



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebepéči

Vypracoval: Jitka Černíková

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Teoretická východiska

Tématem mé bakalářské práce je "Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebekéči". Edukace má v ošetrovatelství jistě své nezastupitelné místo. Amputací rozumíme odstranění periferní části těla, nejčastěji končetiny. Mezi indikace amputace končetiny patří těžká traumatická poranění, těžká infekce, poruchy výživy, zhoubné nádory kostní tkáně a vrozené deformity, mezi které patří například záněty kostí. Lékař ke každému pacientovi musí přistupovat individuálně, musí brát ohled na stav končetiny a jeho celkový stav. Amputace dolní končetiny je pro pacienty velice náročnou životní situací jak z hlediska psychického, tak somatického.

Edukace je velice důležitý prvek a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Má za cíl předcházet nemoci, vyučování či navracení zdraví a hraje velkou roli ve zkvalitnění života jedince. Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny začíná první den po operaci a končí jeho propuštěním do domácího ošetrování. Aby edukace pacienta po amputaci dolní končetiny byla co nejúspěšnější, je důležitá vzájemná spolupráce mezi edukující sestrou a pacientem. Schází-li u pacienta snaha být edukován, je úkolem edukující sestry snažit se jej postupně do edukace zapojit. V případě, že pacient není schopen s edukující sestrou spolupracovat, snaží se sestra do edukace zapojit jeho rodinu. Významným faktorem k tomu, aby edukace pacienta po amputaci dolní končetiny byla úspěšná, je edukující sestra, která má potřebné znalosti v dané problematice, dostatek empatie a v neposlední řadě ochoty pomoci druhým.

Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny je rozsáhlá. V časném období po operaci sestra nemocného učí dechová, a posléze i kondiční cvičení. Dále ho edukuje především v oblasti nácviku péče o pahýl amputátu, nácviku chůze o berlích s dopomocí druhé osoby, poté chůzi o berlích bez opory druhé osoby a v závěrečné fázi i chůzi s přiloženou protézou. Nácvik chůze o berlích je pro pacienta po amputaci dolní končetiny velice důležitý k tomu, aby dokázal být soběstačný a uměl se sám o sebe postarat a vykonávat základní denní potřeby běžného života, jako je například hygiena, stravování, oblékání apod. V oblasti péče o pahýl se sestra v rámci edukace zaměřuje především na edukaci správné techniky bandážování pahýlu do

kónického tvaru, který je nezbytně důležitý pro následné přiložení protézy. S přiložením protézy se u pacienta po amputaci dolní končetiny začíná v co možná nejkratší době po operaci, aby se nemocný stal co nejdříve soběstačný. Pacient nejprve dostává prozatímní protézu a teprve po několika měsících, kdy dojde k definitivnímu vytvarování amputovaného pahýlu, dostává protézu definitivní. Schopnost jedince pečovat o sebe samého vychází ze základních potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví.

Cíl práce

Praktická část bakalářské práce zahrnuje zpracování a vyhodnocení získaných dat během výzkumného šetření. Na začátku výzkumného šetření byl stanoven jeden cíl. Cílem této bakalářské práce bylo zjistit metody edukace pacientů při nácviku sebek péče. S tímto cílem souvisí výzkumná otázka, která zní „Jaké edukační metody se využívají u pacientů při nácviku sebek péče?“. K získání potřebných dat bylo realizováno formou nestandardizovaného rozhovoru se sestrami pracujícími na odděleních, kde sestry ošetřují pacienty po amputaci dolní končetinami v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Použitá metodika

K naplnění cíle bakalářské práce na téma "Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebek péči" bylo zvoleno kvalitativního šetření. Technikou sběru dat byl zvolen polostandardizovaný rozhovor obsahující dvanáct otázek. Rozhovor byl uskutečněn s náhodně vybranými sestrami, které pracují v Nemocnici České Budějovice, a. s. Bylo uskutečněno šest rozhovorů.

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující v českobudějovické nemocnici. Jednalo se o sestry pracující na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. U jednotlivých sester byla zjišťována i objektivní data: věk, délka praxe. Výzkum probíhal v období od února 2013 do března 2013. Výzkumný soubor byl proveden se souhlasem hlavní sestry českobudějovické nemocnice. Po oslovení hlavní sestry následovala spolupráce s vrchními a staničními sestrami chirurgického oddělení

a oddělení následné péče. Získaná data byla zpracována do schémat v modulu Microsoft Word pomocí diagramů SmartArt a následně byla tato schémata okomentována.

Výsledky

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že došlo ke splnění předem stanoveného cíle. Také na výzkumnou otázku byla získána potřebná odpověď. Z výzkumu vyplynulo, že sestry při edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny, při nácviku péče o pahýl a nácviku chůze o berlích využívají metody ústní instruktáže a praktické ukázky. Instruktáž a praktickou ukázkou sestry provádí pomocí mluveného slova, výjimečně pomocí písemného slova.

Na výzkumnou otázku dává odpověď provedený výzkum, který ukazuje, že edukační metody se rozlišují podle toho, zda se jedná o edukaci při nácviku péče o pahýl nebo nácviku chůze o berlích. Obě metody, jak ústní instruktáž, tak praktická ukázka, se zabývají oblastmi nácviku bandáže, péče o jizvu, polohování pahýlu, kartáčování pahýlu, otužování pahýlu, omývání pahýlu a v neposlední řadě jeho masírování. Také edukační metody při nácviku chůze o berlích lze dle provedeného výzkumného šetření rozdělit na ústní instruktáž a praktickou ukázkou zabývající se oblastí vstávání z lůžka, stoj a nácvik rovnováhy a samotné chůze o berlích s dopomocí druhé osoby, a také oblastí chůze o berlích bez opory druhé osoby s přiložením protézy.

Závěr

Bakalářská práce byla zpracována na téma "Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebedpěči. Cílem práce bylo zjistit metody edukace pacientů při nácviku sebedpěče. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka "Jaké edukační metody využívají sestry při nácviku sebedpěče?" Ke zjištění výsledků výzkumné části byl použit kvalitativní sběr dat pomocí rozhovoru. Tento rozhovor obsahoval dvanáct otázek. Bylo uskutečněno šest rozhovorů se sestrami v nemocnici českobudějovické nemocnici, které pracují na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. Z výsledků je zřejmé, že došlo ke splnění předem stanoveného cíle a na výzkumnou otázku jsme získali potřebné odpovědi. Na základě výsledků výzkumu byl vytvořen informační materiál určený

sestrám pracujícím v Nemocnici České Budějovice, a. s. v nemocnici České Budějovice, které pečují o pacienty po amputaci dolní končetiny. Tento edukační plán byl vytvořen především kvůli ne vždy dostatečnému vzdělávání sester v oblasti edukace pacienta po amputaci dolní končetiny, což bylo zjištěno ve výzkumné části bakalářské práce. Tento edukační plán by mohl napomoci k lepší edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny k sebepéči díky edukovanějším sestřím.

Klíčová slova

pacient, sestra, edukace, sebepéče, amputace dolní končetiny

Abstract

Theoretical background

The topic of my thesis is "Nurse Assistant in Patients Self-Care Education". Education in Nursing has certainly an irreplaceable position. Amputation means removing the peripheral portion of the body, mostly of a limb. The indications of amputations include severe traumatic injury, severe infections, nutritional disorders, malignant tumors of bone and congenital deformities, including for example, bone inflammation. Doctors must treat each client individually, must take a regardless of the status limbs and overall condition of the client, in terms of psychological and somatic. An amputation of lower limb is very stressful situation for a client.

Education is a very important element and an integral part of the nursing process, which aims to prevent the disease, teaching or restoration of health and plays a major role in improving the quality of life of the individual. Education of patients after lower limb amputation begins on the first day after surgery and ends with the release client for home care. An interaction between the nurse and the client after leg amputation is very important part of the education. To meet the client's effort to be educated is the responsibility of the nurse to try to gradually engage the client in education. If the client is unable to cooperate with the nurse, she tries to engage the client's family into the education. An important factor to client education was successful, is an educative nurse, who has the necessary knowledge of the specific issues, enough empathy and not least the willingness to help others.

Nursing care for patients after amputation of the lower limbs is extensive. In the early period after surgery, nurse teaches the client's breathing and then the fitness exercises. Nurses educate clients after leg amputation especially in the training of care stump, walking on crutches with help of another person, and then walk on crutches without the support of another person and in the final stage to walk with a prosthesis attached. Practicing walking on crutches is for a client after leg amputation very important to be self-sufficient and able to take care of myself and perform basic daily necessities of daily life such as hygiene, eating, dressing, etc.

In the educative care of a stump are nurses focused on the education of proper bandaging techniques stump into a conical shape, which is very important for subsequent attaching the prosthesis. Attaching the prosthesis to the client after leg amputation begins in the shortest possible time after the operation that the client becomes self-sufficient as soon as possible. The client receives the first provisional prosthesis and after several months, when there is a definite shaping amputee stump client receives the final prosthesis. Individual's ability to care for oneself is based on the basic needs to maintain normal functions of the body, maintaining life and health.

Aim of thesis

The practical part includes the processing and evaluation of the data obtained during the research investigation. At the beginning of this research investigation was set a target. The aim of this work was to identify methods of education of clients while practicing self-care. With this objective, related research question is "What are the educational methods used by clients during training while practicing self-care." To obtain the necessary data was carried out through non-standardized interview with nurses working at the departments where nurses caring of clients after amputation of the lower limbs in a hospital of České Budějovice a.s.

Used methodology

To meet the objectives of the thesis on "Nurse Assistant in Patients Self-Care Education" was chosen qualitative investigation. Data collection was chosen semi-structured interview, containing twelve questions. The interview was conducted with randomly selected nurses who work in a hospital of České Budějovice. Six interviews were carried out. The research sample was consisted of nurses working in a hospital of České Budějovice. These nurses work at the surgical department and department of aftercare and were asked to their objective data: age, length of experience. The research was conducted in the period from February 2013 to March 2013. Research was conducted with the approval of the head nurse of České Budějovice hospital. After reaching the head nurse, followed cooperation with the senior

department nurse of surgical department and department of aftercare. The data were processed into schemes in the Microsoft Word using SmartArt diagrams and subsequently these schemes comments.

Results

The results of the research investigation are clear to show that there was to meet the predetermined goal. The research question was to acquire the necessary response. The research showed that nurses in educating clients, after lower limb amputation during training stump care and practice walking on crutches, use the oral methods of instruction and practical demonstrations. Instruction and practical demonstration is performed by nurses using the spoken word, exceptionally, a written word.

Survey of this thesis answers the research question that educational methods are distinguished according to whether the education is for practicing care stump or practice walking on crutches. Both methods, as oral instruction and practical demonstration, address areas of training corsets, scar care, positioning, stump, brushing the stump, stump hardening, washing stump and finally his massaging.

Also educational methods while practicing walking on crutches can be carried out according to the research investigation divided into verbal instruction and practical demonstration of dealing with areas becoming out of bed, standing and balance training alone and walking on crutches with help of another person and then walking on crutches without the support of another person with attaching the prosthesis.

Conclusion

The topic of this thesis was “Nurse Assistant in Patients Self-Care Education”. The aim was to find methods of education of clients while practicing self-care. Research question: "What are the educational methods used by nurses in practicing self-care?" was chosen to this objective.

To determine the results of the research was used qualitative data collection by interview. The interview contained twelve questions. There were six interviews carried out with the nurses from the hospital of České Budějovice, working in the surgical ward

and aftercare department. The results show that there has been compliance with predetermined objectives and the research question we got the answers you need. An information material was developed, based on the results of the research, designated to nurses working in the hospital of České Budějovice, taking care of clients after leg amputation. This educational plan was created mainly due to not always adequate training of nurses in patient education after lower limb amputation, which was revealed in the research part of the thesis. This educational plan could help to better educate patients after lower limbs amputation due to self-care when nurses educated.

Keywords

patient, nurse, education, self-care, amputation of lower limbs

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů literatury uvedených 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 - v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou – 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází prací Theses.CZ provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalení plagiátů.

Datum

.....
Jitka Černíková

Poděkování

Děkuji Mgr. Kláře Kubartové za odborné vedení mé bakalářské práce, podmětné připomínky a cenné rady.

