



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po
amputaci dolní končetiny**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Markéta Marová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 27. 4. 2018

.....

Podpis

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat Mgr. Ivaně Chloubové za odborné vedení méji bakalářské práce, za její cenné rady, vstřícnost, čas a především podporu. Dále bych chtěla poděkovat všem sestrám, fyzioterapeutům a pacientům, kteří mi poskytli rozhovory, za jejich ochotu se mnou spolupracovat.

Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje spolupráci sestry a fyzioterapeuta po amputaci dolní končetiny. Cílem naší práce bylo zjistit, jak se sestry zapojují do rehabilitační péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. V čem tato spolupráce spočívá a jaké má potencionální problémy. Abychom naplnili tyto cíle, zvolili jsme následující tři výzkumné otázky. Jakým způsobem se zapojují sestry do rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolních končetin? V čem spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin? Jaké jsou potencionální problémy ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin?

Výzkumná část byla realizována formou kvalitativního přístupu, pomocí polostrukturovaného rozhovoru a přímého zúčastněného pozorování. Výzkumný vzorek tvoří 15 probandů. Z toho pět sester, z nichž dvě pracují na oddělení chirurgickém, dvě na oddělení traumatologickém a jedna sestra na oddělení rehabilitačním. Dále pět fyzioterapeutů, z nichž dva pracují na oddělení chirurgickém, dva na oddělení traumatologickém a jeden na oddělení rehabilitačním. Posledních pět probandů jsou pacienti po amputaci dolní končetiny.

Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že spolupráce mezi sestrami a fyzioterapeuty probíhá. Není však komplexní a efektivní. Sestry se do ní zapojují tak, že aktivizují pacienty, předávají informace o stavu pacienta fyzioterapeutům a konzultují s nimi polohování. Spolupráce sestry a fyzioterapeuta podle našich výsledků spočívá v komunikaci mezi sestrou a fyzioterapeutem, na vzájemné domluvě a informovanosti. Naše výzkumné šetření poukázalo na to, že k předávání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem dochází, ale není pravidelné a někdy je velmi hektické, takže některé důležité informace nejsou předány, což pak tvoří překážku v efektivní spolupráci mezi sestrou a fyzioterapeutem. Podle našeho výzkumu je vedle nedostatečného předávání informací problémem ve spolupráci také nedostatek personálu a času, neochota lidí, kteří mají spolupracovat a špatná komunikace.

Klíčová slova: Všeobecná sestra; fyzioterapeut; amputace; dolní končetina; spolupráce

Cooperation of nurse and physiotherapist for patients after leg amputation

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of cooperation between nurse and physiotherapist for patient after amputation of a leg. The aim of my thesis was to find out how nurses involve in rehabilitation therapy of a patient after a leg amputation. What this cooperation consists of and what potential problems may occur. We chose three following questions to fulfill our aims: What manners do the nurses involve in rehabilitation therapy by patients after a leg amputation? What does this cooperation between nurses and physiotherapists include? What potential problems may occur in cooperation between a nurse and a physiotherapist at a patient after a leg amputation?

Investigation part of my thesis was implemented in a form of qualitative approach using half- structured interview and direct participating observation. My research sample consisted of fifteen probands – five nurses, two of them working at a surgical ward, two of them at a traumatology department and one of them at a rehabilitation department as well as five physiotherapists, two of them working at a surgical ward, two at a traumatology department and one of them at a rehabilitation department. The rest of these probands are patients after a leg amputation.

Results of my research show that cooperation of nurses and physiotherapists takes place. But it is not complex and effective. Nurses get involved in activation of patients, transmission of information to physiotherapists on patient's condition and consultation of patient's positioning. According to our results cooperation among sisters and physiotherapists consists of communication between each nurse and physiotherapist, their mutual agreement and situation awareness. Our research points out that transmission of information happens, but It is not regular and sometimes it is very hectic, therefore some important pieces of information are not transmitted. This makes an obstacle in effective communication between a nurse and a physiotherapist. According to our research results besides insufficient transmission of information there also exist problems in cooperation caused by a lack of staff, a lack of time, unwillingness of cooperators and unsatisfactory communication.

Keywords: General nurse; physiotherapist; amputation; leg; cooperation

Obsah

1. Současný stav.....	8
1.1 Anatomie dolních končetin	8
1.2 Amputace dolních končetin	9
1.2.1 Definice a historický vývoj amputací dolních končetin	9
1.2.2 Druhy amputací dolních končetin	10
1.2.3 Příčiny amputací dolních končetin	11
1.2.4 Komplikace amputací dolních končetin.....	12
1.3 Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny	13
1.4 Komunikace s pacientem po amputaci dolní končetiny.....	16
1.5 Rehabilitační ošetrovatelství a fyzioterapie u pacienta po amputaci dolní končetiny.....	17
1.6 Ortopedická protetika u pacienta po amputaci dolní končetiny.....	19
1.7 Multidisciplinární tým.....	21
1.7.1 Spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta.....	22
1.7.2 Kompetence všeobecné sestry.....	24
1.7.3 Kompetence fyzioterapeuta	25
2 Cíl práce a výzkumné otázky	27
2.1 Cíl práce.....	27
2.2 Výzkumné otázky.....	27
3 Metodika	28
3.1 Použité metody.....	28
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	28
3.1.2 Charakteristika přímého zúčastněného pozorování	29
3.1.3 Charakteristika výzkumného vzorku	29
4 Výsledky.....	33
4.1 Kategorizace rozhovorů s respondenty	33
5 Diskuze	49
6 Závěr	57
7 Seznam literatury.....	59
8 Seznam příloh a obrázků	63
9 Seznam zkratk	70

Úvod

„Energie je to, co vše uvádí do pohybu“

Aristoteles (383 – 321 př. n. l.)

Tato bakalářská práce se zabývá spoluprací sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny. Počet pacientů s amputovanou dolní končetinou je i v dnešní době stále vysoký. Je známým faktem, že amputace dolní končetiny je jedním z nejvíce radikálních léčebných postupů. K amputacím se přistupuje hned z několika příčin. Ať už je pacientovi amputována dolní končetina z jakéhokoli důvodu, je tato skutečnost radikální změnou v jeho životě. Pacient po amputaci dolní končetiny se v průběhu rekonvalescence setkává s různými překážkami, které mu pomáhá celý multidisciplinární tým překonávat. V péči o pacienta po amputaci dolní končetiny by měl fungovat multidisciplinární přístup. Všichni členové týmu mají společný cíl, na kterém společnými silami a jednotně pracují. Sestra i fyzioterapeut mají v tomto týmu klíčové role. Jejich vzájemná komplexní a efektivní spolupráce přispívá k lepším výsledkům pacienta. Nelze opomenout důležitou roli rodiny a přátel pacienta, kteří pacienta podporují a dodávají mu potřebou energii.

Teoretická část práce je zaměřena na stručnou anatomii dolní končetiny, historický vývoj amputací, jejich druhy, příčiny a komplikace. Následující kapitoly se soustředí na ošetrovatelskou péči, komunikaci, fyzioterapii a ortopedickou protetiku u pacienta po amputaci dolní končetiny. Poslední kapitola popisuje práci multidisciplinárního týmu.

Empirická část je zaměřena na to, jak se sestry zapojují do rehabilitační péče, v čem spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta a na to, jaké jsou potencionální problémy v této spolupráci.

Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se v průběhu praxe v rámci mého dosavadního studia již několikrát setkala s pacienty po amputaci dolní končetiny. Chtěla jsem se dozvědět více o tom, jak má spolupráce sestry a fyzioterapeuta správně probíhat a jestli tato spolupráce přináší pacientům lepší výsledky. Do práce jsem zapojila i pacienty, protože mě zajímal jejich názor na tuto problematiku, jejich osobní zkušenosti a příběhy.

1. Současný stav

1.1 Anatomie dolních končetin

V úvodní kapitole si popíšeme kostru a spoje dolní končetiny. Tyto informace jsou pro problematiku amputací dolních končetin zcela zásadní. Základní znalosti anatomie dolních končetin nám pomohou k lepší orientaci v celé problematice.

Dolní končetina, latinsky metrum inferius, je dle Dylevského (2009, s. 171) „*orgánem opory a lokomoce vzpřímeného těla po dvou končetinách.*“ Pokud tedy dolní končetinu srovnáme s horní, zjistíme, že dolní má stejné základní články, ale kostra je robustnější, má mohutnější svalové skupiny a omezenou pohyblivost kloubů, která zaručuje větší stabilitu. Hmotnost dolní končetiny pak tvoří asi 18,6 % celkové hmotnosti těla (Dylevský, 2009).

Pletenec dolní končetiny je složen ze dvou kostí pánevních, které jsou napojeny vzadu na os sacrum a vepředu spojeny sponou stydkou. Kosti pánevní, kyčelní, sedací a kost stydká tvoří pánev, latinsky pelvis, na kterou je připojena kostra volné dolní končetiny kyčelním kloubem. Tento kloub je kulovitý a omezený. Na pánevní kosti se nachází hluboká jamka, do té je vsazena hlavice kosti stehenní. Celé kloubní pouzdro je zpevněné silnými vazy. Z tohoto důvodu jsou pohyby kloubu umožněny všemi směry, ale jejich rozsah je omezený (Naňka, Elišková, 2009).

Kostru volné končetiny tvoří stehenní kost, latinsky femur, která je nejsilnější a nejdelší kostí v těle s kulovitou hlavicí, ta zapadá do jamky kosti pánevní a vytváří tak kyčelní kloub. Kulovitá hlavice se zužuje v krček, ten je pod úhlem asi 125° spojen s tělem, který vytváří nad krčkem velký chocholík a pod krčkem malý chocholík, oba jsou využity k úponu hýžďových svalů. Dolní epifyza pak vybíhá v kondyly, které tvoří hlavici kolenního kloubu. Na přední straně kondyly splývají v plochu pro kloubní spojení s číškou, latinsky patella (Merkunová, Orel, 2008). Stehenní kost je tedy nosnou částí končetiny bezprostředně zatíženou hmotností trupu. Nesmíme opomenout její významnou roli při chůzi (Dylevský, 2009).

Dále si popíšeme kolenní kloub. Tento kloub je kloubem složeným. Setkává se zde kost stehenní, holenní a číška. Hlavice kloubu je tvořena kondyly stehenní kosti, jamku tvoří

kondyly kosti holenní. Mezi kondyly jsou vloženy menisky, ty dotvářejí kloubní jamky. Česka je vnitřní plochou usazena v kloubu a zevní plochou pevně zavzata do šlachy čtyřhlavého svalu stehenního. Vnitřkem kloubu probíhají dva zkřížené a silné vazy. Kloubní dutina je ohraničená silným kloubním pouzdem, které je zpevněné postranními vazy (Naňka, Elišková, 2009).

Kostru bérce pak utváří dvě kosti, kost holenní (tibia) a kost lýtková (fibula). Kost holenní se nachází na palcové straně bérce. Má trojboké tělo a na jejím horním konci se nachází kloubní hrboly, které nazýváme kondyly. Na opačném konci kost holenní vybíhá ve velký vnitřní kotník (Dylevský, 2007). Kost lýtkovou můžeme rozdělit na 4 části, hlavičky kosti lýtkové, krček kosti lýtkové, tělo kosti lýtkové a zevní kotník (Číhák, 2011). Tato kost je úzká, nachází se na malíkové straně a velmi snadno se zlomí. Kost holenní a lýtková jsou spojeny pomocí silných vazů v oblasti kotníků a tvoří tak vidlici, která nasedá na hlezenní kost (Dylevský, 2007).

Kostru nohy můžeme dle Naňky a Eliškové (2009) rozdělit do tří skupin a to na kosti zánártní, nártní a články prstů. Mezi kosti zánártní patří sedm kostí: Kost hlezenní, patní, loďkovitá, tři kosti klínovité a kost krychlová. Nárt je tvořen první až pátou kostí nártní, přičemž každá z nich má tři části a to bázi, tělo a hlavičku. Články prstů mají podobné anatomické uspořádání, jako články prstů ruky. První prst tedy palec má pouze dva články, další prsty už mají články tři (Dylevský, 2009). Kosti zánártní, nártní a články prstů tvoří klenbu nohy. Klenba je málo pohyblivá, zesílená vazy, šlachami svalů. Díky ní nenašlapujeme na celou plochu nohy a tak optimálně přenášíme váhu našeho těla na kosti i měkké tkáně nohy, když je naše tělo ve vzpřímené poloze. Patologická klenba nohy se nazývá plochá noha (Merkunová, Orel, 2008).

1.2 Amputace dolních končetin

1.2.1 Definice a historický vývoj amputací dolních končetin

Kubeš (2014, s. 117) definuje amputaci jako „*Odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční nebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení.*“ S amputacemi úzce souvisí i pojem exartikulace. O té hovoříme, pokud je odstraněna periferní část těla v linii kloubu. Oba tyto výkony jsou výkony rekonstrukční, které jsou prováděny za účelem eliminace onemocnění nebo funkčního postižení.

Kubeš (2014) řadí amputace mezi jedny z historicky nejstarších prováděných výkonů. Davies (2013) uvádí, že pravěcí lidé trpěli pravděpodobně artritickými deformacemi, tuberkulózou kostí a kloubů či kostní rakovinou. Proto jednou z nejstarších forem chirurgie je vedle trepanace i amputace. K amputování končetin se používaly předměty s ostrou hranou a krvácení se zastavovalo ponořením amputovaného pahýlu do vroucího oleje. Za jednu ze stěžejních postav v historii amputací lze určitě považovat Hippokrata, který je často nazýván jako otec medicíny. Stanovil zásady amputací: odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život. Tato pravidla byla sice první, ale jsou stále platná. Kubeš (2014) také uvádí, že amputace nebyly vždy prováděny za účelem léčby, ale také z důvodů rituálních, nebo jako trest.

Největšího využití a rozvoje dosáhly amputace ve válečné medicíně. Roubal (2015) popisuje amputace jako jeden z nejčastějších výkonů, které jsou prováděny ve válečných podmínkách. Mnohdy je k nim přistupováno díky omezeným technickým i medikamentózním možnostem a amputace tak nabízí rychlé řešení. Kubeš (2014) doplňuje, že 1. světová válka si vyžádala až na 100 000 amputací.

V historii bylo nejdříve přistupováno k amputacím gilotinovým, bez užití anestezie. Toto změnili až v roce 1837 Lister a Brittain, kteří přišli s moderní lalokovou amputací, při níž podvázali cévy a z muskulokutánních laloků vytvořili měkký kryt pahýlu. V dnešní době se využívají jak amputace gilotinové, tak i modernější lalokové. Ve válečných podmínkách se poté častěji přistupuje k amputacím gilotinovým (Kubeš, 2014). Nicméně Roubal (2015) tvrdí, že i ve válečných podmínkách se v dnešní době snaží o amputace lalokové.

1.2.2 Druhy amputací dolních končetin

Jak už bylo v předchozím textu zmíněno, amputace lze rozdělit do dvou velkých skupin. Na gilotinové, někdy nazývané cirkulární, a lalokové, které můžeme ještě dále rozlišit na otevřené a zavřené (Kubeš, 2014). Janíková (2013) rozděluje amputace z časového hlediska a celkové náročnosti výkonu na amputace primární, které je nutné provést co nejdříve, sekundární, ke kterým se přistupuje po vyčerpání jiných léčebných metod, a amputace terciární, jejichž cílem je zlepšení funkce, nebo se k nim přistupuje jako k řešení kosmetických problémů.

Gilotinové (cirkulární) amputace se v dnešní době už neprovádí jako jednoduché oddělení končetiny jedním řezem. Dnes jsou prováděny jako otevřené amputace, kdy

nejprve přerušíme kůži, po její úrovni svaly s podvazem cév a ošetříme nervy. Nakonec v nejproximálnější linii přerušíme i skelet. Dalším krokem bývá klasicky náplast'ová kožní trakce, při jejíž správné aplikaci někdy není nutná ani revize a sutura pahýlu. Před uzavěrem rány dochází k nutné konečné úpravě. Pahýl můžeme upravit reamputací, revizí nebo plastickou úpravou (Kubeš, 2014).

Laloková amputace je dnes standardním operačním výkonem. Zavřená laloková amputace klade důraz na tenodézu (chirurgické připevnění fixace šlachy ke kosti) svalů, díky níž dojde ke zlepšení funkce a tvaru pahýlu. Při otevřené lalokové amputaci se doporučuje postupovat dle techniky invertovaných kožních laloků. Při této technice dochází k založení delších kožních laloků, poté se tyto laloky přeloží, tedy invertují, a dočasně přešijí přeloženými plochami k sobě (Kubeš, 2014)

Zeman, Krška et al. (2011) považují za jedno z nejdůležitějších rozhodnutí, pro pacienta podstupující amputaci dolních končetin, určení výšky amputace. Ta je dána rozsahem poranění, lokalizací cévních poruch nebo nádorového onemocnění či rozšířením infekce a tak dále. Proto Janíková (2013) uvádí i druhy amputací dle výšky jako je například amputace prstů, transmetatarzální amputace (řez nártu), amputace v Chopartově kloubu, Symeova amputace, amputace v bérce, exartikulace v koleni, amputace nad kolenem, exartikulace v kyčli. Kubeš (2014) doplňuje ještě další typy amputací dolních končetin jako je hemikorporektomie, při níž dochází k odstranění celého pánevního pletence i s kostí křížovou. U tohoto typu amputace je nutná stomie a protetická objímka, která poskytuje mechanickou ochranu orgánu dutiny břišní a má i vyvažovací funkci. Tento typ amputace je zcela výjimečný. Hemipelvektomie je odstraněním celé dolní končetiny s přilehlou oblastí pánevních kostí. Dylevský (2009) uvádí, že pro následnou rehabilitaci a protézování amputovaných má kromě výšky značný význam i hmotnosti jednotlivých segmentů končetin.

1.2.3 Příčiny amputací dolních končetin

Janíková (2013) shrnuje příčiny amputací do pěti skupin. Na amputace z důvodu úplné ztráty krevního oběhu v končetině, zhoubného nádorového onemocnění, zánětu kostní tkáně (osteomyelitida), traumatu a poškození končetiny, které vede ke ztrátě její funkce. Přičemž Zeman, Krška et al. (2011) i Kálal (2009) se shodují, že největší procento amputací dolních končetin je na podkladě ischemického. Kálal (2009) dodává, že amputací na ischemickém podkladě se v České republice provede každoročně tisíce.

V pořadí druhé následují traumatické amputace, kterých je provedeno ročně stovky. V řádech desítek se pak pohybují amputace z důvodu nádorového onemocnění, nejčastěji pro osteosarkom, a to především v mladém věku. Ojedinělé jsou pak amputace pro zánět kostní tkáně nebo defekty.

Pokud se bavíme o příčinách amputací dolních končetin, nesmíme opomenout syndrom diabetické nohy. Ten definuje Janíková (2013, s. 212) jako „*Ulcerace nebo postižení hlubokých tkání nohy distálně od kotníku, včetně kotníku, spojené s různým stupněm ischemie a neuropatie u diabetiků, často s přítomností infekce.*“ Horáček (2008) uvádí, že stav může skončit i gangrénou. V tomto stádiu je amputace jediným řešením, proto je třeba dbát na prevenci. Dítě et al. (2007) tvrdí, že v České republice postihne diabetická gangréna 5,6 % diabetiků. 18,5 % diabetiků, kteří trpí syndromem diabetické nohy, skončí s amputovanou dolní končetinou. Kálal (2009) popisuje poškození oběhu v dolních končetinách jako závažný zdravotnický, sociální, ale i ekonomický problém a upozorňuje na rostoucí lineární tendence tohoto problému.

1.2.4 Komplikace amputací dolních končetin

Mezi komplikace amputací dolních končetin řadí Kubeš (2014) hematom. Vokurka et al. (2015) popisuje ve svém slovníku hematom jako krevní výron v hlubších tkáních, který je většinou spojen s otokem. Kubeš (2014) uvádí, že hematomu lze předcházet pomocí správné drenáže rány. Jako další komplikace uvádí kožní nekrózu, dehiscenci rány, gangrénu nebo kloubní kontrakturu pahýlu a otok, kterému předcházíme správnou elastickou bandáží.

