících výpovědí: P4: „*Abych vám řekl pravdu, já nic nevím. To bylo tak připravený, že to v tu chvíli ani nebolelo, když jsem byl pod narkózou.*” P7: „*No, když jsem se probрал na jipce, tak jsem byl úplně mimo, ono to bylo tak rychlý.*”

Tázaný 4 navíc zmínil, že ačkoliv neměl žádné pocity, tak při zotavení z anestezie svoji **končetinu hledal**. Doslovná odpověď P4: „*Když jsem se probudil z anestezie, tak jsem tu nohu pořád hledal, škrabal a ona nebyla.*“

U třech probandů P2, P3 a P8 nastalo těsně po operaci **období rezignace** a následného **smíření**. Příkladem je odpověď P8: „*Musel jsem se s tím smířit.*” popřípadě P3, která zní: „*Pořád jsem tomu nevěřil, ale bylo mi to jedno.*“

Pět probandů P1, P4, P5, P6 a P8 mívá **pocit bezmoci a méněcennosti**. P1: „*Říkal jsem si, že nemůžu se nikde ukázat před lidma.*“ Pacient 9 uvedl, že toto postižení ho zasáhlo převážně v oblasti psychické a **vnímá se jako invalida**. „*Vnímám se jako mrzák, ale budu to muset nějak překousnout a zvládat to.*“

Diagram 25 **Pocity po operaci**



Zdroj: vlastní

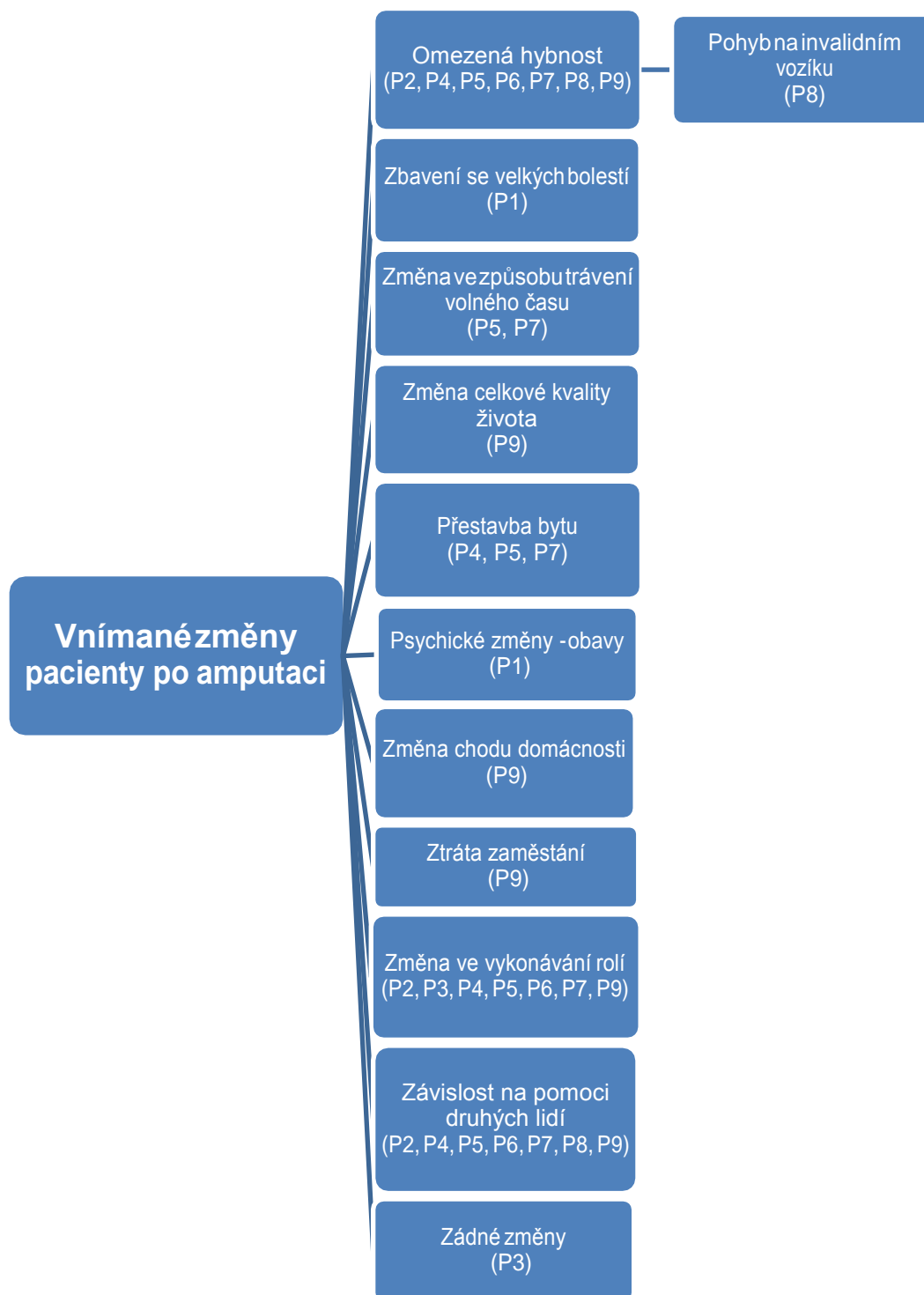
Podkategorie 26 Vnímané změny pacienty po amputaci

Sedm pacientů P2, P4, P5, P6, P7, P8 a P9 vnímá největší **změnu v omezené hybnosti a závislosti na pomoci druhých lidí**. P9: „*Nebudu už stoprocentně soběstačný, takže manželka bude muset jít na poloviční úvazek, aby mi mohla pomáhat.*“ Podobnou odpověď P5, jejíž znění je: „*...to, že nebudu samostatná...*“ Pacient 8 vnímá velkou změnu kvůli **pohybu na invalidním vozíku** (P8). S omezeným pohybem také souvisí, že pacienti už nebudou moct vykonávat koníčky, které dříve vykonávali. Tato změna se může projevit ve **změně způsobu trávení volného času** (P5, P7). Probandka 5: „*No, to se vám změní celý život. Je to strašný zásah do života, dřív jsem třeba chodila na procházky nebo se ženskýma na kafe a to všechno padne. Dcera mě vyveze ven, ale taky nemá tolik času, tak to nepůjde.*“ Podobnou odpověď nám podal také proband 7: „*No, už nemůžu chodit s manželkou na plesy, na ryby, rád jsem tancoval s manželkou. A*

nejvíc se asi omezil pohyb, že člověk se pohybuje jen s tím vozíkem, no.“ Pacient 1 před operací trpěl nesnesitelnými bolestmi a z tohoto důvodu jako jediný udal kladnou změnu ve formě **zbavení se velkých bolestí**. Konkrétní odpověď zní: *„Úleva a klid, to je to nejdůležitější, že můžu spát tak nějak a nemám ty hrozný bolesti.“* Proband 9 vnímá největší změnu ve své **kvalitě života**, důvodem je to, že skrze své postižení doje ke **ztrátě povolání**. Se ztrátou profese souvisí také změna v oblasti **vykonávání rolí**, kterou nám uvedlo sedm probandů P2, P3, P4, P5, P6, P7 a P9. Příkladem může být odpověď P2: *„No, určitě, s vnoučkem si už fotbal nezahraju.“* nebo P9: *„No, už nebudu moc se tolik věnovat dětem, chodit s nima na procházky, v partnerském životě to bude taky těžký.“*

Změnu v oblasti **přestavby bytu** zmínili tři probandi P4, P5 a P7. Doslovná odpověď P4 zní: *“Bude velká oprava celého domu, abych se tam mohl s vozíkem pohybovat.“* **Změnu v oblasti psychiky** a s tím spojené **obavy o budoucnost** uvedl pacient 1: *„No, docela se toho bojím, jak to všechno bude, když tam nebudu mít nikoho na pomoc.“* Proband 9 vnímá změnu v celkovém **chodu domácnosti**, jak lze vyčíst z následující odpovědi: *„Takže manželka bude muset jít na poloviční úvazek, aby mi mohla pomáhat.“* **Žádné změny** nevnímá tázaný 3, jelikož uvádí: *„Domu se nedostanu po nemocnici, takže žádný změny nemám.“*

Diagram 26 *Vnímané změny pacienty po amputaci*



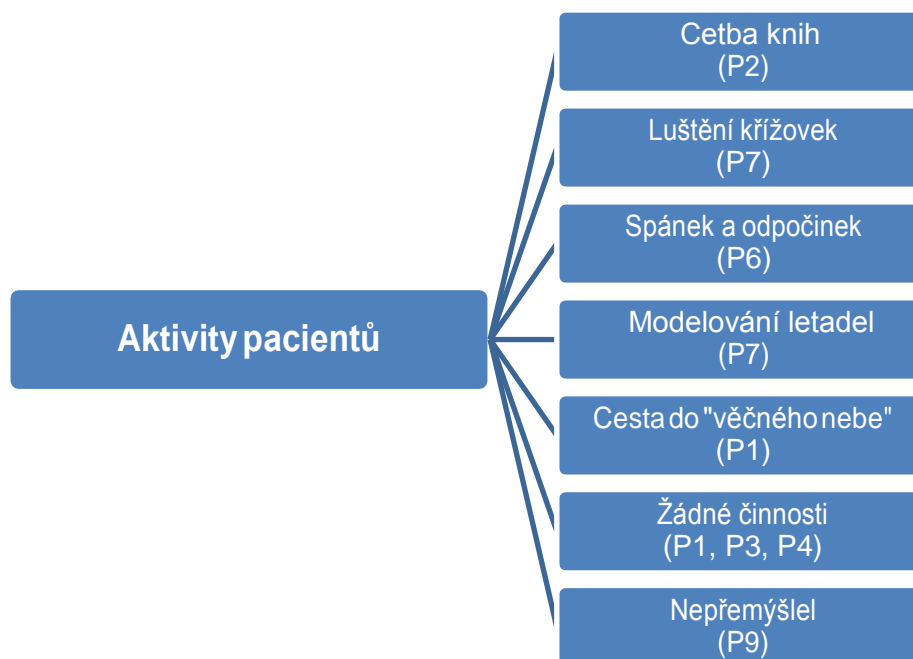
Zdroj: vlastní

Podkategorie 27 Aktivita pacientů

Tato podkategorie znázorňuje činnosti pacientů, kterým se chtějí věnovat. Čtyři probandi P2, P5, P6, P7 a P8 uvedli, že mají stanovené koníčky, kterým se chtějí věnovat. Cílů, kterých pacienti chtějí dosáhnout, zaznělo několik druhů. Proband 2 se těší na to, až bude propuštěn z nemocnice a bude mít doma **dostatek času na čtení knih**. Tázaný 6 shledává výhodu v tom, že bude moci **více odpočívat a pospávat**. Proband 7 velmi rád **luští křížovky** a chce si splnit svůj sen ve formě **modelování letadel** a pacient 8 se těší na svůj vytoužený klid, až si sedne na zahradě, dá si pivo a nikdo ho nebude obtěžovat.