Obsah

ÚVOD	14
1. SOUČASNÝ STAV	16
1.1 Sestra	16
1.1.2 Osobnost sestry	16
1.1.3 Vlastnosti sestry	17
1.1.4 Role sestry	18
1.1.5 Vztah mezi sestrou a pacientem	22
1.2 Amputace dolních končetin	24
1.2.1 Amputace	24
1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny	26
1.3 Sebevěda	28
1.3.1 Pojem sebevěda	28
1.3.2 Požadavky sebevěda	29
1.3.3 Faktory ovlivňující sebevěda	32
1.3.4 Deficit sebevěda	32
1.3.5 Měření sebevěda	33
1.4 Edukace	36
1.4.1 Základní pojmy edukace	36
1.4.2 Fáze edukace ve zdravotnickém zařízení	39
1.4.3 Metody edukace	42
1.4.4 Dokumentace v edukačním procesu	46
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
2.1 Cíl práce	48
2.2 Výzkumný problém	48

3 METODIKA PRÁCE	49
3.1 Metodika a technika šetření	49
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	50
4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	52
5 DISKUZE.....	72
6 ZÁVĚR	78
7 POUŽITÁ LITERATURA.....	79

ÚVOD

Edukace je v ošetrovatelství proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem pozitivní změny v jeho dovednostech a chování. V mé bakalářské práci se zaměřuji na edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny k sebeděči z pohledu sestry. S edukací pacienta po amputaci dolní končetiny je velice důležité začít co nejdříve. Pokud je to možné, nejlépe ještě před plánovanou operací. Nemocný s amputací dolní končetiny získává od lékaře edukující sestry potřebné informace v oblasti předoperační přípravy, průběhu operace i následné ošetrovatelské péče. Sestra pacienta edukuje v oblasti péče o pahýl, která zahrnuje především otužování, polohování, kartáčování, masírování pahýlu a samotný nácvik bandáže. Správný nácvik bandáže je totiž nesmírně důležitý pro včasné přiložení protézy, a tudíž v co nejkratší době navrácení pacienta do běžného života.

Amputace dolní končetiny je pro pacienta velice náročnou životní situací, se kterou se musí vyrovnat a zvyknout si na ni. Proto je velice důležitá, kromě odborné ošetrovatelské péče, i psychická podpora jak ze strany zdravotnického personálu, tak především rodiny pacienta, která mu v této těžké životní situaci může pomoci překonat nejtěžší chvíle. Při edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny lze využít několik edukačních metod. Jde především o metodu instruktáže a vysvětlování. Pro včasnou soběstačnost je také důležitá včasná mobilizace s nasazenou dočasnou protézou, kterou pro pacienty zajišťuje protetická ortopedie. S dočasnou protézou odcházejí pacienti do domácího ošetřování. Ještě než z nemocnice odejdou do domácího ošetřování, musí se postupně naučit zvládat i běžné činnosti. Mezi ty patří například oblékání, stravování a hygiena. Tyto základní dovednosti musí nemocný zvládnout při propuštění do domácí péče společně s nácvikem péče o pahýl a protézu. Nezvládně-li některý z těchto úkonů, přebírá následnou činnost za pacienta rodina, popřípadě je možno domluvit agenturu domácí péče, která by pacientovi pomáhala.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož mě zajímá, jak sestry edukují při hospitalizaci pacienty k sebeděči, a to konkrétně pacienty po amputaci dolní končetiny. Jelikož se domnívám, že edukace nácviku sebeděče u těchto pacientů je rozsáhlá, a tudíž časově

i psychicky náročná. A to nejen pro pacienty samotné, ale i pro zdravotnický personál a rodinu nemocného. I přesto by měly být pacientovi a jeho rodině poskytnuty ze strany sester dostatečné a kvalitní informace v oblasti edukace.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Sestra

Osobnost je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí. Jedná se o spojení duševních a tělesných vlastností, kterými se člověk liší od ostatních lidí. Člověk je společenská bytost, která plní určité společenské role a má určitou společenskou pozici a funguje jako integrovaný celek. Osobnost je dynamická, to znamená, že se neustále mění v souvislosti s vlastním vývojem, získáváním nových zkušeností a působením nových podnětů. Osobnost se vyvíjí jako interakce vnitřních a vnějších faktorů. Vývoj lidské psychiky je závislý na interakci dědičných dispozic a vlivů vnějšího prostředí, a to především sociálních. Vlastnosti osobnosti ovlivňuje věk, pohlaví a sociální prostředí. Jednání osobnosti ovlivňuje její prožívání a chování. Její vrozené vlastnosti jsou temperament a vlohy (dispozice). Během života získává osobnost určité schopnosti, zájmy a charakter. (Čechová, 2012)

1.1.2 Osobnost sestry

Osobnost sestry, která chce dobře vykonávat své povolání, má mít nezbytné profesní předpoklady. Tyto předpoklady lze rozdělit na senzomotorické, estetické, intelektuální, sociální, autoregulační a komunikační. Mezi senzomotorické předpoklady řadíme šikovnost, zručnost či pohybové nadání. Předpoklady estetické zahrnují smysl pro úpravu vlastního zevnějšku a smysl pro úpravu zdravotnického prostředí. Předpoklady intelektuální vyjadřují schopnost řešit proměnlivé situace. Předpoklady sociální zahrnují pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, schopnost vést dialog a schopnost empatie. Mezi předpoklady komunikační řadíme schopnost naslouchání, mlčení, sumarizování a stimulace hovoru. (Nichols, 2006)

Ve své práci má zdravotnický pracovník dodržovat zásady takzvaného profesního chování, které by mělo vztah mezi personálem a nemocným posílit. Patří mezi ně například znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování, korekce chování. Vše se má projevit v klidném působení na nemocného. (Čechová, 2012)

Chování zdravotníka lze rozdělit na produktivní a neproduktivní. *Produktivní chování* zahrnuje podporu a pomoc nemocnému, jistotu, projev zájmu o pacienta, aktivní úsilí o spolupráci, trpělivost a zájem vyslechnout pacienta a v neposlední řadě udržování kontaktu s nemocným. *Neproduktivní chování* se u sestry projevuje nepřátelstvím, neochotou ke spolupráci. Toto chování sestry může poškodit nemocného psychicky i fyzicky. (Čechová, 2012-Fráně,2004)

Jak už bylo zmíněno, povolání sestry patří mezi velice náročná povolání. Jak z hlediska fyzické zátěže, tak i psychické zátěže. Na sestru jsou kladeny vysoké nároky v oblasti moderní techniky, které zahrnují obsluhu přístrojů, práci s počítačem apod. Sestra se musí věnovat administrativě, která je obsáhlá a časově náročná. Další důležitý požadavek, který je na sestru kladen, je umět vést pacienta správným směrem k udržení zdraví, edukaci, sebekpěči a navrácení pacienta do běžného života. Všechny tyto požadavky kladené na sestru jsou velice náročné na osobnost člověka. Aby sestra vykonávala své povolání správně, jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

1.1.3 Vlastnosti sestry

Každá sestra, která chce správně vykonávat své povolání, by měla být vyrovnaná, mít klidné vystupování, přiměřené sebevědomí, ale ne však povýšené, a měla by mít pohotové reakce v naléhavých situacích. Měla by se umět ovládat a být trpělivá. Sestra by měla být schopna navázat kontakt a umět komunikovat s pacientem a jeho rodinou. Měla by působit povzbudivě, projevovat smysl pro humor, ale bez náznaku ironie. Musí mít smysl pro povinnost a odpovědnost. Sestra by měla být sociálně zralý jedinec, tzn. umět se orientovat na potřeby druhých, být tolerantní, přizpůsobivá, mít nezávislý vztah k autoritám a mít přiměřené sebehodnocení. Sestra by měla být schopna spolupráce, mít pozitivní vztah klidem a schopnost vést odpovědnost za druhé. Mít tvůrčí přístup, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. V neposlední řadě by měla dodržovat etiku a být odolná proti stresu. Povolání sestry obnáší stále na sobě pracovat a zlepšovat své kvality. Tyto předpoklady by měla mít každá sestra. Předpokladem těchto aspektů je sebekritičnost vlastního jednání a schopnost vcítit se do pocitů trpícího člověka. Důležité ale je, aby sestra udržovala určitý profesionální

odstup. (Magurová, 2012)

Dalšími předpoklady, které by sestra měla mít, jsou především profesionální adaptace, sebereflexe a sebevýchova. *Profesionální adaptace* znamená umět se ovládat, neprožívat věci příliš intenzivně a nedávat příliš najevo negativní emoce. Sestra by také měla preferovat zájem o pacienta a neměla opomenout respektování práv pacientů. Profesionální adaptace také zahrnuje přisvojení si profesních standardů. *Maladaptace* je nedokonalé přizpůsobení novým pracovním podmínkám, získání špatných pracovních návyků a nepřizpůsobení se profesním standardům. *Sebereflexí* se rozumí uvědomění si výsledků svého jednání a konfrontaci s morálními normami nebo alespoň ideálního já. Svým myšlením kriticky posuzujeme určitou osobní problémovou situaci z různých úhlů. *Sebevýchovou* rozumíme naučit se sebereflexi a snažit se na sobě pracovat. Pokud se sestra naučí naslouchat sobě, dokáže posléze naslouchat druhým. (Skalková, 2007)

Povolání sestry je velice náročné, proto po delším výkonu tohoto povolání může dojít k *profesní deformaci*, ta se nejčastěji projevuje otrlostí, tupostí a lhostejností sestry, která pacienta poškozuje. Toto poškozování nemusí být záměrné. Profesní deformace je projevem dlouhodobého neuvědomělého návyku, na který nikdo sestru neupozornil. Sestra je unavená svojí profesí, kontaktem s lidmi a vlastním životem, nejeví zájem o práci. Nepřináší jí uspokojení, dělá ji automaticky a nevnímá potřeby pacientů. Profesní deformaci může ovlivnit pracovní přetížení, nízké platové ohodnocení nebo vztahy mezi kolegy na pracovišti, které nejsou vždy ideální, a proto může mezi kolegy docházet k osobním střetům, které mají později za následek pracovní vyhoření sestry. Důsledkem profesní deformace sestry může být dokonce i androgenní poškození pacienta, kdy se může jednat o postižení somatické nebo psychické. (Gulášová, 2004; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

1.1.4 Role sestry

Dle Plevové a kol. je role očekávané a vyžadované chování související s určitým postavením člověka ve společnosti. Role sestry se liší dle toho, s kým je sestra v kontaktu. Zda se jedná o lékaře, pacienta nebo sestry mezi sebou. (Němcová, 2010 s. 81)

Mastiliáková definuje poslání sester takto: „Poslání sester ve společnosti je

pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby, dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. To vyžaduje, aby sestry rozvíjely a vykonávaly takové činnosti, které podporují a uchovávají zdraví a zabraňují vzniku onemocnění. Mezi úkoly sester patří rovněž plánovaná a poskytovaná péče v průběhu onemocnění a rehabilitace“.