Nejvíce specifickou komplikací amputací dolních končetin jsou fantomové obtíže. Tyto obtíže můžeme rozdělit na dva typy - na fantomové pocity a fantomové bolesti. Pokud má pacient nebolestivý pocit přítomnosti již neexistující končetiny, hovoříme o fantomových pocitech (Kubeš, 2014). Fantomové bolesti Vokurka et al. (2015) popisuje jako bolesti, které jsou pociťovány v části těla, která byla amputována. Kálal (2009) ve své knize uvádí, že Fantomova bolest byla popsána již v roce 1558, její etiologie však není jednoznačně vysvětlena. Vondráčková a Masopust (2016) dodávají, že fantomové bolesti zažívá 60 – 85 % amputovaných pacientů. Krutou až nesnesitelnou bolest pak popisuje 1 – 10 % pacientů. Častěji se vyskytuje u pacientů, kteří trpěli velmi intenzivní bolestí již před operací, kteří pocházejí z nižších ekonomických vrstev nebo u pacientů, jejichž stav byl po operaci komplikován zánětem či jinak. Tito pacienti popisují

kroutivé, řezavé, pálivé a křečovitě bolesti. Intenzita a frekvence těchto bolestí s postupem času klesá. U některých pacientů tyto bolesti můžou zcela vymizet a to v průběhu jednoho až dvou let. Fantomové bolesti lze podle Janíkové (2013) řešit hned několika způsoby-například farmakologickou terapií, kam řadí analgetika, antidepresiva či lokální anestetika. Dalším řešením mohou být nefarmakologické postupy jako je fyzikální terapie, akupunktura nebo TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace). Fantomové bolesti lze řešit i chirurgickou terapií, sem řadí revizi pahýlu či případnou reamputaci. Kálal (2009) však upozorňuje, že i přes veškerou dostupnou péči a možnosti řešení těchto bolestí existují ojedinělé případy, které končí suicidiem pro nezvladatelnou fantomovou bolest.

Prevenčí pro všechny výše zmíněné komplikace je rychlá a šetrná operační technika, správné rozhodnutí o výši amputace a v neposlední řadě multidisciplinární péče o pacienta, který tento výkon podstupuje, už od předoperačního období (Kubeš, 2014).

1.3 Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny

Ošetrovatelská péče pacienta, který podstupuje amputaci dolní končetiny, provází už od samotného počátku hospitalizace. Všeobecná sestra má nezastupitelnou roli v multidisciplinárním týmu, který o pacienta pečuje, proto se následující podkapitola bude věnovat péči, kterou všeobecná sestra poskytuje pacientovi po amputaci dolní končetiny.

Bezprostředně po operaci je jedním z úkolů sestry monitorovat základní vitální funkce jako je tlak, pulz, tělesná teplota, dech, saturace či vědomí. Takové monitorování probíhá v předepsaných intervalech. Dále sestra pozoruje bolest. Sleduje její charakter, lokalizaci a intenzitu a podává analgetika, která ordinuje lékař. Protože velká část pacientů, kteří podstupují amputaci dolní končetin, jsou diabetici, monitoruje sestra hodnoty glykemie a to minimálně 4x denně. Pacient je uložen na zádech a amputovaný pahýl se nepodkládá, nebo může být v mírné elevaci. Sestra sleduje prosakování obvazů, které popřípadě navazuje. Důležitým úkolem sestry je i předcházet vzniku tromboemblické nemoci (TEN). Proto se přistupuje k antikoagulační terapii, a to nejčastěji v podobě injekčních nízkomolekulárních heparinu. Do prevence TEN je možné zahrnout přiložení bandáží či kompresních punčoch, adekvátní hydrataci a včasnou mobilizaci po operačním zákroku (Janíková, 2013).

Jedním z cílů ošetrovatelské péče je i vytvoření funkčního amputačního pahýlu. Takový pahýl je zásadní pro pozdější použití protéz. Po operaci bývá pahýl oteklý a bolestivý a z operační rány bývá vyveden drén. Pokud nenastanou žádné komplikace, přistupujeme k prvnímu převazu druhý až třetí den po operaci, poté už pravidelně každý den s kontrolou operační rány. Drén vytahujeme dle sekrece, a to přibližně druhý nebo třetí pooperační den. Stehy se vytahují mezi čtrnáctým až dvacátým prvním pooperačním dnem. Všechny tyto časové údaje jsou individuální a řídí se ordinací lékaře (Janíková, 2013). Nedvědová (2016) píše ve svém článku, že úkolem sestry je pečovat o pooperační ránu, převazovat a bandážovat amputační pahýl, a to několikrát denně za účelem formování pahýlu. Dle Mročkové (2011) je v péči o pooperační ránu nejvhodnější používat vlhké a uzavřené hojení ran, které zabrání vzniku infekce do rány. Důležitá je hygienická péče o pahýl. Všeobecná sestra musí myslet na to, že pacienti trpící diabetem mellitem, mají kůži suchou a potivou, proto je důležité pahýl omývat teplou vodou, zbavit ho všech nečistot. Koupele jsou prováděny v heřmánku nebo hypermanganových roztocích, a to kvůli jejich protizánětlivému a dezinfekčnímu účinku. Doporučuje se pahýl i otužovat, například po extrakci stehů sprchou. Bandážování by mělo být šetrné, hlavně pokud má pacient zaveden drén. Bandáž se přikládá od prvního dne a neměla by pacienta škrtit a zařezávat se. Proto je důležité zvolit optimální šířku i délku obinadla. Dle Janíkové (2013) by měl být pahýl bandážován do konického tvaru a nad blízký kloub. Což potvrzuje i Mročková (2011) a udává, že stehenní amputace by měla být bandážována nad kyčel otočkou kolem pasu. U amputací bérce je pahýl bandážován nad koleno. Schéma správné bandáže pahýlu je přiloženo k této práci, jako příloha 1. Janíková (2013) pak shrnuje pravidla správné bandáže. Důležité je si zvolit vhodně široké obinadlo. Bandáž by měla být přiložena 24 hodin s výjimkou amputací kvůli cévním onemocněním. Správná bandáž by měla být pevná a neměla by sklouzávat. Větší tlak by měl být na konci pahýlu, a to právě kvůli formování do konického tvaru. Při správné bandáži je zachován pohyb v kloubu, nedochází k otokům, končetina by neměla bolet ani pulzovat. Sestra by nikdy neměla zapomenout edukovat pacienta, jak správně zabandážovat amputovaný pahýl. Správné bandáži by měla přecházet masáž pahýlu. Dle Mročkové (2011) se k masáži používají krémy a emulze, které pokožku nedráždí, ale naopak zklidňují. Masáž se provádí zprvu bříšky prstů, pak dlaněmi a později se přechází ke třecím a tepacím úkonům. Otužování i masáž se podporují prokrvení pahýlu a zlepšují celkový stav kůže. Dále se sestra stará o polohování pahýlu. Pahýl by měl být v extenzi či addukci. Tyto

polohy zabráni vzniku kontraktur, ke kterým vedou většinou polohy úlevové (Janíková, 2013).

Dále pečuje sestra o aktivitu pacienta, a to většinou ve spolupráci s fyzioterapeutem. Za jejich hlavní společný úkol považuje Janíková (2013) motivovat pacienta k pohybu. Důležité je pacienta mobilizovat včas. S mobilizací pacienta začínáme první až druhý pooperační den, především aktivním cvičením se zapojením horních končetin. K mobilizaci pacienta využíváme i izometrická cvičení, cvičení pasivní či polohování. Pacienta polohujeme, nacvičujeme s ním sed i otáčení na bok. Zdatnější pacienti provádějí rytmickou stabilizaci vsedě (Mročková, 2011).

Sestra by měla pečovat i o výživu a vyprazdňování pacienta. K perorální stravě je nejvhodnější se vrátit co nejdříve po operaci, a proto obnovení výživy začíná již první pooperační den. Pacient začíná dietou OS, tedy čajovou, a postupně přechází na dietu základní. Sestra musí dávat pozor na nauzeu a zvracení pacienta. Vymočení by pak mělo proběhnout přibližně šest hodin od výkonu. Odchod stolice může být opožděn, a to právě díky omezené pohybové aktivitě, proto je úkolem sestry myslet na riziko zácpy a předcházet jí, to znamená zajistit pacientovi dostatek tekutin, soukromí při vyprazdňování, popřípadě podat laxativa (Janíková, 2013).

Sestra by měla myslet i na rodinu pacienta. Pacient po amputaci prožívá velmi často nejistotu, jak na změnu jeho zdravotního stavu bude reagovat okolí, jak moc tento stav ovlivní jeho životní role. U své rodiny i u přátel potřebuje oporu. Proto je důležité, aby sestra byla v pravidelném kontaktu s rodinou, zasadila se o jejich časté návštěvy a spolupracovala s nimi. Sestra připravuje rodinu na návrat pacienta domů. Měla by je připravit na domácí ošetřování pacienta a upozornit na důležitá specifika péče (Gulášová et al., 2010). I Schreiberová (2017) uvádí, že role sestry u pacienta po amputaci dolní končetiny zahrnuje pomoc pacientovi a jeho rodinným příslušníkům s mnoha problémy, které jsou spojené s tím, že pacient přišel o dolní končetinu. Léčebný proces je náročný psychicky i fyzicky a každý pacient má jiné potřeby a priority, a proto sestra musí poskytovat pacientovi individuální péči. Takovouto péči může odvrátit pooperační komplikace. Multidisciplinární tým musí poskytovat komplexní a efektivní péči, která pomůže pacientovi a jeho rodině co nejlépe se vyrovnat se s touto událostí. S tímto koresponduje i tvrzení Janíkové (2013), která uvádí, že ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny musí vycházet

z jeho aktuálního stavu. Sestra poskytuje pomoc dle míry pacientovy soběstačnosti. Sestra by nikdy neměla opomenout psychický stav pacienta. Každý pacient se se ztrátou končetiny vyrovnává jinak, a proto poskytovaná ošetrovatelská péče musí být co nejvíce individuální (Janíková, 2013).

1.4 Komunikace s pacientem po amputaci dolní končetiny

Špatenková a Králová (2009) popisují komunikaci s pacientem jako velké umění a vědu. Každý zdravotník má totiž jiné komunikační schopnosti a ne vždy se snaha shledá s úspěchem. Jako nejdůležitější úkol při prvním shledání s pacientem je navázání dobrého vztahu s pacientem. Od zdravotnického personálu se vyžaduje aktivní naslouchání. To spočívá v nepřerušování pacienta, udržování přiměřeného očního kontaktu, pokývnutí hlavou nebo vyslovovat chápající slova jako je „ano, aha“. Aktivní naslouchání společně s pozorováním pacienta je velmi efektivní cestou k navázání dobrého vztahu s pacientem a ten je základním předpokladem i k dobré následné komunikaci.

Jak již bylo v předchozích kapitolách zmíněno, pacient se po amputaci dolní končetiny musí vypořádat s bolestí. Janáčková a Weiss (2008) uvádí, že pacienti bývají bolestí ochromeni a mají velký strach, proto se snaží projevy bolesti potlačit. To však brání snížení intenzity akutní bolesti, protože ta se snižuje, až když ji pacient může volně projevit. Na bolest je vhodné pacienta včas připravit, díky tomu má pacient bolest pod kontrolou, což mu může pomoci s jejím zvládnutím. Vhodné je projevit podporu, soucítění, empatii a tím zmírnit psychické i fyzické napětí pacienta.

Pacient po amputaci dolní končetiny může také prožívat ztrátu. Na začátek je velmi dobré zmínit, že by sestra měla umět rozlišit smutek, jakožto přirozenou reakci na ztrátu a depresi, která je psychiatrickou diagnózou. Pacient truchlí pro ztrátu pohyblivosti, změnu svého životního stylu nebo změnu jeho tělesné image. K pacientovi, který trpí ztrátou, se doporučuje přistupovat citlivě, být pro něho hlavně emocionální oporou, nevyhýbat se mu a naslouchat mu, u komunikace využívat neverbálních projevů (držení ruky, vstřícný výraz), podporovat jeho realistické a nadějeplné postoje, zapojit ho do jednoduchých aktivit, pokusit se odvrátit pacienta od okamžitých životních rozhodnutí, pokud se objeví sebevražedné myšlenky, je třeba brát je vážně, popřípadě zahájit včasnou intervenci (Špatenková a Králová, 2009).

Pacient po amputaci dolní končetiny je člověkem s tělesným postižením, může být i upoután na ortopedický vozík. Slowík (2010) uvádí hned několik doporučení pro komunikaci s pacientem s tělesným postižením. Pokud chceme pacientovi s něčím pomoci, je důležité se s ním prvně domluvit, zdali pomoc chce a pokud ano, tak jakou formou. Když je pacient na vozíku, měli bychom myslet na zrakové převýšení a srovnat ho. Měli bychom se oprostít od předsudků a stereotypů. Uvědomit si, že tělesné postižení nijak nesouvisí s postižením mentálním či smyslovým.

Na závěr považujeme za důležité zmínit zlaté pravidlo komunikace, na které je třeba myslet neustále: „Mluv s druhým tak, jak by sis přál, aby on mluvil s tebou!“

1.5 Rehabilitační ošetřovatelství a fyzioterapie u pacienta po amputaci dolní končetiny

Pohyb je jednou ze základních potřeb člověka, ukazatelem zdraví. Využíváme ho k plnění každodenních činností, díky kterým se můžeme seberealizovat. Rehabilitace je pro pacienta zásadní prostředek, který mu pomáhá zmírnit následek amputace dolní končetiny a usiluje o návrat pacienta do společnosti, k aktivnímu životu (Holubová, 2011).

Rehabilitační ošetřovatelství je postupem léčebné rehabilitace. Pomocí využití léčebných poloh, polohování, mobilizace a vertikalizace nemocného předchází vzniku komplikací, které pacienta ohrožují (Holubová, 2011). Kolář (2009) popisuje rehabilitační ošetřovatelství také jako léčebnou rehabilitaci, která je zaměřená na předcházení sekundárních poškození při základním onemocnění. Jako příklad sekundárních poškození uvádí dekubity, kontraktury nebo pneumonii. Kolář (2009) upozorňuje na fakt, že sekundární změny pacienta zatěžují mnohdy více než onemocnění základní. Mezi hlavní terapeutické prostředky rehabilitačního ošetřovatelství řadí polohování, postupnou vertikalizaci a mobilizaci pacienta.

Fyzioterapie je zdravotnickým oborem, který se zaměřuje na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému. Diagnostické a terapeutické metody pak využívá k zachování, obnovení funkce pohybového systému (Švestková, 2017).

Dle Mročkové (2011) lze rehabilitaci u pacienta, který podstupuje amputaci dolních končetin, rozdělit do tří fází. Na rehabilitaci předoperační, ve které hraje hlavní roli psychická podpora pacienta. Už v této fázi bychom pacienta měli přimět k aktivní spolupráci, která je vyžadovaná po celou dobu rehabilitace. Pacient by měl být v této

fázi seznámen s rehabilitací, jak bude probíhat, co bude obnášet, jaké pomůcky bude používat. Cvičení jsou zaměřena na posilování horních končetin. Fyzioterapeut nebo sestra provádí s pacientem izometrická cvičení, která Holubová (2011) popisuje, jako cviky, u kterých se nemění délka svalu, ale napětí. V praxi pak cvičení probíhá tak, že je pacient vyzván k zatnutí určité svalové skupiny (např. svaly hýždí), aby v zatnutí proti dechu vydržel, než si napočítá do pěti a poté uvolní. Celý průběh by se měl opakovat třikrát až čtyřikrát. Musíme však myslet na fakt, že tyto cviky zatěžují srdce, proto jsou nevhodné u kardiaků. Mročková (2011) doporučuje s pacientem provádět cévní a dechovou gymnastiku, trénovat stabilitu sedu, stoje a chůzi s podpažními berlemi. Všechna tato cvičení jsou individuálně přizpůsobena ke stavu pacienta. Aby všechna tato cvičení vedla k úspěchu, je důležité, abychom postupovali individuálně a empaticky, aby v nás měl pacient důvěru a aktivně s námi spolupracoval (Mročková, 2011).

Po samotné amputaci dolní končetiny následuje dle Mročkové (2011) včasná pooperační léčebná rehabilitace. V této fázi je velmi důležitá role sestry, protože právě ta pečuje o operační ránu, bandážuje a polohuje amputovaný pahýl. Po konzultaci s fyzioterapeutem pahýl otužuje, masíruje. V této fázi rehabilitace se klade důraz především na včasnou mobilizaci pacienta (Mročková, 2011). Kolář (2009) tvrdí, že k mobilizaci pacienta by se mělo přistupovat co nejdříve, s ohlednutím na fakt, že je pro pacienta kardiopulmonální zátěž.

Mobilizace se dá provádět třemi způsoby. Pasivními a asistovanými pohyby nebo aktivním cvičením. Díky pasivním pohybům, můžeme předcházet vývoji spasticky, vzniku kontraktur a umožňují zachovat plnou pohyblivost v kloubech. Asistovaný pohyb je aktivním pohybem pacienta a asistencí druhé osoby. Cílem těchto pohybů je dosáhnout co největší soběstačnosti. Způsob a velikost dopomoci si sestra či fyzioterapeut zvolí podle toho, jak moc je pacient schopný asistovaný pohyb provést. Aktivní cviky provádí pacient sám. Je však pod kontrolou sestry či fyzioterapeuta a cvičí podle pokynů fyzioterapeuta (Kolář, 2009).

Poslední fází rehabilitace je pooperační léčebná rehabilitace pozdní. O této fázi mluvíme až poté, co pacient zvládá sed, stoj a chůzi o podpažních berlích. Jedná se většinou o 6 – 8 týden po operaci, kdy je pro pacienta připravená protéza. První protéza, která je nazývána prvovybavení, se odlišuje od definitivní protézy především v lůžku,

které lze upravit a to právě proto, že v této době se amputovaný pahýl ještě stále formuje. V této fázi rehabilitace je důležité pacienta edukovat o správném nasazování protézy. Pacient by měl trénovat stoj, přenášení váhy, úkroky, otáčení trupu (Mročková, 2011).

Při rehabilitaci pacienta po amputaci dolní končetiny by neměla být opomíjena rehabilitace pracovní a sociální. V rámci pracovní a sociální rehabilitace je potřeba pacientovi vytvořit vhodné domácí prostředí, pomoci pacientovi s volbou vhodného zaměstnání, popřípadě k získání potřebné rekvalifikace. Vhodné je vyřešit sociální dávky, které mohou být ve formě finanční nebo věcné. Pokud to pacientův stav vyžaduje, zařizuje se i domácí ošetrovatelská péče společně s rehabilitací (Valenta, 2007). Z výzkumu Furtada et al. (2017), kde byly zkoumány zkušenosti pacientů po amputaci dolních končetin, vyplývá, že by pacienti uvítali, aby rehabilitační programy obsahovaly školení pro ně a jejich rodinné příslušníky v oblasti prevence pádů. Jak se správně přesunovat a pohybovat, aby se dalo úspěšně předcházet pádům i v domácím prostředí.

Čurdová a Vaňásková (2017) ve svém článku uvádí, že léčebná rehabilitace se dnes řídí podle platných standardů odborných společností. Jako příklad takového standardu lze uvést ten od Unie fyzioterapeutů České Republiky z roku 2016. Cílem tohoto standardu je nastavit určitou úroveň kvality fyzioterapie u pacientů, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny (UNIFY ČR, 2016).

Lokomoci a fyzickou schopnost pacientů po amputaci dolní končetiny hodnotí funkční testy. Tyto testy nejenže objasňují problém mobility a změnu soběstačnosti pacienta, ale mohou být také přínosem pro pacienta, protože mu poskytují zpětnou vazbu. V léčebné rehabilitaci se těší velké oblibě také, protože jsou nenáročné a rychlé na provedení (Čurdová a Vaňásková, 2017).

1.6 Ortopedická protetika u pacienta po amputaci dolní končetiny

Ortopedická protetika je interdisciplinárním oborem, který propojuje obory medicínské a technické. Zabývá se diagnostikou, indikací a aplikací ortopedicko-protetických pomůcek. Mezi základní cíle ortopedické protetiky lze zařadit konzervativní léčení vad pohybového ústrojí, a to jak vad vrozených, tak i získaných. Mezi další cíle lze zařadit udržení léčebných výsledků, kterých bylo dosaženo při operaci, a také nahradit funkční i anatomické defekty pohybového ústrojí. Ortopedická protetika spolupracuje při léčení

s různými chirurgickými obory, rehabilitací, fyzikálním lékařstvím, neurologií a dalšími. Při vývoji i výrobě ortopedicko-protetické pomůcky je důležitá spolupráce protetiků, biomechaniků, ale i antropologů (Krawczyk, 2011).

