

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Katedra zdravotnických studií

**Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci
končetiny**

bakalářská práce

Autor práce: Adéla Půžová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Vácová

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Adéla Půžová
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci končetiny
Cíl práce:	1. Zjistit, jakou specifickou ošetrovatelskou péči vyžaduje pacient po amputaci končetiny. 2. Zjistit, zda všeobecné sestry provádí u pacienta po amputaci končetiny specifickou ošetrovatelskou péči.

Mgr. Jana Vácová
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií



Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí po amputaci končetiny. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. V první části, současném stavu problematiky, je stručně popsána anatomie dolní končetiny, amputace, specifická ošetrovatelská péče před a po amputaci, rehabilitace a protetika. V druhé části, výzkumné části, jsou prezentovány výsledky výzkumného šetření, které bylo prováděno pomocí strukturovaného rozhovoru se třemi všeobecnými sestrami a třemi pacienty. Rozhovory se týkaly specifické péče.

Klíčová slova

Amputace; ošetrovatelská péče; rehabilitace

Abstract

This bachelor thesis deals with nursing care after limb amputation. The bachelor thesis consists of two parts. In the first part, the present state of the problem is briefly described the anatomy of the lower limb, amputation, specific nursing care before and after amputation, rehabilitation and prosthetics. The second part, the research part, presents the results of a research that was conducted using structured interview with three patient and three nurse. The interviews concerned specific care.

Key words

Amputation; nursing care; rehabilitation

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 17. dubna 2019

.....
Adéla Půžová

Poděkování

Ráda bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Vácové za odborné vedení, za vlídné a vstřícné jednání, za podporu a podnětné rady, které mi věnovala při vedení této bakalářské práce. Rovněž děkuji všem respondentům za spolupráci při rozhovoru.

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Kost	11
1.2 Svaly.....	11
1.3 Amputace	12
1.3.1 Druhy amputací.....	13
1.3.2 Výšky amputací na dolní končetině.....	13
1.4 Syndrom diabetické nohy.....	15
1.4.1 Diagnostika diabetické nohy.....	15
1.5 Komplikace amputací.....	16
1.5.1 Fantomova bolest.....	16
1.6 Obecná předoperační příprava	17
1.7 Specifická předoperační příprava.....	19
1.8 Psychologie v oblasti ortopedie a chirurgie	20
1.9 Specifická ošetrovatelská péče po amputaci	20
1.10 Bandáž pahýlu	21
1.11 Rehabilitace po amputaci	22
1.12 Nácvik chůze	23
1.13 Protetika.....	24
1.14 Protézy.....	24
1.14.1 Podmínky pro zhotovení protézy.....	25
2 Výzkumná část (praktická část).....	27
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	27
2.1.1 Cíle bakalářské práce	27
2.1.2 Výzkumné otázky	27
2.2 Metodika výzkumu.....	27
2.3 Charakteristika vzorků respondentů.....	28
2.4 Průběh výzkumu.....	28
2.5 Výsledky porovnávání odpovědí pacientů	28
2.5.1 Edukace o chůzi o berlích před amputací	28
2.5.2 Jaké informace byly předány, praktický nácvik chůze	29
2.5.3 Získané informace pomocí edukace	29
2.5.4 Změna edukace	29
2.5.5 Edukace v oblasti protetiky, návštěva protetika před operací	29
2.5.6 Nabídky psychologické podpory	30

2.5.7	Možnosti psychologické podpory, její formy	30
2.5.8	Účinnost psychoterapeutické podpory	30
2.6	Výsledky porovnání sester	32
2.6.1	Edukace o chůzi o berlích před amputací	32
2.6.2	Délka předoperační edukace	32
2.6.3	Je nácvik dostačující a kdo edukaci provádí.....	32
2.6.4	Edukace v problematice protetiky	33
2.6.5	Psychologická podpora před amputací	33
2.6.6	U koho se psychologická podpora provádí.....	33
2.6.7	Nejlepší edukační metody pro přijetí léčby	33
2.7	Výsledky porovnání odpovědí pacientů a sester	35
2.7.1	Edukace o chůzi o berlích.....	35
2.7.2	Kdo edukuje pacienty o chůzi o berlích.....	35
2.7.3	Edukace v oblasti protetiky.....	35
2.7.4	Psychologická podpora před operací	36
3	Diskuze	37
	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	40
	Závěr	41
	Seznam použité literatury	42

Seznam tabulek

Tabulka 1 Porovnání odpovědí pacientů	31
Tabulka 2 Porovnání odpovědí všeobecných sester	34

Seznam použitých zkratk

EKG elektrokardiogram

JIP jednotka intenzivní péče

RTG rentgen

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty po amputaci dolní končetiny. Toto téma bylo zvoleno, protože amputace dolní končetiny bývá celkem častý výkon, hlavně u pacientů trpících diabetem mellitem, a proto je důležité se zaměřit na edukaci a také psychickou stránku pacienta. Jak vyplývá z výzkumné části, bývá psychická stránka pacienta zanedbávána. Znalost této problematiky je důležitá pro každou všeobecnou sestru, protože s pacienty po amputaci se můžeme setkat nejen na chirurgickém oddělení, ale i na ostatních odděleních zdravotnických organizací.

První část bakalářské práce se věnuje současnému stavu problematiky, kde je popsána stručně anatomie dolní končetiny, co je to amputace, rozdělení amputací, předoperační příprava, protetika. V této části je také součástí specifická ošetrovatelská péče a rehabilitace před amputací, kdy je důležité, aby pacient posiloval nohu, která bude amputována a zároveň i horní končetiny. Součástí je také rehabilitace po amputaci, kde se musí dodržovat správné polohy pahýlu, aby nedošlo ke kontrakturám.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsou předloženy výsledky kvalitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po amputaci dolní končetiny hospitalizovanými na chirurgickém oddělení a s všeobecnými sestrami. Výzkum probíhal na chirurgickém oddělení v Nemocnici Jihlava p.o. a Nemocnici Nové Město na Moravě p.o. Otázky v rozhovoru byly sestaveny tak, aby zodpověděly výzkumné otázky. V rozhovoru jsou předkládány otázky pro pacienty typu: Navštívila Vás před operací všeobecná sestra, aby Vás edukovala o nácviku chůze o berlích? Byl za Vámi protetik? Byla Vám před operací nabídnuta psychologická podpora? Dále otázky pro sestry v typu: Jak je pacient před amputací edukován o chůzi o berlích? Kdo edukuje pacienty v oblasti protetiky? Jak zajišťujete pacientovi před operací psychologickou podporu?

Data byla vyhodnocena a interpretována ve výzkumné části. V závěru výzkumné části je návrh možného řešení pro zlepšení této problematiky.

1 Současný stav problematiky

1.1 Kost

Kost je tvrdý orgán, který je tvořen kostními buňkami, které se nazývají osteocyty. Podle tvaru rozlišujeme kosti do čtyř skupin. Řadí se sem dlouhé, krátké, ploché a také kosti nepravidelného tvaru. Dlouhé kosti jsou tvořeny mohutnou vrstvou, která je těsně přiložena k lamelám a kompaktu. Pod kompaktem se nachází trámčitá tkáň, která obsahuje dřevné dutinky a v nich je kostní dřev, ve které se tvoří všechny krevní elementy. Epifýza je koncová část dlouhé kosti a má na povrchu slabou vrstvu kompakty. Některé epifýzy jsou součástí kloubů a jejich povrch je tvořen kloubní chrupavkou. U krátkých kostí je na povrchu tenká vrstva kompakty. Kosti ploché tvoří dvě lamely, a to zevní a vnitřní. Kosti jsou spojeny buď vazivem, chrupavkou či kostí, nebo mohou být spojeny volně dotykem nebo v kloubu (Naňka a kol., 2015).

Kosti dolních končetin se rozdělují na kosti pletence dolní končetiny, kostra volné končetiny a kosti nohy. Do pletence dolní končetiny zařazujeme pánevní kost, která je tvořena ze tří kostí: kyčelní, sedací a stydké. Kost kyčelní je zasazena do jámy kyčelního kloubu. Kostra volné končetiny obsahuje stehenní kost, která je nejdelší v lidském těle, česku, holenní a lýtkovou kost. Holenní kost je uložena na palcové straně, na malíkové straně se nachází kost lýtková, která tvoří vnější kotník. Zánártní kosti, články prstů a sezamské kosti patří do kosti nohou. Zánártní kosti tvoří 5 dlouhých monoepifyzárních kostí a články prstů jsou tvořeny 14 kostmi, kde palec má po dvou kostech a ostatní prsty tvoří kosti tři (Kachlík, 2013).

1.2 Svaly

Buňky svalů mají schopnost se aktivně zkracovat. Svaly se skládají ze svalové tkáně, která se skládá ze svalových buněk – myocytů. Svalová tkáň se rozděluje do tří druhů – hladká svalovina, kosterní příčně pruhovaná svalovina a srdeční příčně pruhovaná svalovina. Hladká svalovina se nachází na stěně cév a orgánů. Kosterní příčně pruhovaná svalovina je ovladatelná vůlí. Srdeční příčně pruhovaná svalovina slouží k vedení vzruchů (Kachlík, 2013).

Svaly dělíme také podle tvaru, a to na jednoduché a složité. Jednoduché svaly se dále dělí na dlouhé svaly, ploché a krátké. Dlouhé svaly se vyskytují nejvíce na končetinách.

Ploché svaly se nachází například na stěně břišní a některé krátké svaly se nachází na zádech. Složité svaly se rozdělují do dvou skupin na nezpeřené a zpeřené (Fiala a kol., 2015).

Kontrakce je základní funkcí svalu. Síla kontrakce závisí na množství svalových vláken, které jsou ve svalu obsaženy. Kontrakce dělíme na izotonické a izometrické. Při izotonické kontrakci zůstává ve svalu napětí, ale mění se délka svalu. Při izometrické kontrakci se naopak mění napětí ve svalu a délka svalu zůstává stejná (Fiala a kol., 2015).