Pacient 9 o své budoucnosti ještě **nepřemýšlel**, tudíž nedokázal odpovědět, čemu se bude chtít v budoucnu věnovat. Zbylí tři pacienti P1, P3 a P4 neuvedli **žádné činnosti**, které by v budoucnu chtěli vykonávat. Odkázali se na to, že jsou již v důchodu a mnoho zájmů měli dříve. Pouze proband 1 uvedl jeho cíl s **křesťanskou tematikou**, který lze vyčíst z následující výpovědi: „*Víte, já už v tomto životě nechci vůbec nic dosáhnout, protože vlastně teďka skrz tu nohu ztratím práci, kterou jsem měl, takže to je úplně o ničem. Už jsem starý a jediný co chci je dostat se do věčného nebe – to je můj největší cíl, i když v tom to světě to nedokáže nikdo pochopit. Jsem hluboký věřící a můj jediný cíl, jediná zastávka – ať je zítra, nebo za měsíc nebo za 10 let je, abych se dostal do druhého věčného života.*“

Diagram 27 **Aktivita pacientů**



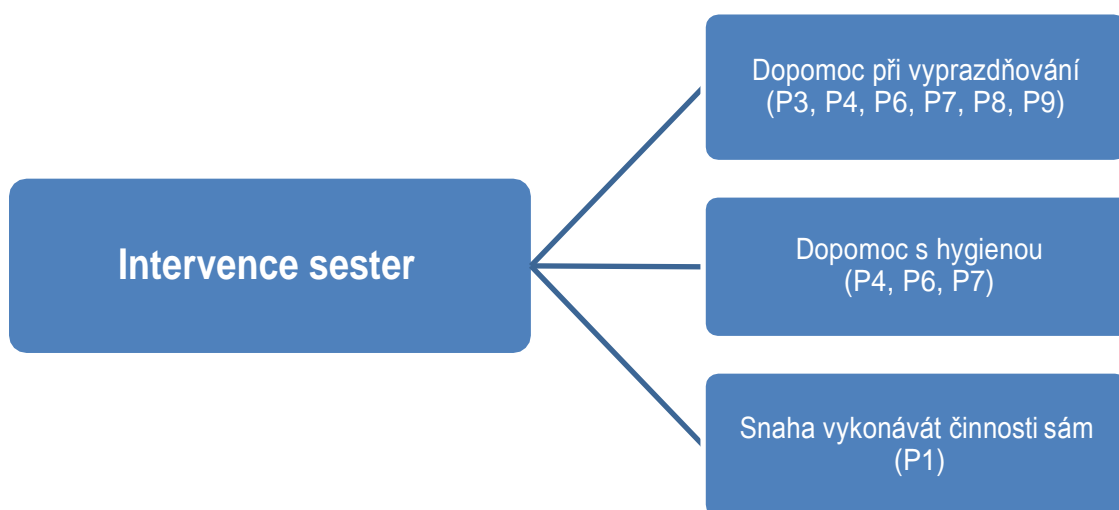
Zdroj: vlastní

Kategorie 11 Podpora pacienta sestrou

Podkategorie 28 Intervence sester

Tato podkategorie znázorňuje, při jakých činnostech vyžadují pacienti pomoc od sester. Pacienti uváděli potřebu dopomoci v uspokojení fyziologických potřeb, které vyplynuly z deficitu pohybu. Potřebu **dopomoci při vyprazdňování** uvedlo šest probandů P3, P4, P6, P7, P8 a P9. Tyto informace lze vyčíst z následujících výpovědí: P7: „*Na ten záchod dopravit.*“ P4: „*S tou stolicí, mám u postele gramofon a když je to plný, tak musím zazvonit na sestřičky, aby mi pomohly. A teď mi daly i plínku, protože občas to neudržím.*“ P8: „*Pomoc s tou mísou, když jdu na velkou.*“ Další činnost, kterou pacienti hojně uváděli, je **dopomoc s hygienou**. Tuto potřebu zmínili tři probandi P4, P6 a P7. Příkladem je odpověď P4, která zní: „*No v laboru se umeju sám, ale chodí nás sestřičky koupat asi obden chodí. Teďka mi dali na tu nohu takovou punčochu a vždycky mi ji na mytí sundají, abych ji nenamočil.*“ Probandi zmiňovali také pomoc s oblékáním. Tuto odpověď jsme zaznamenali u třech tázaných P6, P7 a P9. Pouze jeden proband (P3) uvedl, že je zcela nesamostatný a nezvládne sám žádné činnosti. „*Úplně se vším potřebuji pomoc, jak s tou hygienou, tak oblékání, tak s tím záchodem. Nedojdou si nikam sám.*“ Naopak P1 uvedl **snahu vykonávat činnosti sám**, pokud to jen lze. „*Moc nepotřebuju pomoc, všechno si chci dělat sám a o pomoc požádám jen když už to nezvládnou sám.*“

Diagram 28 Intervence sester



Zdroj: vlastní

Podkategorie 29 Podpora adaptace pacienta

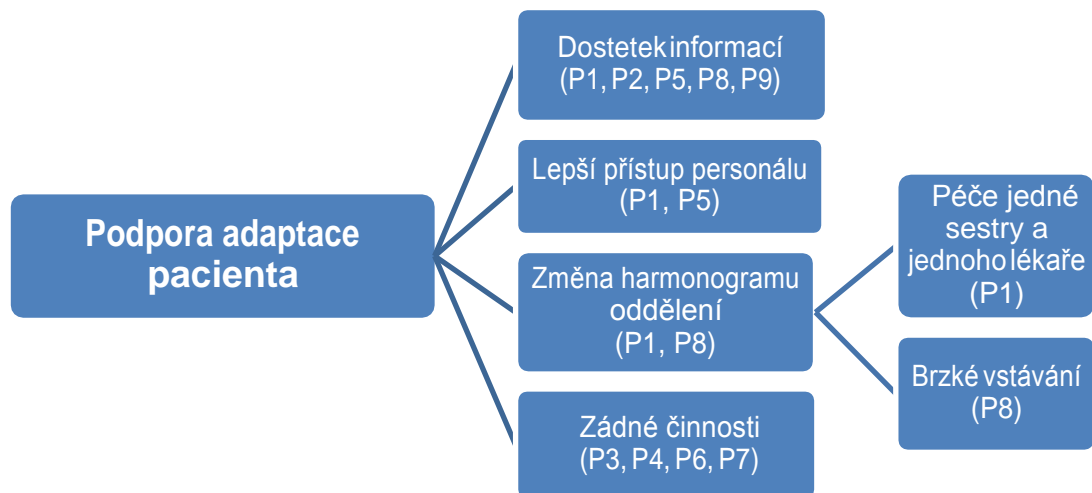
Činnosti, které by ulehčily pacientovi adaptaci, lze rozdělit do třech okruhů – komunikace, přístup personálu a stanovený chod oddělení. V oblasti komunikace pět pacientů P1, P2, P5, P8 a P9 uvedlo, že by uvítalo **více informací** ohledně jejich onemocnění a dopadu na budoucí život. Příkladem jsou odpovědi daných probandů: P2: *„No, možná nějaký informace a jinak nevím.“* P5: *„Taky nemám moc těch informací. Když se na něco zeptáte, tak se zatřese a řekne, že je nevím, já nemám čas.“* P9: *„No asi více informací. Manželka mi říkala o láních a rehabilitačním pobytu a tyhle informace mi tady nikdo neřekl.“*

S potřebou komunikace souvisí také další okruh, kterým je **lepší přístup zdravotnického personálu**, který nám uvedli dva probandi P1 a P5. Doslovná odpověď P5 zní: *„Ani si netroufám něco říci, možná lepší přístup sester.“* P1: *“Určitě lepší přístup těch sester.”*

Se změnou chodu oddělení jsme se setkali u dvou probandů P1 a P8. Proband 1 zmiňoval, že by byl rád, kdyby se o něj **starala jedna sestra a jeden lékař**, protože pak se ve své problematice neorientuje. Doslovná odpověď tohoto probanda zní: *„Bylo by lepší, kdybych měl danou jednu sestru a jednoho doktora, který se o mě budou starat a bude o mě vědět všechno a ne jako tady, kdy se o mě stará 10 lidí a každý se ptá na tu samou věc pořád dokola. Přijdu si pak jako cizí, že tady vlastně nemám ani co dělat.“* Pacient 8 shledává zátěž v **brzkém vstávání** kvůli špatnému nastavení **harmonogramu oddělení**, jak lze vyčíst z následující odpovědi: P8 *“...aby mě nebudili v 5 ráno.“*

Čtyři probandi P3, P4, P6 a P7 neuvedli žádné intervence, které by jim napomohly k lepší adaptaci. Příkladem je P4: *„To nevím, já jsem spokojenej. Zatím mi ve všem vychází vstříc.“*

Diagram 29 *Podpora adaptace pacienta*



Zdroj: vlastní

5.3 Kategorizace dat na základě pozorování sester

V rámci našeho výzkumného šetření jsme prováděli také pozorování, které sloužilo pro doplnění výsledků získaných z rozhovorů s danými tazateli. K pozorování jsme si vybrali 5 sester a také 5 pacientů odlišujících se od probandů, jež nám poskytl rozhovor. V rámci pozorování jsme zaznamenávali činnosti v mnoha oblastech, které jsme následně znázornili do jednotlivých tabulek.

Tabulka 1: Zabezpečení intimity při vyprazdňování pacienta

Zabezpečení intimity při vyprazdňování pacienta					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Zajištění intimity	✓	✓			✓
Nezajištění intimity					
Částečné zajištění intimity			✓	✓	

Z tabulky 1 vyplývá, že tři sestry (PS1, PS2, PS5) dodržely u pacienta zajištění intimity při vykonání této potřeby, avšak dvě pozorované (PS3, PS4) pouze částečně. Tyto sestry při hygieně pacientova genitálu odběhly pro mycí prostředky a v době své nepřítomnosti nechaly pacienta odkrytého, avšak po dokončení své činnosti nemocného zakryly, proto tuto činnost hodnotím jako částečnou.

Tabulka 2 Ochota sestry dopomoc pacientovi

Ochota sestry dopomoc pacientovi					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Sestra byla ochotná	✓	✓			
Sestra nebyla ochotná					✓
Částečná ochota sester			✓	✓	

Tabulka 2 zaznamenává, jak jsou sestry ochotné pomoci pacientovi. Z našeho šetření vyplývá, že pouze dvě sestry (PS1, PS2) byly zcela ochotny pacientovi dopomoci s jakoukoli činností. Také u dvou sester (PS3, PS4) jsme vyhodnotily, že jsou ochotné pomoci pouze z části. Důvodem je skutečnost, že sestry při požádání slíbily, že danou věc přinesou, ale již se na pokoj nevrátily. Nelze říci, zda to bylo z důvodu vysoké vyčerpanosti a následnému zapomenutí nebo zda se jednalo o fakt, který byl způsoben plným vědomím. Pouze jedna sestra (PS5) nebyla ochotna pacientovi pomoci vůbec a činnost, kterou po ní pacient požadoval, předala sanitářce se slovy, “*Na to tady nemám opravdu čas*”.