Tento obor má velmi bohatou historii. Vývoj protetických pomůcek probíhá již více jak 4000 let. Většina starověkých vyspělých kultur se zabývala protetikou. Dokazují to archeologické nálezy. Ty ukázaly, že první protézy dolní končetiny byly dřevěné, zpevňované bronzem a želem, pahýlové lůžko bylo tvarované a upevňovaly se opaskem. Ortopedická protetika se dobře rozvíjela i v českých zemích. Z novodobější historie jsou s vývojem oboru spojena jména českých i slovenských chirurgů či ortopedů, jako je například prof. Jehlička, který dokázal více propojit protetickou výrobu a péči s léčebnou i pracovní rehabilitací. Díky intenzivnějšímu rozvoji technických i vědních oborů dochází i k rozvoji protetiky (Matějček, 2014).

Ortopedická protetika zahrnuje další obory: protetická protetometrie, protetika, ortoptika, estetika, adjuvatika, kalceotika (Matějček, 2014). Protetika využívá při léčbě zevně aplikované protézy, které kompenzují somatický i funkční deficit (Gallo et al., 2011).

Protéza kosmeticky i funkčně nahrazuje ztracenou část těla. Je vždy stavěna podle potřeb pacienta, podle jeho fyzických a profesních předpokladů. Při stavbě by měl být brán ohled i na pacientovy záliby, například zda sportuje, v neposlední řadě je nezbytné posouzení jeho psychického a mentálního stavu (Matějček, 2014).

Matějček (2014) uvádí, že pro stavbu protéz se využívají materiály přírodní i syntetické. Pokud jsou použity materiály přírodní, bývají to nejčastěji kovy. Dnes jsou však více využívány materiály syntetické, a to především plasty, termoplasty a vyztužené plasty.

Půlpán (2011) rozděluje ve své knize dva typy protéz podle jejich konstrukce na endoskeletární a exoskeletární. Protézy endoskeletární využívají jako nosný prvek vnitřní trubkový systém. Naproti tomu protézy exoskeletární mají jako nosný prvek plášť protézy.

Matějček (2014) považuje za základní části protézy pahýlové lůžko a periferii protézy. Pohodlí celé protézy zajišťuje pahýlové lůžko, naproti tomu periférie protézy zaručuje mechanické vlastnosti celé pomůcky. Pahýlová lůžka lze rozdělit do tří skupin a to na

závěsná, semikontaktní a plně kontaktní. **Lůžka závěsná** jsou formována do tvaru amputovaného pahýlu. K zavěšení je využíváno přídavné závěsné zařízení. Takováto lůžka se dají snadno aplikovat i na pahýl, který má nezvyklý tvar. Nevýhodou je ztížená ovladatelnost lůžka. **Lůžka semikontaktní**, podobně jako závěsná, mají přídavná závěsná zařízení, která jsou ale vylepšená a tak semikontaktní lůžko umožňuje lepší ovládání celé protézy. Poslední **lůžka plně kontaktní** závěsné zařízení nemají. Dochází zde k plnému kontaktu s amputačním pahýlem a vzniká tak podtlak, ten je regulován podtlakovým ventilem. Známé jsou i dalších typy lůžek jako: silikonová, polyuretanová, gelová či lůžka ze směsných materiálů (Matějčíček, 2014)

Periférie určuje mechanické vlastnosti celé protézy (Matějčíček, 2014). Periférie se skládá z dílů náhradních a pomocných. Díly náhradní nahrazují ztracené části končetiny, naproti tomu díly pomocné zaručují lepší stabilitu. Části periférie jsou například protetický kyčelní, kolenní kloub či protetická chodidla. (Půlpán, 2011).

Matějčíček (2014) tvrdí, že to, jak se amputační pahýl tvaruje, závisí jednak na kvalitě ošetrovatelské péče, tak i na pooperační rehabilitaci. Pokud je tedy poskytována kvalitní péče, která umožňuje včasné zhojení operační rány, může se už po šesti týdnech od operace přistoupit k prvovybavení. Prvovybavení je první protetické vybavení pacienta, který podstoupil amputaci. Prvovybavení se od definitivního vybavení odlišuje pouze typem lůžka. K definitivnímu vybavení se přistupuje, až je amputační pahýl tvarově i funkčně stabilní (Matějčíček, 2014).

Protéza dolní končetiny musí zaručit stabilitu pacienta ve stoje i chůzi. Případný dyskomfort bývá způsoben nevhodným lůžkem. Protetické vybavení pacienta po amputaci dolní končetiny musí být perfektně vybalancováno, a to jak dlouhá osa protézy, tak i osy rotační v kyčelním, kolenním kloubu či rotace chodidla. Nejčastější chybou bývá rotace kolenního kloubu a protetického chodidla, při které dochází ke špatnému vedení celé protézy (Matějčíček, 2014).

1.7 Multidisciplinární tým

Bártlová (2013) uvádí, že se multidisciplinární péče se v českém zdravotnictví objevila až na konci minulého století. S rozvojem medicíny se mění i vztahy pracovníků, kteří mají různé kompetence. Kvalitní zdravotní péče tedy není možné dosáhnout bez multidisciplinárního přístupu. Mohauptová (2009) charakterizuje ve své knize multidisciplinární tým jako celek, který je jasně definovaný, je tvořen spolupracujícími

lidmi, kteří mají jasné daná pravidla, kompetence a role s charakteristickým procesem práce. Multidisciplinární tým nejčastěji tvoří lékař, sestra, fyzioterapeut, psycholog či sociální pracovník a další pracovníci s různým odborným zaměřením, podle potřeby klientů.

Švestková (2017) uvádí, že každé rehabilitační oddělení, jak ambulantní tak i lůžkové, by mělo splňovat minimální personální požadavky a multidisciplinární tým by se měl skládat z rehabilitačního lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, klinického logopeda, klinického psychologa, speciálního pedagoga, všeobecné sestry a sociálního pracovníka. Multidisciplinární tým spolupracuje i s dalšími odborníky. V takovémto týmu je důležitá koordinace činnosti a vedení pacientů. Po celou dobu hospitalizace pacienta by mělo být uplatňováno rehabilitační ošetřovatelství.

Dle Bártlové (2013) může multidisciplinární tým přispět k rozvíjení spolupráce mezi lékaři a dalším nezdravotnickým personálem na základě partnerského vztahu. Vzhledem k tomu, že pracovníci, kteří pracují v multidisciplinárním týmu, mají jeden společný cíl a spolupracují spolu na jeho dosažení, je jejich práce mnohem efektivnější. Toto potvrzuje i Chung et al. (2015), který ve svém výzkumu dokázal, že metody multidisciplinární péče jsou pro pacienty s chronickou ischemickou chorobou dolních končetin vhodné a více než dvojnásobně zlepšují jejich život bez nutnosti podstoupit amputaci dolní končetiny.

1.7.1 Spolupráce všeobecné sestry a fyzioterapeuta

Všeobecná sestra a fyzioterapeut jsou si při spolupráci rovnocennými partnery a ani jeden z nich není nadřazen druhému. Jsou to odborníci, kteří mají jiné kompetence, ale společný úkol - navrátit pacientovi co největší míru soběstačnosti (Benešová a Benešová, 2009).

Spojená akreditační komise (2013) uvádí příklady možné spolupráce sestry a fyzioterapeuta u níže zmíněných výkonů, které jsou prováděny nejen u pacienta po amputaci dolní končetiny. **Polohování:** Hlavním úkolem fyzioterapeuta je určit správnou polohu, čas a frekvence změny poloh během dne, navrhuje speciální pomůcky k polohování, provádí korekční polohování a instruktáž sester. Úkolem sester je provádět preventivní polohování při počínajících sekundárních změnách. U tohoto polohování se řídí doporučením a pokynů fyzioterapeuta. **Pasivní pohyby:** Terapie prováděná fyzioterapeutem umožňuje udržet maximální rozsahy v kloubech, protahují

se zkrácené struktury. Sestra by měla provádět pasivní pohyby v kloubech při manipulaci s pacientem. **Kondiční cvičení:** Fyzioterapeut s pacientem aktivně cvičí zdravé a pohyblivé části těla, nacvičuje s ním stabilitu i mobilitu. Zadává pacientovi úkoly, aby si cvičil i sám při jeho nepřítomnosti. Veškeré cvičení je nastaveno dle stanovené zátěže. Sestra poté motivuje pacienta, aby zadané úkoly plnil a opakoval je dle instrukcí fyzioterapeuta. Na zadané cvičení může i dohlížet. **Dechové cvičení:** V režii fyzioterapeuta jsou dechová gymnastika i různá dynamická dechová cvičení, o kterých by měl instruovat pacienta i sestry. Sestry se starají o hygienu dýchacích cest, pomáhají při vykašlávání, pravidelně větrají v pokoji pacienta, podávají inhalace dle ordinace lékaře, mohou provádět dohled nad dechovým cvičením v nepřítomnosti fyzioterapeuta. **Lokomoce a vertikalizace:** Fyzioterapeut realizuje s pacientem přechod do stoje, nacvičuje přesuny, chůzi, pohyb na vozíku, doporučí pacientovi pomůcky. Sestra provádí vertikalizaci na lůžku dle doporučení fyzioterapeuta, pacienta doprovází, pokud je jeho chůze nejistá, pomáhá při přesunech. Jedním ze společných cílů sestry a fyzioterapeuta je i **obnovení poškozených funkcí**. Fyzioterapeut k obnovení přispívá posilováním oslabených svalů, využívá speciální fyzioterapeutické metody. Pokud dojde k obnovení některých z poškozených funkcí či schopností pacienta, měl by o tom informovat sestru, která pak obnovené a zachované funkce využívá při běžných denních činnostech v rámci ošetrovatelské péče. Jako jeden z dalších cílů lze považovat **soběstačnost pacienta**. Fyzioterapeut s pacientem nacvičuje dovednosti přispívající k soběstačnosti, doporučuje kompenzační pomůcky a učí je pacienta správně používat. O všech nacvičených dovednostech fyzioterapeut informuje sestru. Ta poté vyžaduje dovednosti a aktivitu pacienta a tím ho vede k soběstačnosti. Pacient správně využívá kompenzační pomůcky doporučené fyzioterapeutem. V neposlední řadě je důležitá **edukace pacienta** (SAK, 2013).

Vzájemná spolupráce přináší klady jak sestře, tak i fyzioterapeutovi. Kladem pro sestry může být zdokonalená prevence imobilizačního syndromu, pravidelný životní rytmus pacienta, soběstačnost a sebeobsluha klienta, která zlepší a usnadní ošetrovatelskou péči. Na druhé straně fyzioterapeuti mohou využívat pro svoji práci schopnosti a možnosti pacienta, které získává díky odborným intervencím sestry (Benešová a Benešová, 2009).

1.7.2 Kompetence všeobecné sestry

Všeobecná sestra vykonává profesi dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. vydanou 14. března 2011, která hovoří o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška byla novelizována vyhláškou č. 391/2017 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odstavce 1 bez odborného dohledu a indikace. V souladu s diagnózou, kterou stanoví lékař nebo zubní lékař, všeobecná sestra poskytuje, popřípadě zajišťuje ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom vyhodnocuje potřeby, úroveň soběstačnosti pacientů, jejich onemocnění a rizikových faktorů. Sleduje a orientačně vyhodnocuje fyziologické funkce, jako je například krevní tlak, teplota, pulz, dech. Pozoruje, hodnotí a zaznamenává fyzický i psychický stav pacienta. Získává anamnézu, provádí odběr biologického materiálu, který byl získán neinvazivní cestou. Provádí odsávání sekretu z horních cest dýchacích a zajišťuje jejich průchodnost. Ošetřuje a hodnotí rány a stomie. Hodnotí a ošetřuje žilní vstupy (jak periferní, tak i centrální), stará se o jejich průchodnost. Provádí výplachy močového měchýře a pečuje o zavedené močové katétry u pacientů všech věkových kategorií. Ve spolupráci s fyzioterapeutem, ergoterapeutem a logopedem provádí prvky rehabilitační ošetrovatelství, především polohování, posazování, pasivní, dechová, kondiční cvičení nebo metody bazální stimulace. To vše za účelem prevence dalších poruch, které mohou být způsobeny imobilitou. Edukuje pacienty i jiné osoby figurující v ošetrovatelských postupech. Orientačně vyhodnocuje sociální situaci, ve které se pacient nachází. Zajišťuje všechny činnosti, které jsou spojené s přijetím, přesunem či propuštěním pacienta. Po stanovení smrti lékařem zajišťuje péči o tělo zemřelého. Zároveň poskytuje psychickou podporu umírajícímu i jeho blízkým. Sestra přejímá, ukládá a kontroluje léčivé přípravky, s kterými následně manipuluje a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Dle zákona 123/2000 Sb. přejímá, ukládá a kontroluje zdravotnické prostředky a prádlo. S těmito prostředky manipuluje, stará se o jejich dezinfekci a sterilizaci. Všeobecná sestra hodnotí kvalitu ošetrovatelské péče. Zajišťuje neustálou připravenost pracoviště. Doporučuje vhodné zdravotnické prostředky pro péči o chronické rány, stomie či inkontinenci. Dále sestra doporučuje vhodné kompenzační pomůcky, které zajistí mobilitu pacienta v domácím prostředí. Všeobecná sestra může vykonávat dle indikace lékaře či zubního lékaře činnosti v rámci

preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační, neodkladné, paliativní a dispenzární péče. Připravuje pacienty k výkonům, které indikoval lékař či zubní lékař. Tyto výkony pak sama provádí nebo u nich asistuje. Poskytuje ošetrovatelskou péči při a po těchto výkonech. Všeobecná sestra zejména zavádí periferní žilní katétrů pacientům, kteří jsou starší tří let. Dle zákona číslo 378/2007 Sb. podává léčivé přípravky, pokud nejde o radiofarmaka, nejde-li o nitrožilní injekce či infuze u pacientů do tří let. Zavádí inhalační a kyslíkovou terapii, o kterou se následně stará. Provádí screeningová vyšetření, odebírá krev a jiný biologický materiál, který následně vyhodnocuje, pokud jsou výsledky fyziologické, může stanovit termín další kontroly. Ošetřuje akutní a operační rány (toto zahrnuje péči o drény či drenážní systémy a kůži v průběhu radioterapie). Odstraňuje stehy u primárně se hojících ran a drény, pokud se nejedná drény hrudní či drény v oblasti hlavy. Všeobecná sestra provádí katetrizaci močového měchýře u žen a dívek, které jsou starší tří let, vyměňuje a ošetřuje tracheostomickou kanylu. Pokud je pacient starší deseti let a při vědomí, může zavádět gastrickou sondu, dále se stará o její průchodnost, ošetřuje ji a aplikuje enterální výživu. Provádí výplach žaludku, pokud je pacient při vědomí a starší deseti let. Asistuje při zahájení transfuzní přípravků, v průběhu aplikace ošetřuje pacienta a může ji ukončit. Všeobecná sestra může pod odborným dohledem lékaře či zubního lékaře aplikovat nitrožilně krevní deriváty. Dále zpracovává dentální materiály v ordinaci či vykonává činnost zubní instrumentárky (Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

1.7.3 Kompetence fyzioterapeuta

Fyzioterapeut vykonává profesi dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. vydanou 14. března 2011, která hovoří o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška byla novelizována vyhláškou č. 391/2017 Sb. ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Fyzioterapeut vykonává činnosti podle § 3 odstavce 1. v souladu s diagnózou, kterou stanovil lékař, a na základě vyšetření, které provedl sám fyzioterapeut, fyzioterapeutické postupy tak, aby dosáhl cíle, který stanovil lékař. Jedná se zejména o níže uvedené činnosti. Fyzioterapeut provádí vyšetření, která jsou nezbytná pro další postup ve fyzioterapii. Jedná se především o anamnézu, vyšetření postury, pohybového systému či jednotlivých tělesných segmenů nebo dechové funkce. Tato vyšetření jsou prováděna především za pomoci manuálních postupů, měření, specifických postupů či

přístrojových diagnostických metod. Provádí komplexní kineziologické vyšetření. Diagnostikuje funkční poruchy pohybového systému, bolestivých a spoušťových bodů. Provádí algeziologické vyšetření, škálové hodnocení spasticky a jiných neurologických projevů. Analyzuje běžné denní činnosti, a to z hlediska fyzioterapie. Fyzioterapeut také provádí cílené ergonomické vyšetření. Podílí se ve spolupráci s ergoterapeutem na ergodiagnostice k hodnocení pracovního potenciálu, kterou indikoval lékař. Na základě fyzioterapeutické diagnózy fyzioterapeut stanoví individuální fyzioterapeutický plán, který se dělí na krátkodobý a dlouhodobý. Aplikuje podle aktuálního stavu pacienta fyzioterapeutické a kinezioterapeutické metody. Cíleně ovlivňuje funkce dalších systému i psychických funkcí a to pomocí pohybu a dalších fyzioterapeutických metod. Hodnotí funkční potenciál pacienta a následně doporučuje kompenzační pomůcky, které odpovídají stavu pacienta. Aplikuje metody fyzikální terapie, balneologické procedury a hodnotí výsledný efekt fyzioterapeutické péče. Bez odborného dohledu a indikace může fyzioterapeut provádět prevenci, edukovat či provádět poradenství za účelem udržení nebo obnovení pohybových funkcí. Dále školí zdravotnické pracovníky, kteří jsou způsobilí poskytovat ošetrovatelskou péči v rámci rehabilitačního ošetrovatelství, a to především v oblasti prevence imobilizačního syndromu. Doporučuje úpravy bydliště a pracoviště pacientů. Seznamuje pacienty s možnostmi sociální péče. Podobně jako všeobecná sestra může přejímat, ukládat a kontrolovat léčivé přípravky. Může s nimi následně manipulovat a zajišťuje dostatečnou zásobu těchto přípravků. Dle zákona 123/2000 Sb. přejímá, ukládá a kontroluje zdravotnické prostředky a prádlo. Může manipulovat s těmito prostředky, zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a zajišťuje jejich dostatečnou zásobu. Fyzioterapeut bez odborného dohledu, ale na základě indikace lékaře, provádí specializované diagnostické postupy pro vyšetření pohybového systému. Jedná se zejména o polyelektromyografii, posturografii. U pacientů, kde dochází k reálnému riziku selhání životních funkcí, aplikují fyzioterapeutické postupy. Pomocí pokročilé rehabilitační přístrojové technologie aplikují kinezioterapii a fyzioterapeutické postupy (Vyhláška č. 55/2011 Sb., Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

V této kapitole se budeme zabývat určenými cíli a výzkumnými otázkami, které jsme si pro naši bakalářskou práci vytýčili.

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem se sestry zapojují do rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolních končetin.

Cíl 2: Zjistit, v čem spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin.

Cíl 3: Zjistit, co je problémem ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin.

2.2 Výzkumné otázky

V souvislosti se stanovenými cíli bakalářské práce jsme zvolili následující výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem se zapojují sestry do rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolních končetin?

Výzkumná otázka 2: V čem spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin?

Výzkumná otázka 3: Jaké jsou potencionální problémy ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část bakalářské práce byla s ohledem na stanovené cíle zpracovávána metodou kvalitativního šetření. Výzkumnými metodami byly zvoleny polostrukturovaný rozhovor a přímé a zúčastněné pozorování. Výzkumné šetření bylo provedeno v jedné z nemocnic v Jihočeském kraji na oddělení chirurgickém, rehabilitačním a na oddělení traumatologickém se souhlasem hlavní sestry nemocnice a vrchních sester výše uvedených oddělení. S ohledem na zachování anonymity není souhlas součástí bakalářské práce.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

V bakalářské práci byl pro výzkumné šetření zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tuto metodu jsme zvolili kvůli jeho názornosti a možnosti zjistit komplexní informace v dané oblasti. Tyto rozhovory byly vedeny s 15 respondenty. Z toho pět sester a pět fyzioterapeutů pracujících s pacienty po amputaci dolní končetiny. Zbýlých pět respondentů byli pacienti, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny. Před zahájením samotného výzkumného šetření jsme sestavili otázky pro rozhovor, které vycházely z výše stanovených cílů. Také jsme se obrátili na hlavní sestru nemocnice s žádostí o povolení výzkumného šetření přes emailovou komunikaci. Hlavní sestra naší žádosti vyhověla a odkázala nás na vrchní sestry oddělení, na kterých naše výzkumné šetření mělo probíhat. Ty s naším výzkumným šetřením také souhlasily. Jak již bylo výše zmíněno, souhlas s výzkumným šetřením není součástí bakalářské kvůli zachování anonymity.