(Magurová, 2012)

K tomu, aby sestra mohla plnit úspěšně svoji roli, je zapotřebí, aby byly realizovány čtyři důležité rolové znaky. Mezi tyto znaky patří funkční specifika, kolektivní orientace (sociocentismus), univerzalismus a emociální neutralita. *Funkční specifika* vyjadřují nutnost odborné kompetence pro výkon povolání sestry. Tato kompetence je vymezena odborným vzděláním a následným specializačním vzděláváním. V nemocničním prostředí jsou kompetence sestry omezeny horizontálně, tzn., na jakém oddělení sestra pracuje, a vertikálně dle struktury organizace, jiné kompetence má vrchní sestra, staniční sestra nebo primární sestra. (Nichols, Wilson, 2006; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Schopnost sestry umět vycházet při své práci z potřeb nemocných, které upřednostňuje před potřebami svými, se nazývá kolektivní orientace neboli sociocentismus. Jde o orientaci na druhého člověka. Kolektivní orientace je pro úspěšné zvládnutí role sestry velice důležitá. Pro sestru by mělo být samozřejmostí orientovat se na potřeby druhého. Tento přístup je spojen s motivací vykonávat povolání sestry. (Nichols, Wilson, 2006; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Sestra zaujímá svoji roli vůči všem pacientům, bez ohledu na vlastní sympatie nebo antipatie, tím se vyznačuje univerzalismus. Předpokládá, že sestra zaujme svoji roli vůči všem nemocným, aniž by někoho upřednostňovala. Chová se ke všem stejně. (Nichols, Wilson, 2006; Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Dalším důležitým předpokladem pro úspěšné vykonávání role sestry je *emociální neutralita*. Ta vyjadřuje očekávání, že sestra je ochotna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Povolání sestry představuje vysokou zodpovědnost za život ošetřovaného člověka, které může být zdrojem napětí. V náročných situacích nesmí sestra propadnout panice a měla by se stále chovat profesionálně, aby mohla úspěšně

plnit svoji roli sestry. Jedná se o stav bez vnitřních a vnějších konfliktů. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Nichols, Wilson, 2006; Farkašová, Erbová, Olivierová, 2004)

Dle Farkašové lze rozdělit role sestry na následující podskupiny. Jedna z nejdůležitějších rolí sestry je *sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče*. Ta poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi v nemocničním prostředí i v terénu. Měla by mít dostatečné vědomosti a ochotu pomáhat druhým. Zjišťuje ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení. Z hlediska právního musí sestra poskytovat "ošetrovatelskou péči v souladu se svou pracovní náplní a podle pokynu nadřízeného zaměstnance, dle své kvalifikace bez dozoru nebo pod dohledem. Ošetrovatelskou péči poskytuje lege artis, což v praxi znamená v souladu s předpisy, které upravují poskytování zdravotní péče a se standardy upravujícími konkrétní postup při provádění konkrétního ošetrovatelského výkonu. Sestra je oprávněna odmítnout provést výkon, jehož ordinace je nečitelná, nebo který je ve zřejmém rozporu s postupem lege artis, nebo který by pacienta evidentně poškodil nebo pokud je lék chybně ordinován." (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007 s. 11; Nichols, Wilson, 2006; Farkašová, 2005)

Sestra mentorka zodpovídá a dohlíží na studenty ošetrovatelství a vykonávající odbornou praxi na klinickém pracovišti. Sestra mentorka by měla mít pedagogické znalosti a zralou osobnost. *Role sestry jako výzkumnice* předpokládá dostatečné vzdělání sester jak v oblasti ošetrovatelství, tak i výzkumu. Sestra výzkumnice získává nové informace z odborných článků. "Výzkum v ošetrovatelství je součástí oboru ošetrovatelství a má být zaměřen na získávání nových poznatků pro zlepšení péče o občany. Je důležitý nejenom pro sestry, ale i pro ty, kteří ošetrovatelství organizují, financují a působí v oblasti profesní přípravy." (Fráně 2004, s. 182) Cílem výzkumu je zkvalitnění ošetrovatelské péče. (Farkašová, 2005; Nichols, Wilson, 2006)

Sestra jako nositelka změn provádí změny v ošetrovatelském procesu. V ošetrovatelství jsou změny nezbytné. Beze změn by se ošetrovatelství nemohlo rozvíjet. Změny může navrhnout jedinec nebo skupina lidí. Může je provádět na sobě samém nebo v systému ošetrovatelství. Změny v ošetrovatelství provází všechny fáze

ošetřovatelského procesu. Od fáze posuzování až po vymezení cílů. Nositel změny může být formálně či neformálně určený nositel změn. V ošetřovatelství je to nejčastěji sestra, která není pověřena provádět změny v ošetřovatelském procesu, ale svými schopnostmi dokáže změny realizovat. Nositelé změn mohou být vnitřní nebo vnější. *Vnitřní činitelé* jsou sestry, které danou situaci znají a jsou a s ní dobře seznámeny. Jsou to sestry vykonávající službu na ošetřovatelské jednotce. *Externí nositelé* změn jsou sestry, které nepracují v dané nemocnici, a proto situaci posuzují objektivně. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004; Farkašová, 2005)

Sestra – advokátka je sestra, která obhájí práva nemocného. Sestra se stává obhájkyní pacienta, reprezentuje jeho práva, vysvětluje mu je, předkládá a tlumočí jeho názory a požadavky. V neposlední řadě obhájí také jeho zájmy. Sestra nerozhoduje za pacienta, pouze ho vyslechne a v názoru ho podporuje. Zodpovědná sestra advokátka by měla projevit zájem o pacienta a zabývat se jeho celkovou situací. Tato role je projevem zájmu sestry o klienta. (Farkašová, 2005; Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Role sestry edukátorky nepředstavuje pouze předání informací. Sestra vede pacienta ke změně v chování, především v oblasti zdraví, zejména na jeho upevnování a prevenci jeho poruch. Dále se sestra edukátorka podílí na rozvoji soběstačnosti osob s porušením zdraví a předcházení komplikací. Sestra edukátorka má za úkol pomoci také nemocným i jejich rodinám naučit se žít plnohodnotným životem s dlouhodobým onemocněním a naučit se nácviky praktických dovedností. Edukace představuje významný způsob zlepšování kvality života a je důležitá pro pacientovo budoucí zdraví. Při naplňování role edukátorky je důležitá profesionalita, aby efekt edukace pacienta byl co největší. „Edukační ovlivňování se realizuje formou získávání nových vědomostí, změn postojů, přesvědčení, jakož i změn motivace prožívání chování a jednání člověka.“ (Farkašová, 2005 s. 182; Šulistová, Trešlová, 2012)

Sestra edukátorka by měla mít určité předpoklady. Jsou to především předpoklady charakterové (trpělivost, tolerance, důslednost, zodpovědnost, svědomitost), intelektové (analýza edukačních potřeb), senzomotorické (zručnost, obratnost) a sociální pozitivní vztah k lidem. Potřebnou dovedností sestry v edukaci je

umění komunikovat, aby došlo k efektivní komunikaci, musí být sestra k pacientovi otevřená, empatická, pozitivní, bezprostřední a orientovaná na pacienty a jejich problémy. V neposlední řadě musí mít odborné znalosti a dovednosti z oblasti edukace. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004; Šulistová, Trešlová, 2012; Farkašová, 2005; Juřeníková, 2010)

Sestra – manažerka působí v řízení a organizaci na různých úrovních, státní, regionální, a v neposlední řadě na úrovni zdravotnického zařízení. Sestra sleduje činnost ostatních sester a pověřuje je ošetrovatelskými činnostmi. Role manažerky je součástí každodenních ošetrovatelských činností. Pokud se sestra s rolí sestry manažerky neztotožní, může to mít za následek neefektivní ošetrovatelskou péči. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

1.1.5 Vztah mezi sestrou a pacientem

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným patří k základním parametrům ošetrovatelství. Sestra je pro pacienta důležitým článkem ošetrovatelského týmu. „Při každém setkání s jiným člověkem dochází ke vzájemným reakcím, k interakci mezi lidmi. Nástrojem, kterým se interakce uskutečňují, je komunikace.“ (Venglářová, 2006; Vyhnálek, 2003)

„Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi zdravotníkem a nemocným. V mnoha studiích bylo prokázáno, že nedostatečná či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, ale v této souvislosti také platí, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu péče o pacienty.“ (Vyhnálek, 2003)

Vzájemný vztah mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje pro zdravotníka nejenom psychologické znalosti, ale také schopnost empatie a schopnost umět psychologicky jednat s nemocným. Sestra se pro pacienta stává důležitým bodem a je pro něj nadějí během nemoci. Pacient se na sestru obrací s potřebami a čeká, že ho sestra trpělivě vyslechne a dokáže mu pomoci. Sestra a pacient jsou v neustálém vzájemném kontaktu od ranního probuzení nemocného až po pacientovo večerní usínání. Povolání sestry vyžaduje profesionální jednání, které zahrnuje schopnost

empatie, tzn. vcítit se do potřeb pacienta, porozumění problémům nemocného a v neposlední řadě ochota pomoci. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007; Vyhnálek 2007; Nichols, Wilson, 2006)

Vzájemné dobré vztahy mezi sestrou a pacientem jsou velice důležité. Mohou příznivě ovlivnit celý průběh pacientovi hospitalizace. Nemocný, který má dobrý vztah s ošetřující sestrou, má pocit, že je o něj dobře postaráno a v případě potřeby se má na koho obrátit. Jako příklad lze uvést pacienta, který nemá dobrý vztah s ošetřující sestrou, má velké bolesti, ale bojí se sestru oslovit a svěřit se jí. Pacient tak trpí bolestí, i když by nemusel. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007)

Aby měl pacient během své hospitalizace správnou ošetrovatelskou péči, zpracovává sestra ošetrovatelský proces. Sestra od pacienta získává potřebné informace, sepisuje tzv. sesterskou anamnézu. Sesterská anamnéza se neshoduje s lékařskou anamnézou, ale měly by se společně navzájem doplňovat. Sestra sbírá údaje o nemocném systematicky a nepřetržitě během celé jeho hospitalizace. Sběr dat sestra získává metodou pozorování či rozhovorem přímo s pacientem či s jeho rodinou. (Vyhnálek, 2007)

Na základě získaných informací od pacienta sestaví sestra ošetrovatelské diagnózy, kterými stanoví pořadí priorit ošetrovatelských problémů. Po sestavení diagnóz sestra naplánuje řešení problémů a určí jejich priority. Na realizaci ošetrovatelského plánu a naplňování stanovených cílů se poté podílí sestra i pacient. Je nezbytné, aby sestra při realizaci s nemocným maximálně spolupracovala, jelikož je právě pacient při realizaci tím nejdůležitějším účastníkem. (Janáčková, Weiss, 2008; Vyhnálek, 2007)

Po skončení realizace sestra vyhodnocuje a posuzuje, jak byla ošetrovatelská péče účinná a zda ji může ukončit. Vyhodnocování ošetrovatelského procesu se provádí ve všech jeho fázích. Na jeho základě může sestra upravovat ošetrovatelský plán tak, aby pacientovi co nejvíce vyhovoval. Ošetrovatelský plán hodnotí jak sestra, tak i pacient. Spolupráce sestry a pacienta při vytváření ošetrovatelského procesu je velice důležitá. (Janáčková, Weiss, 2008; Vyhnálek, 2007)

1.2 Amputace dolních končetin

1.2.1 Amputace

"Amputací rozumíme odstranění periferní části těla, nejčastěji končetiny." (Farkašová, 2005 s. 272) Amputace končetiny je pro pacienta velice náročnou životní situací. Jak z hlediska psychického, tak somatického. Lékař musí ke každému pacientovi přistupovat individuálně. Bere ohled na stav končetiny, pracovní zařazení a celkový stav pacienta. Náročnost vyrovnávání se s těžkou situací je ovlivněna především rozsahem amputace, amputace nízká (10-15 cm pod kolenem), střední (v polovině stehna) či vysoká (odstranění končetiny v kloubu). V neposlední řadě amputace oboustranná či jednostranná. Dalšími faktory, které ovlivňují zvládnání dané situace je věk, pohlaví a fyzická kondice postiženého. (Doenges, Moorhouse, 2008; Janáčková, Weiss, 2008)

Lékař se snaží zachovat co největší část z postižené končetiny. Zbylá část ale musí vyhovovat funkční protéze. Dle Zur Verba bylo sestaveno amputační schéma, které znázorňuje, kde lze části končetiny klasifikovat jako důležité, méně důležité, bezcenné a překážející. Mezi indikace amputace patří těžká traumatická poranění, těžká infekce, poruchy výživy (žilní gangrény), zhoubné nádory kostní tkáně a vrozené deformity, záněty kostí (osteomyelitida). Lékař provádí amputaci většinou v bezkrevním terénu. Výjimku tvoří těžké infekce, kdy lékař přiloží pouze škrtidlo nad úroveň řezu. (Dušová, 2005)

Při nejtěžších infekcích lékař provádí tzv. gilotinovou (válečnou, urgentní) amputaci. Při této amputaci vede lékař řez ve stejné rovině až ke kosti. Rána se nešíje, zůstává otevřená. Poté se provádí téměř vždy reamputace neboli zkrácení s úpravou pahýlu. Tento výkon byl využíván ve válečné chirurgii. V dnešní době se využívá jen zřídka. Běžně lékař provádí při amputacích lalokové řezy s postupným schodovitým prolínáním jednotlivých vrstev. Při propichové amputaci vytváří lékař dva muskulokutánní laloky. Při osteoplastické amputaci lékař přiklápí osteomyokutánní lalok, který je tvořen kostí, periostem a měkkými tkáněmi. (Dušová, 2005)