Tabulka 3 Zapojení rodiny do péče o pacienta

Zapojení rodiny do péče o pacienta					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Sestra zapojuje rodinu	✓	✓			
Sestra nezapojuje rodinu			✓		
Nelze hodnotit				✓	✓

Následující *tabulka 3* popisuje skutečnost, zda sestry zapojují do péče také rodinu pacienta. V době našeho šetření pouze dvě sestry PS1 a PS2 tuto činnost vykonaly a rodinu pacienta zapojily především v oblasti rehabilitační péče. Tyto sestry byly ochotné také ukázat, jak s pacientem manipulovat a dostatečně rodinu edukovali o dané problematice. U dvou sester PS4 a PS5 nelze zapojení rodiny hodnotit, jelikož v době našeho pozorování tyto sestry neměly možnost být v kontaktu s rodinou pacienta. Avšak pouze jedna sestra PS3 nezapojila do péče o pacienta rodinu vůbec a nebyla ani ochotna rodině podat bližší informace o daném pacientovi. Když za touto sestrou přišla rodina, odbyla je se slovy “*Tedka na to nemám čas, až bude moct doktor, zavolám ho.*”

Tabulka 4 Možnosti tlumení bolesti

Možnosti tlumení bolesti					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Injekce	✓	✓		✓	
Tableta			✓		
Infúze					✓
Úlevová poloha					
Aplikace tepla/chladu					
Zhodnocení dle VAS					

Z tabulky 4 vyplývá, že nejčastější formou, jak sestry tlumí u pacienta bolest je aplikace injekce (PS1, PS2, PS4) nebo podání tablety (PS3) popřípadě infúzního analgetického roztoku (PS5). Šetření ukázalo, že ani jedna sester z našeho výzkumného vzorku nedoporučila pacientovi úlevovou polohu, netlumila bolest pomocí aplikaci tepla/chladu a nehodnotila bolest dle vizuální analogové škály VAS.

Tabulka 5 Uspokojování potřeby dýchání

Uspokojování potřeby dýchání					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Medikace	✓			✓	✓
Měření saturace	✓				
Podání kyslíku	✓				
Inhalace			✓		
Dechová RHB	✓	✓	✓		
Zvýšená poloha	✓			✓	
Vertikalizace pacienta	✓	✓	✓	✓	✓
Pokleповá masáž zad					
Vyvětrání místnosti					
Zvlhčení vzduchu					
Konzilium	✓				

Tabulka 5 poukazuje na to, jakým způsobem sestry uspokojují u pacientů, v případě nezbytnosti, potřebu dýchání. Nejčastějším pozorovaným jevem byla vertikalizace pacienta, kterou provedlo všech pět pozorovaných sester (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5). Další poměrně častou intervencí byla dechová rehabilitace (PS1, PS2, PS3) pomocí dechové pomůcky “Triflow” a podání příslušné medikace dle ordinace lékaře (PS1, PS4, PS5). Méně častými výkony bylo uvést pacienta do zvýšené polohy, jež provedly dvě pozorované (PS1, PS4), dále změření saturace pomocí saturačního čidla (PS1), také podání kyslíku skrze brýle (PS1) a zavlání plicního konzília (PS1). Dále sestra PS3 podala pacientovi ke zlepšení dýchání inhalační směs s expektoranciem. Z tabulky vyplývá, že nejvíce činností k uspokojení této potřeby provedla sestra 1 a také lze vyčíst, že intervence v podobě pokleповé masáže, zvlhčení vzduchu popřípadě vyvětrání místnosti, sestry ve své praxi neprovádí.

Tabulka 6 Uspokojování potřeby hydratace

Uspokojování potřeby hydratace					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Tekutiny v dosahu pacienta	✓	✓	✓	✓	✓
Zajištění oblíbených tekutin					
Infúzní terapie		✓		✓	
Kontrola P+V	✓				
Kontrola kožního turgoru					
Kontrola sliznic					
Pravidelné podávání tekutin	✓				
Pravidelné doplňování tekutin					

Při uspokojování potřeby hydratace, jak lze vyčíst z *tabulky 6*, sestry umisťují tekutiny tak, aby se nacházely v dosahu pacienta a pacienti si mohli nápoj podat sami. Takovou činnost jsme vypožadovali u všech pozorovaných sester (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5).

Dvě sestry (PS2, PS4) v době našeho pozorování podaly pacientům infúzní roztok, který sloužil k zavodnění daného pacienta. PS1 se v rámci uspokojení zaměřovala na kontrolu příjmu a výdeje pacienta a také pravidelně dolévala tekutiny.

Tabulka 7 Uspokojování potřeby odpočinku

Uspokojování potřeby odpočinku					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Eliminace rušivých elementů					
Aktivizace pacienta přes den					
Podání hypnotika	✓	✓	✓	✓	✓
Domluvení s pacientem	✓		✓	✓	
Vyvětrání místnosti	✓				

Tabulka 7 znázorňuje, jak sestry přistupují k této oblasti a jaké intervence při uspokojení této potřeby využívají. Z šetření vyplynulo, že sestry pacientům k dostatečnému spánku dopomáhají podáním hypnotik. Tuto intervenci jsme zaznamenali u všech pěti pozorovaných sester (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5). Tři pozorované sestry (PS1, PS3, PS4) zvolily také individuální domluvu s pacientem a pouze jedna sestra (PS1) dopomohla pacientům k lepšímu spánku a odpočinku vyvětráním místnosti. Snaha eliminovat rušivé podněty a aktivizovat pacienta přes den, jak nám některé sestry odpovídaly v našich rozhovorech, jsme při pozorování nezaznamenaly.

Tabulka 8: Edukace pacienta ohledně bandážování pahýlu

Edukace pacienta ohledně bandážování pahýlu					
Pozorovací sestra (PS)	PS1	PS2	PS3	PS4	PS5
Sestra edukovala					
Sestra needukovala		✓	✓	✓	✓
Sestra částečně edukovala	✓				

Tabulka 8 nám znázorňuje, zda sestry edukovaly pacienta o tom, jak si pahýl bandážovat. V rámci našeho pozorování se ukázalo, že převaha sester (S2, S3, S4, S5) tyto informace pacientům nepředává. Pouze sestra 1 pacienta informovala, a to pouze částečně. Řekla mu následující: *“Domů dostanete několik obinadel a budete si to vázat po dobu třech měsíců a je důležitý tu nohu mít nataženou při tom převazu.”* Sestra pacientovi informace sice sdělila, avšak již nepředvedla pacientovi názornou ukázkou. Z tohoto důvodu jsem vyhodnotila, že tato sestra provedla edukaci pouze částečně.

5.4 Kategorizace dat na základě pozorování pacientů

Tabulka 9 Prováděná rehabilitace u pacienta

Prováděná rehabilitace u pacienta					
Pozorovací pacient (PP)	PP1	PP2	PP3	PP4	PP5
Sestra					
Fyzioterapeut	✓	✓	✓	✓	✓

Tabulka 9 znázorňuje, kdo na chirurgických odděleních provádí rehabilitaci pacienta. Z tabulky vyplývá, že rehabilitaci s pacienty provádí pouze fyzioterapeut (PP1, PP2, PP3, PP4, PP5). V rámci zúčastněného pozorování jsme se nesetkali s žádnou sestrou, která by se do této činnosti zapojila

Tabulka 10 Uspokojování potřeby vylučování

Uspokojování potřeby vylučování					
Pozorovací pacient (PP)	PP1	PP2	PP3	PP4	PP5
Močová láhev	✓	✓		✓	✓
Permanentní močový katétr			✓		
Plenkové kalhotky		✓	✓		✓
Podložní mísa	✓			✓	
Odvoz na záchod					
Pojízdné WC křeslo u lůžka					

Tabulka 10 poukazuje na pomůcky, které pacienti v rámci uspokojení potřeby vylučování mají k dispozici. Z výsledků plyne, že jedinci mají nejčastěji u lůžka močovou láhev, kterou mají umístěnou tak, aby si na ni sami dosáhli (PP1, PP2, PP4,

PP5). U třech pacientů jsme zaznamenali vyprazdňování do plenkových kalhotek (PP2, PP3, PP5) a pouze u dvou jedinců vylučování do podložní mísy (PP1, PP4). Jeden pacient disponoval také zavedeným močovým katétrem (PP3). Při šetření jsme u žádného pozorovaného pacienta nezaznamenali pojízdné WC křeslo u lůžka nebo dopomoc sestry dovézt pacienta na toaletu.

Tabulka 11 Působící faktory na pacienta po operaci

Působící faktory na pacienta po operaci					
Pozorovací pacient (PP)	PP1	PP2	PP3	PP4	PP5
Bolest	✓	✓	✓	✓	✓
Fantomová bolest	✓		✓		✓
Ztráta končetiny		✓	✓	✓	
Sociální izolace					
Nehojící se rána	✓				✓
Prostředí					
Strach, obavy		✓		✓	
Přístup personálu	✓		✓		✓
Psychická stránka					
Závislost na sestře	✓	✓	✓	✓	✓

Tabulka 11 znázorňuje různé druhy faktorů, které na pacienta po amputaci dolní končetiny mohou působit. Při našem pozorování bylo velmi obtížné tyto faktory zaznamenat, proto jsme se v rámci tohoto okruhu zaměřovali na celkový stav pacienta, včetně vegetativních projevů a verbální a neverbální komunikace. Z pozorování vyplynulo, že nejčastějším podnětem, který má vliv na adaptaci, bylo působení bolesti a vysoká závislost na sestře. Tento vliv jsme zaznamenali z velmi častého nařikání pacientů a také z činností, u kterých pacienti dožadovali výpomoc od personálu. Oba tyto faktory jsme zaznamenali u všech pozorovaných pacientů PP1, PP2, PP3, PP4 a PP5. Tři pacienti navíc ještě udávali fantomové bolesti (PP1, PP3, PP5), které jsme určili na základě rozhovoru mezi pacientem a sestrou, kdy pacienti udávali, že je noha

velmi svědčí. Mezi velmi častý podnět, který mnohdy ovlivňuje hospitalizaci, patří také přístup zdravotnického personálu, jenž působil na pozorované pacienty s č. 1, 3 a 5. Bylo vypořádáno, že tito pacienti více spolupracovali s ochotnějším personálem než s personálem, který o ně nejevil zájem. Pouze dva pacienti prožívali strach a obavy o svojí budoucnost (PP2, PP4) a taktéž dva jedince ovlivňovala prodloužená hospitalizace z důvodu nehojící se rány (PP1, PP5). Tyto vlivy jsme zaznamenali z rozhovorů daných pacientů s ostatními spolupacienty. Velmi často zazněla výpověď ve smyslu *“Už se těším domu, snad už se to brzo zhojí, ale bojím se toho, jak to všechno bude.”*

6 Diskuze

Cílem diplomové práce s názvem “Podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny“ bylo zjistit, jaké intervence sestry využívají v podpoře adaptace u pacienta po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle modelu C. Royové. Druhým cílem bylo odhalit nejčastější problémy u těchto pacientů v jednotlivých adaptačních modech a posledním, jak sestry pracují s jednotlivými stimuly, které na tyto jedince působí. Pro získání potřebných údajů a zodpovězení stanovených cílů, jsme si vybrali kvalitativní šetření, konkrétně metodu polostrukturovaného rozhovoru doplněného o zúčastněné pozorování. Výzkumný vzorek tvořily sestry pracující na standardním oddělení chirurgie a také pacienti, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny.