Každý z respondentů byl před zahájením rozhovoru seznámen s účelem rozhovorů a ujistěn o tom, že celý výzkum probíhá v anonymitě. Rozhovory byly na místě přepisovány ručně a poté přepsány do elektronické podoby. Rozhovory trvaly obvykle 30 minut. Sestrám bylo položeno 31 otázek. Fyzioterapeutům bylo položeno 22 otázek a pacientům po amputaci 13 otázek. Všem třem skupinám respondentů byly položeny základní identifikační otázky. U sester a fyzioterapeutů jsme se dotazovali na to, v čem podle nich spočívá jejich vzájemná spolupráce, jak se do spolupráce zapojují, jaké mají potencionální překážky ve spolupráci. Pacienti byly dotazováni na to, jestli při jejich hospitalizaci sestry a fyzioterapeuti spolupracovali a jestli jim tato spolupráce byla přínosem.

3.1.2 Charakteristika přímého zúčastněného pozorování

V bakalářské práci bylo pro výzkumné šetření zvoleno přímé zúčastněné pozorování. Toto pozorování bylo zaměřeno na předávání informací mezi sestrami a fyzioterapeuty z rehabilitačního oddělení, se kterými byly vedeny i polostrukturované rozhovory. Před samotným pozorováním jsme si vytýčili body, podle kterých pozorování probíhalo. V průběhu pozorování byla naše zjištění zaznamenávána do pozorovacího archu, který je k práci přiložený. Tato zjištění byla následně vyhodnocena a výsledky zařazeny do příslušné kategorie.

3.1.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek tvoří 15 respondentů. Z tohoto výzkumného vzorku je pět sester. Dvě sestry z oddělení chirurgického, dvě sestry z oddělení traumatologického a jedna sestra z rehabilitačního oddělení. Dále pět fyzioterapeutů, kteří byli vybráni podobně, jako sestry ze stejných oddělení, abychom mohli jejich spolupráci porovnat i z pohledu fyzioterapeuta. Jedná se tedy o dva fyzioterapeuty z chirurgického oddělení, o dva fyzioterapeuty z oddělení traumatologického a o jednoho fyzioterapeuta z oddělení rehabilitačního. Ve výzkumném vzorku se nachází i pět pacientů, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny. Výzkumné šetření probíhalo od března do dubna 2018.

Tabulka č.1 –Identifikace respondentů sestry

Respondent	Délka praxe	Oddělení	Délka praxe na tomto oddělení	Vzdělání
S1	20 let	Chirurgické oddělení	15 let	Středoškolské s maturitou
S2	10 let	Chirurgické oddělení	10 let	Vyšší odborné
S3	16 let	Traumatologické oddělení	10 let	Středoškolské s maturitou
S4	13 let	Rehabilitační oddělení	7 let	Vysokoškolské bakalářské
S5	7 let	Traumatologické oddělení	7 let	Vyšší odborné + specializace pro intenzivní péči

Zdroj: Vlastní

S je označení pro sestru. První sestra bude mít označení S1, jako sestra pracuje 20 let. Nyní je zaměstnána na chirurgickém oddělení, na kterém působí už 15 let. Má středoškolské vzdělání s maturitou. Druhá sestra bude označována jako S2, jako sestra pracuje 10 let. Nyní je zaměstnaná na chirurgickém oddělení, na kterém pracuje celou délku svojí praxe, tedy 10 let. Její nejvyšší dosažené vzdělání je vyšší odborné. Třetí sestra ponese označení S3, jako sestra pracuje 16 let a je zaměstnaná na traumatologickém oddělení, kde působí 10 let. Její vzdělání je středoškolské s maturitou. Čtvrtá sestra bude označována S4, jako sestra pracuje 13 let z toho 7 let na rehabilitačním oddělení, kde je zaměstnaná nyní. Má vysokoškolské vzdělání, bakalářské. Poslední, pátá sestra, bude označována S5. Pracuje, jako sestra 7 let. Celou její praxi pracuje na traumatologickém oddělení a její vzdělání je vyšší odborné. Dále má specializaci pro intenzivní péči.

Tabulka č. 2 – Identifikace respondentů fyzioterapeuti

Respondent	Délka praxe	Oddělení	Délka praxe na tomto oddělení	Vzdělání
F1	3,5 roku	Chirurgické oddělení	3,5 roku	Vysokoškolské bakalářské
F2	8 let	Chirurgické oddělení	8 let	Vysokoškolské magisterské
F3	12 let	Traumatologické oddělení	12 let	Vysokoškolské bakalářské
F4	4,5 roku	Traumatologické oddělení	4,5 roku	Vysokoškolské bakalářské
F5	5 let	Rehabilitační oddělení	5 let	Vysokoškolské bakalářské

Zdroj: Vlastní

F je označení pro fyzioterapeuta. První fyzioterapeut bude označen F1. Jako fyzioterapeut pracuje po dobu 3,5 roku. Nyní je zaměstnán na chirurgickém oddělení, kde pracuje celou délku svojí praxe. Má vysokoškolské vzdělání bakalářské. Druhý fyzioterapeut ponese označení F2. Tento fyzioterapeut je zaměstnán na chirurgickém

oddělení již 8 let, což je i délka jeho celé fyzioterapeutické praxe. Vystudoval vysokou školu v magisterském stupni. Fyzioterapeut číslo 3 bude označován, jako F3. Délka jeho praxe činí 12 let. Po celou dobu pracuje na traumatologickém oddělení a jeho vzdělání je vysokoškolské bakalářské. Čtvrtý fyzioterapeut, označen F4, je fyzioterapeutem 4,5 roku. Stejně dlouhou dobu pracuje na traumatologickém oddělení, kde je nyní i zaměstnán. Vystudoval vysokou školu s titulem bakalář. Poslední, pátý fyzioterapeut, označený F5, je fyzioterapeutem pět let. Pracuje na rehabilitačním oddělení po dobu pěti let. Je vysokoškolsky vzdělaný, bakalář.

Tabulka č. 3 – Identifikace respondentů pacientů

Respondent	Věk/ pohlaví	Doba uplynutá od amputace	Důvody vedoucí k amputaci dolní končetiny	Hospitalizován na oddělení
P1	46 let/ Muž	7,5 let	Onkologické onemocnění	Chirurgická JIP, chirurgie, onkologie, rehabilitační, ortopedie
P2	48 let/ Muž	9 let	Autonehoda	ARO, traumatologie, Plastická a rekonstrukční chirurgie
P3	8 let/ Žena	7 let	Onkologické onemocnění	Dětské oddělení
P4	26 let/ Žena	10 měsíců	Meningoková meningitida	Infekční JIP
P5	64 let/ Muž	3 roky	Komplikace diabetu mellitu	Chirurgie, rehabilitace

Zdroj: Vlastní

P je označení pro pacienta. JIP je označení pro jednotku intenzivní péče. ARO je označení pro anesteziologicko resuscitační oddělení. První pacient bude označen P1. Tento pacient je muž ve věku 46 let. Amputaci podstoupil před 7,5 lety z důvodu onkologického onemocnění. Kvůli amputaci byl hospitalizovaný na chirurgické jednotce intenzivní péče, na onkologickém oddělení, rehabilitačním oddělení a oddělení ortopedie. Druhý pacient ponese označení P2. Tomuto pacientovi je 48 let a je muž.

Před 9 lety přišel o dolní končetinu při autonehodě. Následně byl hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, traumatologii a na oddělení plastické chirurgie. Třetí pacient je označen P3. Jedná se o osmiletou dívku, která podstoupila amputaci před 7 lety v důsledku onkologického oddělení. Hospitalizovaná byla na dětském oddělení. Čtvrtý pacient bude označen jako P4. Tímto pacientem je žena ve věku 26 let, která podstoupila amputaci před 10 měsíci kvůli meningokové meningitidě. Byla hospitalizovaná na Infekční jednotce intenzivní péče. Poslední pacient bude označován P5. Je jím muž ve věku 64 let, který před 3 roky podstoupil amputaci kvůli komplikacím diabetu mellitu. Byl hospitalizován na chirurgickém a rehabilitačním oddělení.

4 Výsledky

4.1 Kategorizace rozhovorů s respondenty

1. Hospitalizace pacientů po amputaci dolní končetiny
2. Role zdravotnických pracovníků v péči o pacienta po amputaci dolní končetiny.
3. Dostupnost fyzioterapeutů na oddělení
4. Možnosti spolupráce sestry a fyzioterapeuta
5. Předávání informací
6. Zapojení sestry do spolupráce sestry a fyzioterapeuta
7. Potencionální překážky a problémy ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta
8. Hodnocení spolupráce sestry a fyzioterapeuta

1. Hospitalizace pacientů po amputaci dolní končetiny

V této kategorii byli sestry i fyzioterapeuti dotazováni na to, jak často se na svých odděleních setkávají s pacienty po amputaci dolní končetiny, z jakých důvodů byla hospitalizovaným pacientům amputována dolní končetina a jaká je průměrná délka hospitalizace těchto pacientů na jejich oddělení. Pacienti odpovídali na to, z jakého důvodu jim byla amputována dolní končetina a na jakých odděleních byli kvůli amputaci hospitalizováni. Dvě sestry (S1, S2), které pracují na oddělení chirurgickém, se shodly na tom, že pacienty po amputaci dolní končetiny hospitalizují často. „Vzhledem k tomu, že pracuji na stanici, kde se amputovaní pacienti většinou hospitalizují. Je jich dost. Je to pro mě těžké odhadnout, ale troufám si říct, že okolo těch 20 nám pod rukama určitě projde.“ uvedla sestra S1. Toto tvrzení svojí odpovědí potvrdila i druhá chirurgická sestra S2, která odpověděla: „Máme jich u nás doopravdy dost. Myslím, že okolo 10 určitě.“ Podobné počty hospitalizovaných pacientů potvrdili i dva fyzioterapeuti (F1, F2), kteří dochází na chirurgické oddělení. „Na chirurgii je hospitalizováno dost lidí po amputaci, setkám se tak asi s 15 pacienty po amputaci během půl roku.“, odpověděl fyzioterapeut F1. Fyzioterapeut F2 uvedl: „Setkám se asi s desíti pacienty.“ Dva pacienti (P1, P5) uvedli chirurgické oddělení jako jedno z oddělení, na kterém byli hospitalizováni. „Po amputaci jsem byl hospitalizovaný na chirurgické jednotce intenzivní péče, odtud jsem byl přeložen na klasickou chirurgii...“, odpověděl pacient P1. „Po amputaci jsem ležel na chirurgickém oddělení...“ (P5). Sestry

z traumatologického oddělení uvedly počet hospitalizovaných pacientů nižší než na chirurgii. „*Je to různé. Někdy během půl roku hospitalizujeme dva, někdy pět, někdy žádné*“, uvedla sestra S3. Další sestra z traumatologie (S5) odpověděla: „*Je to velmi různé, ale přibližně to jsou 1 – 2 pacienti.*“ Fyzioterapeuti, kteří pracují na stanicích traumatologického oddělení, potvrzují čísla hospitalizovaných pacientů, které uvádí i sestry. Jejich odpovědi: „*Záleží jak kdy, ale moc jich není tak třeba 5.*“ (F3). „*Úrazů, které vedou k amputaci, jsou spíš vzácné, ale hospitalizujeme jich okolo 3 během půl roku. Je to dost nárazové.*“ (F4). Pouze pacient P2 uvedl, že byl hospitalizován na traumatologii. Jeho odpověď: „*Obešel jsem toho celkem dost. ARO, traumatologie...*“ Sestra (S4) a fyzioterapeut (F5), kteří pracují na rehabilitačním oddělení, shodně odpověděli, že počet hospitalizovaných pacientů po amputaci dolní končetiny není moc vysoký. Jako důvod nízkého počtu hospitalizovaných pacientů po amputaci dolní končetiny uvedli překlad těchto pacientů na jiná oddělení než rehabilitační. K tomuto tvrzení dokládáme jejich odpovědi. „*U nás jich moc není. Většinou jsou hospitalizováni k doléčení a rehabilitaci na oddělení následné péče. Takže když hodně, tak 5 pacientů.*“ (S4). „*Na rehabilitačním se setkáme přibližně s 3-5 pacienty během půl roku. U nás jdou po amputaci většinou překladem na oddělení následné péče, kde se o ně starají rehabilitační pracovníci, co pracují na oddělení následné péče.*“ (F5) Pouze jediná pacientka (P4) nebyla hospitalizovaná na rehabilitačním oddělení. „*Byla jsem hospitalizovaná na infekční JIP. Potom jsem navštěvovala fyzioterapeuta a ortopedického protetiky už ambulantně.*“, odpověděla. Jako nejčastější důvod pro amputaci u pacienta, který je hospitalizovaný na chirurgii, 2 sestry (S1, S2) uvedly komplikace diabetu mellitu a ischemii tepen. Sestra (S1) dodala: „*...Méně často kvůli onkologickému onemocnění nebo traumata.*“ Sestry z traumatologie (S3, S5) se nejčastěji setkávají s amputovanými pacienty, kteří byli účastníci nějaké dopravní metody nebo přišli k pracovnímu úrazu. „*Nejčastěji se jedná o traumata vzniklá při autonehodách. Velmi často také pracovní úrazy.*“, uvedla sestra (S5). Sestra (S4), která pracuje na rehabilitačním oddělení, odpověděla, že se na jejím oddělení může setkat s pacienty, kteří podstoupili amputaci z různých důvodů. „*Bývá to taková všehochuť. Často jako komplikace diabetu nebo ischemie tepen. Setkala jsem se i s pacientem po traumatu, nebo byl po amputaci kvůli onkologickému onemocnění.*“ (S4). Dva z námi dotazovaných pacientů (P1, P3) podstoupili amputaci kvůli onkologickému onemocnění. Pacient P2 byl účastníkem autonehody, jejíž následky vyžadovaly amputaci dolní končetiny. Pacient P4 podstoupil amputaci kvůli meningokové

meningitidě a pacient P5 kvůli komplikacím diabetu mellitu. Na délce hospitalizace pacientů po amputaci dolní končetiny se sestry i fyzioterapeuti shodují. Jedná se ve většině o časový horizont 2-3 týdnů. Pouze sestra (S5), která pracuje na traumatologické jednotce intenzivní péče, uvedla délku hospitalizace kratší než ostatní, a to na 2-3 dny. „...*Doba jejich hospitalizace se odráží, od toho jaká další poranění mají a na jejich celkovém stavu. Pokud to stav dovoluje, překládáme na naše standardní oddělení.*“, dodala.

2. Role zdravotnických pracovníků v péči o pacienta po amputaci dolní končetiny.

Tato kategorie se zabývala péčí, kterou sestry a fyzioterapeuti poskytují pacientům po amputaci dolní končetiny. Sestry i fyzioterapeuti byli dotazováni na to, co je jejich úkolem u takovýchto pacientů. Sestry dále odpovídaly, jestli mají s některými výkony, které provádí u amputovaných pacientů, problém, nebo jestli se v rámci péče o amputovaného pacienta setkaly s výkonem, který neovládaly. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) provádí u amputovaných pacientů podobné výkony. Toto tvrzení podkládáme několika jejich odpověďmi. „*Pacientům po amputaci je potřeba poskytnou pooperační péči, pomoc s hygienou, pomáháme s vyprazdňováním. Co se týče stravy, tak to většinou zvládají sami. Podáváme pacientům jejich léky, podle toho co mají předepsáno. Každý den převazujeme pooperační ránu. Polohujeme pacienty, pokud to nedokážou sami...*“ (S1). „*Poskytujeme pooperační péči. Pomáháme pacientům se vším, co samotní nezvládnou. To je samozřejmě hygiena, vyprazdňování. Podle mého je naším nejdůležitějším úkolem pravidelně převazovat operační ránu a bandážovat pahýl.*“ (S2). „*Určitě převazy amputačního pahýlu. Podáváme medikaci...*“ (S4). Sestry (S1, S3, S4) poukázaly na jejich další důležitý úkol a to na to motivaci pacienta. „...*Snažíme se myslet i na psychickou stránku. Popovídat si s pacientem, povzbudit ho, motivovat ho k tomu, aby myslel pozitivně. Přece jenom, někteří pacienti to, že přišli o nohu, nesou velmi špatně....*“, uvedla sestra S1. „...*Určitě se taky snažíme motivovat pacienta a umožnit mu co nejrychlejší a nejlepší navrácení do jeho běžného života. Často jsou u nás pacienti, kteří ztrátu končetiny nesou hodně špatně. Je to o dost jiné než pacient, který podstupuje amputaci kvůli diabetu. Ten má čas se s tím smířit.*“, doplnila sestra S3, která pracuje na traumatologii. „...*Motivujeme pacienta, aby se aktivně snažil co nejrychleji zrehabilitovat a vrátit se do normálního života.*“, potvrdila sestra S4. Sestry (S3, S5) neuvedly žádný výkon, který by jim činil potíže při péči o pacienta po amputaci dolní končetiny. Sestra S2 také uvedla, že nyní už nemá s žádným

výkonem problém. Nicméně poukázala na problém s převazy vysokých amputací. „...Každopádně vysoké amputace se vážou hodně špatně. Vše se posouvá a padá. Je s tím hodně práce.“, řekla. Převazy vysokých amputací jako výkon, který sestřám činí problém, uvedly ještě sestry S1 a S4. Sestra S4 odpověděla: „Myslím, že každá sestra, když se setká s vysokou amputací, tak se trochu orosí. Udělat totiž kvalitní převaz a bandáž, aby pacientovi nesjížděla a pahýl nezaškrcovala, je otázka několika let praxe a zručnosti.“ „...No a já vnímám, jako velký problém ještě, když pacient má nebo dostane MRSU. Vše se špatně hojí a i nám sestřám to přidělová spoustu práce.“, dodala sestra S1. Fyzioterapeuti popsali péči, kterou poskytují pacientům po amputaci dolní končetiny následovně. „Mým úkolem je péče o jizvu, ošetření měkkých tkání, LTV pro zlepšení prokrvení, pohyblivosti a svalové síly pahýlu, nácvik přetáčení, sedání, stoje o berlích. Sekundárním účinkem LTV je také lepší vyprazdňování.“ (F1). „Snažíme o kompenzaci deficitu jedné nebo obou DKK a navrácení se do běžného života s co nejmenším omezením, podle důvodu k amputaci (trauma/plánovaná amputace...) a výšky amputace, fyzických schopností atd. určujeme postup, na kterém potom společně pracujeme.“ (F2). „Cvičíme s pacienty ke znovuzískání soběstačnosti a pomáháme jim naučit se běžné denní aktivity bez pomoci. Dále pomáháme s výběrem a zařízením kompenzačních pomůcek.“ (F3). „Polohování, LTV, techniky měkkých tkání, nácvik lokomoce, výběr kompenzační pomůcky, odkázání na sdružení, které amputářům poskytují rady a pomoc.“ (F4). Fyzioterapeut F5 považuje za svůj úkol „Zvolit takový postup, který pacienta co nejdříve vrátí do běžného života.“

3. Dostupnost fyzioterapeutů na oddělení

V této kategorii jsme se zabývali tím, jestli jsou fyzioterapeuti přítomní přímo na oddělení nebo na oddělení dochází, kolik je jich na oddělení k dispozici nebo kolik jich dochází. Na tyto otázky nám odpovídaly sestry. Sestry z chirurgického oddělení (S1, S2) odpověděly, že k nim fyzioterapeuti dochází. „Podle mě k nám na oddělení dochází, ale pořád stejný člověk. Takže asi máme našeho fyzioterapeuta, ale přichází k nám. Nemají u nás na oddělení nějakou místnost, kde bychom je zastihli celý den.“, uvedla sestra S1. „Dochází k nám.“, potvrdila sestra S2. Tři sestry (S3, S4, S5) odpověděly, že mají fyzioterapeuty přímo na oddělení. Tyto sestry jsou z oddělení traumatologického a oddělení rehabilitačního. Jejich odpovědi: „My máme fyzioterapeuty k dispozici přímo u nás na oddělení.“ (S3). „Ano, máme je přímo k dispozici na oddělení.“, potvrdila sestra S5 z traumatologického oddělení. „Na rehabilitačním jsou fyzioterapeuti vždy

k dispozici přímo na oddělení.“ (S4). Čtyři sestry (S1, S2, S3, S5) uvedly, že na svém oddělení mají k dispozici jednoho fyzioterapeuta. Pouze sestra S4 má na svém oddělení k dispozici více fyzioterapeutů, než je tomu na jiných odděleních. *„Máme k dispozici čtyři fyzioterapeuty.“*, uvedla.