Někteří pacienti po amputaci končetiny mohou trpět tzv. Fantomovými pocity. Tyto pocity mívají většinou pacienti po snesení končetiny ve stehně nebo po amputaci prstů, kteří mají pocit, že stále cítí amputovanou část těla. Tyto nepříjemné pocity se mohou vystupňovat až v bolesti. Aby se těmto problémům předešlo, snaží se lékař o bezchybné protěti nervu, který by neměl zasahovat až do konce pahýlu. Mezi další komplikace po amputaci patří kožní komplikace (ekzémy, mykózy, kožní záněty) a trofické změny pahýlu (otlaky, proleženiny). (Dušová, 2005; Mičková, 2009)

Při traumatické amputaci, která je indikována u pacientů po úrazu, se provádí replantace neboli opětované přišití chybějící části těla. Na replantační chirurgii spolupracuje tým ortopedů, traumatologů a plastických chirurgů. Lékař se před výkonem rozhodne, zda provede makroreplantaci či mikroreplantaci. Makroreplantace se vede proximálním směrem. Pacient je po výkonu ohrožen svalovou postischemickou dystrofií, selháním ledvin či poškozením jater. Oproti tomu mikroreplantace se vede proximálním směrem, nese menší riziko komplikací pro pacienta, ale výkon je technicky náročnější. (Dušová, 2005)

Aby replantace byla co nejúspěšnější, je nutné po úrazu amputát zabalit do sterilního mulu navlhčeného fyziologickým roztokem a uložit do sáčku, který musí být vodotěsně uzavřený. Teprve poté se sáček s amputátem vloží do ledové tříště. Teplota sáčku, kde je amputát uložen, by neměla překročit čtyři stupně Celsia. Během transportu se krvácení staví kompresí. Z tohoto důvodu by měl být transport do replantačního centra co nejrychlejší. Operační výkon by měl být proveden do osmi hodin po úrazu. Na operačním sále pracují dva týmy chirurgů, aby se zkrátila doba operace. Jeden operační tým připravuje amputační pahýl, druhý operační tým připravuje amputát. Jako každá operace i reamputace obnáší pooperační komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří vznik venózní a arteriální trombózy. (Dušová, 2005)

Při snesení končetiny je vždy důležité zachovat pacientovi pahýl, na který je možné nasadit funkční protézu. Funkční protézu pacientovi obstará ortopedická protetika. (Vondráček, Wirtlová, 2008)

1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny

Ošetrovatelská péče u pacientů s amputací dolní končetiny je rozsáhlá. Pro sestru obnáší mimo jiné především péči o pahýl amputátu, nácvik chůze o berlích s dopomocí, a posléze chůzi o berlích bez opory druhé osoby a nácvik sebeobsluhy při běžných denních aktivitách. (Marečková, 2006)

Nejnáročnější rehabilitace je u pacientů, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny z příčiny cévního postižení, neboť se většinou jedná především o starší pacienty, kteří nejsou tak fyzicky zdatní, aby se mohli učit chodit s přiloženou protézou. V tomto případě lékař volí možnost nabídnout nemocnému místo protézy invalidní vozík. Vozík je pro staršího pacienta bezpečnější nejen při vykonávání některých činnostech sebepéče. (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006)

V časném období po amputaci končetiny pacient provádí dechová cvičení, posléze i kondiční cvičení. Především posiluje horní končetiny a zbývající klouby a svaly. Provádí nácvik sedu, stojí na jedné končetině, aby udržel rovnováhu. Když pacient zvládne stoj na jedné noze a udržení rovnováhy, začíná s nácvikem vstávání z lůžka a ze židle pomocí berlí a s nácvikem krátké chůze o berlích. Nemocný by měl se sestrou nacvičovat i pád na zem s odhozením berlí stranou pro případ pádu při chůzi. V některých případech se doporučuje i nácvik nástupu a výstupu z dopravních prostředků. Chůze o berlích s protézou je pro pacienta fyzicky náročná a bolestivá. Na to by sestra neměla během rehabilitace zapomínat. (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006)

Velice důležitá je péče o pahýl u pacientů po amputaci dolní končetiny. Snaha lékařů a sester je zhojení pahýlu per prima, kdy se pahýl hojí bez komplikací. Proto je důležité používat na převazy suchý, pružný, čistý obvaz a dodržovat při převazu přísný aseptický postup. Okolí pahýlu by stále mělo zůstat teplé a prokrvené. Po zhojení pahýlu a odstranění stehů a redonova drénu očistí sestra pahýl od nečistot a začíná pacienta učit jak správně pahýl otužovat. Otužování pahýlu spočívá v poklepu prsty, poklepu pěstí, tření a kartáčování. Zhojený pahýl je nutné denně omývat, suchou kůži promazávat krémem či mastí a pečlivě bandážovat. (Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006)

Správným bandážováním se pahýl formuje do kónického tvaru, který je nezbytný pro snadné přiložení protézy. (příloha 5) Již po několika dnech po zákroku se u pacienta mohou vyskytnout kontraktury, které se velice těžko rozcvičují. Aby nemocný zabránil kontrakturám, měl by dodržovat správné polohování pahýlu, o kterém by ho měla sestra pečlivě poučit. Jedna ze zásad správného polohování je nepodkládat pahýl polštářem, velmi dlouho nesedět a neopírat pahýl o berle ve flexi a abdukci. (Farkašová, 2005; Doenges, Moorhouse, 2001; Marečková, 2006)

Častou chybou pacientů, kteří podstoupili amputaci ve stehně je snaha udržovat pahýl přitažený k břichu. Pacienti s amputací v bérce mají tendenci udržovat pahýl ohnutý v kolenou v 90 st. Oba tyto způsoby polohování pahýlu nemocnému neprospívají. (příloha 6). Sestra dále zabraňuje otokům končetiny, doporučí pacientovi sprchování, střídání teplé a studené vody, které slouží jako jemný způsob otužování. Je-li kůže suchá, promašťuje ji nemocný krémem. Potí-li se, použije pudr či kafrovou pleťovou vodu. (Mičková, 2009; Pittnerová, Klusoňová, 2014)

Aby se stal pacient co nejdříve soběstačný, je důležité včasné přiložení protézy. Protézu nemocnému obstarává protetická ortopedie ve spolupráci s fyzioterapeutem po třech měsících od operace. Nejprve dostává prozatímní protézu a teprve po několika měsících, kdy dojde k definitivnímu vytvarování amputovaného pahýlu, dostává definitivní protézu. Sestra učí pacienta nejprve stoj u lůžka, aby si na protézu pomalu zvykal, a až poté chůzi po rovině o berlích s oporou. Je poučen sestrou, že nejprve vykročí zdravou nohou, pak přisune protézu a současně s ní přisune berle. Poté, co nemocný zvládne chůzi po rovině s oporou a bez opory, může začít s chůzí do schodů a ze schodů. Ze schodů vykročí pacient nejprve protézou, přisune berle, a poté teprve následuje zdravá noha. (Mičková, 2009; Gulášová, 2004)

Pacient je propuštěn do domácí péče po zvládnutí základních úkonů. Musí být schopen správně ošetřovat a bandážovat pahýl. Pro zotavení lékař nemocnému doporučí léčebný pobyt v lázních, nejlépe v Kladrubech či Velkých Losinách. (Mičková, 2009)

1.3 Sebepečce

1.3.1 Pojem sebepečce

Nemoc pro člověka představuje velice náročné životní období. Člověk se během života dostává do situace, kdy se o sebe nedokáže sám postarat a vyžaduje pomoc druhé osoby. Péči druhého člověka potřebuje především v době stárnutí, které doprovází různá onemocnění, nedodržívání vhodného způsobu života nebo náhle vzniklá porucha zdraví. Cílem sestry je naplňovat potřeby nemocného a pomoci mu, aby si své potřeby dokázal sám uspokojovat. V době nemoci je pacient může vykonávat odlišným způsobem, než byl zvyklý dříve. S pomocí kompenzačních pomůcek či dopomocí druhé osoby. (Průcha, 2005; České ošetrovatelství, 2005; Magurová, Majerníková, 2012)

Sebepečce je chápána jako lidská, regulatorní funkce, kterou pro sebe osoba vědomě vykonává nebo pro sebe nechá vykonávat (dependentní péče), aby zajistila a udržela určitý stav materiálních věcí a podmínek k zachování života. Odlišuje se od instinktů a reflexů. Je naučená a má určité cíle." (Bekel, Halmer, 2004. s. 25)

Přirozenou potřebou člověka je být nezávislý v oblastech, které se označují za běžné denní činnosti. Zásadním úkolem a rolí sestry je proto pomoci nemocnému udržet si nebo znovu získat nezávislost (samostatnost) v provádění běžných denních činností. Podle Oremové je sebepečce "konkrétní chování, které člověk realizuje ve prospěch své existence, zdravého vývoje a zdraví. Jedná se o realizaci činností zaměřených na sebe nebo na okolí s cílem seberegulace v zájmu vlastního života a zdraví." (Farkašová, 2005, s. 80)

"Sebepečce je soubor činností, které si každý jedinec zabezpečuje sám za účelem zachování života, zdraví a pohody. Činnosti sebepečce jsou ovlivněné věkem jedince, schopnostmi jedince a sociokulturním prostředím. Sebepečce je filozofií zdravého způsobu života, je konkrétním chováním jedince ve prospěch vlastní existence." (Průcha, 2005, s. 54 -55)

Ztráta soběstačnosti během nemoci je pro pacienta velkou zátěží jak fyzickou, tak psychickou. Klient těžce snáší, že sám nemůže vykonávat běžné denní činnosti. Zcela nesoběstačným pacientům je potřeba věnovat ošetrovatelskou péči v oblasti

uspokojování potřeb. Mezi základní potřeby patří péče o výživu, hygienu, vyprazdňování atd. Velice náročné je uspokojování potřeb klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo nemocní s poruchou hybnosti. Aby tito pacienti mohli samostatně vykonávat běžné denní činnosti a být soběstační, je nutné zajistit vhodné podmínky, jako např. poskytnout pacientovi kompenzační pomůcky nebo připravit bezbariérový přístup. (Trachtová, 2013)

"Jedním ze základních cílů moderního ošetřovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný, být nezávislý bez pomoci druhých." (Staňková, 2007 s. 32) Nemocní, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, jelikož nedokážou vykonávat aktivity běžného života, těžce snášejí nezájem sestry. Každý jedinec chce být autonomní. "Být autonomní znamená zůstat pánem svého možného způsobu života. Pacientská autonomie znamená zachování identity, tzn. ponechat pacienta tím, kým je a kým chce být, tzn. nebýt pohlcen patientskou rolí." (Vyhnálek, 2007, s. 62)

Autonomii člověka poskytne sestra tím, že respektuje vyslovená přání, názory a předchozí zkušenosti s nemocí pacienta. "Autonomie ve smyslu být svobodný znamená, že i člověk, který je částečně nebo plně fyzicky závislý na druhých, může být zároveň psychicky zcela autonomní." (Vyhnálek, 2007 s. 62) To docílíme tím, že pacienta zapojíme do plánování své léčby. Autonomie výrazně pomáhá při léčbě a péči o nemocného. Opakem autonomie je heteronomie. V tomto případě je pacient veden a kontrolován sestrou bez možnosti, aby se sám podílel na dané situaci, ať ve zdraví či nemoci. (Vyhnálek, 2007)

1.3.2 Požadavky sebedpěče

Schopnost jedince pečovat o sebe samého vychází ze základních potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví. Oremová označila tři druhy požadavků sebedpěče, které ovlivňují schopnost sebedpěče jedince, a to univerzální požadavky sebedpěče, vývojové požadavky sebedpěče a terapeutické požadavky sebedpěče. Požadavky na sebedpěči existují v každé věkové skupině. Rozlišují se svojí intenzitou a délkou trvání. (Slezáková, 2010; Čechová, Rozsypalová, 2012)