K prvnímu cíli (zjistit, jaké intervence sestry využívají v podpoře adaptace u pacienta po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle modelu C. Royové), jsme stanovili pět výzkumných otázek. Jak sestry přistupují k pacientovi v podpoře adaptace na nově vzniklou situaci? Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny ve fyziologickém adaptačním modu v pojetí C. Royové? Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině v pojetí C. Royové? Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu vzájemné závislosti v pojetí C. Royové? Jakými konkrétními činnostmi podporují sestry pacienty po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu rolové funkce v pojetí C. Royové?

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry (S1, S3, S5, S6, S7, S8, S9, S12, S13, S15) zaujmají k pacientovi často důstojný a empatický způsob chování. Příkladem jsou doslovné odpovědi daných probandek: S1: „*Empatický, snažíme se mu vyjít vstříc a pochopit jeho situaci.*“ S3: „*... jsme k němu klidný, empatický, snažíme se do něj vžít.*“ Domnívám se, že citlivý přístup k pacientovi by měla zastávat každá sestra, neboť se udává, že právě empatický přístup a vhodná komunikace jsou jedny z nejdůležitějších prvků, které pacientovi v podpoře na nově vzniklou situaci mohou výrazně pomoci (Ptáček, Bartůněk, 2011). K názoru těchto autorů se přikláněli také dotazovaní pacienti (P1, P5), kteří zdůrazňovali, že přístup zdravotnického personálu je pro ně významný.

Dle zúčastněného pozorování sester lze uvést, že u dvou sester PS1 a PS2 bylo zřejmé, že projevovaly o pacienta takový zájem, že byly ochotny mu s určitými činnostmi dopomoci (tabulka 2). Zastávám názor, že sestry by měly být ochotny pacientovi pomoci vždy, pokud právě neošetřují jiný akutní případ, protože se jedná o pomáhající profesi, která tráví s pacientem nejvíce času. K tomuto názoru se přiklání také Zacharová a Šimíčková - Čížková (2011), které popisují nemoc jako náročnou životní zkušenost, kde zdravotník má nezastupitelnou roli.

V souvislosti s druhou výzkumnou otázkou jsme se zajímali o činnosti sester podporující adaptaci pacienta ve fyziologickém adaptačním modu. Do tohoto systému řadíme dle Callisty Roy takové potřeby, které se stávají nezbytnými pro život daného pacienta (Pavlíková, 2006). V našem výzkumném šetření jsme zjišťovali, jak sestry uspokojují základní fyziologické potřeby jako je potřeba dýchání, hydratace, příjmu potravy a vyprazdňování. Dále jsme se zaměřili na tlumení bolesti a poté, jak probíhá péče o amputovaný pahýl a následná rehabilitace. Zjistili jsme, že sestry (S1, S2, S3, S4, S7, S10) nevěnují dostatečnou pozornost uspokojování potřeby dýchání, a je patrné, že pokud to zdravotní stav pacienta nevyžaduje, s touto potřebou se nezaobírají. S10: *„Dýchání, to ani nevím, nějak jsem se s tím za těch hodně let, co jsem tady, nesetkala. Možná jako trochu kyslík, ale jinak ne.“* Když je to nutné, potřebu dýchání sestry uspokojují podáním kyslíku (PS1) vertikalizací pacienta (PS1, PS2, PS3, PS4, PS5), dechovou rehabilitací (PS1, PS2, PS3), případně alespoň vyvětráním místnosti, kterou sestry zmiňovaly při realizaci rozhovorů, avšak tato činnost sester se při zúčastněném pozorování nepotvrdila (tabulka 5). Myslím si, že tento přístup sester není správný, měly by si být vědomy toho, že i pacient nedisponujícími dechovými obtížemi může získat po provedení operačního zákroku respirační komplikace, jak uvádí Slezáková a kol. (2010), tyto komplikace patří mezi tzv. pozdní a řadí se mezi ně atelektáza, aspirace, plicního edém, apnoe, šoková plíce a záněty plic, proto by sestry měly této potřebě věnovat větší zájem. Mezi další potřebu, které sestry nevěnují dostatečnou pozornost, je odpočinek. S1: *„Asi nijak je nepodporujeme ničím...“* S12: *„To moc neuspokojuju, to na chirurgii moc nelze.“* V souvislosti s touto potřebou jsme se dotazovali, co sestry vykonávají pro uspokojení a zda se snaží eliminovat ruch na svém oddělení. Jak uvedly sestry S6, S7, S8, S9, S10, S12, S13 a S15, uspokojování této potřeby není zvykem. Pokud pacient žádá o odpočinek ve formě spánku, sestry většinou ihned přistupují na možnost podat pacientovi hypnotikum. Tento způsob uspokojení se

řadil mezi nejčastější odpověď probandů (S4, S5, S6, S7, S9, S11, S14). Na tomto oddělení jsem vykonávala svou studentskou praxi a uznávám, že skrze velkou operativu je na oddělení hluk, který mnohdy nelze eliminovat, ale při pozorování činností sester se potvrdilo, že jsou situace, kdy sestry mohly hluku na oddělení zabránit a neprovedla tak ani jedna z pozorovaných sester (tabulka 7). Ačkoliv oddělení chirurgického rázu disponuje velkým hlukem, pacienti (P2, P3, P4, P6, P7, P9) neshledávají deficit v uspokojení této potřeby a cítí se v nemocnici odpočatí. Mezi další potřebu, která se řadí do fyziologického systému, je potřeba hydratace. Uvádí se, že nedílnou součástí správného hojení ran je nejen výživa, ale také hydratace pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013). Z výzkumného šetření vyplývá, že sestry volí pro uspokojení této potřeby nejčastěji aktivní podávání tekutin pacientovi (S1, S2, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14, S15) popřípadě podání tekutin ve formě infúzního roztoku (S2, S4, S5, S6, S7, S8, S10, S11, S12, S13, S14) dle ordinace lékaře. S13: „*Podáváme pacientům tekutiny, potom dostávají infúze...*“ Avšak pozorováním jsme odhalili, že odpovědi sester a skutečná realita se odlišují. Bylo vyzpozorováno, že sestry nepodávaly tekutiny pacientovi samy aktivně, spíše zvolily volbu umístění tekutin na dosažitelné místo vedle lůžka pacienta (tabulka 6). Čeledová (2010) se k této praxi sester nepřiklání a zdůrazňuje důležitost aktivního zapojení samotného pacienta. Je důležité také apelovat na skutečnost, že každý zdravotník by si měl být vědom, že nedostatečná výživa a hydratace mohou vést ke zvýšenému riziku poškození tkání a následnému zhoršenému hojení rány (Starnovská, 2015). S příjmem tekutin má úzkou souvislost potřeba vylučování, kterou C. Royová řadí také do fyziologického adaptačního modu. V rámci uspokojení této potřeby se všechny dotazované sestry (S1-S15) shodly na názoru, že záleží na míře soběstačnosti, druhu dané amputace a také pohlaví pacienta. V případě mužského pohlaví sestry uspokojují tuto potřebu umístěním močové láhve vedle lůžka pacienta, u žen podáním podložní mísy. Z odpovědi dotazovaných dále vyplynulo, že sestry jsou ochotné dovézt pacienta na toaletu, avšak tato činnost se během našeho pozorování nepotvrdila, jelikož tento způsob ne zvolila ani jedna z pozorovaných sester (tabulka 10). Do uspokojení fyziologického adaptačního modu lze zařadit také tlumení bolesti. V rámci výzkumného šetření jsme zjistili, že sestry (S1-S15) tlumí bolest podáním vhodného analgetika ve formě tablety, injekce, popřípadě infúzního roztoku dle ordinace lékaře. Metoda zvolení úlevové polohy patřila také mezi jednu z odpovědí (S2, S3, S4, S5, S9, S13, S14, S15), avšak při zúčastněném pozorování se tento druh

tlumení bolesti nepotvrdil a z šetření vyplynulo, že sestry uspokojují tuto potřebu podáním vhodného analgetika ve formě injekce, tablety popřípadě infuzního roztoku (tabulka 4). Dle mých zkušeností z praxe není vždy nutné aplikovat ihned analgetika, pokud se jedná o mírnou bolest, a před podáním analgetik by měla být první volbou dopomoc pacientovi při hledání a realizování úlevové polohy, která by mohla jeho bolest zmírnit. Sestry (S1, S7, S9, S11) zmiňovaly, že nejčastější formou hodnocení bolesti u pacienta, je použití analogové stupnice VAS. S tímto názorem se shoduje také Rokyta (2009), který ve své publikaci uvádí, že právě škála VAS se řadí k nejčastěji využívaným nástrojům pro měření bolesti. Při používání této škály je důležité vždy pacienta poučit o způsobu hodnocení, aby nedošlo ke zkreslení výsledků (Doležal, Hakl a kol., 2007). Sestry (S1, S7, S9, S11) uváděly, že tuto metodu hojně využívají, avšak v praxi jsme tuto činnost nezaznamenali ani u jedné z pozorovaných sester (tabulka 4). S11: „*Pacient má napsaný VAS, ptáme se ho, zda má bolest - ráno, poledne, večer...*”

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na adaptační modus sebekoncepce a identifikace ve skupině a v rámci této výzkumné otázky jsme se zajímali o činnosti sester, které napomáhají pacientům v podpoře adaptace. Odpovědi, které jsme od probandek zaznamenali, se velmi lišily. Příkladem může být vhodně zvolená komunikace a zodpovězení doplňujících otázek položené pacienty (S1, S2, S3, S4, S7) S2: „*Důležitá je komunikace o tom, že ztratili končetinu, aby si měl s kým promluvit a zvyknul si...*” S7: „*Hlavně všechno vysvětlovat.*” Sestra (S9) uváděla také fakt, že se snaží pacienty podpořit tím, že jim poskytnou dostatek informací o daném onemocnění a průběhu hospitalizace. Dokonce jsme zjistili, že tuto potřebu se snaží podpořit zajištěním nemocničního kaplana v případě, že je pacient věřící (S11). S11: „*Můžeme jim doporučit nemocničního kaplana, pokud je pacient věřící.*“ Dovolím si tvrdit, že při podpoře adaptačního modu sebekoncepce a identifikace ve skupině, je nejdůležitější komunikace a vysvětlení pacientovi, že existuje mnoho kompenzačních pomůcek, se kterými lze vést plnohodnotný život, a motivovat ho, že situaci, kterou nyní prožívá, zvládne a postupem času se naučí být soběstačný. S tímto názorem souhlasí S13, která vypověděla: „*Určitě je důležitá komunikace, podpora pacientů a vysvětlování, že existují protézy, s kterými budou moci chodit.*” Tento názor zastává i Kočová (2017), která řadí kompenzační pomůcky mezi nezbytnou součást komplexní rehabilitační péče o pacienta a zdůrazňuje, že tyto pomůcky dokážou pacientovi pomoci k maximální

možné soběstačnosti a zvýšit mu tak kvalitu života. Avšak každý zdravotník by si měl být vědom, že jakákoliv náhrada není dokonalá a nedokáže plně nahradit funkci živých tkání (Koudela a kol., 2007).

Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na adaptační modus vzájemné závislosti. V rámci modu vzájemné závislosti sestry (S1-S15) shledávají největší problém ve zhoršené sebeděči, problémech s pohybem, v bolestech a psychické nevyrovnanosti, která vyplývá ze situace, že mnoho pacientů není schopno přijmout fakt, že o končetinu přišlo. S2: *„Zhoršená sebeděče a samozřejmě bolest.“* S8: *„Tak nejvíce psychický problémy, protože je to pro ně velká ztráta.“* V rámci zhoršené sebeděče udávaly snahu pacientovi dopomoci při činnostech, které nezvládnou si obstarat sami. Nejčastější činnosti, při kterých potřebují pacienti dopomoci, jsou hygiena, vylučování, oblékání a také přesun na invalidní vozík. Dále tyto pacienti vyžadují polohování a skrze deficit pohybu donášku jídla popřípadě podání potřebných předmětů, které se nevyskytují v jejich blízkosti. Lze tvrdit, že pooperační péče o tyto pacienty je komplexní a zahrnuje mnoho oblastí, které sestra musí pacientovi zajistit (Klusoňová, Pitnerová, 2014). Dalším úkolem sester u pacientů se zhoršenou pohyblivostí je zajistit fyzioterapeuta, který bude s pacientem rehabilitovat. Skrze pozorování jsme zjistili, že rehabilitaci na chirurgickém oddělení provádí pouze fyzioterapeuti, žádná z pozorovaných sester se do této aktivity nezapojila (tabulka 9). Myslím si, že tento přístup není správný, jelikož každá sestra by měla být informována o tom, jak s daným pacientem cvičit v případě nepřítomnosti fyzioterapeutů. Psychické potíže pacientů se sestry (S7, S9, S15) snaží eliminovat zajištěním psychologa, popřípadě některé sestry (S2, S7, S11) udávaly zapojení rodinných příslušníků, příkladem je doslovná odpověď S2: *“Už jenom to, že tam ta rodina je, tak jim psychicky pomáhá a my se snažíme rodině pomáhat v tom, jak správně s pacientem komunikovat, aby mu co nejvíce pomohli po psychické stránce.“*

Čtvrtou výzkumnou otázkou jsme zjišťovali činnosti sester v podpoře pacienta v adaptačním modu rolové funkce. Z našeho výzkumného šetření vyplynulo, že většina sester (S1, S2, S3, S6, S7, S8, S9, S11, S13, S14, S15), se kterými jsme rozhovor prováděli, se o tyto role pacienta zajímá. S1: *„Jo, to zjišťujeme už při příjmu.“* S3: *„Samozřejmě, protože potom se od toho odvíjí ta péče, edukace těch ostatních lidí.“* Některé (S6, S7, S15) uvedly, že tyto informace zjistí z příjmové dokumentace, jiné

(S9, S13) sdělily, že role pacienta poznají skrze návštěvy, které za ním dochází. Naše otázky směřovaly také ke zjištění profesních pozic. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S8, S9, S10 a S12 se o tyto informace nezajímají a některé probandky (S2, S5) uvedly, že tuto informaci zjišťují v závislosti na věku pacienta, protože na jejich chirurgické stanici jsou hospitalizováni spíše pacienti staršího věku již pobývajících v důchodu. S8:

„Většinou jsou tady starší lidé, kteří už jsou v důchodu a už práci většinou nemají.“

Toto tvrzení mohu ze své praxe potvrdit, jelikož v době mé přítomnosti na oddělení byli zde hospitalizováni především pacienti důchodového věku. Pouze pět sester (S6, S7, S13, S14 a S15) uvedlo, že je tato informace zajímavá kvůli tomu, jak dané postižení zasáhne pacienta v profesním životě. S13: *„Ptáme se na profesi, abychom věděli, jak moc jim postižení zasáhne do profese.“* Tento fakt zastává také Nejedlý a kol. (2003), který apeluje na to, že každý zdravotník by neměl opomíjet žádné sociální a psychické faktory, tedy nejen zaměstnání, ale i zájmy a přání každého pacienta (Nejedlý a kol., 2003).

K druhému cíli práce (zjistit, jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle C. Royové) se váží čtyři výzkumné otázky. Jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny ve fyziologickém adaptačním modu dle C. Royové? Jaké změny vnímají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině dle C. Royové? Jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu vzájemné závislosti dle C. Royové? Jaké změny vnímají pacienti po amputaci dolní končetiny v adaptačním modu rolové funkce dle C. Royové?

V souvislosti s fyziologickým modem pacienti (P1-P9) uváděli deficit v oblasti pohybu projevující se nesoběstačností, špatnou chůzí a sníženou sebepéčí, kam lze zařadit hygienu, oblékání a přesun z lůžka a dále vyprazdňování, kde pacienti shledávali problém v nedostatku soukromí (P1, P5, P6, P9) popřípadě neochoty sester dovézt pacienta na toaletu (P1, P5, P7). Neochotu sester lze potvrdit i z našeho pozorování. Jak lze vyčíst v tabulce 2, všechny námi pozorované sestry raději volí metodu podání podložní mísy, případně u mužů močové láhve k lůžku, než volbu dovézt jedince na toaletu nebo zajistit toaletní křeslo k lůžku. Vykonání potřeby vyprázdnění považují za zcela intimní záležitost. Je na místě podotknout, že při vykonání potřeby na lůžku sestry intimitu dodržovaly (tabulka 1). Také Zeman, Krška a kol. (2011) považují zajištění

intimity při defekaci za zcela nezbytnou. Z odpovědí pacientů a sester je zřejmé, že míra soběstačnosti je přímo úměrná pooperačním dnům. Znamená to, že pacienti, kteří jsou po operaci v řádu několika dní, mají schopnost sebezpečí mnohem nižší, a proto jsou více závislí na personálu než pacienti, kteří jsou po amputaci dolní končetiny několik týdnů nebo měsíců. Za zmínku také stojí, že mladší pacienti (P1, P8, P9) se snaží o samostatnost mnohem více než pacienti starší (P2, P3, P4, P6, P7), což lze vyčíst např. z odpovědi sedmdesáti pětiletého P3, kterého jsme se ptali, jak hodnotí úroveň své sebezpečí a poskytl nám tyto informace: „*To vůbec nedokážu říct, v důchodáku mi pomůžou.*“ S tématem sebezpečí souvisí také rehabilitace dolní končetiny, kdy jsme se opět utvrdili, že starší lidé mají snahu mnohem nižší než lidé v produktivním věku, jak je zjevné při porovnání odpovědi probanda 5, kterému je sedmdesát čtyři let a P9 ve věku padesáti pěti let. Výpověď P5 zní: „*Já nijak nepečuju, sestry mi dělají každý den převaz.*“ Na rozdíl od P9, který odpověděl takto: „*No ten pahýl si mažu krémama, co mi daly sestřičky a snažím se to sám procvičovat.*“ Tyto odlišné přístupy lze vysvětlit tvrzením Hrozenské (2008), která uvádí, že starší lidé mají adaptační schopnost na nové a cizí prostředí mnohem nižší než lidé v produktivním věku, pro které nebývá problém se přizpůsobit jiným podmínkám okolního prostředí (Hrozenská, 2008).

V rámci podpory adaptace pacienta po amputaci dolní končetiny je nezbytné také zmínit oblast sebekoncepcce a identifikace ve skupině. Výzkumné šetření ukázalo, že pro tři pacienty P1, P5 a P9 znamenala ztráta končetiny obrovský šok, avšak dva probandi P4 a P7 nám popsali svoje prvotní pocity tak, že těsně po operaci byli ovlivněni anestezií a míru závažnosti si neuvědomovali, ale když nabyli svého plného vědomí, brali situaci tak, jak je a s tímto omezením se následně smířili. Součástí modu sebepojetí bylo také zjistit, jak vnímají pacienti po operaci sami sebe. Odpovědi daných probandů (P1, P3, P4, P5, P6, P8, P9) byly téměř shodné v tom, že mívají pocity bezmocnosti a méněcennosti, avšak pouze dva probandi P2 a P7 tyto názory nezastávají, z nichž P7 radikálně odpověděl: „*Ne, to rozhodně nemám, jsou na tom lidi mnohem hůř.*“ S názorem tohoto probanda částečně souhlasím, musím však podotknout, že postižení ve formě ztráty končetiny je nevratné a je tak zřejmé, že pacienty ovlivní ve všech bio-psycho-socio-spirituálních složkách. To potvrzuje také Mareš (2012), který vysvětluje, že amputace má velký vliv nejen na somatický stav pacienta, který vnímá změnu svého tělesného schématu, a tím se mění pohled na sebe sama, ale také na psychickou stránku

a mnohdy znamená dopad na rodinný život. Z tohoto důvodu můžou pacienti disponovat pocity méněcennosti a střídáním nálad, které mohou vést až ke zpochybnování smyslu života (Mareš, 2012). Proto by si každý zdravotník měl být vědom, že tento zdravotní stav zasahuje do mnoha oblastí a postupně vede ke snížení kvality života pacienta, který se mnohdy stává imobilním a závislým na pomoci druhých lidí, jak uvádí také Michalík a kol. (2011). V této souvislosti jsme zjišťovali, zda pacienti mají stanovený cíl, popřípadě zájmy, kterým by se chtěli věnovat. Většina pacientů P2, P5, P6, P7, P8 a P9 uvedla, že si najdou zájmy, kterým se mohou věnovat i přes své postižení. Pouze dva probandi P1 a P3 nemají zájem o jakoukoliv náhradu svých předchozích koníčků. P3: „*Nemám nic. Koníčky jsem měl dřív, ale už jsem starý a nemůžu pořádně chodit, tak co bych furt plánoval.*“ V rámci identifikace ve skupině se ukázalo, že pacienti neshledávají významný problém, až na pacientku 5, která se velmi stydí za svůj tělesný vzhled: „*Když jedu po chodbě s vozíkem a nemám tu nohu, tak se cítím tak nepříjemně, když se pak po mně ještě dívají, tak je to takový smutný.*“ Zato probandi P6 a P8 mají velkou oporu ve svých přátelích, protože jim adaptaci na nově vzniklou situaci velmi ulehčují. Za zmínku stojí také uvést, že z výpovědí pacientů (P1, P5, P6, P7, P8, P9) je zřejmé, že sestra podporuje pacienty především v uspokojení fyziologického modu, nikoliv v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině. Není však zřejmé, zda je to způsobené neochotou sester popřípadě jejich časovým vyčerpáním.