4. Možnosti spolupráce sestry a fyzioterapeuta

V této kategorii nám sestry a fyzioterapeuti odpovídali na to, v čem podle nich spočívá jejich vzájemná spolupráce. Tyto představy jsme poté porovnali s odpověďmi pacientů, kteří nám odpovídali na to, zda zaznamenali při své hospitalizaci spolupráci sestry a fyzioterapeuta a pokud ano, v čem tato spolupráce spočívala. Sestry (S2, S3, S4, S5) se shodují v tom, že spolupráce s fyzioterapeutem z velké části spočívá ve vzájemné komunikaci a informovanosti. *„Spolupráci mezi námi a fyzioterapeuty by podle mě měla fungovat tak, že si s fyzioterapeutem poskytnu informace o pacientovi, které nám pak vzájemně pomůžou v péči.“*, uvedla sestra S2. *„Podle mě spolupráce spočívá v předávání dostatečných informací, abychom věděli, co se kdy s pacientem děje a jaké jsou pokroky nebo zhoršení.“* (S3). *„Spolupráce spočívá ve vzájemné domluvě. Sestry i fyzioterapeuti musí být podrobně informováni o stavu pacienta. Taký je to o vzájemné pomoci.“*, dodala sestra S4. Sestra S5 odpověděla: *„Naše spolupráce primárně spočívá v komunikaci, co nejrychlejší aktivizaci a mobilizaci pacienta.“* Sestra S1 považuje za základní kámen spolupráce mezi sestrami a fyzioterapeutem ochotu a to nejenom ze stran sester a fyzioterapeutů, ale i pacienta. Její odpověď: *„...Všechno to podle mě je v ochotě lidí. Jak na straně sester, tak ale i fyzioterapeutů. Musí spolupracovat i pacient. Jenže ono je to složité, když máte na starost tolik věcí na oddělení, někdy si ani nevšimnete, že fyzioterapeut byl na oddělení. Takže ta naše spolupráce dost vážne.“* Podle fyzioterapeutů (F1, F2, F4) spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta v předávání si informací. *„V předávání informací, díky kterým můžeme zlepšit naši péči.“*, odpověděl fyzioterapeut F2. Fyzioterapeut F1 dodal: *„Spolupráce fyzioterapeuta a sestry spočívá v předávání si informací z obou pohledů a respektování důležitosti obou těchto složek v péči o pacienta. Konkrétní spolupráce je například polohování, avšak jistá míra spolupráce je potřeba ve všech našich postupech.“* Fyzioterapeut F4 uvedl, že vedle předávání informací spočívá spolupráce i v jednotném postupu, na kterém se sestry i fyzioterapeuti domluví. *„Sdílení informací o pacienta a zvolení jednotného postupu polohování, přesunů a dalších činností, u kterých spolupracujeme.“* (F4). Jednotný postup ve své odpovědi zmínil i fyzioterapeut F3. Ten uvedl: *„Naše*

spolupráce by měla spočívat v plánování společného postupu, který bude výhodný pro pacienta i pro nás.“ Fyzioterapeut F5 uvedl, že pro spolupráci sestry a fyzioterapeuta je důležité si uvědomit, že mají sestra i fyzioterapeut společný cíl. *„Musíme si uvědomit, že máme společný cíl, takže spolupráce spočívá ve společném určení cíle a jeho realizaci.“* (F5). Čtyři námi dotazovaní pacienti (P1, P3, P4, P5) spolupráci sestry a fyzioterapeuta zaznamenali. Podle pacienta P1 spolupráce, kterou zaznamenal při své hospitalizaci, spočívala hlavně v komunikaci. *„Ano zaznamenal jsem to. Přesně si to už nepamatuji, ale vím, že spolu hodně mluvili, jak na tom jsem, jak se cítím. Až jsme docvičili s fyzioterapeutem, šel říct sestřičkám, jak mi to šlo. Takže asi hlavně v tom, jak spolu komunikovali.“*, uvedl. Spolupráci sestry a fyzioterapeuta, která spočívala v komunikaci, zaznamenal i pacient P3. Ten uvedl: *„Ano zaznamenala jsem spolupráci. Podle mě jde hlavně o komunikaci mezi sestrou a fyzioterapeutem. V tom asi spočívala největší část jejich spolupráce.“* Pacient P4 také zaznamenal spolupráci, která spočívala v komunikaci sestry a fyzioterapeuta. *„Ano, spolupráce sestry a fyzioterapeuta jsem si vědomá. Na infekční JIPce spolu vždy řešili můj stav v daný den, jak se cítím, jaké vyšetření jsem podstoupila, jak dopadla a třeba i co mě ten den čeká za další vyšetření. Taky se fyzioterapeut domlouval se sestrou, co se mnou může provádět za cviky. Byla jsem připojená na spoustu přístrojů, a tak to bylo trochu složitější.“*, odpověděl. Pacient P5 zaznamenal spolupráci sestry a fyzioterapeuta u péče o amputovaný pahýl. Jeho odpověď: *„Spolupracovali. U mě hlavně v péči o amputační pahýl. Sestra bandážovala, starala se o ránu a prováděla hygienu. Fyzioterapeut se zase staral o masáže pahýlu, míčkování a tak dál. Byl jsem svědkem toho, že se u mě sešli oba dva a stav pahýlu konzultovali přímo u mě. Jak to vypadá, co by mohli udělat lépe.“* Pouze jediný pacient P2 spolupráci sestry a fyzioterapeuta nezaznamenal. Jedná se o pacienta, který podstoupil amputaci v důsledku traumatu. Byl účastníkem dopravní nehody. Jeho odpověď: *„Nezaznamenal. Možná, že v té době mi to přišlo jako úplně nepodstatná věc. Měl jsem jiné starosti.“*

5. Předávání informací

Tato kategorie byla zaměřena na předávání informací ve dvou rovinách, a to na předávání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem a na to, jak předávají informace sestry a fyzioterapeuti pacientům. Fyzioterapeuti a sestry byli dotazováni na to, jestli si předávají informace, kde a kdy si je předávají, co za informace si předávají, jestli jsou předané informace dostatečné, případně jak předávání informací podle nich zlepšit a na to, v čem jim předané informace pomáhají. Do této kategorie byly zařazeny i výsledky přímého zúčastněného pozorování na rehabilitačním oddělení. Sestry z chirurgického oddělení (S1, S2) uvedly, že k předání informací mezi nimi a fyzioterapeuty dojde jenom tehdy, když si o ně někdo sám aktivně řekne. *„K předání informací dojde, jen pokud si o ty informace fyzioterapeut nebo sestra řeknou. Nefunguje to, jako když si předávají službu sestry mezi směny.“* (S1). *„Předáme si informace, jen když si o ně někdo sám aktivně řekne.“* (S2). Fyzioterapeuti z chirurgického oddělení (F1, F2) potvrdili tvrzení sester S1 a S2. *„Ano, ale ne automaticky, nepředáváme si směnu.“* (F1). *„Předáme si jen základní informace, ale ne vždy.“* (F2). Na traumatologickém oddělení podle sester S3 a S5 k předání informací s fyzioterapeuty většinou dochází. *„Ano dochází, ale mohlo by to být lepší z obou stran.“*, uvedla sestra S3. *„Většinou k předání informací mezi námi a fyzioterapeuty dojde. Někdy je ale moc práce a k předání prostě nedojde.“*, dodala sestra S5. Tyto odpovědi potvrdili i fyzioterapeuti F3 a F4, kteří pracují na traumatologickém oddělení stejně jako sestry S3 a S5. *„Ve většině případů si předáváme informace, jedná se ale o základní informace.“* (F3). *„Ano, základní informace.“*, potvrdil fyzioterapeut F4. Na oddělení rehabilitačním si podle sestry S4 i fyzioterapeuta F5 předávají informace pravidelně. *„Ano u nás vždycky předtím, než jde fyzioterapeut cvičit, přijde se zeptat, jak na tom pacient je. Když docvičí, dojde na sesternu a sdělí nám, jak to šlo, co bychom s pacientem měli dělat my. Jak k němu přistupovat.“*, uvedla sestra S4. Fyzioterapeut F5 toto tvrzení potvrdil: *„Ano, informace si předáváme vždy před cvičením a po cvičení.“* Na otázku, kdy a kde dochází k předání informací, odpověděla sestra S1 následovně. *„Vím, že by to mělo probíhat, než jde fyzioterapeut rehabilitovat a po rehabilitačním cvičení. Realita je taková, že si předáme letmé informace, když se vzájemně zastihneme. ...Ve většině to dopadne tak, že si řekneme mezi sebou informace někde na chodbě či na sesterně, kde se zrovna potkáme.“* Její kolegyně sestra S2 uvedla, že když k předání informací mezi ní a fyzioterapeutem dojde, je to většinou před rehabilitací, kdy poskytuje informace

hlavně ona fyzioterapeutovi. „*Informace si předáme na sesterně nebo tam, kde se potkáme.*“, dodala. Předání informací pouze před zahájením rehabilitace popsala i sestra S5 z traumatologického oddělení. „*Předáváme si informace každý den před zahájením rehabilitace.*“, uvedla a ještě dodala: „*Vzhledem k tomu, že pracuji na JIP, tak si to většinou sdělujeme rovnou „na pokoji“. Stane se, ale že i na inspekci.*“ Druhá sestra z traumatologie (S3) však uvedla, že si informace s fyzioterapeutem sdělují před zahájením rehabilitace i po rehabilitaci, a to na pokoji pacienta nebo na sesterně. Podobné předání informací popsala i sestra z rehabilitačního oddělení (S4). „*Před cvičením, po cvičení, Kdykoliv v průběhu dne, kdy fyzioterapeut dojde na sesternu a řešíme společně stav pacienta. Hodně věcí se dozvím také u vizity.*“ Jako místo, kde si tyto informace předávají, uvedla sesternu, pokoj pacienta a chodbu. Fyzioterapeuti F1 a F2 z chirurgického oddělení uvedli, že informace předávají kdykoliv během dne, když se potkají se sestrou nebo před rehabilitací. „*Kdykoli během dne, když jdeme cvičit s konkrétním pacientem.*“ (F1). „*Když se potkáme na sesterně nebo na chodbě.*“ (F2). Fyzioterapeut F4 z traumatologického oddělení uvedl, že k předání informací dochází před nebo po cvičení. Jeho kolega, také z traumatologického oddělení, (F3) uvedl: „*Zjišťuji informace před cvičením a předávám informace po cvičení.*“ Podle fyzioterapeuta F5 z rehabilitačního oddělení dochází k předání informací, když pacienta přijímají a poté každý den před a po rehabilitaci. Všichni fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) uvedli, že informace jsou většinou předávány na sesterně. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) bez ohledu na to, na kterém oddělení pracují, předávají fyzioterapeutům podobné informace. Jedná se především o aktuální stav pacienta. K tomuto tvrzení přikládáme některé jejich odpovědi. „*Já říkám fyzioterapeutovi, jaký je stav pacienta. Například jestli má nějakou bolest. Jestli si mi při převazu nebo u nějakého výkonu na něco po poslední fyzioterapii stěžoval.*“ (S3). „*Jak na tom dneska pacient je. V jaké je náladě. Jestli ho něco bolí. Na jakých byl vyšetření, jak to dopadlo.*“ (S4). I všichni fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) potvrdili, že informace, které jim poskytují sestry, se týkají hlavně stavu pacienta. „*Změny ve zdravotním stavu, jestli má pacient bolest a jeho aktuální stav.*“, popsal fyzioterapeut F1 informace, které mu sděluje sestra. „*Pacientovu náladu, změnu od poslední cvičení, současné problémy.*“ Potvrdil fyzioterapeut F3. Sestry z chirurgického oddělení (S1, S2) uvedly, že se informací od fyzioterapeutů moc nedozví. „*Těch informací je strašně málo a jak jsem říkala. Někdy k tomu předání ani nedojde. Když ano řešíme, co vše dnes pacient s fyzioterapeutem zvládl. Co má zadáno za úkol si cvičit samostatně a na to bych pak mohla dohlížet, ale*

je na to minimálně času.“, uvedla sestra S1. „Moc se to neděje. Když už, tak jak probíhala rehabilitace, jestli je pacient unavený. Častěji se stane, že doběhne fyzioterapeut, že potřebuje pacienta odpojit od infuze, nebo že pacient potřebuje přebalit. To nám nezapomenou povědět.“, řekla sestra S2. Fyzioterapeut F2 z chirurgického oddělení uvedl, že informace, které sděluje sestře, je pouze ta, že jde s pacientem cvičit. Naopak fyzioterapeut F1, který také pracuje na chirurgickém oddělení, uvedl, že sděluje sestře: „Stav vědomí, míru fyzické kondice, chuti nebo nechuti ke cvičení, můj další postup a cíl, se kterým by mi mohla sestra pomoci.“ Tři sestry (S3, S4, S5) uvedly, že se od fyzioterapeutů dozví, jak šlo cvičení s pacientem, jaké dělá pacient pokroky, s čím má pacient problémy, a jak by mohly v rámci ošetrovatelské péče pacienta aktivizovat. Fyzioterapeuti (F3, F4, F5) potvrdily, že tyto informace sestrám předávají. „Jak šlo cvičení, jestli se něco zlepšuje a jak to zlepšit. Někdy upozornění na problémy, které sestra nevidí.“ (F3). „Co jsme dělali a jak to šlo.“ (F4). „Věci, na kterých pracujeme a jakým způsobem by tomu mohla pomoci jako sestra (poloha u jídla, přesuny na záchod).“ (F5). Sestry z chirurgie (S1, S2) jsou s předáváním informací nespokojené. „Nedostatky jsou. Myslím, že spolupráce vázne právě v předávání informací mezi námi a fyzioterapeuty. Jak říkám, není na to moc času. Možná, že je v tom i neochota. Já to nechci házet ani na jednu stranu, že by za to mohly sestry nebo jenom fyzioterapeuti, ale je to asi vše jenom o domluvě.“, uvedla sestra S1. „To je jasné, že to má nedostatky. Špatná komunikace a neochota. Hlavně by předávání mělo být nějak jasné nastaveno. Tak jako si sestry předávají služby, tak by si předávat informace měli i fyzioterapeuti s námi.“ (S2). Jako řešení navrhuji zpracovat na komunikaci sester a fyzioterapeutů a obě zmínily jasné daná pravidla předávání informací. „Jasně nastavit pravidla. Když přijde fyzioterapeut, přijde si od nás vyžádat informace. Když skončí rehabilitace, dojde za námi s informacemi a třeba nějakým doporučením, co bychom mohli pro pacienta z jeho strany udělat během doby, kdy tam on nebude. Je k tomu ale potřeba, aby fyzioterapeuti pochopili, že my nejsme jejich služby a aby sestry pochopily, že to, že jim fyzioterapeut něco doporučuje, neznamena rozkaz a že se nad ně nikdo nepovyšuje.“, navrhla sestra S2. Sestry (S4, S5) jsou s předáváním informací mezi nimi a fyzioterapeuty spokojené. Sestra S3 má z předávání informací s fyzioterapeuty rozporuplné pocity. „Někdy proběhne výměna informací, kdy se dozvíme všechno. Jindy je to odbyté, nebo se na předávání informací neklade takový důraz.“, řekla. Fyzioterapeuti (F3, F4) jsou s předáváním informací spokojení. „Snažím se předávat důležité informace a zjišťuji informace od sester, z mé strany je předávání

informací dostatečné, nefunguje však automaticky a záleží, jak se kdo angažuje.“ (F3). „*Pokud někdo informace chce zjistit, tak je vždy zjistí, není ale domluven společný postup.*“ (F4). Fyzioterapeuti (F1, F2, F3) připustili, že předávání informací má nedostatky. Všichni fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) by uvítali jasně daný vyhrazený čas na předání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem. Některé jejich odpovědi: „*Určit čas, kdy se budeme společně pravidelně scházet a radit.*“ (F2). „*Udělat něco jako sesterské a fyzioterapeutické vizity.*“ (F3). „*Určit čas na porady sester a fyzioterapeutů.*“ (F4). Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) se shodly, že informace od fyzioterapeutů jim ulehčí práci. „*Víme, co pacient umí, jak s ním případně zacházet. Musíme vědět, co pacient zvládne. Jestli se dokáže přesunout z lůžka na vozík či zvládne chůzi v chodítku s doprovodem. Strašně nám tyhle informace ulehčí práci...*“ (S1). „*...Informace od fyzioterapeutů během celé mojí praxe mi strašně pomohly k tomu, abych dokázala správně polohovat pacienta a nestrhala se u toho...*“ (S2). „*Pro mě jsou informace od fyzioterapeuta největším přínosem u polohování.*“ (S3). Fyzioterapeuti (F1, F3, F5) uvedli, že díky informacím od sestry vědí, v jakém stavu je pacient a volí tak vhodnější fyzioterapeutický postup. „*...Pokud mi sestra řekne o změně stavu, musím změnit aktuální fyzioterapeutický postup.*“, uvedl fyzioterapeut F1. „*Pomáhají mi vnímat pacientovy aktuální problémy a přizpůsobit jim terapii.*“ (F3). Fyzioterapeuti (F2, F4) nevidí v informacích od sestry žádný velký přínos. Jejich odpovědi: „*Většinou mi informace získané od sester nějak výrazně v rehabilitaci nepomáhají.*“, uvedl fyzioterapeut F2. Fyzioterapeut F4 uvedl: „*Většinou jsou informace jen pro představu, jak na tom pacient je.*“. Při zúčastněném pozorování na rehabilitačním oddělení sestra S4 předala informace fyzioterapeutovi F5 ihned po jeho příchodu na oddělení. Toto předání informací proběhlo na inspekčním pokoji. Potom, co fyzioterapeut F5 dokončil rehabilitaci s pacientem, nepřišel na inspekční pokoj předat informace, a tak o ně sestra S4 sama požádala. Fyzioterapeut F5 tedy podal sestře S4 informace na chodbě, kde ho sestra S4 zastihla. Následně se spolu domluvili, jaké aktivity by byly pro pacienta vhodné. Při zúčastněném pozorování neproběhla žádná edukace, kterou by vedl fyzioterapeut a sestra společně. Při pozorování nebylo zjištěno, že by sestra nahlížela do fyzioterapeutické dokumentace ani fyzioterapeut do ošetrovatelské dokumentace. Přesuneme-li se k cestě informací od sester a fyzioterapeutů k pacientům, mluvíme zde o edukaci. Edukaci definuje Juřeníková (2010, s. 9) jako: „*Proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech.*“ Dle

Šulistové a Trešlové (2012) je důležité si uvědomit, že edukace v rámci ošetrovatelství není jen jednorázovým předání informací klientům. Jde o připravenou edukační realitu, která má jasný cíl, a to pozitivní změnu ve vědomostech, postojích návycích a dovednostech, jak již bylo výše zmíněno. Pacientům byly položeny otázky, kým byli edukováni, zda se jim někdy stalo, že by byli edukováni společně sestrou a fyzioterapeutem a také na to, jakým způsobem jejich edukace probíhala. Pacienti (P1, P4, P5) se shodli v tom, že byli edukováni fyzioterapeutem. „Většinou to byli hlavně fyzioterapeuti, co mi přišli vše vysvětlit a naučit. Pak za mnou chodila i přímo primářka oddělení. Vyhradila si na mě spoustu času.“, dodal pacient P4. Pacient P2 uvedl „V nemocnici to byla asi spíš sestra než fyzioterapeut. Taky mi přijde, že dost věcí jsem se naučil tak nějak sám.“ Pacient P3 popsal svoji edukaci následovně „První důkladná a dobrá edukace podle mě přišla až ze strany protetika. Což bylo dost pozdě.“ Z pěti pacientů pouze dva (P1, P5) zažili edukaci, která byla vedena společně fyzioterapeutem a sestrou. „Stalo se mi to, ale jen párkrát a hlavně na rehabilitaci.“, uvedl pacient P1. Pacient P5 popsal špatné zkušenosti s edukací, kde edukátorem byla sestra společně s fyzioterapeutem „Ano stalo se mi. Většinou to vedlo spíš k neúspěchu. Nebyli sladění, každý mi chtěl něco říct a doporučit. Nakonec to spíš skončilo jen mojí zmateností než větší informovaností.“, řekl. Poslední otázka v této kategorii směřovala na průběh edukace. Všechny pět pacientů (P1, P2, P3, P4, P5) shodně odpovědělo, že v průběhu edukace došlo k podrobnému vysvětlení problematiky, následované praktickou ukázkou. Po praktické ukázce si mohli vše sami vyzkoušet a dostali i prostor na dotazy. K tomuto tvrzení dokládáme několik jejich odpovědí. „Fyzioterapeut přišel, vše mi vysvětlil, ukázal. Pak se mě to snažil naučit a vedl k samostatnosti. S tímhle mu právě pak pomáhaly sestry, tak pasivně, že třeba když byly u mě a dělaly jejich práci. Vyžadovaly po mně, abych to zkusil sám. Nevím, jestli na tomhle byli domluvení, ale dost mi to pomohlo.“ (P5). „Paní primářka i fyzioterapeuti mi názorně ukazovali, jak co správně dělat. Já jsem asi ani lépe být edukovaná nemohla. Měla jsem spoustu informací a doporučení, a když mi nebylo něco jasné, vždy se našel někdo, kdo mi vše pomalu s trpělivostí a jasně vysvětlil.“ (P4). „Protetik k nám byl velmi vstřícný. Vše vysvětloval pomalu, ukázal mi vše. Mohla jsem se na cokoli zeptat a vše mi bylo vysvětleno.“ (P3).