Univerzální požadavky sebedpěče představují požadavky, které souvisejí se základními procesy a funkcemi. Jsou to například rovnováha mezi aktivitou

a odpočinkem, správná funkce vylučování stolice a moči, dostatečný příjem vzduchu, potravin a tekutin, rovnováha mezi sociálními interakcemi a rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují zdraví a život jedince. (Bekel, Halmer, 2004; Trachtová, 2013)

Vývojové požadavky sebezpečí jsou spojené s vývojovými etapami jedince. Tyto požadavky jsou faktory, které umožňují lidský vývoj v různých fázích života. Zmíněné požadavky zahrnují zodpovědné jednání v určitých životních situacích, učit se rozumět emocím a snahu o pochopení negativních emocí. (Bekel, Halmer, 2004)

Terapeutické požadavky sebezpečí jsou požadovány při poruchách zdraví či odchylkách od normy. Tyto požadavky souvisejí s diagnostickými, terapeutickými a rehabilitačními výkony, adaptací organismu, edukací při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatření. (Průcha, 2005; Trachtová, 2013)

Při plánování ošetrovatelské péče je důležité udržování a podpora zdraví. Při realizaci denních aktivit se sestra snaží udržovat či zvyšovat nezávislost jedince. V oblasti hygieny se k pacientům po amputaci dolní končetiny doporučuje otužovat pahýl. Tohoto nemocný docílí sprchováním se střídavě teplou a studenou vodou. Koupel ve vaně se pacientům nedoporučuje, jelikož by mohl hrozit pád při přemisťování z vany. Při sprchování zajistí sestra vhodné prostředí nejlépe tiché, ne v blízkosti toalety, které má přiměřenou teplotu. Pro zpříjemnění atmosféry může sestra pacientovi pustit tichou a pomalou hudbu. V neposlední řadě sestra nemocnému připraví hygienické pomůcky, které bude potřebovat k hygieně. Velice důležité je mít připraveno v koupelně signalizační zařízení pro případ, že by pacient potřeboval pomoc sestry. Koupelna je vybavena pro bezpečnost nemocného madly, protismykovou podložkou a dalšími pomůckami, které zabraňují pádu na zem. Pacientovi dávají pocit bezpečí a jistoty. Mezi důležité opatření při zajištění bezpečnosti nemocného při hygieně patří kompenzační pomůcky, které zároveň napomáhají k soběstačnosti pacienta. (Trachtová, 2013)

Při koupání pacienta je nutné zajistit jeho bezpečí po celou dobu koupání. Sestra zhodnotí jeho soběstačnost, zda-li se zvládne vysprchovat sám či potřebuje pomoc. Dbá na to, aby nedošlo k podráždění pokožky. Pacienti po amputaci dolní končetiny jsou

poučení sestrou používat po koupeli nedráždivý krém, který promazává pokožku a zároveň slouží jako prevence proti odřeninám a opruzeninám. Časté koupání může způsobit suchost kůže a rušit účinek kožního mazu. Proto se doporučuje, obzvláště seniorům, koupání maximálně jednou či dvakrát týdně. Někteří pacienti dávají přednost ranní koupeli, která působí na organismus člověka velice povzbudivě. Jiní upřednostňují večerní koupel, která navazuje pocit pohody a odpočinku. Po koupeli je nutné dbát na to, aby pacient neuklouzl po mokré podlaze a nepřivodil si úraz. (Kálal, 2000; Trachtová, 2013)

Při stravování servíruje sestra jídlo pacientům vždy vkusně a tepelně upravené. Imobilního pacienta sestra uloží do vhodné zvýšené (Fowlerovy) polohy, kdy nemocný leží v poloze na zádech, horní panel lůžka je zvednutý o 30 st. až 90 st. dle potřeby pacienta. Aby se nemocný cítil v této poloze pohodlně, může sestra použít i několik polštářů k vypodložení hlavy. Pacientům, které je potřeba krmit, dopřeje sestra dostatek času na přijímání stravy. U pacientů po operaci dbá lékař na dostatečný přísun energie v podobě zvýšeného množství bílkovin, tuků a vitamínů, jelikož může u pacienta vzniknout nerovnováha mezi energetickými zásobami a požadavky. (Nemcová, 2010; Trachtová, 2013)

Pro bezpečnost pacienta po amputaci dolní končetiny je také zapotřebí používat vhodnou obuv, která by měla splňovat určité požadavky. Měla by být pohodlná, měkká, prostorná a pevnější, aby se dalo zabránit poranění dolní končetiny. (Slezáková, 2010; Venglářová, 2006)

Při nácviku ergoterapie se pacient po amputaci dolní končetiny aktivizuje po stránce fyzické, psychické i kognitivní. Cílem ergoterapie je dosáhnout za pomoci reedukace maximální soběstačnosti nemocného. Sestra se snaží docílit zvýšení kvality pacientova života. Pomocí ergoterapie se ošetřující personál snaží zachovat, posílit či navrátit funkční potenciál (rozsah pohybu pacienta). Mezi hlavní činnosti ergoterapie patří nácvik instrumentálních dovedností. (Trachtová, 2013)

Činnosti, které pacient každodenně provádí, jako například oblékání, úprava zevnějšku, koupání či stravování, by měl nemocný vykonávat v době, kdy je oddechnutý a odpočatý. Při vykonávání denních aktivit dbáme na pacientovo soukromí.

Zbytečně nevystavujeme pacienta nepříjemnému pocitu studu, například při použití toalety či provádění hygieny. Pocit uspokojení nemocného je důležitá motivace k samostatnosti a pochvala za každodenní úspěchy. (Trachtová, 2013; Venglářová, 2006)

1.3.3 Faktory ovlivňující sebepěči

Sebepěči ovlivňují tři faktory, fyzické, psychosociální a faktory spojené s léčbou. Mezi fyzické faktory patří vývojové stádium a zdravotní stav jako je onemocnění pohybového a nervového systému. V neposlední řadě také vývojové stádium. Schopnost sebepěče získává člověk již v průběhu ontogeneze (nitrožilního vývoje). Hlavní období pro učení je dětství. V tomto období dochází k postupnému upevňování návyků a mění se i míra úrovně soběstačnosti při jejich uspokojování. (Venglářová, 2006)

Mezi psychosociální faktory patří struktura osobnosti, rodina a prostředí. Faktory spojené s léčbou představují např. zavedení tracheostomie, kolostomie či permanentního močového katetru. Zdravotní stav jedince zahrnuje změnu funkčního stavu, bolest, úraz či poranění. V neposlední řadě řadíme mezi psychosociální faktory stavy po invazivních výkonech, jako je např. endoskopie, punkce, pooperační výkon, angiografie, zavedení cévky, drénu či katetru. (Venglářová, 2006)

1.3.4 Deficit sebepěče

K deficitu sebepěče dochází v situacích, kdy vzniká nerovnováha mezi schopnostmi jedince a schopností identifikovat požadavky vlastní soběstačnosti. Deficit sebepěče je důvodem k poskytování ošetrovatelské péče. Cílem sestry je aktivizace pacienta, aby byl maximálně soběstačný a mohl sám uspokojovat své potřeby. (Farkašová, 2005; Zacharová, 2009)

D. Orem vyjadřuje "deficit sebepěče vztah mezi kompetencí sebepěče a situativní potřebou sebepěče jednotlivců, u nichž schopnosti k sebepěči neumožňují vyplnění některých nebo všech komponentů jejich situativní potřeby sebepěče". (Bekel, Halmer, 2004, s. 33) Při zjištění dysfunkce potřeby sebepěče používá sestra následné

ošetřovatelské diagnózy, které řadíme do třídy sebeděče. Třída sebeděče je určena ošetřovatelským diagnózám, které jsou standardním pojmenováním ošetřovatelství. (Trachtová, 2013)

NANDA ve své publikaci Ošetřovatelské diagnózy pro rok 2012-2014 uvádí tyto diagnózy v oblasti sebeděče: Deficit sebeděče při oblékání (00109), Deficit sebeděče při koupání (00108), Deficit sebeděče při stravování (00102) a Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110). Deficit sebeděče při oblékání a úpravě má pacient, který trpí zhoršenou schopností obléknout se a svléknout, nebo tuto danou činnost nedokáže sám dokončit a potřebuje pomoc druhé osoby. Deficit sebeděče při koupání a hygieně vzniká, pokud má nemocný zhoršenou schopnost sám se vykoupat či osprchovat. V neposlední řadě deficit sebeděče při stravování, je zhoršená schopnost pacienta se sám najíst bez pomoci druhé osoby. Poslední diagnóza, která patří do třídy sebeděče, je deficit sebeděče při vyprazdňování. V tomto případě není pacient schopen sám provést a dokončit vyprazdňování a je odkázán na pomoc druhé osoby (Linhartová, 2007; Ošetřovatelské diagnózy, 2013)

D. Orem uvedla tři ošetřovatelské systémy. Podpůrně výchovný ošetřovatelský systém, částečně kompenzační ošetřovatelský systém a plně kompenzační ošetřovatelský systém. Podpůrně výchovný systém se uplatňuje u pacienta, který jeví zájem, aby se naučil pečovat sám o sebe. Částečně kompenzační ošetřovatelský systém lze aplikovat v situacích, kdy pacient spolu se sestrou vykonávají péči. Některé snadnější činnosti vykonává nemocný zcela sám, s jinými mu pomáhá sestra. Plně kompenzační ošetřovatelský systém se uplatňuje v situacích, kdy je pacient zcela nesoběstačný a vyžaduje úplnou péči sestry. (Bekel, Halmo, 2004)

1.3.5 Měření sebeděče

Sestra začíná posuzovat pacienta a jeho schopnost soběstačnosti již od prvního okamžiku, kdy se s ním poprvé setká. Hodnocení úrovně soběstačnosti by mělo být základní součástí vyšetření každého nemocného, již při příjmu na oddělení, chceme-li dobře definovat problémy při uspokojování lidských potřeb a plánovat potřebné intervence. V době nemoci se řadí soběstačnost pacienta k nejdůležitějším hodnotám

v poskytování ošetrovatelské péče. Proto i ošetrovatelské plánování musí odpovídat stavu a soběstačnosti nemocného. Způsob, jak nejlépe ohodnotit soběstačnost pacienta, je použití ověřených testovacích škál. Testovací škály soběstačnosti jsou vytvořeny tak, aby byly srozumitelné všem členům zdravotnického týmu, sestřám i lékařům. (Magurová, Majerníková, 2012; České ošetrovatelství, 2005)

Sestra během hospitalizace nemocného sleduje jeho soběstačnost při základních denních činnostech. Jako jsou například schopnost se najíst, napít, vykonávat osobní hygienu, být schopen přemístit se na toaletu apod. Schopnost sebepéče pacienta může sestra zhodnotit odhadem již při příjmu nemocného na oddělení či pozorováním během celé jeho hospitalizace. Sestra během hospitalizace nemocného využívá možnosti použití měřicí techniky, které hodnotí stupeň soběstačnosti sebepéče nemocného. (Staňková, 2007)

K rychlému zhodnocení soběstačnosti pacienta slouží rozdělení do čtyř skupin. Do 1. stupně soběstačnosti jsou zařazeni pacienti, kteří jsou zcela soběstační a nepotřebují pomoc sestry ani jiného ošetrojícího personálu. Do 2. stupně soběstačnosti patří nemocní, kteří jsou částečně soběstační a jsou schopni sebepéče i mimo lůžko, ale s dopomocí druhé osoby. Do 3. stupně soběstačnosti patří pacienti, kteří jsou úplně či částečně soběstační, ale jsou upoutáni na lůžko a potřebují pomoc sestry při běžných denních úkonech. Do 4. stupně soběstačnosti jsou zařazeni nemocní, kteří jsou zcela nesoběstační (imobilní). Nebo pacienti v bezvědomí, kteří potřebují úplnou pomoc sestry a ošetrojícího personálu. (Staňková, 2007)

V ošetrovatelství se nejčastěji hodnotí soběstačnost nemocných v 8 až 10 základních položkách. Tyto položky informují lékaře a zdravotnický personál (sestry) o zdravotním a psychickém stavu a následné soběstačnosti člověka nemocného, starého nebo sociálně opuštěného. Pro vykonávání denních aktivit je typická pravidelnost, automaticnost a provádění bez pomoci jiné osoby. Při měření soběstačnosti nemocného je důležité pravidelné opakování testů, které napomáhají celkovému hodnocení stavu pacienta i plánování lékařské a ošetrovatelské péče. (Staňková, 2007)