V podpoře adaptace pacienta je důležité zmínit také vzájemnou závislost, kterou jsme se zabývali v osmé výzkumné otázce, v rámci které jsme zjišťovali, zda probandi mají někoho, kdo by jim s každodenními činnostmi mohl pomáhat. Výsledkem výzkumného šetření bylo, že tři probandi P1, P6 a P8 nemají k dispozici nikoho, kdo by jim byl nápomocný. Ostatní tázaní zmiňovali především rodinné příslušníky, případně pomoc od personálu v domově pro seniory. Nejčastěji uváděnými osobami při pomoci k návratu do běžného života, byli rodinní příslušníci. Během našeho pozorování (tabulka 3) bylo zjištěno, že sestry zapojily rodinu pouze ve dvou případech, ačkoliv si jsou vědomy, že pokud zapojí rodinu do sebepečce o daného pacienta, může jim to mnohdy ulehčit jejich práci, jak lze vyčíst i z výpovědi S7: „*Ona ta rodina je pomoc i pro nás, takže je žádoucí je zapojit, pokud to tedy sám pacient a ti příbuzní chtějí.*“ Také v rámci adaptačního modu vzájemné závislosti v pojetí C. Royové, je spolupráce s rodinou

potřebná. Tento typ soužití řadí do vztahu podporující osoby, kterou daný jedinec řadí mezi nejdůležitější (Sedláková, Kalátová, 2010). V souvislosti s tímto modem jsme zjišťovali využívání kompenzačních pomůcek a podpůrných skupin, jež pomáhají klientům v těžkých životních situacích. Pět probandů (P2, P5, P7, P8, P9) o pořízení kompenzačních pomůcek uvažuje nebo má zájem o jejich koupi. Pacienti zmiňovali invalidní vozík, berle, sedátka a madla do sprchy, někteří pacienti uvažovali také o protetické pomůcce (P5) nebo o pořízení toaletního křesla (P8). Jiný názor měli pacienti na využívání podpůrných skupin, kdy častější odpovědi (P1, P3, P4, P7, P8) bylo, že o této formě pomoci ani neuvažovali nebo o ni vůbec nemají zájem. Důvodem je doslovná odpověď P4: „*No asi ne, s tím se musím naučit sám a ne aby mě někdo pomáhal a litoval.*“ Pouze tři probandi P5, P6 a P9 nám sdělili, že do budoucna této nabídky určitě využijí, P9 uvedl: „*Ano, už jsem se díval na internet, přijde mi to jako dobrá věc.*“

Na podporu adaptace má také vliv role člověka, kterou C. Royová pojmenovala jako adaptační modus rolové funkce, který rozdělila do několika rolí. Role primární jsou neměnné a stálé (Plevová a kol., 2018), jsou jimi například věk či pohlaví (Sedláková, Kalátová, 2010). Také Stasková (2009) uvádí, že existují rozdíly v adaptaci na nově vzniklou životní situaci mezi ženou a mužem. Sekundární rolí se rozumí taková role, která vyplývá z individuálního vývojového období každého jedince a má relativně trvalý charakter (Sedláková, Kalátová, 2010). U pacientů s amputací dolní končetiny můžeme považovat za sekundární roli například nemožnost plnit své role v rodinném životě nebo role profesní. V rámci výzkumného šetření se potvrdilo, že pacienti shledávají problém v plnění sekundárních rolí. Konkrétně probandi 2, 4 a 5 uvedli, že je tento handicap ovlivní ve vykonávání role dědečka. Pacient 9 pocíťuje omezení ve vykonávání role otce a manžela a jeho doslovná odpověď zní: „*No, už nebudu moc trávit s dětma na zahradě, hrát si s nima, pak s nima chodit na procházky, jezdili jsme hodně na lyže, na kole. V partnerském životě to bude taky těžší, ale manželka je poklad, který mě drží nad vodou.*“ S omezením v partnerském životě se shodli také probandi 6 a 7. Naopak P1 žádné omezení v plnění svých rolí nepocíťuje, protože je sám a dle jeho mínění žádné sekundární role nevykonává. Jelikož náš výzkumný vzorek tvořili pacienti převážně vyššího věku pobývajících již v důchodu, omezení skrz profesní roli zmínili pouze dva pacienti P1 a P9. Terciární roli lze pojmout jako dočasnou, protože nemá

dlouhodobé trvání (Pavlíková, 2006). Pro příklad člověk s amputací dolní končetiny se stává pacientem a to, dle C. Royové, lze zařadit do role terciární (Stasková, 2009).

Výzkumný vzorek tvořili lidé (P1-P9) po amputaci dolní končetiny, a proto je zřejmé, že terciární roli, tj. roli pacienta, v době našeho výzkumného šetření, zastávali. Šest probandů (P3, P4, P5, P6, P8, P9) se shodlo na tom, že největší změnu ve vykonávání role pacienta pocítují v závislosti na sestře.

Posledním cílem bylo zjistit, jak sestry pracují se stimuly v pojetí C. Royové v rámci podpory adaptace pacienta po amputaci dolní končetiny. K tomuto cíli se váží dvě výzkumné otázky. S jakými stimuly v pojetí adaptačního modelu C. Royové se sestry setkávají u pacientů po amputaci dolní končetiny? Jaké intervence využívají sestry pro práci s jednotlivými stimuly u pacientů po amputaci dolní končetiny?

V rámci podpory adaptace svojí roli sehrávají také podněty z vnějšího a vnitřního prostředí, které C. Royová označila jako stimuly. Z výzkumného šetření vyplývá, že nejčastějším stimulem, který působí na pacienta je bolest, ať už se jedná o bolest pooperační nebo fantomovou skrze chybějící končetinu, dále ovlivňuje pacienta přístup zdravotnického personálu a absence rodinných příslušníků. Během našeho pozorování (tabulka 11) jsme zaznamenali, že velký vliv na pacienta má také samotná ztráta končetiny a s tím související závislost na sestře, dále strach a obavy z budoucnosti a nehojící se rána mající za následek prodlouženou hospitalizaci pacienta, která dle Zacharové (2017) může vést až k pasivní adaptaci jedince. Činnosti, kterými sestry redukuje působení daného stimulu, jsou následující. Od bolesti sestry ulevují analgetickými přípravky. Pro zlepšení přístupu k pacientovi a zmírnění vlivu působícího stresu se sestry snaží volit vhodné komunikační techniky a dostatečně pacienta informovat a edukovat. Ačkoliv sestry (S1-S9) uváděly, že se snaží pacienty dostatečně informovat, nebyla tato informace v praxi potvrzena. V souvislosti s poskytováním informací jsme se v rámci zúčastněného pozorování zaměřili na to, zda sestry pacienty učí, jak bandážovat amputovaný pahýl postižené končetiny. Bylo zjištěno, že sestry pacientům informace nepodávají a činnost vykonávají samy bez aktivního zapojení samotného pacienta (tabulka 8). Wendsche, Veselý et al., (2015) s touto praxí sester nesouhlasí a považují edukování pacienta za velmi důležité, z toho důvodu, aby byl jedinec schopný se o pahýl v domácím prostředí sám postarat.

Závěrem lze uvést, že všechny cíle se podařilo naplnit a získat odpovědi na všechny výzkumné otázky vztahující se k jednotlivým cílům. Z analýzy výzkumného šetření vyplývá, že sestry by se při podpoře adaptace pacienta s amputací dolní končetiny měly více zaměřovat na podporu adaptačního modu sebekoncepce a identifikace ve skupině a také modu rolové funkce. Součástí diplomové práce je také osnova pro vedení semináře o této problematice, kde jsou návrhy činností, které by sestry, při podpoře adaptace pacienta v jednotlivých adaptačních modech, mohly využívat (příloha 3)

7 Závěr

Tato diplomová práce se zabývala podporou adaptace pacienta s amputací dolní končetiny. Naším cílem bylo zjistit, jak sestry tyto pacienty podporují a jak pracují se stimuly, které působí na jedince a zároveň odhalit nejčastější problémy vnímané pacienty s využitím adaptačních modů C. Royové.

Ke zjištění informací o této problematice jsme si stanovili tři cíle. Prvním z nich bylo zjistit, jaké intervence sestry využívají v podpoře adaptace v jednotlivých adaptačních modech dle modelu C. Royové u pacientů po amputaci dolní končetiny, dále, jaké problémy mají pacienti po amputaci dolní končetiny v jednotlivých adaptačních modech dle C. Royové a také, jak sestry pracují se stimuly v pojetí C. Royové v rámci podpory adaptace pacienta po amputaci dolní končetiny.

Z výzkumného šetření je zřejmé, že sestry ve své praxi nejvíce podporují pacienty ve fyziologickém adaptačním modu a také modu vzájemné závislosti. V uspokojení základních fyziologických potřeb nejvíce zmiňovaly dopomoc v sebeobslužných činnostech, dále v oblasti vylučování a také velmi často intervence napomáhající ke tlumení bolesti. V adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině sestry využívají při podpoře adaptace pacienta vhodnou komunikaci a poskytnutí dostatku informací a v oblasti adaptačního modu rolové funkce můžeme říci, že sestry tyto informace zjišťují, avšak nebyla vyhodnocena žádná činnost, kterou by sestry tento modus podporovaly.

Z rozhovorů pacientů vyplývá, že shledávají deficit ve všech čtyřech adaptačních modech. V oblasti fyziologického adaptačního modu pacienti nejvíce zdůrazňovali problémy s pohybem projevující se deficitem sebekoncepce. V oblasti sebekoncepce a identifikace ve skupině jsou zřejmé pocity bezmoci a méněcennosti. Téměř všichni pacienti shledávají problém v závislosti na ošetrovatelském personálu a také nemožnosti plnit dříve vykonávané role.

Nejčastější stimuly působící na pacienta s amputací dolní končetiny jsou, dle našich probandů, prožívaná bolest, kterou sestry tlumí podáním vhodného analgetika dle ordinace lékaře, dále velmi často uváděný přístup personálu a sociální interakce z důvodu absence rodinných příslušníků. Z šetření vyplynulo, že sestry zaujímají k pacientovi důstojný způsob chování a také respektují příchozí návštěvy pacientů.