Na dolní končetině se nachází svaly pletence dolní končetiny, svaly stehna, svaly bérce a svaly nohy. Svaly pletence dolní končetiny tvoří přední skupina, do které patří ohybače stehna a zadní skupina, ve které jsou natahovače stehna. Svaly stehna se dělí na tři skupiny: přední skupina, mediální skupina a zadní skupina. Do přední skupiny zařazujeme krejčovský sval, který je zároveň nejdelším svalem v lidském těle. Mediální skupina přitahuje stehno. V zadní skupině jsou natahovače stehna a ohýbače bérce. Svaly bérce se také dělí na tři skupiny – přední skupina, boční skupina a zadní skupina. Přední skupina tvoří natahovače nohy a prstů. Boční skupina umožňuje vytočení nohy. Zadní skupina je tvořena ohýbačem nohy a prstů. Svaly nohy tvoří dvě skupiny – hřbetní skupina, do které patří natahovače palce nohy a prstů a chodidlová skupina, která se člení na svaly palce a svaly malíčku (Kachlík, 2013).

1.3 Amputace

Amputace znamená snesení či odstranění končetiny a používá se ve třech případech. Využívá se v akutním případě, kdy je nutno amputaci provést co nejrychleji. Dále se vykonává při vyčerpání všech možných terapeutických možností. Ve třetím případě se amputace provádí pro zlepšení funkcí nebo pro kosmetické důvody (Janíková a kol., 2013).

Před amputací je také velmi důležité rozhodnout výšku amputace. Výška je ovlivněna poraněním končetiny nebo onemocněními, jako je karcinom nebo lokalizace cévních poruch (Zeman a kol., 2011).

Amputace se často provádí v bezkrevném terénu, avšak tato metoda není vhodná u těžkých infekcí, v těchto případech končetinu zaškrtneme v úrovni řezu. V bezkrevném

terénu se může provést podvázání cév, které se může použít buď při protínání tkání, nebo až po odstranění končetiny. Při akutních stavech se používá urgentní amputace, ta se využívá hlavně ve válečné chirurgii. Amputace se provádí jedním řezem, při kterém se protnou všechny tkáně ve stejné rovině až ke kosti. Poté se rána nezašívá a nechává se otevřená a téměř pokaždé této amputaci se provádí zkrácení a úprava pahýlu. Při provádění obvyčejné amputace je snaha o adaptační uzávěr pahýlu s drenáží (Zeman a kol., 2011).

1.3.1 Druhy amputací

Na dolní končetině se může provést několik druhů amputací. Druhy rozlišujeme podle výše amputované končetiny.

Dříve se prováděla amputace takzvaně cirkulární, kdy se krvácení stavělo buď pouze škrtidly, nebo se končetina ponořila do horkého oleje. V dnešní době se ale takto amputace již neprovádějí. Dříve se tato metoda prováděla jedním řezem, nyní se tento druh amputace provádí třemi řezy. Nejdříve se cirkulárně přeruší kůže, v dalším bodě se přeřízne sval a v poslední řadě se přeruší skelet. Jako další krok se přišila náplast'ová kožní trakce, a pokud byla přišita správně, tak se dále nemusela provádět úprava pahýlu (Dungl a kol., 2014).

Další druh amputace se nazývá laloková amputace. Stejně jako cirkulární amputace postupem času prodělávala vývoj, tak i laloková amputace se časem měnila. Laloková amputace může být prováděna buď otevřeným způsobem, nebo zavřeným. Při zavřeném způsobu se provádí tenodéza přerušených svalů, která vede ke zlepšení funkce a tvaru pahýlu. Při otevřeném způsobu se doporučuje technika invertovaných kožních laloků, které se založí delší, dále jsou překlopeny a na přechodnou dobu jsou k sobě přišity přeloženou plochou k sobě (Dungl a kol., 2014).

1.3.2 Výšky amputací na dolní končetině

Výška amputace se odvíjí od úrovně poškození končetiny. O výšce se rozhoduje dle dvou základních faktorů – oběh krve v končetině a možnost protézování (Douglas, 2013).

Na dolní končetině se může provést několik výšin amputace. Metatarsální amputace, která se provádí u většiny diabetiků. Provádí se paprskovitá amputace, kdy dojde k odnětí prstu s metatarzální hlavičkou. Indikace pro tyto amputace mohou být například: vrozené vady, dlouhodobá infekce nártních kostí nebo gangréna (Douglas, 2013). Transmetatarzální amputace – tato amputace se provádí tak, že řez je proveden v nártu. Tento typ se provádí v případě, kdy je gangréna více než dvou metatarzů, ale zároveň musí být na končetině flegmona a nepoškozená plantární kůže, kterou se poté překrývá rána. Po tomto zákroku by se měla končetina znehybnit a zátěž zmírnit na minimum. Jako vhodná pomůcka se doporučuje speciálně upravená obuv (Janíková, Zelenková, 2013). Lisfrancova amputace je amputace, při které se odstraní všechny články prstů a nártní kosti (Douglas, 2013). Amputace chodidla se provádí v Chorpatově kloubu, ale moc se nevyužívá. Z důvodu následné rehabilitace, která je ztížená, díky nevyvážení ostatních svalů. Dále se provádí amputace v oblasti bérce, u které je nejčastější indikace ischemická choroba dolních končetin. Vzhledem k výši této amputace je následná rehabilitace snazší nežli u amputací, které jsou prováděny výše. Platí, že čím vyšší amputace je, tím je horší následná rehabilitace. Amputace v kloubu kolene se nedělá příliš často, u této amputace se klade důraz na vytvoření pevného pahýlu. Amputace v oblasti stehna se provádí buď jako vysoká, nebo nízká. Amputace v oblasti kyčle není častý výkon. Tento druh amputace se provádí při pokročilé infekci, která může nastat po amputaci v oblasti stehna, nebo se provádí při nádorových onemocněních. Je možná chůze s protézou, ale vyžaduje velikou trpělivost pro nemocného a také pro celý zdravotnický tým (Janíková a kol., 2013). Hemipelvektomie je odstranění celé dolní končetiny i s přilehlou oblastí pánevní kosti (Dungl a kol., 2014). Tato amputace se provádí pouze výjimečně, a to v případě, pokud má pacient nádor v oblasti horního stehna, kyčelního kloubu či pánve, nebo pokud pacient trpí osteomyelitidou. Hemikorporektomie je způsob, ke kterému se také přistupuje pouze výjimečně. Indikací pro tuto amputaci je nádorové onemocnění močového měchýře či rekta nebo také dekubity v sakrální oblasti, které již nelze řešit jinak (Douglas, 2013). Odstraní se celý pánevní pletenec a s ním i kost křížová. U tohoto typu amputace se musí řešit stomie gastrointestinálního traktu (Dungl a kol., 2014).

1.4 Syndrom diabetické nohy

Amputace je veliký zásah do organismu, a proto se musí velice dobře zvážit. Příčiny, které vedou k amputaci, jsou těžká traumata, která byla v minulosti častější indikací nežli dnes. Další příčiny jsou sepse nebo nekróza, která může být způsobena více faktory, například popáleninami od ohně či elektrického proudu nebo následkem omrzlin. Amputace se také provádí v případě, je-li na kostní tkáni maligní tumor nebo při vrozených vadách (Dungl a kol., 2014). Jedna z dalších příčin může být i syndrom diabetické nohy.

Syndrom diabetické nohy je charakterizován jako poškození tkání dolních končetin. Tento syndrom se objevuje jenom u pacientů s onemocněním diabetes mellitus, nejčastěji druhého typu, a je to častý důvod pro hospitalizaci těchto pacientů. Následky tohoto syndromu jsou ulcerace, gangrény a v tom nejhorším případě, je to indikace pro amputaci. Objevuje se až u 10 % pacientů s diabetem mellitem, protože pacienti s diabetem jsou až 40krát více ohroženi amputací nežli člověk, který tímto onemocněním netrpí. Syndrom diabetické nohy se obecně špatně hojí a velmi často se vrací, a proto je považován za celoživotní diagnózu. Zhoršené hojení ran má z většiny za vinu hyperglykemie a také dekompenzovaný diabetes hojení spíše zpomaluje. Bylo vědecky podloženo, že dekompenzovaný diabetes je spojený s vyšším rizikem amputace (Pokorná a kol., 2012). Vznik syndromu diabetické nohy má několik příčin. Jedna z příčin vedoucí k diabetické noze je diabetická neuropatie, která má za následek zhoršené hojení ran a větší sklon ke vzniku infekcí. Mezi další příčiny patří diabetická angiopatie, která se rozděluje na mikroangiopatii a makropatii. Při mikroangiopatii dochází k změnám cirkulace vlásečnic, drobných žilek a malých tepen. Při makropatii se změny odehrávají ve středních a velkých tepnách (Broulíková, 2011). Rizikovější jsou i kuřáci. Špatná pohyblivost kloubů, hyperkeratóza nebo deformity dolních končetin jsou také rizika (Pokorná a kol., 2012).

1.4.1 Diagnostika diabetické nohy

U diabetické nohy se hodnotí funkce nervových vláken na končetině. Vyšetřují se reflexy, atrofie a také slabosti svalstva (Vodička a kol., 2014). Nejdříve u pacienta zjišťujeme osobní anamnézu, při které se ptáme pacienta na klaudikační bolesti, které jsou charakterizovány zvyšující se bolestí při chůzi. Dále se pacienta ptáme na defekty

z minulosti. Při fyzikálním vyšetření se hledá ischemie, nehmatný pulz na končetině, jizvy po předešlých defektech, ztráta ochlupení (Broulíková, 2013).