Hodnocení úrovně sebepéče je zahrnuto v ošetrovatelských modelech (Royová, Oremová, Gordonová), které slouží jako ucelený propracovaný systém pro hodnocení

sebepéče pacienta. M. Gordonová hodnotí úroveň soběstačnosti nemocného do 5 klasifikací. 0 - nezávislý, soběstačný pacient, 1 - nemocný, který potřebuje nepatrnou pomoc druhé osoby. Sám zvládá 75 % činností. 2 - nemocný, který potřebuje menší dopomoc a dohled druhé osoby. Sám zvládá 50 % běžných denních činností. 3 - nemocný potřebující pomoc druhé osoby, sám zvládá pouze 25 % denních činností. 4 - nemocný, který je zcela závislý na pomoci druhé osoby. 5 - pacient, který trpí úplným deficitem sebepéče a zcela mu chybí aktivní účast při běžných denních činnostech. Nemocný je zcela závislý na pomoci druhé osoby. Převážně se jedná o pacienty v těžkém stavu bezvědomí. (Staňková, 2007; Trachtová, 2013)

K měření soběstačnosti pacienta existuje mnoho testů. Mezi nejznámější a nejčastěji používaný patří Barthel index test, který měří schopnost sebepéče v následujících činnostech. Přijímání stravy, osobní hygiena, do které lze zahrnout mytí obličeje, čištění zubů, holení a koupání. Mezi další činnosti, které Barthelův test hodnotí, patří přemísťování z lůžka do kolečkového křesla a zpět, chůze po rovném povrchu, chůze do schodů a ze schodů, oblékání a svlékání, kontinence stolice a kontinence moči. (příloha 2). Tento test ukazuje, zda-li nemocný vykonává běžné denní aktivity sám, nebo potřebuje pomoci druhé osoby. (Magurová, Majerníková, 2012; Trachtová, 2013)

Další test, který hodnotí úroveň soběstačnosti, je Katz index, který byl sepsán autorem v roce 1963 a byl používán především v zahraničí. Tento test hodnotí tzv. instrumentální aktivity. Do instrumentálních aktivit lze zařadit domácí práce, nakupování, spravování osobních financí, používání telefonu, přijímání potravy, schopnost sám se obléknout a svléknout, včetně výběru vhodného oblečení a vyndání oblečení ze skříně. (Magurová, Majerníková, 2012)

Často používaný test k posouzení a měření sebepéče je Rivemead ADL Scale, který také hodnotí již uvedené činnosti, ale i činnosti rozšířené. Mezi tyto činnosti patří např. příprava horkého nápoje a svačiny. Hodnotí se pohyb pacienta na lůžku i mimo lůžko, přemísťování nemocného z lůžka do křesla, chůze po pokoji, chůze po chodbě a chůze mimo oddělení, oblékání, stravování, používání toalety a osobní hygiena. (Magurová, Majerníková, 2012)

Kromě techniky měřících nástrojů lze úroveň soběstačnosti využít i kódy funkční úrovně, pomocí kterých se hodnotí a posuzují kognitivní funkce pacienta. Kognitivní funkce určují schopnost zapamatovat si určitou věc či situaci a řídit se instrukcemi. V případě mírné poruchy kognitivních funkcí se snižuje vykonávání denních aktivit nemocného. (Trachtová, 2013)

1.4 Edukace

1.4.1 Základní pojmy edukace

Edukace je velice důležitý prvek a je nedílnou součástí ošetrovatelského procesu. Má za cíl předcházet nemoci, vyučování či navrácení zdraví, a hraje velkou roli ve zkvalitnění života jedince. Edukace je "proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech." (Juřeniková, 2010, s. 9)

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Za základní edukaci považujeme edukaci, při které se jedinec učí novým vědomostem a dovednostem. Nemocný po amputaci dolní končetiny získává od lékaře základní informace v oblasti předoperační přípravy, průběhu operace i následné ošetrovatelské péče. Od sestry pak pacient získává užitečné rady, jak správně pečovat o pahýl a nacvičovat chůzi o berlích. Úkolem sestry, která pečuje o nemocného po amputaci dolní končetiny, je snaha být mu oporou v těžké životní situaci. V oblasti edukace se jedná se o polohování pahýlu, bandážování pahýlu, nasazování protézy, sejmutí protézy a stoj a chůze s protézou. (Juřeniková, 2010)

Při reedukační edukaci může sestra navázat na předchozí zkušenosti, vědomosti a dovednosti jedince (edukanta). Získané vědomosti a dovednosti pacient prohlubuje a novými informacemi rozšiřuje své dovednosti o nové poznatky. Reedukace má za úkol opakovat a obnovovat již získané vědomosti a dovednosti nemocného z předešlé edukace. Tato edukace je pro pacienta vhodná, již po podstoupené operaci amputované dolní končetiny. Nemocný sám nacvičuje chůzi o berlích a pečuje o pahýl. Na závěr sestra provádí komplexní edukaci. Tato edukace je rozšířená o nové poznatky, které pacient a jeho rodina postupně získává. Jeho rodině jsou poskytnuty komplexnější

informace týkající se edukace nemocného. Tato edukace může probíhat v kurzech či ambulancích. (Juřeníková, 2010; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010)

Sestra může edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny vést individuálně či skupinově. Výhodou individuální edukace je vzájemná zpětná vazba mezi sestrou a nemocným. Je však časově i ekonomicky náročná. Naopak skupinová edukace není tak časově náročná, ale sestra nemá možnost respektování individuálních potřeb každého zúčastněného pacienta. (Křivohlavý, 2002)

Edukantem je nejčastěji nemocný pacient, který je hospitalizovaný v nemocnici. Není to ale pravidlem. Edukantem může být i zdravý jedinec nebo zdravotník, který se celoživotně v rámci praxe vzdělává. Edukantem je každý člověk bez ohledu na prostředí, kde edukace probíhá, či věk jedince. Může jít o jednotlivce, nebo se naopak může jednat o malou či velkou sociální skupinu. Edukant mění své schopnosti, přijímá nové informace a posléze je i zpracovává. (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010)

Edukátor je aktér edukační aktivity. V edukačním procesu má velice důležité postavení. Jedná se o vyučující subjekt. Při hospitalizaci pacienta v ošetrovatelském procesu je to lékař, všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut či nutriční terapeut. Sestra v roli edukátora plní roli koordinátorky, iniciátorky a organizátorky v edukačním procesu. V rámci výuky edukátor plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny. Edukace se snaží pomoci pacientovi pochopit jeho vlastní roli v péči o svoji osobu a jeho zodpovědnost za své zdraví. Předpokládá se, že edukátor bude mít potřebné vědomosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respekt k osobnosti pacienta a konzultační dovednosti, popř. jazykové znalosti, komunikační schopnosti atd. (Juřeníková, 2010)

Velice důležitý prvek v edukačním procesu je edukační prostředí, které se vzájemně ovlivňuje typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou procesů. Edukaci také ovlivňuje, v jakém prostředí edukace probíhá. Vliv na edukaci má prostor, barva osvětlení pokoje, rušivé vzruchy během edukace, nábytek a celková atmosféra během edukace. Edukační prostředí lze rozdělit do dvou skupin. Vnitřní a vnější. Vnitřní prostředí lze dále rozdělit na fyzikální, psychosociální a proměnlivé. Fyzikální představuje osvětlení, prostorové dispozice, využití barev, nábytek a vybavení

místnosti aj. Mezi psychosociální patří klima a kvalitní vztahy mezi účastníky. Jedná se o vztahy mezi sestrou a pacientem. Mezi proměnlivé patří atmosféra. (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010; Pittnerová, Klusoňová, 2014)

Význam v ošetrovatelství má také edukační standard, který hodnotí kvalitu vzdělávacích institucí, kde edukace probíhá. "Edukační standardy jsou dohodnutou normou, měřítkem, kritériem pro zjištění profesionální kvality edukace." (Juřeníková, 2010, s. 71)

Edukační standard má zpravidla obsahovat téma edukace, charakteristiku standardu a cíl edukace, pro koho je standard závazný, kdo se jím musí řídit, dobu platnosti standardu, jak často bude standard kontrolován a kdo bude standard kontrolovat a kritéria, která zabezpečí plnění standardu. Edukační standard lze uplatnit v následujících edukačních činnostech. Ovlivňuje kvalitu edukace, vyzdvihává požadavky, které je nutno při edukaci splnit a umožňuje objektivní hodnocení kvality edukace. (Juřeníková, 2010)

Každá edukace má svůj cíl. Jako cíl edukace lze chápat představu toho, čeho bychom chtěli dosáhnout v dané činnosti. U pacienta po amputaci dolní končetiny se jedná především o návyk soběstačnosti a péči o pahýl, který zahrnuje polohování, bandážování a otužování pahýlu, přikládání protézy a v neposlední řadě nácvik chůze o berlích. Čím přesněji jsou vzdělávací cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit edukační činnost pacientů. Při vymezování vzdělávacích cílů slouží taxonomie, které jsou hierarchicky uspořádány. (Žilková, 2009; Kuberová, 2010)

Edukační cíle lze rozdělit dle psychického vývoje na cíle blízké a vzdálené, etapové, a z hlediska obsahové struktury na obecné, speciální a specifické. Obecné cíle jsou základní kategorií cílů v edukaci v ošetrovatelství. Zahrnují výchovu a vzdělávání člověka umět se zapojit do společenského života. Správně a moudře žít a v neposlední řadě zachování obnovy zdraví. Cíle specifické se dále dělí na cíle kognitivní, afektivní a behaviorální. *Cíle kognitivní* zahrnují oblast poskytování informací, vysvětlování intelektuálních dovedností a vědomostí, řešení problémů a zapamatování si nových poznatků. Pro pacienta po amputaci dolní končetiny je cílem zájem a snaha získat vědomosti při nácviku sebepéče, ošetřování pahýlu a nácviku chůze o berlích. *Cíle*

afektivní zahrnují oblast postojů a citů. V ošetřovatelství představují hodnocení postojů ve vztahu k nemoci nebo ke zdraví. Nemocný po amputaci dolní končetiny získává během edukace dostatek informací o onemocnění a následné ošetřovatelské péči. *Cíle behaviorální* zahrnují oblast motorických dovedností, při kterých člověk využívá psychických procesů. Při uplatňování behaviorálních cílů sestra usiluje o změnu chování jednotlivce či skupiny. Soustřeďuje se na aktuální chování a odnaučení špatných návyků v oblasti zdraví. Cílem pacienta po amputaci dolní končetiny je být zcela soběstačný, umět sám ošetřovat pahýl. Na základě specifických vědomostí je schopen nemocný jednat v zájmu ochrany vlastního zdraví. (Průcha, Walterová, Mareš, 2009; Kuberová, 2010; Žilková, 2009)

1.4.2 Fáze edukace ve zdravotnickém zařízení

Sestra má v rámci péče o pacienta mimo ošetřovatelskou, také pedagogickou činnost. Nemocného edukuje, vysvětluje mu danou problematiku a snaží se ho motivovat k dané činnosti a docílit zlepšení jeho zdravotního stavu. Sestra se v roli edukátorky musí celoživotně vzdělávat, aby mohla co nejkvalitněji pacienty edukovat. Průběh edukace je závislý na zdravotním stavu a vědomostech nemocného. Mezi hlavní faktory patří spolupráce lékaře, sestry a pacienta. Kvalita edukačního procesu je závislá na vzájemné interakci mezi kvalitami, postoji, názorech a zájmech edukanta a edukátora. (Skalková, 2007; Kuberová, 2010; Kromerová, 2005)

Edukační proces je záměrný, cílevědomý, řízený. Představuje určitou formu podávání konkrétních informací a zahrnuje všechny činnosti, při nichž se pacient učí novým poznatkům. Je tvořený záměrně na to, aby se jedinec mohl učit. Klade si za cíl změnit vědomosti, dovednosti ale i postoje nemocného. Edukační proces zahrnuje, stejně jako ošetřovatelský, hodnocení, plánování, realizování a závěrečné hodnocení. (Kuberová, 2010; Šulistová, Trešlová, 2012; Pokorná, 2008).