Závěrem této práce bych ráda doplnila, že jsem byla velmi překvapená z toho, že většina sester znala koncepční modely. Ačkoliv sestry při realizaci našich rozhovorů zmiňovaly převážně využití modelu Gordonové, z výsledků našeho šetření je zřejmé, že při podpoře adaptace využívají také model Callisty Royové, především oblast fyziologického modu a vzájemné závislosti, ale nejsou si této skutečnosti zcela vědomy. Je důležité také podotknout, že znalosti koncepčních modelů jsou závislé na věku a vzdělání dané sestry.

Výsledky získané ve výzkumném šetření metodou polostrukturovaných rozhovorů a zúčastněného pozorování mohou sloužit jako podklad pro semináře o této problematice a následně zlepšit kvalitu poskytované ošetrovatelské péče o tyto pacienty (příloha 3).

8 Seznam literatury

1. ALLIGOOD, M. R., 2013. *Nursing theory: utilization & application*. 5th edition. St. Louis Missouri: Elsevier Mosby. 492 p. ISBN 9780323091893.
2. ALLIGOOD, M. R., 2018. *Nursing theorists and their work*. 9th edition. St. Louis Missouri: Elsevier. 616 p. ISBN 9780323402248.
3. ANTAI-OTONG, D., 2007. *Nurse-client communication: a life span approach*. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers. 251 p. ISBN 0763735884.
4. ARCHALOUSOVÁ, A., 2003. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. Hradec Králové: Nucleus HK. 99 s. ISBN 808622533X.
5. ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z., 2005. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. Hradec Králové: Nucleus HK. 107 s. ISBN 8086225631.
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005 . *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 188 s. ISBN 8024711974.
7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 9788024732138.
8. DOLEŽAL, T., HAKL, M., 2007. Metodické pokyny pro farmakoterapii akutní a chronické nenádorové bolesti. *Vnitřní lékařství*. 53(1), 79 - 92. ISSN 0042773X.
9. DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 9788024743578.

10. FARKAŠOVÁ, D., 2006. *Ošetrovatelství – teorie*. Martin:Osveta. 211 s. ISBN 8080632278.
11. FARKOVÁ, M., 2009. *Dospělost a její variabilita*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 9788024724805.
12. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2. vydání. Praha: Grada. 512 s. ISBN 9788024710051.
13. FRÁNĚ, F., 2004. *Chirurgie pro studující ZSF JU*. 2. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 96 s. ISBN 8070406828.
14. FAWCETT, J., 2002. The Nurse Theorists: 21st-Century Updates—Callista Roy. *Nursing Science Quarterly* [online]. 15(4), 308-310 [cit. 2019-02-19]. DOI: 10.1177/089431802236795. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431802236795>
15. FAWCETT, J., 2005. *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. 2nd edition. Philadelphia: F. A. Davis Company. 623 p. ISBN 0803611943.
16. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. 800 s. ISBN 9788073676865.
17. HROZENSKÁ, M., 2008. *Sociální práce so staršími ľudmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta. 180 s. ISBN 9788080632823.
18. JANÁČKOVÁ, L., 2009. *Praktická komunikace pro každý den*. Praha: Grada. 111 s. ISBN 9788024724799.
19. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 9788024744124.

20. JAROŠOVÁ, D., 2002. *Vybrané ošetrovatelské modely a teorie*. Ostrava: Ostravská univerzita. 75 s. ISBN 8070423390.
21. JIRKOVSKÁ, A., BÉM, R., 2011. *Praktická podiatrie: základy péče o pacienty se syndromem diabetické nohy*. Praha: Maxdorf. 136 s. ISBN 9788073452452.
22. KIM, H. S., 1982. Theory construction in nursing: An adaptation model, by Sister Callista Roy and Sharon L. Roberts. *Research in Nursing & Health* [online]. 5(4), 213-215 [cit. 2019-02-19]. DOI: 10.1002/nur.4770050408. ISSN 01606891. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/nur.4770050408>
23. KOČOVÁ, H., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 9788024757056.
24. KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. *Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry*. Praha: Grada. 355 S. ISBN 8024717204.
25. KOLEKTIV AUTORŮ, 2007. *Výkladový ošetrovatelský slovník*. Praha: Grada. 568 s. ISBN 9788024722405.
26. KOUDELA, K., 2007. *Ortopedie*. Praha: Karolinum. 283s. ISBN 9878024606545.
27. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J., 2014. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 125 s. ISBN 9788070135679.
28. KROUPOVÁ, K., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 9788024752648.
29. KUTNOHORSKÁ, J., 2013. *Multikulturní ošetrovatelství pro praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 9788024744131.

30. LUKÁŠ, K., ŽÁK, A., 2011. *Chorobné znaky a příznaky 2*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 9788024737287.
31. MAREŠ, J. a kol., 2001. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové : Nucleus. 152 s. ISBN 8086225194.
32. MAREŠ, J., 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 9788024730073.
33. MASTILIAKOVÁ, D., 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 164 s. ISBN 9788070134573.
34. MIČKOVÁ, Z., 2014. Sociální opora a emočně vůľová stabilita v období adolescence. *Psychologie a její kontexty*. 5(1), 75-87. ISSN 18039278.
35. MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 9788073678593.
36. NEJEDLÝ, A., 2003. *Základy replantační chirurgie*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 8024703157.
37. PARKER, M. E., 1993. *Patterns of nursing theories in practice*. New York: National League for Nursing Press. 311 p. ISBN 9780887376009.
38. PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2.vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 9788024756462.
39. PAVLÍKOVÁ, S., 2006. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada. 150 s. ISBN 8024712113.

40. PEJŠKOVÁ, I., MAREČEK, A., 2010. *Rehabilitační a protetická péče o pacienty – diabetiky po amputaci končetiny* [online]. Hradec Králové: Rehabilitační klinika FN Hradec Králové [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/05/03.pdf>
41. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I.* 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 9788027108886.
42. PLZENSKÁ, D., SEDLÁKOVÁ, G., 2009. Aplikace ošetrovatelského modelu C. Royové u pacientů s ireverzibilními změnami. *Sestra: odborný časopis pro sestry a ostatní nelékařské zdravotnické pracovníky*. Praha: Mladá fronta, 19(2), 24-26. ISSN 12100404.
43. PROCHÁZKA, R., ŠMAHAJ, J., KOLAŘÍK, M., LEČBYCH, M., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 9788024744513.
44. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník*. 2. vydání. Praha: Grada. 320 s. ISBN 9788024747484.
45. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 9788024739762.
46. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 9788024730066.
47. ROKYTA, R., 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 9788024730127.
48. ROY, C., 1979. *Relating nursing theory to education: a new era*. *Nurse Educator* [online]. 4(2), 16-21 [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nurseeducatoronline/citation/1979/03000/relating_nursing_theory_to_education_a_new_era.9.aspx

49. ROY, C., 1984. *Introduction to Nursing: An adaptation model*. 2nd edition. Prentice-Hall. 580 p. ISBN 0134912748.
50. ROY, C., ANDREWS, H., 1999. *The Roy adaptation model*, 2nd edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange. 574 p. ISBN 9780838582480.
51. RYBKA, J., 2007. *Diabetes mellitus - Komplikace a přidružená onemocnění*. Praha: Grada. 317 s. ISBN 9788024716718.
52. SAINI, N., SHARMA, V., ARORA, S., 2017. Roy's Adaptation Model: Effect of Care on Pediatric Patients. *International Journal of Nursing & Midwifery Research*, 4(1), 52-60. DOI: 10.24321/2455.9318.201708
53. SEDLÁKOVÁ, G., KALÁTOVÁ, D., 2010. *Vybrané ošetrovatelské modely a týrané dítě*. Praha: Triton. 144 s. ISBN 9788073874124.
54. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 9788024744148.
55. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 9788024730134.
56. SLEZÁKOVÁ, L., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada. 264 s. ISBN 9788024731308.
57. SMIČKOVÁ, E., 2011. Péče o jizvy. *Medicína pro praxi*. 8(1), 31-33. ISSN 12148687.
58. SMITH, M. C., PARKER, M. E., 2015. *Nursing theories & nursing practice*. 4th edition. Philadelphia: F.A. Davis Company. 496 p. ISBN 9780803633124.
59. SMUTNÝ, M., 2013. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vydání. Brno: MS ortoprotetika. 72 s. ISBN 9788026039037.

60. SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEC, M., POKORNÝ, D., 2008. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. 282 S. ISBN 9788072542024.
61. STARNOVSKÁ, T., 2015. *Vliv výživy na hojení ran a chronických defektů* [online]. Praha: Thomayerovy nemocnice Praha [cit. 2019-03-26]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/vliv-vyzivy-na-hojeni-ran-a-chronicky-defektu-480489>
62. STASKOVÁ, V., 2009. *Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny*. České Budějovice. Disertační práce. ZSF JU.
63. STRANDBERG, E.L., OVHED, I., BORGQUIST, L., WILHELMSSON, S., 2007. The perceived meaning of a (w)holistic view among general practitioners and district nurses in Swedish primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice* [online]. 8(8), [cit. 2019-03-26]. DOI: 10.1186/1471-2296-8-8
64. ŠPAŇHELOVÁ, I., 2009. *Komunikace mezi rodičem a dítětem*. Praha: Grada. 101 s. ISBN 9788024726984.
65. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vydání. Praha: Portál. 384 s. ISBN 9788026206446.
66. TAHAL, R., 2017. *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy*. Praha: Grada. ISBN 9788027102068.
67. TOMEY, A. M., ALLIGOOD, M. R., 2007. *Nursing theorists and their work*. 6th edition. St. Louis Missouri: Mosby. 828 p. ISBN 13 9780323030106.

68. TRACHTOVÁ, E., 2018. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu: učební texty pro vyšší zdravotnické školy, bakalářské a magisterské studium, specializační studium sester*. 4. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 261 s. ISBN 9788070135907.
69. VALENTA, J., 2007. *Základy chirurgie*. 2. vydání. Praha: Galén. 277 s. ISBN 9788072624034.
70. VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., 2011. . *Základy praktické terminologie pro sestry: příručka pro výuku a praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 9788024736976.
71. VYMĚTAL, J., 2008. *Průvodce úspěšnou komunikací: efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 9788024726144.
72. WENDSCHE, P., VESELÝ, R., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. 344 s. ISBN 9788074922114.
73. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 9788024740621.
74. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 128 s. 2016. ISBN 9788027101566.
75. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2.vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 9788027101559.
76. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. vydání. Praha: Grada. 2011. ISBN 97880247-37706.
77. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R., 2010. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada. 360 s. ISBN 9788024735351.

78. ŽIAKOVÁ, K., 2007. *Ošetrovateľské konceptuálne modely*. Martin: Osveta. 189 s. ISBN 8080632472.