Při neinvazivních metodách se používá dopplerova sonda, při které se měří tlak na palcích dolních končetin u lidí s onemocněním diabetu mellitu. K potvrzení stupně ischemie u diabetiků je nejvíce účinnější stanovení transkutánní tenze kyslíku. Další metoda, která se využívá je laser doppler fluxmetrie. K diagnostice se využívají také zobrazovací metody jako angiografie, počítačová tomografická angiografie, magneticko rezonační angiografie (Broulíková, 2013). Při diagnostice se také musí odlišit diabetická noha od bércových vředů nebo také od onemocnění, která patří pouze k ischemické chorobě.

Pokud se na dolní končetině objeví defekt, je důležité z něj odebrat vzorek na bakterie, který se odebírá z hloubky defektu a také z nekrotické tkáně (Vodička a kol., 2014).

1.5 Komplikace amputací

Jako po každém zákroku, tak i po amputaci se mohou objevit komplikace. Obecná prevence proti komplikacím je šetrná, správně zvolená a co nejrychlejší operace. Po amputaci může vzniknout hematoma, kterému se dá zabránit drenáží. Může se objevit nekróza nebo rozestup operační rány, která se řeší revizí, nekrektomií, drenáží a sešitím. Další komplikací může být gangréna pahýlu, kde se čeká na ohraničení nekrózy. Může vzniknout otok, kterému se dá předejít již na operačním sále správným použitím elastické bandáže. Po amputaci je také velká pravděpodobnost, že pacient bude trpět Fantomovými bolestmi (Dungl a kol., 2014). Také se mohou objevit poruchy hojení ran, které může zavinit ischemická choroba dolní končetiny. Další komplikace jsou kontraktury, kterým lze zabránit správným obvazováním, polohováním a bezprostřední pooperační rehabilitací. Může se také stát, že se pahýl bude špatně prokrvovat a může dojít i k tlakové lézi, která vznikne nedostatečným ohlazením hrany pahýlu kosti. Objevit se mohou i kožní infekce (Slezáková a kol., 2010).

1.5.1 Fantomova bolest

Fantomova bolest byla zaznamenána již v roce 1551. Protože není jasné, co přesně Fantomovu bolest vyvolává, není stále definovaný správný postup při léčbě této komplikace. Fantomova bolest se objevuje pouze u pacientů po amputaci, nejčastěji

po amputaci dolní končetiny, ale může se objevit i po amputaci prstu. Nemusí se objevit hned, ale až po delší době. Fantomova bolest se objevuje velmi často, až u 70 % pacientů, avšak nesnesitelná bolest se objevuje zřídka. Tato bolest vzniká většinou u pacientů, u kterých se bolest objevila již před amputací, nebo také vzniká při operačních komplikacích. Pacienti bolest charakterizují jako pálivou, řezavou nebo křečovitou. Fantomova bolest časem ustupuje a může do dvou let zmizet úplně (Kučera, 2013).

Fantomova bolest se rozlišuje na pahýlovou bolest, která bývá spojována s terminálním neuronem, kostním výběžkem nebo samotnou jizvou. Bolest bývá ostrá a zhoršuje se také tlakem a dotykem (Kaiser a kol., 2016).

Faktor, který může významně ovlivnit fantomovu bolest, je prevence. Využívají se metody farmakologické a psychologické nebo algeziologické postupy. Zmírnit bolesti může také operace, při které se provádí revize s resekcí neuromu a vnoření proximálního nervového pahýlu do okolní svalové tkáně. (Kaiser a kol., 2016).

Jak již bylo zmíněno výše, léčba Fantomovy nemoci není jednoduchá, protože není známa vyvolávající příčina. Lečí se proto, typ a intenzita bolesti. Léčba musí být propojena jak s farmakologickou terapií, tak i s nefarmakologickou. Dále se uplatňuje psychoterapie, která se zahájí již před amputací. Stejně jako u neuropatické bolesti se zde využívají antiepileptika, která působí proti křečovým bolestem. Dále se využívají antidepresiva a analgetika, která se dávkuje dle výše bolesti, tudíž i silné opioidy. Do nefarmakologické léčby zařazujeme rehabilitace, které jsou přizpůsobeny podle bolesti a kondice pacienta (Kaiser a kol., 2016).

1.6 Obecná předoperační příprava

Pacient, který jde na plánovaný výkon, je zpravidla přijat na oddělení den před plánovanou operací. Předoperační příprava závisí na typu výkonu a rozhoduje o ní přijímací lékař a také operatér. Součástí předoperační přípravy je naordinování pooperačního režimu, jako je dodržování diety, medikace nebo nácvik rehabilitace. Před každou operací se snažíme předejít pooperačním komplikacím. Pacient musí být informován o svém onemocnění a musí být také seznámen se všemi riziky, která se mohou při operaci objevit, také musí být seznámen se všemi způsoby léčby. Lékař, který pacienta o všem informuje, musí komunikovat srozumitelně, tak aby pacient

všemu rozuměl. Pacient by měl také vědět, jaký bude přibližně jeho zdravotní stav po operaci a následné léčbě. Pacienta ujišťujeme, že po zákroku naše péče o něj nekončí, protože po operaci zajišťujeme péči s dalšími odborníky. Pacientovi dáváme k podepsání informovaný souhlas. Naše snaha je získat pacientovu důvěru, která vede ke společné spolupráci (Schneiderová, 2014).

Dlouhodobá předoperační příprava začíná lékařskou indikací k operaci. V rámci dlouhodobé přípravy je pacient odeslán na interní vyšetření. Někdy je pacientům doporučena autotransfuze, což je odebrání pacientovy krve pro vlastní transfuzi, která by mohla být při operaci použita. Interní vyšetření může být provedeno maximálně 14 dnů před samotným výkonem. Interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření, měření fyziologických funkcí, vyšetření moči na moč + sediment, cukr a aceton. V krvi se vyšetřuje krevní skupina a Rh faktor, krevní obraz, základní biochemie a koagulace krve, jaterní a ledvinové funkce. EKG a rtg srdce a plic je také samozřejmostí (Slezáková a kol., 2010).

Krátkodobá příprava se provádí 24 hodin před samotným výkonem. Anesteziolog navštěvuje pacienty na oddělení, hodnotí jejich stav a seznamuje se možnostmi anestezie. Sepisuje medikaci a premedikaci před operací. Dále do této přípravy spadá lačnění, které by mělo trvat minimálně 6 hodin. Aby pacienti nebyli dehydratováni, tak přívod tekutin podáváme ve formě infuzí. Pro vyprázdnění tlustého střeva provádíme buď očistné klyzma, nebo podáváme prázdnící roztok. Hygienickou přípravu, pokud možno, si pacient provádí sám. Operační pole označíme, oholíme. Den před operací pacientovi podáváme medikaci dle anesteziologa. Cennosti se sepisují a ukládají do trezoru (Ferko a kol., 2015). Součástí krátkodobé přípravy je také psychická příprava. Snaha je zmírnit stres a strach na minimum a podílí se na tom jak lékaři, tak i sestry.

Bezprostřední příprava je v časovém úseku dvě hodiny před operací. Do tohoto úseku spadá kontrola dokumentace. Jako protiembolická opatření přikládáme na dolní končetiny elastické punčochy nebo elastické bandáže, které vážeme buď těsně pod kolena, nebo do třísel. Kontrolujeme, zda jsou sundané všechny šperky i zubní protéza. Před jednoduššími operacemi si pacient těsně před odjezdem na sál dojde na záchod, aby vyprázdnil močový měchýř. Při náročnějších operacích se pacientům zavádí močový katetr (Slezáková a kol., 2010).

1.7 Specifická předoperační příprava

Amputace je pro pacienta velice stresující záležitost, a tak je velice důležité myslet na psychickou stránku pacienta. Pacientovi bychom měli poskytnout čas, který potřebuje pro smíření se s operací a také ho podpořit. Je vhodné pacientovi zajistit psychologa. Pro pacienta mohou být důležité i sociální a technické podmínky jako je přístup v bytě, rodinné zázemí. Amputace je většinou plánovaný výkon, a proto pacient podstupuje klasické předoperační přípravy. Nejčastějšími pacienty, kteří podstupují amputaci, jsou pacienti s diabetem mellitem, a proto jsou více ohroženi pooperačními komplikacemi. Pacienti s diabetem mellitem jsou obecně rizikovější skupinou, a proto je předoperační příprava specifičtější. Před amputací je snaha pooperační komplikace snížit na minimum. Samozřejmostí je konzultace s diabetologem, který spolupracuje s ostatními odborníky. U pacienta s diabetem mellitem je důležitá kompenzace diabetu a hladina cukru v krvi by se měla pohybovat v rozmezí 6 až 10 mmol/l. Některým pacientům stačí dodržovat pouze dietu. Pacientům, kteří užívají perorální antidiabetika, se dva dny před operací změní medikace na aplikaci inzulínu ve formě subkutánních injekcí. Kardiologické vyšetření zahrnující EKG je samozřejmostí, stejně jako před každou jinou operací. Kontroluje se také činnost ledvin a jater. Do týmu odborníků také patří anesteziolog, který volí vhodný způsob anestezie (Janíková a kol., 2014).

Do předoperační přípravy patří také rehabilitace. Rehabilitace by se měla zahájit již před operací, a proto by pacienta měl navštívit fyzioterapeut. Pacient by měl zkoušet chůzi o berlích, protože následnou rehabilitaci po samotné amputaci to urychlí (Grufíková, 2014). Nejdříve pacient zkouší chůzi po rovině. Návík probíhá tak, že pacient vykračuje nejdříve berlemi, dále končetinou, která bude amputovaná a následně zdravou končetinou. Pokud jde pacient do schodů, postup je stejný jako při chůzi po rovině. Při chůzi ze schodů pacient vykračuje nejdříve končetinou, která nebude amputována, dále končetinou, která bude amputována, a naposledy jdou berle. Pacient by také měl zesílit svojí horní polovinu těla pomocí cviků. Měl by se například přitahovat pomocí hrazdy v posteli, na židli či vozíku zkoušet vzepření těla pomocí rukou. Cvičení s činkami je taky vhodný způsob, jak zvýšit sílu v horní polovině těla. Důležité je také pravidelné protahování svalů. Pacient také provádí cviky na zlepšení dechové funkce (Grufíková, 2014). Posilovat dolní končetiny, obzvlášť končetinu, která bude amputována, je stejně velice důležité, jako cvičit horní polovinu těla. Pahýl musí

být dostatečně svalově připraven, aby poté plnil svoji funkci. Důležitým bodem rehabilitace je srozumitelné a jasné vysvětlení, jak by měl pacient cviky provádět, aby si mohl rehabilitaci provádět sám (Grufíková, 2014). Nacvičuje se také rovnováha v sedu na posteli. Do rehabilitace spadá také i sociální rehabilitace, kde se pacient učí, jak zvládat péči o svou osobu po amputaci (Matová, 2017).