6. Zapojení sestry do spolupráce sestry a fyzioterapeuta

Tato kategorie byla zaměřena na způsob, jakým se sestry zapojují do spolupráce s fyzioterapeutem. Sestry i fyzioterapeuti odpovídali na otázky, kterými jsme zjišťovali, u kterých výkonů sestry s fyzioterapeutem spolupracují, jakým způsobem se sestry zapojují do spolupráce u těchto výkonů, jestli fyzioterapeut vyžaduje po sestrách spolupráci a zadává jim nějaké úkoly, jestli fyzioterapeut sestrám vysvětluje správné techniky některých aktivit, u kterých spolupracují. Pacienti zároveň popsali, jak spolupráce sestry a fyzioterapeuta probíhala při jejich hospitalizaci. Čtyři sestry (S1, S2, S3, S4) uvedly, že se zapojují do spolupráce s fyzioterapeutem hlavně u polohování, přesunů z lůžka, vstávání či chůze. Sestra S1 uvedla: *„U nás na oddělení je to většinou u polohování.“* „Největší přínos pro nás má spolupráce u polohování, nebo třeba přesuny.“, doplnila sestra S2. Sestra S3 odpověděla: *„Spolupracujeme s fyzioterapeutem hlavně u polohování, přesunů při vstávání či chůze.“* Polohování, přesuny, vstávání a chůzi zmínila i sestra S4. Sestra S5 uvedla, že do spolupráce se zapojuje většinou pouze domluvou. Její odpověď: *„Jakože bych šla s fyzioterapeutem přímo k pacientovi a u nějakého jejich nebo mého úkolu s ním spolupracovala to asi ne, ale domluvíme se třeba, jak by bylo vhodné polohovat.“* Všichni fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) potvrdili odpovědi sester a uvedli, že se sestrou spolupracují nejvíce u polohování, vertikalizaci pacienta a chůze. *„Polohování, občas bandážování, vstávání z postele a někdy přechod na WC. Je to pacient od pacienta, ale toto jsou nejčastější činnosti.“*, řekl fyzioterapeut F1. *„Hlavně polohování, u této činnosti jde naše spolupráce vidět nejvíce.“*, potvrdil fyzioterapeut F5. Sestry (S1, S3, S4) popsali svoje zapojení spolupráce u polohování následovně. *„Třeba u polohování. Fyzioterapeut řekne, jakou by zvolil polohu. Domluvíme se, jak pacienta budeme v průběhu dne polohovat dál. Přece jenom fyzioterapeut ví o této problematice víc a dokáže mi poradit. Já pak nemusím řešit žádné dekubity a komplikace s tím spojené.“* (S1). *„Zapojuji se u polohování, je to pro mě výhodné. Pacient je správně polohován. Zmenšuje se tím riziko vzniku dekubitů. Při technikách, které mi fyzioterapeut doporučí, se tolik nedřu. Pomáháme si u prvního vstávání z lůžka nebo chůze.“* (S3). *„U nás se zapojují do polohování. Nebo si pomáháme u přesunů, chůzi.“* (S4). Sestra S2 uvedla, že na zapojení do spolupráce nemá moc čas, přesto uvedla: *„Není na to moc času, ale je občas zajímavé se jít aspoň podívat, jak probíhá dechová rehabilitace. Když je pak potřeba v průběhu dne a fyzioterapeut není přítomen, aspoň víte, jak pacientovi poradit*

nebo ho motivovat, aby si takto cvičil, i když u něho není fyzioterapeut.“ Sestra S5 uvedla, že se zapojuje do spolupráce pouze domluvou s fyzioterapeutem, jak již bylo výše zmíněno. Spolupráci od sester vyžaduje pouze fyzioterapeut F1. „*Ano, někdy je to potřeba, a to hlavně ze dvou důvodů. První důvod je, pokud je pacient těžký a má sníženou sebeobsluhu a další důvod je, pokud jeho zdravotní stav vyžaduje přesný postup, který musí být dodržován, např. jak pacienta posazovat, otáčet.*“, uvedl. Sestra S4 z rehabilitačního oddělení je jediná, které fyzioterapeuti pravidelně vysvětlují správnou techniku některých aktivit, u kterých mohou spolupracovat. „*Ano, u nás fyzioterapeuti dělají i jednou za čas semináře pro sestry, kde nás učí správné techniky. Taky máme fyzioterapeuta, který se specializuje na rehabilitaci pacientů po amputacích, tak když máme na oddělení amputáře, chodím se radit za ním.*“, řekla. Zbylým čtyřem sestrám (S1, S2, S3, S5) se vysvětlení od fyzioterapeutů nedostává anebo se jedná o výjimečnou záležitost. Fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4) uvedli, že sestry neinstruují, protože si myslí, že sestry o těchto činnostech mají povědomí a na vysvětlování nemají čas. Pouze fyzioterapeut z rehabilitačního oddělení F5 sestry instruuje. „*Pokud to někoho zajímá, tak ano. U nás na oddělení pořádáme i semináře, kde se sestry mohou dozvědět více o přesunech, polohování a dalších činnostech.*“, řekl. Žádný z fyzioterapeutů neuvedl, že by sestrám zadával úkoly. Fyzioterapeut F3 uvedl, že se jedná spíše o rady než o úkoly. „*Úkoly nedávám, spíše rady, jak něco udělat efektivněji a nestrhat se.*“, řekl. Sestry (S1, S2, S5) odpověděly, že žádné úkoly od fyzioterapeutů nedostávají. Sestry S3 a S4 uvedly, že jejich úkolem je hlídat polohování nebo dohlédnout na cvičení pacienta. „*U amputovaných pacientů se jedná většinou o polohování dolní končetiny a amputovaného pahýlu.*“ (S3). „*Na starost dostanu polohování, nebo připomenutí pacientovi, aby si i sám zkoušel cvičit. Být u cvičení aspoň ze začátku s ním, abych dohlédla na to, jestli to dělá správně a mohla mu poradit.*“ (S4). Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) uvedly, že se pacienta snaží aktivizovat skoro u všech ošetrovatelských výkonů, které u pacienta provádí. Tím mu pomáhají k lepší rekonvalescenci. Zmiňovaly hygienu, polohování. Pacient P2 při své hospitalizaci nezaznamenal žádnou spolupráci sestry a fyzioterapeuta, takže nemohl popsat, jak se sestra zapojovala. Pacienti (P1, P4, P5) uvedli, že sestry se při jejich hospitalizaci zapojovaly do spolupráce s fyzioterapeutem hlavně tím, že se s fyzioterapeutem domlouvaly. „*Bylo to hlavně o tom, jak měli práci pěkně rozdělenou a přitom si pomáhali. Podle mě si museli o všem říkat. Takže se mi nikdy nestalo, že by za mnou přišla sestra, o něčem mě poučila a pak fyzioterapeut, který by mi to řekl zase jinak.*

S tímhle jsem se setkával na hodně oddělení, že mi řekl každý něco jiného a já ve výsledku nevěděl vůbec nic.“ (P1). „Hlavně spočívala v domluvě a vzájemné informovanosti.“ (P4). „Určitě to bylo nejvíc o jejich vzájemné domluvě“ (P5). Pacient P3 popsal svoje zkušenosti se zapojením sestry do spolupráce následovně: „Bylo vidět, že si aktivně pomáhají, třeba u polohování. Vím, že fyzioterapeut radil sestřičkám, jak nejlíp napolohovat. Občas když jsme cvičili, přivedl si fyzioterapeut i sestru a ukazoval jí, jak probíhá cvičení a jak správně ukázat a pomoci se cvikem. To bylo dobré, měli jsme se na koho obrátit, když jsem s malou cvičila sama a fyzioterapeut tam nebyl.“

7. Potencionální překážky a problémy ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta

Tato kategorie se soustředila na potencionální překážky a problémy, které brání efektivní spolupráci sestry a fyzioterapeuta. Sestry i fyzioterapeuti odpovídali na to, jestli vnímají překážky ve vzájemné spolupráci a uvedli i návrhy, jak tyto problémy vyřešit. Sestra S1 uvedla, že velký problém je pracovní vytíženost sester. „...*Pak si taky myslím, že velkou překážkou je charakter a osobnost člověka. Spoustu sester se nenechá přece „poučovat“ od nějakého fyzioterapeuta. Někteří fyzioterapeuti se k sestram chovají, jako kdyby byli jejich služky.*“, dodala. Tento problém by vyřešila následovně: „*Vyřešit nedostatek sester, ubrat tuny papírů, které musíme vyplnit. Potom bude čas na to si jít například procvičit s pacientem dýchání, když fyzioterapeut není už na oddělení. Trochu zkrotit svoji hrdost a uznat si, že někdo může o něčem vědět víc než vy a to, že vás poučí, neznamena, že se nad vámi povyšuje. Nepovyšovat se, když někoho o něčem poučuju. Používat slovo prosím, když potřebuju pomoc. Uvědomit si, že to, že s někým spolupracuju, přináší víc výhod než, že by to přidávalo víc práce.*“ Podobné problémy vnímá i sestra S2. „*Pro mě osobně je největší překážkou čas. Někdy si ani nevšímnu, že na oddělení došel fyzioterapeut. Překážkou je i naše vlastní osobnost. Možná i špatná komunikace mezi námi, že se vnímáme, jako kdybychom byli sobě nějak nadřazení.*“ Pro sestru S2 by bylo řešením více času pro sestry, aby sestry a fyzioterapeuti přestali mezi sebou soupeřit a byli k sobě slušní a milý. Problém v nedostatku času vidí i sestry S3, S4 a S5 i tyhle sestry navrhly svá řešení tohoto problému. Sestra S3 uvedla: „*Pomohlo by si na předání informací a vzájemnou spolupráci vyhradit čas.*“ Sestra S4 navrhla: „*Myslím, že by se to zlepšilo, kdybychom měli více času. Kdybychom mezi sebou měli dobré vztahy. Taky si myslím, že spoustě z nás nedochází, že multidisciplinární péče práci nepřidělává, ale hlavně díky ní dosahuje pacient rychlejší rekonvalescence.*“ „*Potřebujeme více času na pacienta, aby docházelo k efektivní spolupráci*

s fyzioterapeutem.“, dodala sestra S5. I všichni fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) vnímají nedostatek času, jako překážku v efektivní spolupráci mezi nimi a sestrami. Některé jejich odpovědi: „Hlavně vytíženost sester.“ (F1). „Asi vytíženost nás všech a jiný časový harmonogram fyzioterapeutů a sester.“ (F3). Některé jejich návrhy řešení tohoto problému: „Více personálu a vyhrazení si času, kde se budou informace předávat.“ (F1). „Méně pacientů na jednoho pracovníka a popřípadě nějaké společné kurzy.“ (F2). „Naplánovat si společný postup předávání informací.“ (F4).

8. Hodnocení spolupráce sestry a fyzioterapeuta

V této kategorii jsme se zaměřili na to, jak sestry a fyzioterapeuti vnímají a hodnotí svoji vzájemnou spolupráci. Pacienti byli dotazováni, na kterém z oddělení, kde byli hospitalizováni po amputaci, byla podle nich spolupráce nejefektivnější, dále pak jestli si myslí, že spolupráce může přispět k lepší rekonvalescenci, jaké klady a zápory přinesla spolupráce konkrétně v jejich případě a jaký mají na spolupráci sestry a fyzioterapeuta názor. Sestra S1 hodnotí spolupráci mezi sestrami a fyzioterapeutem negativně. „Spolupráci hodnotím negativně, protože prakticky vůbec žádná není. Je to nedostatečné. Přitom by to pomohlo oběma stranám.“, řekla. I sestra S2 uvedla, že spolupráce mezi nimi a fyzioterapeuty není. „V reálu nějaká velká spolupráce mezi námi vážně není. Každý si jde spíš po svém.“ (S2). Podle sestry S3 má spolupráce mezi sestrou a fyzioterapeutem význam. „Podle mě je přínosem pro nás obě strany. Jen má ještě nedostatky.“, dodala. Sestra S4: „Já hodnotím naši spolupráci pozitivně, kde jinde by to mělo fungovat než na rehabilitačním. Určitě je co zlepšovat a není to úplně ideální, ale snažíme se. Pomáháme tím nejenom sobě, ale hlavně pacientovi.“. Sestra S5 hodnotí spolupráci pozitivně. „...myslím si, že je důležité, abychom si navzájem sedli. Dobře komunikovali. Panovaly přátelské vztahy a to u nás je.“, uvedla. Fyzioterapeut F1 považuje spolupráci za nedokonalou. „Spolupráce je určitě nedokonalá, ale pokud by se měla zlepšit, bylo by potřeba více personálu z obou profesí a tím pádem více času na spolupráci.“ (F1). Podobný názor uvedl i fyzioterapeut F2: „Nějaká automatická spolupráce funguje, ale pořádná, komplexní spolupráce neexistuje.“. Fyzioterapeut F3: „Kladně, pokud se člověk nespolehá, že je to automatické a nebojí se zeptat.“ Fyzioterapeut F4 považuje spolupráci se sestrou za dostatečnou. „Myslím, že je spolupráce v rámci možností dostatečná.“, uvedl. Fyzioterapeut F5 zmínil, že k efektivní spolupráci by bylo zapotřebí více času, který by byl vyhrazen pro tuto spolupráci. „...I přes to hodnotím spolupráci dobře.“, připustil. Tři pacienti (P1, P3,

P5) považují spolupráci sestry a fyzioterapeuta nejefektivnější na oddělení rehabilitačním. „*Já musím říct, že nejlepší to bylo na rehabilitačním oddělení.*“, řekl pacient P1. Tento názor podpořil i pacient P5, který uvedl „*Nejlíp sehaní byli na rehabilitačním, jednoznačně.*“ Pacient P2 žádnou spolupráci sestry a fyzioterapeuta nezaznamenal, takže nemohl hodnotit, kde byla nejefektivnější. Pacientka P4 byla hospitalizovaná pouze na infekční jednotce intenzivní péče. „*Vzhledem k tomu, že jsem byla jen na infekční JIP, tak to nemůžu moc porovnávat.*“, řekla. Čtyři pacienti (P1, P3, P4, P5) si myslí, že pokud sestra a fyzioterapeut spolupracují, dosahují tak lepších výsledků při rehabilitaci pacienta. „*Myslím si, že fyzioterapeut podle informací od sestry může lépe zvolit vhodné fyzioterapeutické postupy.*“, řekla pacientka P4. Pacient P2 uvedl, že není schopen posoudit, jestli spolupráce přináší lepší výsledky. „*Těžko říct. Nemůžu tohle dostatečně dobře posoudit.*“, řekl. Pacienti P1, P2 neuvedli žádné konkrétní klady nebo zápory, které jim spolupráce přinesla. Pacienti P3, P4, P5 popsali svoje zkušenosti následovně. „*Hlavně mi to pomáhalo v tom, že jsem se měla na koho obrátit s dotazy. Na druhou stranu si myslím, že tahle spolupráce u nás v nemocnicích moc nefunguje.*“ (P3). „*Uklidňoval mě pocit, že se o mě tak starají, aby vše bylo, tak jak má být. Chtěli o mně vědět co nejvíc a ta terapie podle toho taky vypadala.*“ (P4). „*Kladné bylo asi to, že jsem byl víc veden k aktivitě, než kdyby se o to staral jen sám fyzioterapeut nebo sestra. Špatné bylo to, že spolupráce nebyla tak úplně sladěná. Občas jsem z toho byl jen víc zmatený. Vychrlili na mě moc informací, ale moc jsem jim nerozuměl.*“ (P5). Všechny pět pacientů považují myšlenku spolupráce sestry a fyzioterapeuta za velmi dobrou. Nicméně se shodují, že u nás moc nefunguje, a když, tak jen velmi omezeně. Dále by podle nich bylo dobré, aby se na spolupráci ve zdravotnických zařízeních kladl větší důraz. Dokládáme některé jejich odpovědi. „*Myslím si, že je potřeba, aby spolupracovali. Na mě to vždycky působilo dobře, když se spolu radili a tak. Taky mi přijde, že to pomůže i jim v práci.*“, uvedl pacient P1. Pacient P5 poukázal na to, že pro něho je důležité vzdělání zdravotníků. „*Přišlo mi, že sestřičky se moc neorientovaly v problematice fantomových bolestí. Věděly, co to je, ale byl pro ně problém s tím nějak pracovat. Fyzioterapeuti by měli mít na pacienta víc času. Přišlo mi to uspěchané a taky bych jim chtěl vyhradit víc času na kurzy. Bylo vidět, který z nich si prošel nějakým kurzem na pacienta po amputaci. Myslím si, že vzdělání v téhle oblasti je moc důležité. Pro mě by bylo velkou útechou to, že bych věděl, že jsem v péči lidí, kteří v této problematice mají přehled. Tím pádem bych byl v té nejlepší možné péči a byl perfektně informovaný, jak to se mnou pravděpodobně bude dál.*“

5 Diskuze

Tato bakalářská práce se zabývá spoluprací sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny. Výzkumné šetření bylo provedeno s pěti sestrami a pěti fyzioterapeuty, kteří pracují s pacienty po amputaci dolní končetiny. Tito zdravotníci byli z chirurgického, traumatologického a rehabilitačního oddělení. Dále s pěti pacienty po amputaci dolní končetiny. Pro toto výzkumné šetření byla využita metoda polostrukturovaného rozhovoru, který byl vedený se všemi respondenty. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na hospitalizaci pacientů po amputaci dolní končetiny, role sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny, dostupnost fyzioterapeutů na odděleních, v čem podle respondentů spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta. Další důležitou oblastí, na kterou bylo výzkumné šetření zaměřeno, je předávání informací. Dále pak na to, jak se sestry zapojují do spolupráce s fyzioterapeuty, jaké jsou potencionální překážky v jejich spolupráci a jak je tato spolupráce vnímána a hodnocena. Výzkumné šetření jsme doplnili o pozorování, které bylo zaměřeno na předávání informací a proběhlo na rehabilitačním oddělení.

První oblast byla zaměřena na hospitalizaci pacientů po amputaci dolní končetiny. Sestrám a fyzioterapeutům byly položeny otázky, jak často se na svém oddělení setkávají s takovými pacienty, jak dlouho jsou u nich hospitalizováni a z jakého důvodu těmto pacientům byla amputována dolní končetina. Pacientům v této oblasti byly položeny otázky, na kterých odděleních byli hospitalizováni po amputaci dolní končetiny a z jakého důvodu jim končetina byla amputována. Zaměříme-li se na počet hospitalizovaných pacientů na oddělení, nejvíce hospitalizovaných pacientů po amputaci dolní končetiny během půl roku uvedli sestry S1, S2 a fyzioterapeuti F1, F2 pracující na chirurgickém oddělení. Za chirurgickým oddělením následovalo oddělení traumatologické. Nejmenší počet hospitalizovaných pacientů po amputaci uvedli sestra S4 a fyzioterapeut F5 z rehabilitačního oddělení. Tento výsledek nás překvapil, protože jsme předpokládali, že počet pacientů po amputaci dolní končetiny bude na rehabilitačním oddělení vyšší. Tento předpoklad nám ale potvrdily odpovědi pacientů, kdy pouze jediný pacient P4 nebyl hospitalizovaný na rehabilitačním oddělení. Délku hospitalizace pacientů po amputaci dolní končetiny uvedla většina sester a fyzioterapeutů mezi 2-3 týdny. Délka hospitalizace se podle sester odvíjí od hojení rány a také od toho, jaká má pacient sekundární onemocnění. To potvrzuje i Kayssi et al. (2017), který zkoumal rehabilitaci pacientů po amputaci dolní končetiny v Kanadě.