9 Seznam příloh, tabulek a diagramů

Příloha 1: Otázky pro sestry

Příloha 2: Otázky pro pacienty

Příloha 3: Osnova pro vedení semináře

Tabulka a: Identifikační údaje dotazovaných sester

Tabulka b: Identifikační údaje dotazovaných pacientů

Diagram 1 Přístup sester

Diagram 2 Dopomoc pacientovi

Diagram 3 Neuspokojené potřeby pacientů

Diagram 4 Uspokojování potřeby vylučování

Diagram 5 Uspokojování potřeby hydratace

Diagram 6 Uspokojování potřeby dýchání

Diagram 7 Uspokojování potřeby odpočinku

Diagram 8 Potřeba tlumit bolest

Diagram 9 Zastávající role mimo nemocniční zařízení

Diagram 10 Nejčastější stimuly ovlivňující pacienta po operaci

Diagram 11 Aktivity sestry

Diagram 12 Povědomí sester o koncepčních modelech

Diagram 13 Vnímané problémy pacienty

Diagram 14 Vnímané omezení pacienty

Diagram 15 Neuspokojené potřeby pacientů

Diagram 16 Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby vylučování

Diagram 17 Vnímané problémy pacienty v uspokojení potřeby odpočinku

Diagram 18 Rehabilitace postižené dolní končetiny a péče o pahýl

Diagram 19 Zapojení personálu do rehabilitační péče

Diagram 20 Časnost zahájení rehabilitační péče

Diagram 21 Péče o pahýl

Diagram 22 Využití kompenzačních pomůcek

Diagram 23 Informace o kompenzačních pomůčkách

Diagram 24 Výskyt pooperačních komplikací

Diagram 25 Pocity po operaci

Diagram 26 Vnímané změny po amputaci

Diagram 27 Aktivity pacientů

Diagram 28 Intervence sester

Diagram 29 Podpora adaptace pacienta

Tabulka 1 Zabezpečení intimity při vyprazdňování pacienta

Tabulka 2 Ochota sestry dopomoc pacientovi

Tabulka 3 Zapojení rodiny do péče o pacienta

Tabulka 4 Možnosti tlumení bolesti

Tabulka 5 Uspokojování potřeby dýchání

Tabulka 6 Uspokojování potřeby hydratace

Tabulka 7 Uspokojování potřeby odpočinku

Tabulka 8: Edukace pacienta ohledně bandážování pahýlu

Tabulka 9 Prováděná rehabilitace u pacienta

Tabulka 10 Uspokojování potřeby vylučování

Tabulka 11 Působící faktory na pacienta po operaci

10 Seznam zkratk

Apod.	A podobně
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
Atd.	A tak dále
Et al.	A jiní
JIP	Jednotka intenzivní péče
Např.	Například
P1-P9	Pacient 1-9
RHB	Rehabilitace
S1-S15	Sestra 1-15
Tzv.	Tak zvaně
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
WC	Toaleta
Tj.	Tak jinak

Příloha 1: Otázky pro sestry

Identifikace sestry

- Věk
- Pohlaví
- Vzdělání
- Doba praxe

V jakých konkrétních činnostech pacienti po amputaci dolní končetiny nejvíce potřebují Vaši pomoc?

S jakými nejčastějšími problémy se u těchto pacientů setkáváte?

S jakými problémy se Vám pacienti svěřují nejčastěji?

Jak podporujete adaptaci na nově vzniklou situaci u pacienta po amputaci dolní končetiny?

Jaký přístup k pacientovi volíte?

Jak uspokojujete u pacienta po amputaci dolní končetiny potřebu **vylučování**?

Jak uspokojujete u pacienta po amputaci dolní končetiny potřebu **hydratace**?

Jak uspokojujete u pacienta po amputaci dolní končetiny potřebu **dýchání**?

Jak uspokojujete u pacienta po amputaci dolní končetiny potřebu **odpočinku**?

Co nejvíce ovlivňuje pacienta po operaci?

Jak učíte nemocného pečovat o postiženou končetinu?

Setkala jste se při vykonání své profese s termínem ošetrovatelský model? Pokud ano – jaké znáte?

Jaké intervence provádíte k tišení bolesti?

S jakými neuspokojenými potřebami se u těchto pacientů setkáváte?

Umožňujete klást doplňující otázky? Na co se nejčastěji pacienti ptají?

V jakých konkrétních aktivitách zapojujete rodinu?

Jak přijímá nemocný roli pacienta z Vašeho hlediska?

Zjišťujete také, jaké role pacient zastává mimo nemocniční zařízení?

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Otázky pro pacienty

- **Identifikace pacienta**

- Muž /Žena
- Věk
- Délka hospitalizace
- Kolikátý den po operaci
- Důvod provedené amputace
- Typ provedené amputace

Jaké vnímáte problémy v souvislosti s amputovanou končetinou?

Jaký konkrétní problém Vás v tuto chvíli zatěžuje nejvíce?

Svěřil/a jste se se svými problémy ošetřujícímu personálu?

- **Oblast fyziologická:**

Jaké konkrétní problémy vnímáte po amputaci dolní končetiny v oblasti **vylučování**?

Jaké konkrétní problémy vnímáte po amputaci dolní končetiny v oblasti **aktivity a odpočinku**?

Jak byste zhodnotil/a péči po operaci o **sebe sama**?

Jak byste zhodnotil/a po operaci **spánek a odpočinek**?

V jakých konkrétních činnostech potřebujete od sester dopomoc?

Bolest:

Prožíváte v tuto chvíli nějaké **bolesti**?

Byl/a jste seznámen s možnostmi tlumení pooperační bolesti ze strany sester?

Vyskytly se u Vás nějaké potíže v souvislosti s operačním výkonem? pokud ano – jaké?

Rehabilitace:

Jak pečujete o postiženou dolní končetinu v nemocnici?

Jaké konkrétní činnosti za den u Vás personál provádí?

Kdo na oddělení provádí rehabilitaci?

Sebepéče:

Seznámil Vás personál s tím, jak o amputovanou končetinu pečovat v domácím prostředí, pokud ano, jakým způsobem budete péči provádět?

Jak zvládáte péči o sebe sama?

- **Oblast sebepojetí**

Jaké byly Vaše první pocity po provedené amputaci?

Co se pro Vás změnilo po operaci?

Jak vnímáte po operaci sami sebe - míváte pocit bezmoci, méněcennosti?

Máte stanovený nějaký cíl, čeho byste chtěl/a dosáhnout nebo čemu se chcete věnovat?

Kdo Vám nejvíce pomáhá v návratu do běžného života?

Jak vnímáte zařazení do skupiny?

- **Oblast vzájemné závislosti**

Máte doma někoho, kdo by Vám s každodenními činnostmi mohl pomáhat?

Jak si představujete zvládnání sebezpěče doma?

Přemýšlel/a jste o využití některých kompenzačních pomůcek v domácím prostředí?

Přemýšlel/a jste někdy o využití podpůrných skupin? (=specifická forma pomoci a podpory pro člověka v náročné životní situaci)

Do jaké míry ovlivní Váš stav vykonávat Vaše zaměstnání popřípadě vaše zájmy?

V čem spatřujete největší problém?

Jaké činnosti ze strany personálu by Vám pomohly v lepší adaptaci na nově vzniklou životní situaci?

- **Oblast rolové funkce**

Jakou roli ve svém životě vykonáváte?

Jak ovlivní stav po operaci plnění těchto rolí?

Jaké významné změny očekáváte po příchodu do Vašeho domácího prostředí?

Cítíte značné omezení v plnění Vašich rolí v souvislosti se stavem po amputaci? - v čem konkrétně nejvíce?

Zdroj: vlastní

Příloha 3

Osnova pro vedení semináře

„Podpora adaptace pacienta s amputací dolní končetiny dle modelu Callisty Royové“

1. Rozdělení sester na dvě skupiny – mající znalosti o koncepčním modelu C. Royové
 - nemající znalosti o koncepčním modelu C. Royové

A) Sestry mající znalosti ohledně modelu Callisty Royové

- **Fyziologický modus**
 - Více se zaměřit na potřebu dýchání (snížená mobilita pacienta)
 - Aktivně podávat pacientovi tekutiny
 - Spíše volit volbu dovézt pacienta na toaletu (více soukromí)
 - Edukovat pacienty o způsobu bandáže dolní končetiny
 - Informovat pacienty o tom, jak s amputovanou končetinou manipulovat
 - Dohlédnout na diabetickou stravu pacienta
 - Zapojit se do rehabilitační péče (aktivizace pacienta)
 - Využívat alternativní metody tišení bolesti (úlevová poloha, aplikace chladu, aktivizace P)
- **Modus sebekoncepce**
 - Motivovat pacienta v návratu do běžného života
 - Dostatečně a vhodně s pacientem komunikovat
 - V případě potřeby zajistit odbornou péči (psycholog, terapeut)
 - Respektovat individualitu každého pacienta (víru, zvyky, postoje)
 - Pokud to lze, umožnit pacientovi vykonávat jeho zájmy
 - Zaměřit se také na psychickou stránku pacienta
 - Chápat pacienta jako holistickou bytost se všemi jeho bio-psycho-socio-spirituálními potřebami

- **Modus vzájemné závislosti**
 - Edukovat pacienty o kompenzačních pomůckách a podpůrných skupinách
 - Spolupracovat s rodinnými příslušníky daného pacienta
 - Uspokojit individuální potřeby každého jedince (důležitost ochoty sestry)
 - Vytvořit s pacientem důvěrný vztah (partnerský přístup)
 - Více informovat pacienty o možnostech (pomoc VZP, lázeňské procedury, masáže..)

- **Modus rolové funkce**
 - Dostatečně podporovat pacienta
 - Zvolit empatický přístup
 - Více se zajímat o vykonávané role pacienta (profese)

B) Sestry nemající znalosti ohledně modelu C. Royové

- Vysvětlení modelu Callisty Royové
- Vymezení adaptačních modů a druhů působících stimulů
- Názorná aplikace tohoto modelu v ošetrovatelské praxi (viz výše)

2. Vymezení nejčastějších působících stimulů u pacientů po amputaci dolní končetiny

- Rozdělení jednotlivých stimulů
- Charakteristika jednotlivých stimulů
- Aplikace na pacienty po amputaci dolní končetiny
 - **Fokální stimul**
 - Amputace dolní končetiny
 - Závislost na sestře
 - Neuspokojené fyziologické potřeby
 - Bolest

- **Kontextuální stimul**
 - Ztráta končetiny
 - Přístup zdravotnického personálu
 - Výskyt komplikací (nehojící se rána)
 - Strach, obava
 - Nemocniční prostředí
 - Změna kvality života
 - Absence rodinných příslušníků

- **Reziduální stimul**
 - Role pacienta
 - Nemožnost plnit dříve vykonávané role

3. Zhodnocení a ukončení semináře (diskuze na danou problematiku, zpětná vazba)

Zdroj: vlastní