Důležitým bodem je také spolupracující rodina pacienta a občas je vhodná účast jiného pacienta, který si již amputací prošel (Janíkova a kol., 2014).

1.8 Psychologie v oblasti ortopedie a chirurgie

V oboru chirurgie a ortopedie je důležité využití psychologie. U pacientů, kteří prodělali nějaké trauma, zůstávají psychické následky. Pacient se musí adaptovat na nový stav a také si postupně zvykat na svoje nové postižení. Tělesné postižení nejčastěji vyvolává strach, deprese nebo smutek. Rodina i zdravotnický personál by měli na pacienta působit hlavně pozitivně. Rodina by proto měla mít možnost pacienta navštěvovat pravidelně. Při posuzování zdravotního stavu se musí brát také v potaz psychické zdraví. V předoperačním období často nastává antipační strach, což znamená strach z možných komplikací, které se mohou objevit. Zdravotnický personál proto musí pacienta správně a srozumitelně informovat, neodpovídat na otázky negativně, zapojovat se do psycho-rehabilitačního programu. Ihned po operaci, pacient vyžaduje profesionální přístup, ale zároveň tak i sociální komunikaci. Poskytování přiměřených informací pacientovi po operaci pomáhá ke zlepšení duševního zdraví. Pokud zdravotníci dostatečně komunikují s pacientem, pomáhají tím k překonávání bolesti a pacient se také zapojuje aktivně ke spolupráci. Nejdůležitější je příprava pacienta na následný vzhled po operaci a změnu životního režimu, a proto by se měl do týmu zapojit psycholog nebo psychiatr. K pacientovi by se mělo přistupovat individuálně, jak před operací, tak i po operaci. Před operací včasné vysvětlit a seznámit pacienta se všemi možnostmi léčby. Pravidelné pozorování celkového stavu. Psychologická podpora je pro pacienta velmi důležitým bodem (Zacharová, 2017).

1.9 Specifická ošetrovatelská péče po amputaci

Pacient je po výkonu hospitalizován buď na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, nebo na jednotce intenzivní péče. Záleží také na tom, po jakém druhu amputace pacient

je, a také, jaký je jeho celkový zdravotní stav. Pokud je pacient pouze po amputaci prstu na dolní končetině, může být umístěn na standardní oddělení, pokud mu to jeho stav umožní. Polymorbidní pacient po vysoké amputaci ve femuru bude hospitalizován k pooperační adaptaci na JIP. Po operaci kontrolujeme všechny jeho fyziologické funkce jako je saturace, dech, krevní tlak, pulz a vědomí v předepsaných časových intervalech. Bolest bezprostředně po amputaci tlumíme analgetiky, která byla podána již při vyvádění z anestézie po operaci. Dále bolest tlumíme podle charakteru, intenzity a lokalizace bolesti podle indikace lékaře. Ostatní medikace je podávána formou infuzí, která je indikována až do té doby, než pacient může léky užívat perorálně. Pokud má pacient diabetes mellitus, aplikujeme inzulin tak, jak byl stanoven již v předoperační fázi. S tím souvisí monitorování glykémie, která by se měla měřit alespoň 4x denně, a tím také sledujeme, jestli nedochází k dekompenzaci diabetu, která se projevuje buď hyperglykemií či hypoglykemií. Po výkonu odebíráme krev na základní vyšetření podle ordinace lékaře. Kontroluje se funkčnost jater i ledvin. Po operaci je pacient ukládán do polohy na zádech a pahýl se nepodkládá. Ránu kontrolujeme, zda neprosakuje. Pokud ano, tak přiložíme další vrstvu savých obvazů. Pokud dochází k nějakým komplikacím, tak ihned informujeme lékaře (Janíková a kol., 2014).

1.10 Bandáž pahýlu

Bandážování pahýlu závisí na výšce amputace. Pahýl se bandáží i přes drén. Při bandáži stehenního pahýlu je pacient buď v poloze na zádech, nebo stojí. Materiál, který se při bandáži používá, by měl mít šířku 10 cm nebo 12 cm. Většinou se spotřebují dvě obinadla. Bandážování se provádí až ke stydké sponě. Přes velký chocholík se provádí osmičkové a klasové otáčky. Pahýl by měl být kruhový. Pokud je pahýl moc krátký, je možno provést jednu otočku přes pánev (Schuler a kol., 2010).

Při bandáži pahýlu bérce pacient sedí. Obinadla by měla být 8 cm široká a stejně jako u bandáže stehenního pahýlu se spotřebují dvě. Bandáží se distální třetina stehna a kolenní kloub. Provádí se osmičkové a klasové otáčky, aby byl pahýl spíše oválný. Po třetí klasové otáčce se mění směr pod čěškou a poté se provádí stejná technika až dolů k pahýlu (Schuler a kol., 2010).

U bandážování po amputaci v kolenním kloubu pacient sedí nebo leží. Používá se stejný materiál jako při bandáži stehenního pahýlu. Stehno se bandáží též až ke stydké

sponě, provádí se otáčkové a klasové pohyby. Tvar je kruhovitý a konický. Kondyly stehenního kloubu zajistíme srolovaným mulem (Schuler a kol., 2010).

1.11 Rehabilitace po amputaci

Rehabilitace je významná oblast medicíny, do které patří fyzioterapie a protetika. Mají veliký vliv na léčbu pacientů po amputaci končetiny. Po amputaci končetiny se vyžaduje celkový terapeutický přístup, který zahrnuje i další medicínské obory, jako je ortopedie, ortotika, neurologie, terapie bolesti a samozřejmě psychologie (Kolář et al., 2009).

Ihned druhý den po amputaci se zahajuje rehabilitace, ta by se měla provádět každý den, protože díky tomu se zlepšuje fyzická kondice pacienta. Pahýl procvičujeme, tak že nohu natáhneme buď v kolenním či kyčelním kloubu. Pahýl se dále protahuje dle cviků od rehabilitačního odborníka. Posilovat by se také měly hýžděové svaly. Do dalších možností rehabilitace zařazujeme elektroléčbu, vodoléčbu, mechanoterapii, ergoterapii a samozřejmě fyzioterapii. Při elektroléčbě se využívá laser, který se přiloží k jizvě a působí protizánětlivě a analgeticky. Vodoléčba se využívá pro zmírnění otoků, ale pouze v tom případě, kdy je zhojený kožní kryt. Mechanoterapie je reflexní masáž, kdy se volí masáž zad a dále samostatná masáž pahýlu. Ergoterapie se využívá při nácviku stoje, chůze (Čechová, 2016).

Do rehabilitace také patří péče o jizvu a polohování. Na jizvu se aplikuje tlaková masáž, která ovlivňuje její pružnost a také pomáhá zlepšit její citlivost (Čechová, 2016). Polohování pahýlu je důležité proto, aby se pacient vyhnul zkrácení svalů, které mohou být kontraindikací pro následné protézování a chůzi. Polohování je také důležité jako prevence proti otokům. Jestliže pacient leží na zádech, tak se doporučuje pahýl zatěžovat sáčkem s pískem o maximální hmotnosti 2 kg. Pokud pacient leží na břiše, tak se sáček přikládá na hýždě. Špatné polohování může vyvolat kontraktury. Při stehenní amputaci má pacient podloženou pánev a písek se přikládá na přední část pahýlu. Jestliže má pacient po amputaci bérce, tak pahýl mírně podkládáme. Poloha na břiše je vhodná jako prevence proti zkrácení svalů v kyčelním kloubu. Stehenní pahýl podkládáme do zanožení a zároveň zajišťujeme pahýl proti unožení. Tato pozice je pro pacienta namáhavá, a proto se nedoporučuje pro pacienty s dýchacími nebo srdečními

obtížemi. Pokud pacient sedí, tak musí mít podloženou celou amputovanou nohu v celé její délce (Čížová, 2010).

V rámci rehabilitace by se měl také pahýl otužovat. Tato rehabilitace je důležitá pro adaptaci pahýlového lůžka a také pro zvyšující se zátěž kvůli protézování. Díky otužování se zlepší mikrocirkulace na úplném konci pahýlu. Otužování se provádí poklepovou masáží, kterou si pacient může provádět sám. Masáž se provádí prsty a rukou. Využit se také mohou různé pomůcky jako je míček, žínka, kartáček. Doporučuje se také masáž pahýlu, ta napomáhá ke zlepšení prokrvení v pahýlu. Masáž může provádět druhá osoba nebo si ji pacient může provádět sám (Čížová, 2010).