V první fázi edukačního procesu sestra edukátorka zjišťuje důvod edukace, vědomosti a dovednosti edukanta a následně si stanovuje cíle edukace. V průběhu edukace hodnotí sestra faktory, které mohou ovlivňovat proces učení. Mezi hlavní faktory, které mohou přispět ke správné volbě edukace, je věk edukanta, pohotovost,

motivace učení, ochota učit se a v neposlední řadě také společensko-ekonomické faktory a styl učení a názory pacienta na zdraví a vzdělání. Mezi faktory napomáhající učení patří motivace. Motivace je nejúčinnější tehdy, cítí-li nemocný potřebu edukace a věří-li, že daná potřeba bude uspokojena prostřednictvím získání vědomostí. Sestra musí tuto potřebu rozpoznat a slovně ji formulovat a hlavně by jí měl pocítit i pacient. Aktivní účast nemocného na procesu učení je velice důležitá a smysluplná. Pacient se učí rychleji a získané vědomosti si déle uchová v paměti. Pasivní účast pacienta na procesu učení nezaručí optimální výsledek učení. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Mezi faktory, které překážejí učení, patří velká úzkost nemocného či jeho rodiny z důvodu těžké životní situace. Odstranění úzkosti docílíme dostatečným poskytnutím informací v dané problematice. Dostatečným poskytnutím informací se dá snížit obava z nejistoty a zvýšit motivaci pacienta. Pro účinnou edukaci je také důležitá spolupráce nemocného s edukátorem (sestrou). Mezi fyziologické faktory, které brání účinné edukaci, patří např. akutní onemocnění nebo poškození zraku či sluchu. Tyto poruchy a onemocnění mohou narušit pozornost při edukaci, a tím i celkovou léčbu nemocného. Mezi kulturní bariéry patří například odlišný jazyk nebo odlišné uznávané hodnoty. Pokud je mezi sestrou a pacientem jazyková bariéra, lze očekávat, že se nemocný naučí velice málo. S opačnými hodnotami může mít také nemocný problémy v edukaci. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Edukace pacienta s amputací dolní končetiny začíná první den po operaci a končí propuštěním nemocného do domácího ošetření. U těchto pacientů se jedná především o cíl naučit jedince něco nového. Edukace pacientů po amputaci dolní končetiny začíná obvykle 5. den po operaci. Sestra edukuje nemocného, jak polohovat pahýl, přikládat bandáž, provádět otužování pahýlu a v neposlední řadě společně ve spolupráci s fyzioterapeutem, jak přikládat kompenzační pomůcky. Sestra naplňuje vhodnou dobu a prostředí, kde bude edukace probíhat. Při edukaci pacienta, by sestra měla dbát na to, aby probíhala o samotě pouze v přítomnosti sestry a pacienta. Sestra před zahájením edukace zhodnotí psychický stav nemocného. V případě, že pacient ještě není s danou situací smířený, sestra s edukací nějakou dobu počká, až se jeho

psychický stavlepší. (Juřeníková, 2010; Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010)

V druhé fázi edukačního procesu provádí sestra realizaci edukace a snaží se zapojit pacienta do samotné edukace. Sestra nemocnému poskytuje specifické informace v oblasti soběstačnosti a péče o amputovaný pahýl. Nejprve se pacient učí správně polohovat pahýl vleže na zádech i vleže na břiše. Nemocný s amputací končetiny ve stehně je poučen sestrou jak správně podkládat pánev polštářem, aby docílil zdvihnutí pahýlu. Oproti tomu pacienti s amputací dolní končetiny pod kolenem jsou edukováni podkládat pouze konce pahýlu malým polštářkem. Po odstranění drénu, obvykle kolem 4. dne po operaci, se nemocný začíná učit bandážovat pahýl. Nejprve na modelu, který by sestra měla přinést již při první schůzce s pacientem, a po zvládnutí bandáže na modelu přechází na bandážování vlastního pahýlu. Sestra by v neposlední řadě měla klienta informovat o kontrole prokrvení a teplotě kůže, aby nedošlo k ischemii pahýlu z nadměrného utlačení. Poté, co pacient zvládne bandážování pahýlu, začíná sestra s edukací, jak správně pečovat o pahýl po sundání bandáže. Jedná se především o již zmíněné otužování a masírování pahýlu jemným kartáčkem. Předávané informace pacientovi sestra opakuje do té doby, než si je nemocný zapamatuje a je schopný sám popsat a názorně předvést, jak bude pečovat o pahýl. Po dosažení pacientovi soběstačnosti přistupuje sestra společně s fyzioterapeutem k nasazování pahýlu a posléze i chůzi o berlích s přiloženou protézou. (Kálal, 2000; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010; Slezáková, 2010)

Poslední fáze edukačního procesu je hodnocení vlastní edukace. Hodnocení cílů může být krátkodobé či dlouhodobé. Sestra hodnotí změnu chování pacienta ke svému zdraví a úspěšnost edukace. Sestra především hodnotí soběstačnost nemocného v oblasti každodenních činností a péči o pahýl. Při této fázi hodnocení využívá sestra zpětnou vazbu, která je nepostradatelná pro efektivní edukaci. Pozitivní zpětná vazba se dosahuje různými způsoby. Je to například pomocí odměny, projevem za správné chování, či pochvalou. Negativní zpětná vazba představuje zlost či sarkasmus, který dokáže pacienta od učení odradit. K urychlení získávání vědomostí slouží učební materiály, které postupují od jednoduchých poznatků ke složitějším. Při zpětné vazbě

sestra pokládá pacientovi otázky vztahující se k dané problematice, aby zjistila, jestli byla edukace úspěšná. Může použít také jednoduchou křížovku či doplňovačku, tím sestra zjišťuje, zda-li byl cíl edukace splněn úplně, částečně či nebyl vůbec. Na základě hodnocení edukace může sestra zhodnotit, zda je pacient schopen být propuštěn do domácího ošetření či nikoli. (Juřeníková, 2010; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010)

Sestra stanovuje priority učení a vyučování, učebního záměru, výběr obsahu, rozplánování učení, které se řídí zdravotním a psychickým stavem nemocného. Edukace u pacientů po amputaci dolní končetiny začíná ošetřováním pahýlu a nácviku sedu na lůžku a přemístování z lůžka na židli. Až po zvládnutí přesunu z lůžka se pacient učí chůze s berlemi. Fáze plánování má dvě části. Stanovení priorit edukace, které sestra seřadí dle důležitosti a určení edukačního cíle. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004; Křivohlavý, 2002; Kuberová, 2010)

Mezi faktory ovlivňující realizaci edukačního procesu patří zkušenost, věk, pohlaví, úroveň soběstačnosti, poruchy smyslového vnímání, zdravotní stav, motivace, návyky, postoj k nemoci, vzdělání pacienta a edukační prostředí. Při edukaci v ošetřovatelství mohou vznikat bariéry jak ze strany exulanta, tak zdravotníka. Bariéry ze strany edukanta mohou být charakter onemocnění nemocného (Alzheimerova choroba či porucha vědomí), dále změny psychiky, jazyková bariéra či odlišné kulturní znaky. Mezi bariéry ze strany zdravotníka patří únava, nedostatek času, nedostatečné edukační vědomosti a dovednosti (Juřeníková, 2010)

1.4.3 Metody edukace

V ošetřovatelství využíváme hned několik metod edukace. Jedná se zejména o metodu pozorování, experiment a rozhovor. Předpokladem edukace je změna. Můžeme dosáhnout změny v chování či změny v sociální oblasti. Každý pacient v každém zařízení a typu péče má právo na edukaci. Je důležité edukovat nejen pacienta, ale i jeho blízké a příbuzné proto, aby se zabránilo zbytečným komplikacím a konfliktům. (Juřeníková, 2010)

"Edukační metodu tedy můžeme chápat jako cílevědomé a promyšlené působení edukátora, který aktivizuje edukanta v jeho učení tak, aby byly efektivně naplněny cíle učení." (Kálal, 2000 s. 37)

Každý pacient hospitalizovaný v nemocnici má právo na edukaci. Při volbě edukační metody u pacienta po amputaci dolní končetiny je nutné přihlídnout k osobnosti edukanta a k jeho vědomostem a zkušenostem. V neposlední řadě je také nutné zhodnotit jeho zdravotní a psychický stav a prostředí, kde edukace probíhá. Metody edukace lze rozdělit na teoretické, praktické a teoreticko-praktické. Mezi teoretické patří přednáška, přednáška s diskuzí, cvičení a seminář. K teoreticko-praktickým metodám řadíme diskusní metody, problémové metody, programovou výuku, projektové metody a diagnostické a klasifikační metody. Mezi praktické metody edukace patří instruktáž, asistování, demonstrace, stáž a exkurze. (Juřeníková, 2010; Skalková, 2007)

Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny by měla probíhat v krátkých intervalech. Všechny pokyny týkající se edukace nemocného je nutno doplnit vysvětlením, demonstracemi či videozáznamy. U pacientů po amputaci dolní končetiny lze využít několik metod edukace. Sestra nejčastěji využívá metodu instruktáž a rozhovor. Pomocí instruktáže sestra nejprve nemocnému slovně vysvětlí, jak správně bandážovat a ošetřovat pahýl a jaké pomůcky bude pacient k výkonu potřebovat. Poté sestra nemocnému předvede prakticky daný postup bandážování. Až posléze se učí bandážovat pahýl na modelu, který sestra na edukaci přinese. Zvládne-li pacient bandážovat na modelu, může přistoupit k bandážování pahýlu na sobě samém. (Kálal, 2000)

Tuto formu edukace je vhodné proložit také psanou formou, kdy sestra zhotoví vhodný a srozumitelný materiál obsahující obrázky, na kterém jsou důležité informace a postup bandážování přesně vyobrazený. Po skončení edukace požádá sestra pacienta o zopakování informací a tím se ubezpečí, že nemocný dané pokyny pochopil. Další způsob jak zjistit, že pacient danou problematiku chápe, je položit pacientovi několik otázek, na které by měl umět bez zaváhání odpovědět. V případě, že edukátor zjistí, že nemocný něčemu neporozuměl, je úkolem sestry daný výklad pacientovi vysvětlit,

popřípadě zopakovat. Magurová a Majerníková uvádí monologické a dialogické metody edukace. Mezi monologické metody edukace řadí výklad, vysvětlování a přednášku. Jako dialogické metody edukace uvádí rozhovor či diskuzi. (Juřeníková, 2010; Křivohlavý, 2002; Magurová, Majerníková, 2012)

Vysvětlování je metoda, při které sestra pacientovi vysvětluje kdy, kde, jak a proč bude edukace probíhat. Sestra vše vysvětluje jasně, zřetelně, klidným hlasem a pomalu. Během výkladu se pacienta ptá, zda vše správně pochopil a ten má možnost vstoupit sestře do výkladu a zeptat se jí na otázky týkající se dané problematiky. (Skalková, 2007)

Rozhovor patří mezi základní a nejčastěji používanou metodu v edukaci. Sestra má možnost během rozhovoru získat od pacienta důležité informace, které mohou přispět k lepší edukaci nemocného. Naopak i pacient může využít rozhovoru s edukátorem (sestrou) k získání nových informací týkajících se edukce. Otázky, které edukátor klade pacientovi, by měly být stručné a postupovat v logické posloupnosti. Při kladení otázek je velice důležité, aby měl nemocný dostatek času na promyšlení správných odpovědí. Zodpověli-li na otázku správně, měla by ho sestra pochválit. V případě nesprávné odpovědi je ve snaze edukátora vést klienta, aby na správnou odpověď nebo řešení přišel sám. (Juřeníková, 2010)

Metodu *přesvědčování* sestra využije v případě, bylo-li vysvětlování neúspěšné. Nemocnému jsou podávány informace tak, aby byl sám přesvědčen o jejich správnosti. Sestra mluví klidným hlasem, srozumitelně, ale důrazně. Nikdy na pacienta nezvyšuje hlas. (Salková, 2007)