Z jeho výzkumu vyplývá, že délka hospitalizace je delší u lidí, kteří mají kardiovaskulární onemocnění nebo i vyšší věk. Délku hospitalizace podle jeho výzkumného šetření ovlivňuje i typ amputace, kterou pacient podstoupil. Nejčastějšími příčinami amputací dolní končetiny jsou dle Krawczyka (2011) onemocnění cév, za nimi následují úrazy, onkologická onemocnění, kongenitální anomálie a infekce. Z námi dotazovaných pěti pacientů jeden pacient P5 podstoupil amputaci dolní končetiny kvůli diabetu mellitu a jeho cévním komplikacím, pacient P2 podstoupil amputaci dolní končetiny po autonehodě, pacienti P1, P3 kvůli onkologickému onemocnění a pacient P4 kvůli infekčnímu onemocnění. Nicméně tvrzení Krawczyka (2011) potvrdily odpovědi sester a fyzioterapeutů. Nejvíce hospitalizovaných pacientů po amputaci dolní končetiny uvedli sestry S1, S2 a fyzioterapeuti F1, F2 z chirurgie, kde je podle jejich odpovědí nejčastější indikací amputace diabetes mellitus, jeho komplikace a cévní onemocnění. Na druhém místě v počtu hospitalizovaných bylo traumatologické oddělení, kde je podle odpovědí sester S3, S5 a fyzioterapeutů F3, F4 nejčastější indikací k amputaci úraz.

Další oblast se zabývala rolí sester a fyzioterapeutů v péči o amputovaného pacienta. Dotazovaní odpovídali na to, co je jejich úkolem v rámci péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. Dle Janíkové (2013) je úkolem sestry poskytnout pacientovi pooperační péči, pečovat o pooperační ránu, převazovat a bandážovat amputační pahýl a tím ho formovat, pečovat o aktivitu pacienta, pečovat o hygienu, výživu a vyprazdňování, poskytnout pacientovi psychickou podporu a správně ho motivovat, spolupracovat s rodinou. Výsledky našeho výzkumného šetření toto tvrzení potvrdily. Všechny sestry (S1, S2, S3, S4, S5) provádí výkony, které uvádí Janíková (2013). Avšak pouze sestry S1, S3, S4 ve svých odpovědích zmínily motivaci pacienta, jako svůj důležitý úkol. Dle standardu UNIFY (2016) je úkolem fyzioterapeuta u pacienta po amputaci dolní končetiny polohování, které má na starosti i sestra. Provádí kompresivní terapii pomocí silikonových návleků, kompresivních elastických textilních návleků, nebo elastických bandáží. Dalším úkolem fyzioterapeuta je kinezioterapie, vertikalizace, edukace a hlavně dodržovat multidisciplinární přístup. Námi dotazovaní fyzioterapeuti (F1, F2, F3, F4, F5) uvedli, že jejich úkolem je polohování, kinezioterapie a vertikalizace. Žádný z fyzioterapeutů však nezmínil mezi svými úkoly kompresivní terapii. Podle našeho názoru je tomu tak, protože považují přiložení elastických bandáží

za úkol sestry. Dále žádný fyzioterapeut mezi své úkoly nezařadil edukaci pacienta a multidisciplinární přístup.

V další oblasti jsme se zaměřili na dostupnost fyzioterapeutů na odděleních. Sestry S1, S2 uvedly, že na chirurgické oddělení fyzioterapeut dochází jeden. Sestry S3, S5 uvedly, že na traumatologickém oddělení mají k dispozici také jednoho fyzioterapeuta. Pouze sestra S4 odpověděla, že na rehabilitačním oddělení jsou k dispozici vždy čtyři fyzioterapeuti. Tyto výsledky splnily naše očekávání. Potvrdilo její výzkumné šetření Šoullové (2015), kde sestry uvedly, že mají na oddělení k dispozici zpravidla 1-2 fyzioterapeuty. Toto výzkumné šetření probíhalo na neurologickém oddělení a oddělení následné péče. Z tohoto srovnání vyplývá, že na většině oddělení je k dispozici za normálních okolností jeden fyzioterapeut s výjimkou rehabilitačního oddělení, kde jsou k dispozici většinou čtyři fyzioterapeuti, jak vyšlo z našeho výzkumu.

Další oblast byla zaměřena na to, v čem podle našich respondentů spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta. Čtyři námi dotazované sestry (S2, S3, S4, S5) odpověděly, že podle nich spolupráce sestry a fyzioterapeuta spočívá v komunikaci a vzájemné informovanosti. Sestra S5 uvedla, že spolupráce podle ní spočívá v ochotě lidí, kteří by měli spolupracovat. To, že spolupráce se sestrou spočívá v komunikaci a předávání informací, si myslí i tři fyzioterapeuti F1, F2, F4. Podle dalších dvou fyzioterapeutů F3, F5 spočívá spolupráce se sestrou ve vymezení společného cíle, zvolení jednotného postupu a realizaci cíle. Dle našeho názoru k vymezení společného cíle, zvolení jednotného postupu a realizaci cíle, je také potřeba, aby si sestra s fyzioterapeutem předávali informace a efektivně se domluvili. To, že předávání informací a komunikace je základním předpokladem spolupráce uvádí i Spojená akreditační komise (2013). Ta tvrdí, že v každé fázi onemocnění je nutná spolupráce sestry a fyzioterapeuta. Sestra a fyzioterapeut musí sladit denní režim s rehabilitačním plánem, aby rehabilitační plán do denního režimu výrazně nezasahoval. Jako nutnost je považována vzájemná informovanost o stavu a schopnostech pacienta. Toto potvrdili tři námi dotazovaní pacienti (P1, P3, P4), kteří zaznamenali spolupráci sestry a fyzioterapeuta založenou na jejich vzájemné komunikaci a informovanosti. Spolupráci sestry a fyzioterapeuta zaznamenal pacient P5 u péče o amputovaný pahýl. Péče o amputovaný pahýl je uveden ve standardu UNIFY (2016) jako úkol fyzioterapeuta a dle Janíkové (2013) i úkolem sestry. Z toho tedy vyplývá, že je péče o amputovaný pahýl jedna z činností, u které by

měl fyzioterapeut a sestra spolupracovat. Pacient P2 žádnou spolupráci nezaznamenal, a tak neuvedl, v čem spočívala.

Další oblast je zaměřená na předávání informací, vzhledem k tomu, že z rozhovorů s respondenty vyplynulo, že předávání informací je stěžejní částí spolupráce sestry a fyzioterapeuta, rozhodli jsme se v této oblasti informace získané z rozhovorů s respondenty doplnit ještě o pozorování. Sestry a fyzioterapeuti odpovídali na to, jestli si předávají informace, kdy a kde si je předávají, co za informace si předávají, na to v čem jim předané informace pomáhají a na to, zda je předávání informací dostatečné, případně, jak jej zlepšit. Dále jsme se v této oblasti zaměřili i na edukaci pacientů. Pouze sestra S4 a fyzioterapeut F5 z rehabilitačního oddělení uvedli, že si informace předávají pravidelně každý den, což se potvrdilo i během pozorování. Informace byly sděleny fyzioterapeutovi F5 na sesterně hned poté, co došel na oddělení. Po rehabilitaci však nedošlo k předání informací sestře S4. Došlo k němu až poté, co se sestra S4 sama aktivně zeptala fyzioterapeuta F5 na chodbě oddělení. Dle našeho názoru je toto jednání fyzioterapeuta špatné, protože i pro sestru jsou informace získané od něho důležité. Podle sester a fyzioterapeutů S3, S5, F3, F4 z oddělení traumatologického dochází k předání většinou každý den. Na chirurgickém oddělení podle sester a fyzioterapeutů S1, S2, F1, F2 dojde k předání informací pouze tehdy, pokud si to někdo z fyzioterapeutů či sester aktivně vyžádá. Naproti tomu z výzkumného šetření Šoullové (2015) vyplývá, že k předání informací dochází mezi sestrou a fyzioterapeutem pravidelně každý den. Všechny námi dotazované sestry S1, S2, S3, S4, S5 fyzioterapeutům sdělují informace, které se týkají především aktuálního stavu pacienta. Toto potvrdili i všichni námi dotazovaní fyzioterapeuti F1, F2, F3, F4, F5. Podle jejich odpovědí jim sestry předávají informace především o aktuálním stavu pacienta. Obsah předaných informací fyzioterapeutům nám potvrdil i výzkum Šoullové (2015), kde všechny dotazované sestry předávají fyzioterapeutům informace o stavu pacienta. Čtyři námi dotazovaní fyzioterapeuti F1, F3, F4, F5 uvedli, že sestrám sdělují informace o tom, jak šlo cvičení s pacientem, jaké dělá pacient pokroky, s čím má pacient problémy, a jak by mohly sestry v rámci ošetrovatelské péče pacienta aktivizovat. To, že se tyto informace od fyzioterapeutů dozví, uvedly i sestry S3, S4, S5. Naproti tomu fyzioterapeut F2 uvedl, že jediná informace, kterou sestře předává je ta, že jde s pacientem cvičit a sestry S1 a S2, ze stejného oddělení jako je fyzioterapeut F2, uvedly, že informací předaných od fyzioterapeutů je málo a jsou nedostatečné. Podle

našeho názoru tento výsledek poukazuje na špatné pracovní vztahy na pracovišti a v takových podmínkách lze multidisciplinární přístup uplatňovat jen velmi těžko. Všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5 uvedly, že informace získané od fyzioterapeutů jim ulehčují práci. Užitečnost informací získaných od sester připouští i tři fyzioterapeuti F1, F3, F5. Podle zbylých dvou fyzioterapeutů F2, F4 nejsou získané informace od sester nijak zvlášť přínosné. Přitom podle Spojené akreditační komise (2013) je vzájemná informovanost ohledně stavu pacienta naprosto zásadní pro vzájemnou spolupráci. Dvě sestry S4, S5 a dva fyzioterapeuti F3, F4 jsou s předáváním informací spokojeni. Zbytek sester S1, S2, S3 a fyzioterapeutů F1, F2, F5 vnímají v předávání informací nedostatky. Jako hlavní nedostatky uváděli nedostatek času, vyčerpání sester, neochotu personálu a špatnou komunikaci. I dle výzkumného šetření Šoulové (2015) je nedostatkem v předávání informací čas a pracovní vyčerpání sester. Šoulová (2015) také zjistila, že všichni dotazovaní fyzioterapeuti a sestry považují předávání informací za dostatečné. Na rozdíl od výzkumného šetření, kde jsme zjistili, že většina sester a fyzioterapeutů je s předáváním informací spíše nespokojená. Všichni námi dotazovaní fyzioterapeuti a sestry by uvítali jasně stanovený čas, ve kterém by měli prostor předat si informace, řešit rehabilitaci pacientů, vymyslet společný postup, na kterém by společně pracovali. Zaměříme-li se na edukaci pacientů, je dle Šulistové a Trešlové (2012) důležité si uvědomit, že edukace v rámci ošetrovatelství není jen jednorázovým předáním informací klientům. Jde o připravenou edukační realitu, která má jasný cíl, a to pozitivní změnu ve vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Tři pacienti P1, P4, P5 byli edukováni fyzioterapeutem. Edukace je i podle standardu UNIFY (2016) jedním z úkolů fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny. Pacienta P2 edukovala sestra. Pacient P3 uvedl, že první, kdo ho edkoval, byl až protetik. Domníváme se, že to je na edukaci velmi pozdě. Pacient by měl být sestrou či fyzioterapeutem edukován v oblasti polohování, péči o ránu a pahýl, a to i podle standardu UNIFY (2016). Pouze dva pacienti P1, P5 byli edukováni sestrou a fyzioterapeutem společně. Podle pacienta P1 tomu tak bylo jen velmi výjimečně a pouze na rehabilitačním oddělení. To, že sestra a fyzioterapeut společně edukují pacienta jen velmi výjimečně, se nám potvrdilo i při našem pozorování, u kterého jsme nezaznamenali žádnou edukaci, kterou by vedla sestra a fyzioterapeut společně. Pacient P5 popsal špatné zkušenosti s edukací, kterou vedla sestra a fyzioterapeut společně. Uvedl, že vedla ke větší zmatenosti, než k větší informovanosti.

V další oblasti jsme se zaměřili na to, jak se sestry zapojují do spolupráce s fyzioterapeutem. Zjišťovali jsme, u kterých výkonů sestra a fyzioterapeut spolupracují, jak se do těchto výkonů sestra zapojuje, jestli fyzioterapeut vyžaduje po sestrách spolupráci a vysvětluje jim správné techniky aktivit, kde je spolupráce výhodná. Spojená akreditační komise (2013) uvedla příklady činností, u kterých by měla sestra a fyzioterapeut spolupracovat. Jednalo se o spolupráci při polohování, pasivních pohybech, kondičním cvičení, dechových cvičeních, u lokomoce a vertikalizace, spolupráci při obnovování poškozených funkcí, společně vychovávat pacienta k soběstačnosti a edukovat pacienta. Čtyři námi dotazované sestry S1, S2, S3, S4 uvedly, že se do spolupráce s fyzioterapeutem zapojují při polohování, přesunech z lůžka, vstávání či chůze. Čímž tedy potvrdily doporučení Spojené akreditační komise (2013), kdy spolupracují při polohování, lokomoci a vertikalizaci. I všichni námi dotazovaní fyzioterapeuti potvrdili, že sestry s nimi u polohování, lokomoci a vertikalizaci spolupracují. Dále všechny sestry S1, S2, S3, S4, S5 uvedly, že vedou pacienta k soběstačnosti a to právě tím, že po pacientovi vyžadují spoluúčast a aktivitu při většině ošetrovatelských výkonů. Jako příklad takových výkonů uvedly, polohování či hygienu. Sestry S1, S3, S4 popsaly své zapojení u polohování. Podle jejich odpovědí se s fyzioterapeutem domluví na poloze a frekvenci polohování. Díky technikám polohování, které jim doporučí fyzioterapeut, se tolik nedřou a předchází vzniku dekubitů. Což potvrzuje i Spojená akreditační komise (2013), která popisuje spolupráci sestry a fyzioterapeuta u polohování následovně. Úkolem sestry je provádět změny poloh a to dle pokynů fyzioterapeuta. Úkolem fyzioterapeuta je určit správnou polohu, frekvenci polohování, popřípadě provést korekční polohování. Sestra S5 se zapojuje do spolupráce čistě domluvou s fyzioterapeutem. Sestra S2 uvedla, že na zapojení nemá moc času. Připustila však, že se byla podívat na dechovou rehabilitaci, aby mohla v době nepřítomnosti fyzioterapeuta pacientovi poradit a pomoci. Pokud srovnáme úkoly sestry dle Janíkové (2013) a úkoly fyzioterapeuta dle UNIFY (2016), zjistíme, že se úkoly sestry a fyzioterapeuta setkávají ve více výkonech než pouze v polohování, lokomoci a vertikalizaci. Péče o ránu, kompresivní terapie a edukace jsou dalšími společnými úkoly sester a fyzioterapeutů. Je tedy podle našeho názoru škoda, že v těchto oblastech naši respondenti nespolupracují. Fortington et al. (2013) ve svém výzkumu zjistil, že dotazovaní respondenti by poskytovali efektivnější péči pacientům po amputaci dolních končetin, kdyby lépe dodržovali standardy péče a více spolupracovali. Spolupráci po sestrách vyžaduje jen jediný námi dotazovaný

fyzioterapeut F1. Instruktaží o správných technikách od fyzioterapeutů se dostává pouze jediné sestře S4 z rehabilitačního oddělení, což potvrdil fyzioterapeut F5 z rehabilitačního oddělení, který je jediný z námi dotazovaných fyzioterapeutů, který vysvětluje sestrám správné techniky některých výkonů.

Další oblast byla věnována potencionálním překážkám a problémům ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta. Sestry i fyzioterapeuti odpovídali na to, jaké vnímají překážky či problémy ve vzájemné spolupráci. Tři sestry S3, S4, S5 uvedly jako největší problém nedostatek času. Další dvě sestry S1, S2 vnímají nedostatek času také jako problém, dodaly však ještě další překážku ve vzájemné spolupráci a tou je osobnost a charakter lidí, s kterými mají spolupracovat, a špatná komunikace. Nedostatek času považují i všichni námi oslovení fyzioterapeuti za překážku ve spolupráci se sestrou. I dle výzkumného šetření Šoulové (2015) vnímají sestry a fyzioterapeuti jako největší problém v jejich vzájemné spolupráci nedostatek času. I my toto zjištění můžeme potvrdit, protože při našem pozorování bylo evidentní, že sestry nemají tolik času, aby si mohly s fyzioterapeutem zajít k pacientovu lůžku a společně ho například edukovat, nebo společně řešit péči o pahýl.

Poslední oblastí, na které bylo naše výzkumné šetření zaměřeno, je hodnocení spolupráce sestry a pacienta. Sestry a fyzioterapeuti hodnotili svoji spolupráci. Pacienti hodnotili, na kterém z oddělení byla spolupráce sestry a fyzioterapeuta nejefektivnější, zda si myslí, že spolupráce je přínosem, jaký mají na celou problematiku názor. Dvě sestry S1, S2 hodnotí spolupráci negativně, podle jejich odpovědí skoro žádná spolupráce nefunguje. I fyzioterapeuti F1, F2, kteří pracují na chirurgickém oddělení, podobně jako výše uvedené sestry, hodnotí spolupráci jako nedokonalou. Podle těchto fyzioterapeutů nějaká automatická spolupráce funguje, ale komplexní a efektivní spolupráce ne. Důvodem je podle nich nedostatek času a personálu. Podle našeho názoru je tento přístup k multidisciplinární péči špatný. To nám potvrzuje i Bártlová (2013), která tvrdí, že pokud pracovníci v multidisciplinárním týmu mají jeden společný cíl, na kterém spolupracují, je jejich péče mnohem efektivnější. Pomohou tak nejenom sobě navzájem, ale hlavně i pacientovi. I podle Spojené akreditační komise (2013) je týmová spolupráce jednou z podmínek efektivní péče, proto si v dnešní době nemohou zdravotnická zařízení dovolit zaměstnávat lidi, kteří nechtějí spolupracovat. Vyžadují po svých zaměstnancích týmovou spolupráci, která podle našich výsledků na tomto oddělení moc nefunguje. Sestra S3 připustila nedostatky, které spolupráce má, i přesto

spolupráci hodnotí kladně. Velmi kladně hodnotí spolupráci s fyzioterapeuty i sestry S4 a S5. Kladné hodnocení spolupráce se sestrami poskytli i fyzioterapeuti F3, F4 a F5. Všichni ale připustili, že je stále co zlepšovat. Pokud jde o oddělení, kde je spolupráce nejefektivnější, tři pacienti uvedli, že se jedná o oddělení rehabilitační. I my tohle tvrzení můžeme potvrdit podle našeho pozorování, které probíhalo právě na rehabilitačním oddělení, zde spolupráce sestry a fyzioterapeuta funguje. Na pracovišti panují přátelské vztahy mezi sestrami a fyzioterapeuty a spolupráce tam velmi dobře funguje. I my si však myslíme, že více času by pomohlo k větší efektivnosti této spolupráce. Zbylí dva pacienti nehodnotili, na kterém oddělení spolupráce funguje nejlépe. Čtyři pacienti si myslí, že pokud sestra a fyzioterapeut spolupracují, dosahují tak lepších výsledků v rekonvalescenci. Všech pět pacientů považují myšlenku spolupráce sestry a fyzioterapeuta za velmi dobrou. Nicméně se shodují, že u nás moc nefunguje, a když, tak jen velmi omezeně. Dále by podle nich bylo dobré, aby se na spolupráci ve zdravotnických zařízeních kladl větší důraz.

6 Závěr

Tato bakalářská práce byla zaměřena na spolupráci sestry a fyzioterapeuta po amputaci dolní končetiny. Naše práce měla následující cíle: 1. Zjistit, jakým způsobem se sestry zapojují do rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolních končetin. 2. Zjistit, v čem spočívá spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin. 3. Zjistit, co je problémem ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolních končetin.