1.12 Nácvik chůze

Pokud to stav pacienta umožňuje, tak v brzké době po operaci se začíná s vertikalizací pacienta. Vertikalizace je uvedení pacienta do svislé polohy, pomoci mohou i některé pomůcky. Pro pacienta není vhodné dlouhé odpočívání vsedě, protože by mohlo dojít ke vzniku napětí svalů, které vyvolává bolest svalů. Až si pacient zvládne stoupnout, je důležité začít trénovat rovnováhu, protože až pak může dojít k nácviku samotné chůze. Nejříve se pacient učí udržet rovnováhu. Nejprve stojí u postele, dále to zkouší u žebřin. Pokud je pacient vybaven protézou, tak zkouší přenášet váhu ze zdravé nohy na nohu s protézou. Pacient musí zvládnout stát na noze s protézou bez pomoci zdravé nohy a až potom může začít nácvik se samotnou chůzí. Cílem je naučit pacienta stát i bez toho, aby se přidržoval a mohl proto vykonávat domácí či jiné úkony. Pokud má pacient amputaci v bérce či stehně může nácvik probíhat bez pomůcek, ale pouze s přihlédnutím na pacientův věk a fyzickou kondici. Pacienti, kteří mají při chůzi strach, špatně udrží rovnováhu, chůzi provádí ve zhoršeném terénu, tak jako pomůcku využívají hůl. Hůl je vždy na straně neamputované končetiny a vykročí vždy s amputovanou končetinou. Jestliže pacient nacvičuje chůzi s protézou v místě kolenního kloubu, tak se při nácviku chůze nechává kolenní kloub uzavřený, až v dalším programu chůze se kolenní kloub odemyká. Nácvik chůze s protézou začíná stejně jako nácvik stání. Pacient stojí u žebřin s tím rozdílem, že se pokouší dávat nohy k sobě a od sebe. Jestli s tímto pacient nemá žádný problém, tak je na řadě protetický odborník, který ukazuje, jak správně s protézou nakročit. K samotné chůzi se využívají pomůcky, jako je bradlový chodníček, kdy se pacient chodníčku přidržuje a postupně se pouští. Jestliže pacient zvládá chůzi v chodníčku bez problému, tak zkouší chůzi

vedle chodníčku, kterého se může v případě nouze přidržet. Pokud pacient zvládá chůzi vedle chodníčku, tak chůzi může provádět ve volném terénu (Kolář et al., 2009).

1.13 Protetika

Návrhem protéz se zabývá celá řada oborů. První z nich je protetická protetromedie, která nespadá do výrobního oboru protéz, ale je nezbytnou součástí všech ostatních oborů. Další obor je protetika, která bude rozvedena níže. Ortotika je obor, který se zabývá léčením aplikací protetických pomůcek, jako jsou například ortézy. Epiritika je obor, který léčí pacienty pomocí epitéz. Adjuktiva, zde se zabývají návrhem invalidních vozíků či postelí. Tyto pomůcky umožňují pacientovi se lépe přizpůsobit životnímu stylu po amputaci. Poslední obor, který spadá do ortotiky protetiky, je kalceotika. Tento obor vytváří ortopedickou obuv, která je postavena na individuálních potřebách pacienta. Protetika je obor, který se zabývá léčbou pacientů s protézami. Protéza je náhrada za chybějící část končetiny. Má funkci kosmetickou, ale také funkční (Dungl a kol., 2014). Stavba protézy je individuální a závisí na stavbě jeho těla. Pro správnou funkci protézy je důležité vybrat správné pomůcky a také správné zpracování. S návrhem a zpracováním protézy se začíná až tehdy, kdy je pacient fyzicky i psychicky připravený a pahýl musí být dostatečně zhojen. Časové období, kdy se může začít připravovat návrh protézy je minimálně 6 týdnů po amputaci (Dungl a kol., 2014).

Rozeznávají se dva typy protéz z hlediska stavby. U exoskeletových protéz má protetika na starost nosnou funkci a vnější tvar protézy tvar stavebních dílů. U tohoto typu se nejčastěji využívá stavební materiál ze dřeva nebo plastu. Další typ je endoskeletová protéza. Zde zajišťuje nosnost stavební moduly a vnější část je zajištěna kosmetickým krytem. Nejčastějším materiálem, který se u tohoto typu protéz využívá, je kov a plast (Dungl a kol., 2014).

1.14 Protézy

Protéza je pomůcka, která pomáhá nahradit chybějící část končetiny. Protéza sice nenahrazuje úplnou funkci zdravé končetiny, ale dokáže ji dobře kompenzovat. Nošení protézy může mít vedlejší účinky jako například otlaky, oděrky nebo alergii na materiál. V případě alergie by si měl pacient zajít k odbornému lékaři, aby protetik věděl, na jaký

materiál je alergický a dále ho zkusil nahradit. Při první aplikaci protézy se mohou objevit oděrky či otlaky, které by měly zmizet do 21 dnů (Dönerová, 2016).

Návrh protézy se musí řídit několika kritérii. Před samotnou amputací se musí posoudit stav pacienta, zda má zájem a motivaci protézu využívat. Posuzuje se také fyzická kondice pacienta, pohlaví a věk. Pro zhotovení protézy je nutno také znát váhu pacienta. Funkce protézy závisí na vybrání materiálu. Správným výběrem materiálu se umožňuje plnit pacientovi jeho požadavky (Pejšková, 2010). Pro zhotovení protézy se získávají měrné podklady pahýlu. Pahýl se tedy například měří, dělají se odlitky či otisky nebo obkresy (Dönerová, 2016).

Skladba protézy tvoří tři části: lůžko, trubková konstrukce a chodidlo. Lůžko musí mít tvar pahýlu, aby na něj dobře pasovala amputovaná končetina. (Kolář et al, 2009). Rozeznáváme tři druhy lůžka. Jedno z nich je závěsné pahýlové lůžko. K jeho zadržení je nutné přídavné retenční zařízení. Výhodou závěsného lůžka je jednoduchá aplikace. Nevýhodou je ztížené ovládání lůžka. Dalším typem je semikontaktní lůžko. Stejně jako u závěsného je potřeba retenční zařízení. Tento typ usnadňuje ovládání celého lůžka a také ovládání celé protézy. Poslední typ je ulpivací lůžko. Zde není potřeba retenční zařízení. Při prvních aplikacích pahýlového lůžka může dojít k otlakům nebo drobným oděrkám (Dungl a kol, 2014).

1.14.1 Podmínky pro zhotovení protézy

Pacient po amputaci musí splňovat pár podmínek pro to, aby mohl mít protézu. Fyzické podmínky většinou nesplňují lidé, kteří trpí některými onemocněními, protože některá onemocnění způsobují nemožnost nošení protézy. Pro protézu nejsou vhodné takoví pacienti, kteří trpí chronickými, špatně hojivými ránami. Také pro pacienty, kteří mají po amputaci hluboce vtažené jizvy na pahýlu, se protéza nedoporučuje. Pacient, který nespolupracuje a nemá snahu, je také nevhodný. Důležitý bod pro splnění podmínek je stav svalů na amputované končetině, a proto velice často nesplňují tyto podmínky lidé se svalovým onemocněním. Přihlíží se na objem, délku a sílu svalů. To je také v rukou operátora, který amputaci provádí. Operátor se pokouší o co nejvhodnější délku svalů. Při operaci se musí provést kolmý řez stehenního nervu, aby se zhojil co nejlépe, protože špatně provedený řez může být indikací pro fantomovou bolest. (Kolář et al, 2009).

To, jakou bude mít pacient protézu, závisí na stupni aktivity. Stupeň aktivity se rozhoduje po rozhovoru s pacientem, kdy se zjišťuje, co by pacient chtěl dělat a co také by zvládl. Záleží také na fyzické kondici, ale i na věku. Stupně jsou dohromady čtyři (Pejšková, 2010).

Při prvním stupni se pacient pohybuje především doma, kde je terén zcela rovný. Pacient může vykonávat domácí činnosti. U druhého stupně může pacient vycházet i mimo domov, zvládá mírné překážky, jako je například obrubník. Při třetím stupni se pacient může pohybovat venku téměř bez omezení. Zvládne delší procházky i schody. Čtvrtý stupeň je zejména pro sportovce. V tomto stupni není žádné omezení, takže pacient může běhat, skákat i v nerovném terénu (Pejšková, 2010).

2 Výzkumná část (praktická část)

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

2.1.1 Cíle bakalářské práce

1. Zjistit, jakou specifickou ošetrovatelskou péčí vyžaduje pacient po amputaci končetiny
2. Zjistit, zda všeobecné sestry provádí u pacienta po amputaci končetiny specifickou ošetrovatelskou péči

2.1.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem byl pacient edukován o nácviku chůze o berlích před operací?
2. Jakým způsobem byla před operací pacientovi nabídnuta psychologická podpora?
3. Jakou ošetrovatelskou praxí jsou pacienti edukováni o nácviku chůze o berlích před operací?
4. Jakou současnou ošetrovatelskou praxí je před operací pacientovi nabízena psychologická podpora?

2.2 Metodika výzkumu

Bakalářská práce je zaměřena na specifickou ošetrovatelskou péči o pacienta po amputaci dolní končetiny. Data od respondentů výzkumného šetření byla získána pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkum byl prováděn pomocí polostrukturovaného rozhovoru s pacienty a všeobecnými sestrami. Otázky pro polostrukturovaný rozhovor byly formulovány tak, aby odpovíděly na cíle bakalářské práce (viz příloha 1).

Rozhovory probíhaly zcela anonymně s ústním souhlasem a písemně stvrzeným informovaným souhlasem, které jsou k nahlédnutí u autorky. Respondenti byli také seznámeni s tím, že poskytnuté odpovědi budou zaznamenávány a sloužit pro účel výzkumu bakalářské práce. Odpovědi byly zaznamenávány na diktafon mobilního telefonu, poté přepsány do počítače. Výzkum byl prováděn technikou otevřeného

kódování – pomocí „tužky a papíru“ (viz příloha 2). Výsledky byly interpretovány technikou vyložení karet.

2.3 Charakteristika vzorků respondentů

Výzkumný vzorek tvořili 3 pacienti, dva muži a jedna žena, kteří byli po amputaci dolní končetiny hospitalizováni na chirurgii a 3 všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení. Všichni respondenti s rozhovory souhlasili. Ke zpracování výsledků bylo použito celkem 6 rozhovorů.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumné šetření pro potřeby bakalářské práce probíhalo v lednu, únoru a březnu v roce 2019 na chirurgickém oddělení Nemocnice Jihlava, p.o. a Nemocnice Nové Město na Moravě, p.o. se souhlasem managementu nemocnic (viz příloha 3 a příloha 4). Rozhovor probíhal a byl nahráván po sdělení ústního souhlasu a podepsání písemného souhlasu na diktafon mobilního telefonu. Celkem proběhlo 6 rozhovorů po domluvě se sestrami a pacienty na chirurgickém oddělení. Rozhovory probíhaly v soukromí buď na sesterně, nebo na pokoji u pacienta a byla u něj přítomna pouze autorka výzkumu a jednotliví respondenti. Souhlasy k rozhovoru nejsou součástí bakalářské práce, aby nedošlo k narušení anonymity respondentů, ale jsou k náhledu u autorky.

2.5 Výsledky porovnávání odpovědí pacientů

Odpovídali respondenti R1, R2, R3 – pacienti, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení.

2.5.1 Edukace o chůzi o berlích před amputací

U této otázky se R1 a R3 shodují, že je před operací žádná sestra needukovala. R1 ještě dodává: „*O berlích chodím už 6 let, takže mě nemá moc, co kdo učit.*“ R2 uvádí, že jí před operací navštívil fyzioterapeut, který ji teoreticky edukoval o chůzi o berlích.

2.5.2 Jaké informace byly předány, praktický nácvik chůze

R1 a R3 se opět shodli. Uvádějí, že jelikož žádnou edukaci nepodstoupili, tak jim žádné informace předány nebyly. R1 také uvádí: „*Praktický nácvik jsem si vyzkoušel až po operaci*“. R2 odpověděla: „*Bylo mi předáno, jak mám postupovat při chůzi o berlích, ale bohužel jen teoreticky. Prakticky jsem si to nevyzkoušela, protože jsem nemohla před operací chodit.*“

2.5.3 Získané informace pomocí edukace

Jako u předchozích otázek se R1 a R3 shodli, protože žádnou edukaci před operací neměli. R1 dodává: „*Edukace probíhala sice až po operaci, ale také mi pomohla a zdála se mi takto dostačující.*“ R3 dodal: „*Až těsně po operaci za mnou přišli, že se za mnou v nejbližší době staví sestra, která mi vysvětlí, jak chodit o berlích. Pokud bych měl možnost si to vyzkoušet před operací, určitě bych takovou šanci využil.*“

U R2 se odpověď liší, protože jako jediná edukaci před operací podstoupila a odpověděla: „*Ještě jsem nácvik po operaci neabsolvovala, ale doufám, že ta edukace před operací byla dostačující a při nácviku mi pomůže, protože způsob teoretické edukace mi vyhovoval. Teprve až budu zkoušet poprvé chůzi o berlích, tak uvidím, zda mi všechny informace, které jsem dostala, stačily.*“

2.5.4 Změna edukace

U této otázky se odpovědi respondentů liší. R1: odpověděl: „*Nemůžu odpovědět, protože jsem žádnou edukaci neměl.*“ R2 odpověděla: „*Zatím nevím, protože jsem pořádně nácvik ještě nezkoušela, ale asi bych to nechala, tak jak to bylo.*“ R3 odpověděl: „*Změnil bych na tom určitě to, abych nějakou edukaci vůbec měl šanci využít.*“

2.5.5 Edukace v oblasti protetiky, návštěva protetika před operací

V první části otázky se všechny odpovědi liší. R1 odpověděl, že: „*Doporučili mi nějakého protetika, kterému jsem zavolaal a který se za mnou po operaci zastavil.*“ R2 uvedla: „*Nikdo mi nic moc neřekl. Řekli mi jen, že až se mi zahojí pahýl, tak mi udělají takový gumový kruh a pak se bude teprve dělat protéza.*“ R3 odpověděl: „*Nikdo za mnou nebyl, nevím vůbec nic. Nemám vůbec tušení, jak to s tou protézou bude a ani*

jestli budu muset za ní platit a co pro to budu muset udělat.“ Na druhé části otázky se ale všichni tři respondenti shodli, a to tak, že za nimi před operací žádný protetik nebyl.

2.5.6 Nabídky psychologické podpory

Tady se všichni respondenti shodli na tom, že žádnou psychologickou podporu nedostali a ani nevěděli, že nějaká taková možnost je.

2.5.7 Možnosti psychologické podpory, její formy

Jelikož žádný pacient neměl před operací psychologickou podporu, tak jejich odpovědi byly opět shodné a to, že žádnou psychologickou podporu neměli. R1 ještě dodal: *„Kdybych měl možnost, tak ji stejně ani nevyužiji.“* R2 a R3 se shodli na tom, že by ji rádi využili.

2.5.8 Účinnost psychoterapeutické podpory

Všichni tři respondenti se shodli na tom, že jim nepomohla, protože žádnou neměli. R2 dodává: *„Pokud bych nějakou měla, určitě bych byla klidnější.“* R3 dodává: *„Stejně jako u edukace o chůzi o berlích bych změnil to, abych věděl, že můžu mít nějakou možnost psychologické podpory.“*

Tabulka 1 Porovnání odpovědí pacientů

Otázky		R1	R2	R3
Edukace o chůzích o berlích	Proběhla		•	
	Neproběhla	•		
Jak byl nácvik prováděn	Teoreticky		•	
	Neproběhl	•		•
Pomohla Vám tato edukace po operaci	Ano		•	
	Neproběhla	•		•
Co byste změnil/a na edukaci?	Nevím, asi nic		•	
	Neproběhla	•		•
Edukace v problematice protetiky	Proběhla	•	•	
	Neproběhla			•
Návštěva protetika před amputací	Neproběhla	•	•	•
Nabídnutá psychologická podpora	Nenabídnutá	•	•	•
Možnosti psychologické podpora	Žádné	•	•	•
Pomohla Vám tato psychologická podpora?	Neproběhla	•	•	•

Z výše uvedeného souhrnu rozhovorů je jasné, že edukace o berlích se provádí většinou až po amputaci. Edukaci před amputací měla pouze R2, u které nácvik probíhal pouze teoreticky. Dále také uvádí, že jí edukace po operaci pomohla. R2 také uvedla, že by na edukaci nic neměnila. Na otázku v oblasti protetiky uvedli R1 a R2, že edukace proběhla. R3 uvedl, že žádné informace o problematice protetiky nedostal. Protetik před amputací nenavštívil ani jednoho z respondentů. Na otázku, zda jim byla před amputací nabídnuta psychologická podpora všichni respondenti uvedli, že jim žádná psychologická podpora nabídnuta nebyla. Dále R2 a R2 uvedli, že by pokud by měli možnost, tak by ji určitě využili.

2.6 Výsledky porovnání sester

Odpovídaly respondentky R4, R5, R6 – všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení.

2.6.1 Edukace o chůzi o berlích před amputací

Všechny respondentky shodně odpověděly na první část otázky. Odpověděly, že se edukace před amputací většinou neprovádějí. V další části se odpověď R1 liší. R1 odpověděla: *„Když se edukace provádí, tak pouze teoreticky.“* R5 a R6 se shodují na tom, že pokud se edukace provádí před amputací, tak se provádí teoreticky i prakticky. R6 ještě dodává: *„Pacienti, kteří jdou na amputaci, mají většinou nějaké defekty, takže chodí o berlích, tak pro ně není edukace a nácvik žádná novinka.“*

2.6.2 Délka předoperační edukace

Na tuto otázku se všechny odpovědi liší. R4 odpovídá: *„Záleží na tom, zda pacient jde na plánovanou operaci, nebo akutní operaci. Pacienti většinou chodí na akutní amputace, takže se edukace neprovádí.“* R5 odpovídá: *„Jelikož si to provádějí rehabilitační sestřičky, tak vůbec nevím, jak dlouho edukace trvá.“* R6 odpověděla: *„Edukace probíhá chvíličku. Pokud se jedná o teoretickou edukaci, tak trvá 10 až 15 minut. Pokud probíhá i nácvik, tak ten trvá kolem půl hodiny.“*

2.6.3 Je nácvik dostačující a kdo edukaci provádí

Na první část otázky všechny respondentky odpověděly odlišně. R4 uvádí: *„Já si osobně myslím, že pro pacienty je nejdůležitější rehabilitace, a potom až nácvik.“* R5 odpověděla: *„Já si myslím, že nácvik je dostačující hlavně pro ty schopné pacienty, protože rehabilitační sestry jim dají základ, jak o berlích chodit.“* R6 uvádí: *„Já si myslím, že určitě ano, ale osobně si myslím, že je nácvik důležitější až po amputaci, protože před amputací mají pacienti starosti kvůli samotné amputaci, takže jsou myšlenkami někde jinde a nějaký nácvik je moc nezajímá.“* Na druhou část otázky se všechny jednoznačně shodly a to, že edukaci provádějí fyzioterapeuti.

2.6.4 Edukace v problematice protetiky

U této otázky se odpovědi trochu liší. R4 a R6 se shodují, že pacienta edukuje protetik. R6 ještě dodává: *„Nejdříve něco málo pacientovi vysvětlí rehabilitační sestra. Poté za pacientem dojíždí protetik, který buď už má protézu, nebo se s pacientem na protéze teprve domlouvají a edukuje pacienta, jak má s protézou zacházet. Dále pacient jede do lázní, kde zkouší s protézou i samotný nácvik.“* R5 odpověděla: *„Nikdo. Pacientům se říká, že pomůcky dostanou až po příjezdu z lázní. Kvůli protéze se musí změřit pahýl, až když je zcela zahojený, a protože pahýl je ještě na oddělení oteklý, tak se měření dělá až s odstupem. Až potom se tedy obrací na protetika.“*

2.6.5 Psychologická podpora před amputací

U této otázky se odpovědi zase trochu liší. R4 uvedla: *„Za pacientem přichází buď sociální pracovník, vedoucí lékař, nebo psycholog.“* R5 odpověděla: *„Nijak, pouze na vyžádání pacienta.“* R6 odpověděla: *„Většinou se ptáme pacienta už hned při příjmu, zda by měl zájem. Máme tu kněze, ale pacienti většinou odmítají, protože si myslí, že je to hlavně pro nábožensky založené lidi. Jinak odpovídáme na všechny jejich otázky, které je zajímají.“*

2.6.6 U koho se psychologická podpora provádí

U této otázky se všechny respondentky shodly. Všechny uvedly, že se psychologická podpora provádí pouze na vyžádání pacienta. R4 ještě uvedla, že také záleží na psychickém a fyzickém stavu pacienta.