Po důkladné analýze výsledků jsme zjistili, že všechny sestry se zapojují do rehabilitační péče alespoň tím, že pacienta vedou k soběstačnosti. Vyžadují jeho spoluúčast a aktivitu při většině ošetrovatelských činností, které u pacienta provádí, a tak dochází k aktivizaci. Dále se většina sester zapojuje do rehabilitační péče tím, že předávají fyzioterapeutům informace o aktuálním stavu pacienta. Do rehabilitační péče se sestry zapojují i při polohování pacienta, které většina námi oslovených sester konzultuje s fyzioterapeutem. Bohužel je stále více činností, do kterých by se sestra mohla zapojit, než těch do kterých se podle našeho výzkumného šetření zapojuje. Toto dost možná souvisí s tím, že podle našeho výzkumu pouze jediný fyzioterapeut vyžaduje po sestrách spolupráci. Zbytek námi dotazovaných fyzioterapeutů po sestrách spolupráci nevyžaduje, protože sestry nemají, dle jejich sdělení, dostatek času. Právě nedostatek času a personálu je podle našeho výzkumného šetření překážkou a problémem v efektivní spolupráci sestry a fyzioterapeuta, na kterém se shodli všichni fyzioterapeuti a sestry. Z našeho výzkumu také vyplývá, že efektivitu spolupráce ovlivňuje i osobnost a charakter člověka. Podle odpovědí dvou sester neochota a špatná komunikace tvoří další překážku ve spolupráci. V našem výzkumu jsme také zjistili, že spolupráce sestry a fyzioterapeuta, podle většiny našich respondentů, spočívá v komunikaci, vzájemné informovanosti a domluvě. Bez důkladného a pravidelného předávání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem nemůže fungovat efektivní spolupráce. Podle našeho výzkumu k předání informací mezi sestrou a fyzioterapeutem dochází. Předávání informací je ovšem nepravidelné a mnohdy hektické, právě pro pracovní vytíženost sester. Naš výzkum také vypovídá o tom, že předávání informací a vzájemná domluva mezi sestrou a fyzioterapeutem by se dala zlepšit tak, že by byl jasně vyhrazený čas, kde by si sestra a fyzioterapeut mohli předat podrobné informace, společně si stanovit cíl a jednotný postup, na kterém spolu budou pracovat. Nicméně, i přes nedostatek času hodnotí většina sester a fyzioterapeutů spolupráci kladně. Připustili

však, že je stále co zlepšovat. Z našeho výzkumu také vyplývá, že podle pacientů je myšlenka spolupráce sestry a fyzioterapeuta velmi dobrá. Avšak v našich zařízeních moc nefunguje a měl by být na ni kladen větší důraz.

Cíle této bakalářské práce byly naplněny. Tato bakalářská práce poukázala na nedostatky ve spolupráci sestry a fyzioterapeuta. S výsledky výzkumného šetření by mohl být seznámen střední management a následně uspořádán seminář pro sestry a fyzioterapeuty k hledání vhodných řešení. Věříme, že povede ke zlepšení spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny a také ke zkvalitnění ošetrovatelské a rehabilitační péče u těchto pacientů.

7 Seznam literatury

1. *Amputace dolní končetiny: standard fyzioterapie doporučený UNIFY ČR*, 2015.[online]. UNIFY ČR. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://www.unify-cr.cz/obrazky-soubory/4.1.4.rtf-f589f.pdf?redir>
2. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VÉVODA, J. et al., *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 40-64. ISBN 978-80-247-4732-3.
3. BENEŠOVÁ, E., BENEŠOVÁ, H., 2009. *Všeobecná sestra a fyzioterapeut – spolupráce v oboru ošetrovatelství*. [online]. [cit. 2018-01-23]. Dostupné z www: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vseobecna-sestra-a-fyzioterapeut-spoluprace-v-oboru-osetrovatels-422439>
4. ČIHÁK, R., 2011. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada.552s. ISBN 978-80-247-3817-8.
5. ČURDOVÁ, A., VAŇÁSKOVÁ, E., 2017. Lůžková rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny, zhodnocení funkčních testů chůze. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 24(3), 160-165, ISSN 1211-2658.
6. DAVIES, G., 2013. *Kompletní historie medicíny*. Brno: CPress. 224s. ISBN 978-80-264-0099-8.
7. DÍTĚ, P. et al., 2007. *Vnitřní lékařství: učebnice pro lékařské fakulty*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén. 586s. ISBN 978-80-7262-496-6.
8. DYLEVSKÝ, I., 2007. *Základy funkční anatomie člověka*. Praha: Manus. 194s. ISBN 978-80-86571-00-3.
9. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada. 544s. ISBN 978-80-247-3240-4.
10. FORTINGTON, L., et al., 2013. Rehabilitation in skilled nursing centres for elderly people with lower limb amputations: a mixed-methods, descriptive study. *Journal Of Rehabilitation Medicine*. 45(10), 1065-70, doi: 10.2340/16501977-1210
11. FURTADO, S., et al., 2017. Patient experience after lower extremity amputation for sarcoma in England: a national survey. *Disability & Rehabilitation (DISABIL REHABIL)*. 39(12), 1171-1190, doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09638288.2016.1189608>
12. GALLO, J. et al., 2011 *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 211s. ISBN 978-80-244-2486-6

13. GULÁŠOVÁ, I., et al., 2010. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po úraze (úlohy sestry v aktívnej účasti zapojenia rodiny do liečby a ošetrovateľskej starostlivosti o svojho člena rodiny po úraze). In: *Kvalitná ošetrovateľská starostlivosť – základný predpoklad kvality života pacientov*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 2010, s. 80 –85. ISBN 978-80-555-0261-8.
14. HOLUBOVÁ, J., 2011. Rehabilitační ošetřování. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, s. 78 – 104. ISBN 978-80-247-3419-4.
15. HORÁČEK, J., 2008. Endokrinologie a metabolismus. In: NAVRÁTIL, L. et al. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, s. 293-318. ISBN 978-80-247-2319-8.
16. CHUNG, J., et al., 2015. Multidisciplinary care improves amputation-free survival in patients with chronic critical limb ischemia. *Journal Of Vascular Surgery*. 61(1), 162-169, doi: 10.1016/j.jvs.2014.05.101
17. *Interdisciplinární spolupráce při aktivizaci nemocných*, 2013.[online]. SAK.[cit. 2018-01-30]. Dostupné z: <http://www.sakcr.cz/cz-ostatni/prezentace-2013-03-26-osp/>
18. JANÁČKOVÁ, L., WEISS, P., 2008. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 136s. ISBN 978-80-7367-477-9.
19. JANÍKOVÁ, E., 2013. Ošetrovateľská péče u pacienta podstupujícího amputaci dolní končetiny. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., *Ošetrovateľská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, s. 211-223. ISBN 978-80-247-4412-4.
20. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovateľské praxi*. Praha: Grada, s. 80. ISBN 978-80-247-2171-2.
21. KÁLAL, J., 2009. Rehabilitace u pacientů po amputaci končetin. In: KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 533-536. ISBN 978-80-7262-657-1.
22. KAYSSI, A., et al., 2017. Rehabilitation Trends After Lower Extremity Amputations in Canada. *Journal of Injury, Function & Rehabilitation*. 9(5), 494-501, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.09.009>
23. KOLÁŘ, P., 2009. Rehabilitační ošetrovateľství. In: KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, s. 15-21. ISBN 978-80-7262-657-1.

24. KRAWCZYK, P., 2011 *Ortopedická protetika*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. 94s. ISBN 978-80-7464-096-4.
25. KUBEŠ, R., 2014. Amputace. In: DUNGL, P., *Ortopedie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 117-126. ISBN 978-80-247-4357-8.
26. MATĚJÍČEK, M., 2014. Ortotika protetika. In: DUNGL, P. et al., *Ortopedie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, s. 93-116. ISBN 978-80-247-4357-8.
27. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada. 304s. ISBN 978-80-247-1521-6.
28. MOHAUPTOVÁ, E., 2009 *Teambuilding: cesta k efektivní spolupráci*. Vyd. 2. Praha: Portál, 173s. ISBN 9788073676414.
29. MROČKOVÁ, I., 2011. *Rehabilitace po amputaci pro diabetické komplikace*. [online]. [cit.2017-12-23]. Dostupné z [www:https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rehabilitace-po-amputacich-pro-diabeticke-komplikace-460359](https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rehabilitace-po-amputacich-pro-diabeticke-komplikace-460359)
30. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ, M., ELIŠKA, O., 2009. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 416s. ISBN 978-80-7262-612-0.
31. NEDVĚDOVÁ, I., 2016. *Rehabilitace pacientů po amputaci dolní končetiny*. [online]. [cit.2017-11-27]. Dostupné z [www: https://www.tribune.cz/clanek/38708-rehabilitace-pacientu-po-amputaci-dolni-koncetiny](https://www.tribune.cz/clanek/38708-rehabilitace-pacientu-po-amputaci-dolni-koncetiny)
32. PŮLPÁN, R., 2011 *Základy protetiky*. Praha: Epimedia. 99s. ISBN 978-80-260-0027-3.
33. ROUBAL, J., 2015. Válečné amputace. In: HÁJEK, M., *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada, s. 221-223. ISBN 978-80-247-4587-9.
34. SCHREIBER, M., L., 2017. Evidence-Based Practice. Lower Limb Amputation: Postoperative Nursing Care and Considerations. *MEDSURG Nursing* [online]. 26(4), 274-277 [cit. 2017-11-12]. ISSN 1092-0811.
35. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 160s. ISBN 978-80-7367-691-9.
36. ŠOULOVÁ, K., 2015. *Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u klientů po CMP*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
37. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén, 135s. ISBN 978-80-7262-599-4.

38. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetrovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 191s. ISBN 978-80-7394-246-5.
39. ŠVESTKOVÁ, O., et al., 2017. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Praha: Grada. 320s. ISBN 978-80-271-0084-2.
40. VALENTA, J., 2007. *Základy chirurgie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén. 277s. ISBN 9788072624034.
41. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10 aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. 1124s. ISBN 978-80-7345-456-2.
42. VONDRÁČKOVÁ, D., MASOPUST, V., 2016. Bolestivé syndromy nervů a neuromodulace. In: KAISER, R. et al., *Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů*. Praha: Grada, s. 61-68. ISBN 978-80-247-5808-4.
43. Vyhláška č. 397/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb., 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360-4376. ISSN 1211-1244.
44. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 20, s. 482-544. ISSN 1211-1244.
45. ZEMAN, M., KRŠKA, Z., 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 512s. ISBN 978-80-247-3770-6.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 – Schéma bandážování pahýlu

Příloha 2 – Otázky k rozhovoru se sestrami

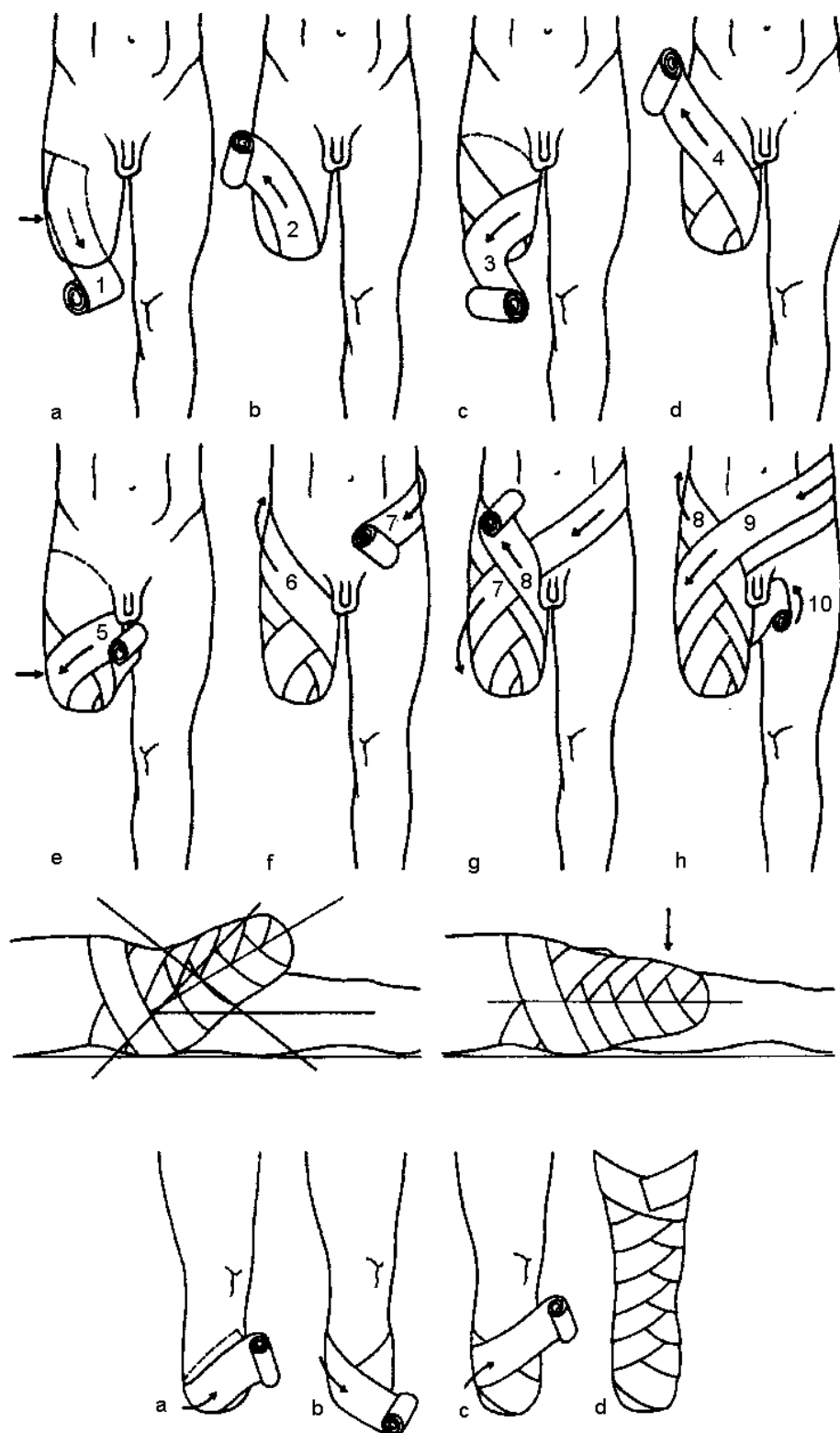
Příloha 3 - Otázky k rozhovoru s fyzioterapeuty

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s pacienty

Příloha 5 – Pozorovací arch

Příloha 1

SCHÉMA BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU



Zdroj: proteor.cz, dostupné z: <http://www.proteor.cz/bandazovani-pahylu>

Příloha 2

OTÁZKY K ROZHOVORU SE SESTRAMI

Jak dlouho pracujete jako sestra?

Na jakém pracujete oddělení?

Jak dlouho na tomto oddělení pracujete?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

S kolika pacienty po amputaci dolní končetiny se setkáte na Vašem oddělení v průběhu půl roku?

Jak dlouho jsou u Vás hospitalizováni?

Jaké jsou nejčastější důvody, kvůli kterým je u těchto pacientů indikována amputace dolní končetiny?

Co vše je Vaším úkolem u takovýchto pacientů?

Máte s nějakými výkony u těchto pacientů problém?

Setkáváte se s výkony u amputovaných pacientů, které neovládáte?

Máte k dispozici fyzioterapeuty na přímo na oddělení nebo k Vám dochází?

Kolik jich k Vám dochází (nebo kolik jich máte k dispozici)?

V čem podle Vás spočívá spolupráce mezi Vámi a fyzioterapeutem?

Dochází k předání informací mezi Vámi a fyzioterapeutem?

Kdy si tyto informace sdělujete?

Kde si tyto informace sdělujete?

Stává se někdy, že byste si předali informace přímo před pacientem?

Co vše sdělujete při předání informací vy fyzioterapeutovi?

Co naopak fyzioterapeut sděluje Vám při předání informací?

Nahlížíte do dokumentace fyzioterapeutů?

Myslíte si, že Vaše předávání informací je dostatečné nebo v něm vidíte nějaké nedostatky? Popř. jaké nedostatky?

Jak podle Vás předávání informací zlepšit?

Jak Vám informace získané od fyzioterapeutů pomáhají při péči o pacienta po amputaci dolní končetiny?

U kterých výkonů spolupracujete s fyzioterapeutem?

Jak se zapojujete do výkonů, u kterých je výhodná spolupráce Vás a fyzioterapeuta?

Seznámil Vás fyzioterapeut se správnou technikou aktivit, u kterých můžete spolupracovat (pasivní, aktivní, dechové, cvičení, míčkování, spchování pahýlu atd.)

Jaké úkoly dostáváte od fyzioterapeuta?

Při jakých aktivitách rámci ošetrovatelské péče přispíváte k úspěšné rehabilitaci klienta?

Jak hodnotíte spolupráci mezi Vámi a fyzioterapeutem?

Co považujete za překážky, které brání spolupráci mezi Vámi?

Jakými způsoby by se podle Vás tyto překážky daly překonat a tím dojít k zefektivnění Vaší spolupráce?

Příloha 3

OTÁZKY K ROZHOVORU S FYZIOTERAPEUTY

Jak dlouho pracujete jako fyzioterapeut?

Nejvyšší dosažené vzdělání?

S kolika pacienty po amputaci dolní končetiny se setkáte v rámci vaší praxe v časovém horizontu půl roku?

Jak dlouho bývají ve vaší péči?

Co vše je Vaším úkolem u takovýchto pacientů?

V čem podle Vás spočívá spolupráce Vás a sestry u pacienta po amputaci dolních končetin?

Dochází k předání informací mezi Vámi a sestrou?

Kdy si tyto informace sdělujete?

Kde si tyto informace sdělujete?

Nahlížíte do ošetrovatelské dokumentace?

Co vše sdělujete při předání informací Vy sestře?

Co naopak sestra sděluje Vám při předání informací?

Myslíte si, že Vaše předávání informací je dostatečné nebo v něm vidíte nějaké nedostatky popř. jaké nedostatky?

Jak podle Vás předávání informací zlepšit?

Jak Vám informace získané od sestry pomáhají při rehabilitaci pacienta po amputaci dolní končetiny?

U kterých výkonů spolupracujete se sestrou?

Vyžadujete od sester spolupráci u některých výkonů?

Instruuje sestry ve správné technice aktivit, u kterých můžete spolupracovat (pasivní, aktivní, dechové, cvičení, míčkování, spchování pahýlu atd.) ?

Jaké úkoly zadáváte sestrám?

Jak hodnotíte spolupráci mezi Vámi a sestrou?

Co považujete za překážky, které brání spolupráci mezi Vámi?

Jakými způsoby by se podle Vás tyto překážky daly překonat a tím dojít k zefektivnění Vaší spolupráce?

Příloha 4

OTÁZKY K ROZHOVORU S PACIENTY

Kolik Vám je let?

Jak dlouho žijete s amputovanou končetinou?

Z jakého důvodu Vám byla dolní končetina amputována?

Na kterých odděleních jste byl/a hospitalizován/a kvůli amputaci dolní končetiny?

Zaznamenal/a jste při své rehabilitaci spolupráci sestry a fyzioterapeuta? Pokud ano v čem spočívala?

Na kterém z oddělení, na kterých jste byl/a po amputaci hospitalizovan/á spolupráce sestry a fyzioterapeuta probíhala podle Vás nejefektivněji?

Jak jejich spolupráce u Vás probíhala?

Myslíte si, že pokud sestra a fyzioterapeut spolupracují, dosahují tak lepších výsledků u pacienta po amputaci dolní končetiny? Pokud ano proč?

Kdo Vás edukoval po amputaci dolní končetiny? (např. správná bandáž pahýlu, jak se otáčet, přesouvat z postele na vozík atd.)

Jak tato edukace probíhala?

Stalo se Vám někdy, že by Vás edukoval fyzioterapeut a sestra společně?

Jaké klady popřípadě zápory přinesla tato spolupráce konkrétně Vám?

Jaký je Váš názor na celkovou problematiku spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů, jako jste vy?

Příloha 5

POZOROVACÍ ARCH

	S4	F5
Předání informací při příchodu fyzioterapeuta na oddělení		
Aktivní získání informací od fyzioterapeuta po rehabilitaci		
Nahlížení do fyzioterapeutické dokumentace		
Edukace pacienta ve spolupráci s fyzioterapeutem/ sestrou		
Domluva s fyzioterapeutem o vhodných aktivitách pro pacienta		
Vyžádání informací po příchodu na oddělení		
Podání informací po rehabilitaci sestrám		
Nahlížení do ošetrovatelské dokumentace		
Doporučení sestrám o vhodných aktivitách pro pacienta		

Zdroj: Vlastní

9 Seznam zkratk

ARO – Anesteziologicko – resuscitační oddělení

JIP – Jednotka intenzivní péče

LTV – Léčebná tělesná výchova

DKK – Dolní končetiny

UNIFY – Unie fyzioterapeutů České republiky

SAK – Spojená akreditační komise