2.6.7 Nejlepší edukační metody pro přijetí léčby

Zde se respondentky opět neshodují. R4 odpověděla: *„Pacienti většinou jdou na akutní amputaci, takže v tu chvíli nic jiného než amputace nezbývá.“* R5 uvedla: *„Abych pravdu řekla, tak nevím.“* R6 odpověděla: *„Většinou je nejlepší mu říct, že po léčebné stránce mu to pomůže a že je to nejlepší možné řešení. Pacienti většinou přijdou kvůli nějakému defektu na noze, který se rozšiřuje, takže mu amputace zachrání život. Hlavní je, aby lékař pacientovi všechno řádně a srozumitelně vysvětlil, tak aby to pacient pochopil.“*

Tabulka 2 Porovnání odpovědí všeobecných sester

Otázky		R4	R5	R6
Edukace o nácviu o berlích	Edukace většinou po operaci	•	•	•
Nácvik je prováděn	Pouze teoreticky	•		
	Teoreticky i prakticky		•	•
Jak dlouho je edukace prováděna	cca půl hodiny			•
	Nevím	•	•	
Je nácvik dostačující	Ano		•	
	důležitější je rehabilitace po operaci	•		•
Kdo edukaci provádí	Fyzioterapeut	•	•	•
Kdo edukuje pacienta v oblasti protetiky	Protetik	•		•
	Nikdo		•	
Zajištění psychologické podpory	Vedoucí lékař	•		
	Sociální pracovník	•		
	Psycholog	•		
	Kněz			•
Psychologická podpora na vyžádání nebo automaticky	Na vyžádání	•	•	•
Nejlepší edukační metody	Vysvětlit důvody amputace			•

Z výše uvedených odpovědí je patrné, že edukace o chůzi o berlích se provádí většinou až po amputaci. V případě, že se edukace provádí, tak formou teoretické edukace i praktického nácviu uvedly R2 a R3. R1 uvedla, že se nácvik provádí pouze teoreticky. Na otázku, jak dlouho edukace trvá R3 odpověděla, že cca půl hodiny. R1 a R3 uvedly, že neví, protože edukaci provádějí fyzioterapeuti. Tato otázka navazuje na další a to na, kdo edukaci provádí. Zde se všechny respondentky shodly jasně – edukaci provádějí fyzioterapeuti. Další edukace je v oblasti protetiky. R1 a R3 uvedly, že edukaci provádí protetik. R2 uvedla, že edukaci neprovádí nikdo. Kdo zajišťuje psychologickou podporu R1 uvedla vedoucího lékaře, sociálního pracovníka a psychologa. R3 uvedla, že psychologickou podporu provádí kněz. Dále je z odpovědí respondentek jasné, že se psychologická podpora provádí na vyžádání pacienta a R1 ještě uvedla, že záleží na psychickém a fyzickém stavu pacienta. Jako nejlepší edukační metoda je vysvětlit pacientovi důvody amputace, uvedla R3.

2.7 Výsledky porovnání odpovědí pacientů a sester

Odpovídají respondenti R1, R2, R3 z výzkumného vzorku tvořeného pacienty, dva muži a jedna žena, hospitalizovanými na chirurgickém oddělení a respondentky R4, R5, R6 z výzkumného vzorku sester, které pracují na chirurgickém oddělení.

2.7.1 Edukace o chůzi o berlích

U této otázky se většina respondentů shoduje. Respondentky R4, R5, R6 se shodují s respondenty R1, R3, že edukace o chůzi o berlích se většinou provádí až po operaci. R5 a R6 se také shodly na tom, že pokud se edukuje o chůzi o berlích, tak se nácvik provádí teoreticky i prakticky. Respondentka R4 odpověděla, že se nácvik provádí pouze teoreticky, což souhlasí s R2, která odpověděla, že jí byla edukace předána teoreticky. Praktický nácvik neměla R2 možnost si vyzkoušet kvůli špatné pohyblivosti.

2.7.2 Kdo edukuje pacienty o chůzi o berlích

Zde respondentky R4, R5, R6 jasně shodly na tom, že za pacientem přicházejí rehabilitační sestry. R1, R2 a R3 odpověděli odlišně. R1 a R3 se shodli na tom, že za nimi před amputací nikdo kvůli edukaci o chůzi nepřišel. Respondentka R2 odpověděla, že jí před operací navštívil fyzioterapeut.

2.7.3 Edukace v oblasti protetiky

Zde skoro každý respondent uvedl jinou odpověď. R6 odpověděla, že pacienta needukuje nikdo, protože se to všechno řeší až po zhojení pahýlu. R4 a R5 se shodly na tom, že pacienta edukuje protetik. R1, R2, R3 se zcela shodli, že před operací za nimi žádný protetik nebyl. R1 dodává: „... *doporučili mi protetika, kterého jsem si zavolal a který za mnou po amputaci přišel.*“ R2 ještě uvedla: „*Bylo mi řečeno, že až se noha zahojí, tak mi udělají takový gumový kruh.*“ R3 nedostal vůbec žádné informace, které by se týkaly protetiky.

2.7.4 Psychologická podpora před operací

Respondenti R4, R5, R6 se shodli, že se psychologická podpora poskytuje pouze pacientům, kteří si o ni zažádají a R4 ještě dodává: „... *nebo podle zdravotního a psychického stavu pacienta.*“ R1, R2, R3 uvedli, že jim žádná psychologická podpora nabídnuta nebyla. R2 a R3 se shodli na tom, že by o psychologickou podporu před amputací stáli.

3 Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, pomocí kvalitativní výzkumné techniky rozhovoru, jakou specifickou péči vyžadují pacienti po amputaci končetiny a dále zjistit, zda všeobecné sestry provádí u pacienta po amputaci končetiny specifickou ošetrovatelskou péči. Toto výzkumné šetření bylo prováděno s výzkumným vzorkem 3 pacientů, dva muži a jedna žena, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení po amputaci dolní končetiny a 3 sester, které pracují na chirurgickém oddělení v Nemocnici Jihlava, p.o. a v Nemocnici Nové Město na Moravě p.o.

První výzkumná otázka: Jakým způsobem byl pacient edukován o chůzi o berlích před operací?

K vyhodnocení první výzkumné otázky byly použity otázky 1, 2, 3 směřující k pacientům.

V otázce 1 respondenti odpovídali, zda je před operací navštívila všeobecná sestra, aby je edukovala o chůzi o berlích. R2 uvedl, že ho před operací navštívil fyzioterapeut. Zbylí dva respondenti odpověděli, že před operací je nikdo nenavštívil. Na otázku číslo 2 R1 a R2 odpověděli, že nácvik probíhal až po operaci, a proto také nemohou odpovědět na otázku číslo 3. Respondent 2 na otázku číslo 2, zda si vyzkoušel i praktický nácvik před operací, uvedl, že nácvik probíhal pouze teoreticky díky zhoršené pohyblivosti. Na otázku číslo tři odpověděl, že zatím nácvik neprováděl, ale myslí si, že díky teoretickému základu nácvik zvládne lépe. Z odpovědí respondentů je očividné, že k edukaci o chůzi o berlích dochází většinou až po operaci. Obdobně se ve své práci vyjádřila i Večeřová (2010), která ve svém výzkumu uvedla, že většina pacientů není edukována o chůzi o berlích před operací, ale až po operaci. Z výzkumného šetření vyplývá, že pacienti většinou před operací edukováni nejsou.

První výzkumná otázka byla zodpovězena.

Druhá výzkumná otázka: Jak byla pacientovi před operací nabídnuta psychologická podpora?

Tuto výzkumnou otázku pomohly zodpovědět otázky 5, 6, 7 směřovány pro pacienty.

U první otázky se všichni respondenti shodli tak, že jim nebyla nabídnuta psychologická podpora v žádné formě. R2 a R3 také uvedli, že by o tuto možnost měli zájem. R1 odpověděl, že by možnost nevyužil. Jelikož ani jednomu respondentovi nebyla nabídnuta psychologická podpora, tak nemohli odpovědět na další otázky. Tato výzkumná otázka byla porovnána s výzkumem Jurnečkové (2018), kde se respondentek ptá, zda jim byla nabídnuta psychologická podpora před operací. Z výzkumu Jurnečkové (2018) vyplývá, že respondentkám psychologická podpora nabídnuta nebyla, i když by o ni většina z nich měla zájem, a proto se oba výsledky výzkumných šetření shodují.

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena.

Třetí výzkumná otázka: Jakou ošetrovatelskou praxí jsou pacienti edukováni o nácviku chůze o berlích před operací?

K vyhodnocení třetí výzkumné otázky byly použity otázky 1, 2, 3, které byly směřovány pro všeobecné sestry.

Jak bylo zmíněno ve výsledcích, tak všechny sestry se shodly na tom, že většinou se edukace o nácviku chůze o berlích provádí až po operaci. Dvě ze tří sester se také shodly na tom, že pokud se edukace provádí, tak teoreticky i prakticky. Výsledky výzkumného šetření byly porovnány opět s Večeřovou (2010), která uvádí, že na některých pracovištích sestry doporučují pacientům předoperační rehabilitaci, včetně nácviku chůze. Z jejího výzkumu ale také vyšlo zjištění, že na některých pracovištích se edukace neprovádí vůbec. Na otázku, kdo edukaci provádí, se respondentky výzkumu shodly jednoznačně, a to tak, že edukaci provádí fyzioterapeut. V této oblasti se naše výzkumy shodují.

Třetí výzkumná otázka byla zodpovězena.

Čtvrtá výzkumná otázka: Jakou současnou ošetrovatelskou praxí je před operací pacientovi nabízena psychologická podpora?

Tuto výzkumnou otázku pomohly zodpovědět otázky 5, 6, 7, na které odpovídaly všeobecné sestry.

Z výzkumu vyplývá, že psychologická podpora se provádí na vyžádání pacientů, nebo podle zdravotního a psychického stavu pacienta. Také respondentky uvedly, že psychologickou podporu provádí buď vedoucí lékař, psycholog, kněz, nebo sociální

pracovník. R6 uvedla, že pro pacienta je dobré vysvětlit důvody amputace a odpovídat na všechny jeho otázky srozumitelně. Ke stejnému závěru došla ve své publikaci i Zacharová (2017), která dále uvádí, že je důležité, aby se k pacientovi přistupovalo individuálně, a je vhodné, aby se v období předoperační přípravy připojil buď psycholog, nebo psychiatr.

Čtvrtá výzkumná otázka byla zodpovězena.

Návrh řešení a doporučení pro praxi

K uskutečnění výzkumného šetření jsem oslovila celkem 6 respondentů. Tři respondenti byli pacienti, kteří byli hospitalizováni na chirurgickém oddělení po amputaci dolní končetiny. Zbýlé tři respondentky byly všeobecné sestry, které pracují na chirurgickém oddělení. Výzkum byl uskutečněn v Nemocnici Jihlava, p.o. a Nemocnici Nové Město na Moravě, p.o. Práce se zabývá specifickou ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny.

Amputace je dnes častý zákrok. Je vhodné, aby pacient byl edukován o chůzi o berlích ještě před amputací. Z odpovědí, které jsem získala od všeobecných sester, vyplynulo, že edukace o chůzi o berlích se většinou před amputací neprovádí, ale provádí se až po amputaci. Dále z výzkumu vyplynulo, že edukaci neprovádějí všeobecné sestry, nýbrž fyzioterapeuti. Z odpovědí pacientů je zřejmé, že edukace o chůzi o berlích se opravdu provádí většinou až po operaci.

Domnívám se, že by všeobecné sestry mohly pacienty před plánovanou amputací informovat alespoň teoreticky o chůzi o berlích a prakticky by si to dále převzali fyzioterapeuti. Pro pacienty, kteří by měli o edukaci zájem, by to mohlo být alespoň trochu obohacující, protože by věděli, co je po amputaci zhruba čeká. Myslím si, že by pacientům mohl ulehčit informační letáček, ve kterém by bylo teoreticky popsáno, jak správně chodit o berlích. Proto výstupem mé bakalářské práce je informační letáček, který by měl pacientům sloužit jako teoretický základ pro zvládání chůze o berlích.

Velký důraz by se měl také klást na psychickou stránku pacienta. Bylo by vhodné, aby všeobecné sestry více informovaly pacienty o možnostech psychologické podpory před amputací. Z odpovědí sester sice vyplynulo, že psychologická podpora je pouze na vyžádání pacienta, ale z odpovědí od pacientů jsem se dozvěděla, že vůbec nemají žádné informace o tom, zda vůbec mohou nějaké psychologické podpory využít. V případě zájmu o psychologickou pomoc by měla být vždy pacientům umožněna. Bylo by optimální, aby pacient měl na výběr z více variant psychologické podpory. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že by byla vhodná větší informovanost pacientů, hlavně v oblasti psychologické podpory před amputací. Proto doufám, že moje bakalářská práce poslouží jako zdroj informací v oblasti této problematiky.

Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. První část se zabývá současným stavem problematiky, kde je stručně popsána anatomie dolní končetiny, co je to amputace a její rozdělení, předoperační příprava a protetika. V této části je také zahrnuta a popsána specifická ošetrovatelská péče a rehabilitace před amputací, kdy je důležité, aby pacient posiloval končetinu, která bude amputována, a zároveň i horní polovinu těla. Dále je také popsána rehabilitace po amputaci, při které musí být dodržovány správné polohy pahýlu, aby nedošlo ke kontrakturám.

Druhou částí bakalářské práce je výzkumné šetření, které bylo prováděno pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Otázky byly sestaveny tak, aby odpovídaly na stanovené výzkumné otázky, které směřovaly k cílům bakalářské práce. Otázky byly určeny pro tři pacienty, kteří byli hospitalizováni po amputaci dolní končetiny na chirurgickém oddělení a tři všeobecné sestry pracující na chirurgickém oddělení Nemocnice Jihlava, p.o. a nemocnice Nové Město na Moravě p.o.

Prvním cílem bylo zjistit, jakou specifickou ošetrovatelskou péčí vyžaduje pacient po amputaci končetiny. Z výzkumu vyplynulo, že pacienti před amputací většinou nejsou edukováni o chůzi o berlích. Z výzkumu je zřejmé, že pacienti nedostávají informace, které vedou k využití psychologické podpory před operací. Výsledky z výzkumného šetření ukázaly, že by pacienti chtěli být informováni o možnostech psychologické podpory a následně zvážit, zda by ji využili či nikoli.

Druhým cílem bylo zjistit, zda všeobecné sestry provádí u pacienta po amputaci dolní končetiny specifickou ošetrovatelskou péči. Z výše zhodnoceného výzkumného šetření vyplývá, že sestry před amputací pacienta needukují o chůzi o berlích, protože se domnívají, že je to v kompetenci fyzioterapeutů. Ti ale docházejí za pacientem většinou až po amputaci. V oblasti problematiky psychologie pacienta respondentky odpověděly, že psychologická podpora se před amputací provádí na žádost pacienta.

Výsledky výzkumného šetření by měly sloužit k tomu, aby se pacientům dostávalo více informovanosti o edukaci o chůzi o berlích před amputací a především, aby pacienti věděli o možnostech psychologické podpory před operací.

Seznam použité literatury

- BROULÍKOVÁ, Alena, 2011. Diabetes mellitus a cévní onemocnění. *Interní Med.*, 13(5), 199-201.
- BROULÍKOVÁ, Alena, 2013. Syndrom diabetické nohy – diagnostika a léčba. *Interní Med.*, 15(2), 84-86.
- ČECHOVÁ, Nina, 2016. Možnosti preprotetické rehabilitace u pacienta po transtibiální amputaci. *Ortopedická protetika*. 18-26. ISSN 1212-6705.
- ČÍŽOVÁ, Monika, 2010. *Soběstačnost a rehabilitace klienta po amputaci končetiny*. [online]. [cit. 2019-15-01] Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, fakulta humanitních studií. Dostupné z: <https://digilib.k.utb.cz/handle/10563/13624>
- DOUGLAS, Murphy, 2013. *Fundamentals of amputation care and prosthetics*. New York: Demos Medical. 248 s. ISBN 9781617051197.
- DÖNEROVÁ, Nicola, 2016. *Možnosti fyzioterapie u pacientů po amputaci dolních končetin*. [online]. [cit. 2019-15-01]. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta. Dostupné z: <https://theses.cz/id/i260dn>
- DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., Praha: Grada. 1192 s., ISBN 978-80-247-4357-8.
- FERKO, Alexandr, ŠUBRT, Zdeněk, DĚDEK, Tomáš a kol., 2015. *Chirurgie v kostce*. Praha: Grada Publishing. 512 s. ISBN 9788024710051
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256. ISBN 978-80-247-4412-4.
- FIALA, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ, 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 244 s. ISBN 978-80-246-2693-2.
- GRUFÍKOVÁ, Petra, 2014. *Amputací dolní končetiny aktivní život nekončí (rehabilitace před a po)*. [online]. [cit. 2019-13-01]. Olomouc. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotních věd. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/lhsaz/>

JURNEČKOVÁ, Michaela, 2018. *Specifika ošetrovatelské péče o pacientku po operaci prsu*. [online]. [cit. 2019-29-02] Jihlava. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií.

KUČERA, Dalibor, 2013. *Moderní psychologie*. Praha: Grada Publishing. 216 s. ISBN 9788024787732.

KAISER, Radek, 2016. *Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů*. Praha: Grada Publishing. 232 s. ISBN 978-80-247-5808-4.

KACHLÍK, David, 2013. *Úvod do preklinické medicíny*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta. 135 s. ISBN 978-80-87878-01-9.

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

MATOVÁ, Alexandra. Léčebně-rehabilitační plán a postup u pacienta po amputaci na dolní končetině. [online]. Brno, 2017 [cit. 2019-29-02]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/xbi7b/>. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.

NAŇKA, Ondřej a Miloslava ELÍŠKOVÁ, 2015. *Přehled anatomie*. Praha: Galén. 416 s. ISBN 978-80-7492-206-0.

PEJŠKOVÁ, Ivana M.I, MAREČEK, M.A, 2010. Rehabilitační a protetická péče o pacienty – diabetiky po amputaci končetiny. *Medicína pro praxi*, 7(5), 216-220.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3371-5.

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8

SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4.

SLEZÁKOVÁ, Lenka a ČOUPKOVÁ, Hana, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada. 268 s. ISBN 978-80-247-3129-2.

VEČEŘOVÁ, Iva, 2017. *Zajištění následné péče u pacientů po endoprotéze nosných kloubů* [online]. [cit. 2019-29-02]. České Budějovice 2017. Diplomová práce. Jihočeská

univerzita v Českých Budějovicích, zdravotně sociální fakulta. Dostupné z:
file:///C:/Users/VP4!/Downloads/DP_-_Iva_Vecerova.pdf

VODIČKA, Josef, 2014. *Speciální chirurgie*. Praha: Karolinum. 318 s. ISBN 978-80-246-2512-6.

ZACHAROVÁ, Eva, 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. Praha: Grada. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.