Demonstrace, neboli předvádění, je jedna z nejčastěji používaných metod vyučování. Při této metodě se používají příklady a obrázky. Především první předvádění musí být pomalé, srozumitelné a správné. Sestra se vždy přesvědčí, zda pacient demonstrativnímu výkladu porozuměl, a poté klienta poprosí, aby daný výkon sám předvedl. (Kuberová, 2010)

Přednáška v edukaci má tři části, mezi které patří úvod, vlastní výklad a závěr. Úvod seznamuje edukanty s danou problematikou. Vlastní výklad přináší vědecky podložená fakta, vysvětlení pojmů a závěr obsahuje shrnutí celé přednášky. Přednáška

využívá techniky dataprojektoru s počítačem. Posluchači, kteří se účastní přednášky, mají možnost psát si poznámky. Přednáška má výhodu v možnosti edukovat větší skupinu posluchačů. K nevýhodám edukace pomocí přednášky je malá aktivita edukantů a nemožnosti zpětné vazby. (Skalková, 2007)

Diskuze patří k často využívaným metodám edukace. Diskuzi lze zařadit mezi metodu teoreticko-praktickou. Slouží k ověření a upevnění znalostí edukanta. Téma diskuze by edukant měl vědět v dostatečném předstihu, aby se mohl na danou diskuzi dostatečně připravit. Diskuzi řídí po celou dobu edukátor, který má za úkol udržet téma diskuze. Na konci každé diskuze probíhá shrnutí, do kterého by se měli zapojit všichni zúčastnění. Výhodou diskuse je vzájemná výměna zkušeností. (Juřeníková, 2010; Müller, 1993)

Instruktaž a praktická cvičení se provádí pomocí mluveného slova, výjimečně pomocí písemného sdělení. Nejprve je nutné vysvětlit pacientovi, co chce sestra dělat. První instruktaž by měla být pomalá za pomoci slovního doprovodu. Další ukázka již může probíhat v takovém tempu, jakého by měl pacient sám dosáhnout. Poté sestra předvede celý postup po určitých krocích za pomoci slovní instruktaže. Po předvedení postupu v určitých krocích navazuje praktické cvičení sestry, ve kterém se pacient učí prakticky daný postup. Edukovat pomocí instruktaže lze individuálně nebo ve dvojicích. V prvním nácviku edukace se klade velký důraz na trpělivost pacienta i sestry, jelikož se pacient může dopouštět chyb. Proto je také kladen důraz na dodržování pravidelných přestávek, aby byl pacient odpočatý a lépe se edukoval. Při rozhovoru získává sestra důležité informace od nemocného. Zjišťuje, zda má pacient dostatečné vědomosti, jak správně ošetřovat a bandážovat pahýl. (Juřeníková, 2010; Skalková, 2007)

Edukační metody mají několik základních funkcí, motivují pacienta, slouží jako názorná pomůcka a propojují teorii s praxí. Mezi učební pomůcky, které pomáhají k lepší edukaci, patří textové učební pomůcky, jako je například leták, brožura či časopis. Mezi vizuální učební pomůcky patří fólie pro zpětný projektor, zdravotnický materiál, jako je například stomický sáček nebo inzulinové pero. Auditivní pomůcky zahrnují pořady a filmy týkající se daného tématu. Mezi edukační pomůcky patří také počítačové edukační programy a v neposlední řadě internet. (Juřeníková, 2010)

1.4.4 Dokumentace v edukačním procesu

Vést dokumentaci je povinností každé nemocnice. Dokumentace je základem ošetrovatelského procesu a má informační, odbornou a právní funkci. Každá ošetrovatelská dokumentace by měla být srozumitelná, úplná, snadno dostupná, stručná, čitelná. Záznam do dokumentace slouží jako dokument o konkrétním postupu a výsledcích postupů i o celkovém stavu pacienta a slouží jako zdroj informací o potřebách nemocného, cílech ošetrovatelské péče a jejich výsledcích. (Janáčková, 2008; Krivohlavý, 2002; Venglářová, 2006)

Součástí vedení zdravotnické dokumentace je v řadách nemocnic i edukační záznam, který je součástí zdravotnické či ošetrovatelské dokumentace, po celou dobu hospitalizace nemocného. Každý edukační záznam musí obsahovat informace o schopnostech pacienta se učit, překážkách v učení a cíle, kterých se má pomocí edukace dosáhnout. Dále je nutné zapsat hodnocení, jak se pacient učí, jaká je zpětná vazba, a je-li zapotřebí zpětné demonstrace či slovního vyjádření k dané problematice. Před propuštěním nemocného do domácí péče se do dokumentace uvede, zda-li byl pacientovi poskytnut tištěný materiál nebo jiné pomůcky, které jsou určené k edukaci pacienta. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004; Šulistová, Trešlová, 2012; Staňková, Nichols, Wilson, 2006)

Při plánování edukace zaznamenáme do dokumentace schopnost účasti pacienta přímo na vykonávání určitých činností. Při plánování péče je důležité nezapomenout uvést do dokumentace, kdo se na plánování edukace a její realizaci podílí. Při záznamu realizace je možno měnit plán ošetrovatelské péče. K propuštění by měl pacient získat dostatek informací a zkušeností k používání kompenzačních pomůcek do domácího ošetřování. (Kálal, 2000; Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Mohou ale také nastat situace, kdy pacient celou navrhovanou léčbu odmítá, včetně poskytnutí edukace. V tom případě by sestra měla zjistit, jaký má nemocný důvod léčbu odmítat. Zda se jedná o rezignaci na svůj zdravotní stav či neochotu učit se novým věcem. Nemocný může mít také strach z nezvládnutí dané činnosti. V případě neochoty pacienta je nutné zapojit do edukace také rodinu nemocného. V takové situaci do dokumentace zapíšeme záznam o odmítnutí pacienta být edukován. Sestra se pokusí

zjistit důvod odmítnutí a zapíše přesné znění do dokumentace a uvede jméno člena rodiny pacienta, který byl poučen namísto pacienta. V neposlední řadě zapíšeme jméno lékaře, který byl informován o odmítnutí edukace pacienta. (Hartl, 2007)

Vedení dokumentace obsahuje datum edukace, místo edukace, vyučující (sestra), předmět edukace, použití učebních pomůcek, výchovně cíl edukace, úroveň znalostí edukanta, použité metody, obsah edukace, bariéry edukace, struktura a průběh hodiny edukace, podpis edukátorky a podpis edukanta. (Juřeníková, 2010; Kuberová, 2010)

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Zjistit metody edukace pacientů při nácviku sebepéče.

2.2 Výzkumný problém

Jaké edukační metody sestry využívají u pacientů při nácviku sebepéče?

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Metodika a technika šetření

Pro toto výzkumné šetření byla použita technika kvalitativního sběru dat. Kvalitativní šetření bylo realizováno formou polostandardizovaných rozhovorů. Výzkum probíhal v Nemocnici České Budějovice, a.s. na vybraných pracovištích prostřednictvím metody dotazování. O povolení výzkumného šetření byla písemně požádána hlavní sestra Nemocnice České Budějovice, a.s. Hlavní sestra Nemocnice České Budějovice, a.s. s daným výzkumem souhlasila.

Šetření probíhalo na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. O povolení souhlasu na těchto odděleních byly ústně požádány vrchní, a posléze i staniční sestry daného oddělení. Účast sester na výzkumu byla dobrovolná, oslovené sestry byly seznámeny s daným tématem i problematikou výzkumného šetření. Před začátkem každého rozhovoru byly sestry informovány o anonymitě výzkumu. Zároveň byly sestry informovány, že získané poznatky tohoto výzkumného šetření budou využity pouze pro zpracování této bakalářské práce. Sestrám bylo položeno 12 otázek. Rozhovory probíhaly na sesterně za přítomnosti ostatních sloužících sester. Rozhovory byly po domluvě s respondentkami nahrány na diktafon a následně přepsány do podoby textu, tzv. transkripce. Analýza získaných dat byla tedy zpracována metodou kódování. Přepsané rozhovory byly za pomoci papíru a tužky zpracovány do jednotlivých kategorií a podkategorií.

Po úspěšné kategorizaci dat byla vytvořena schémata. U jednotlivých dotazovaných sester byla zjišťována v malém rozsahu i objektivní data, jako je věk, dosažené vzdělání, doba praxe na oddělení, kde sestry pracují. Rozhovory byly zaměřeny na edukaci pacienta k sebekéči po amputaci dolní končetiny. Sběr dat probíhal v období od 4. února do 11. března 2013. (Švaříček, Šed'ová a kol., 2007)

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

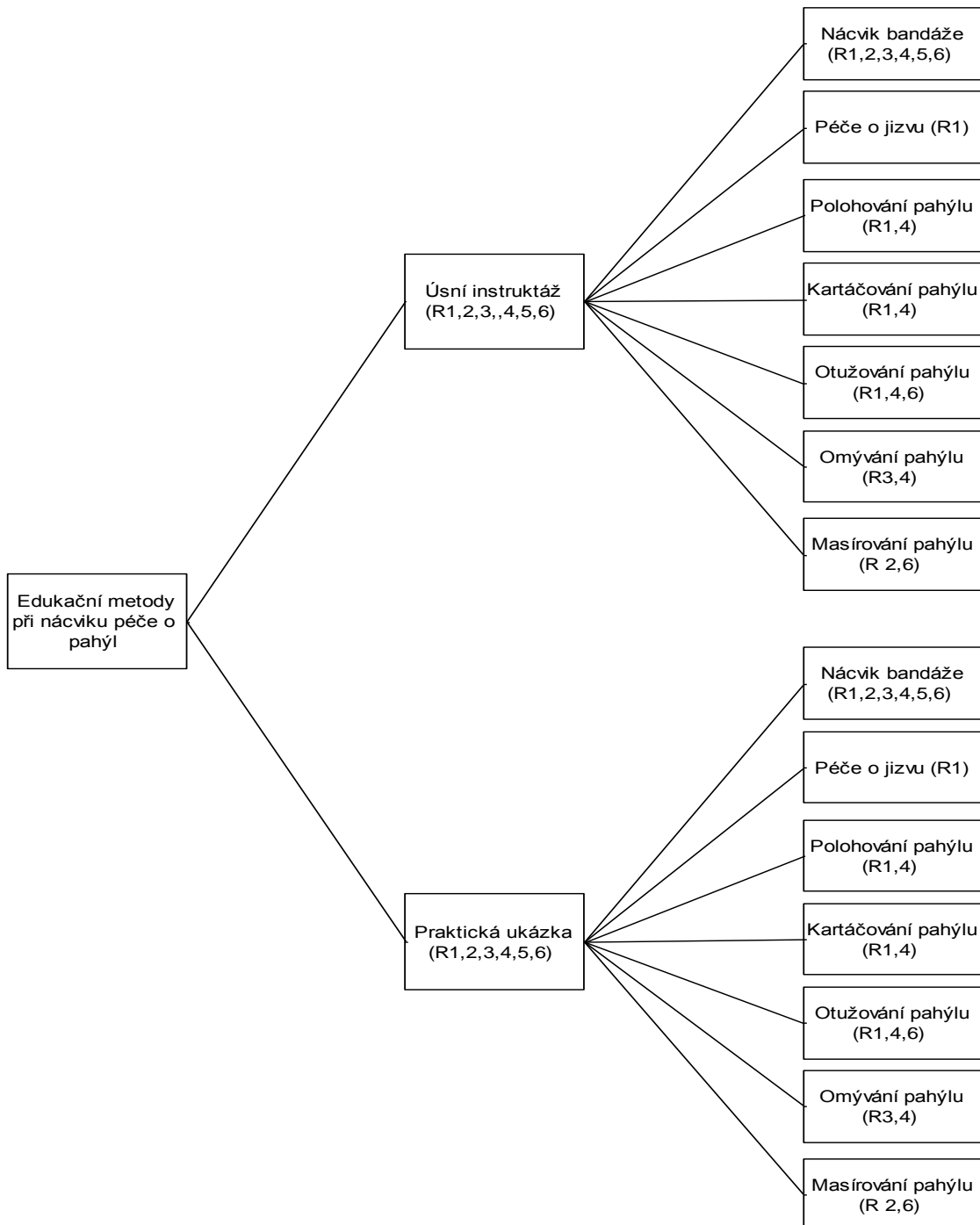
Výzkumný soubor byl tvořen respondenty - všeobecnými sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a.s. se sestrami různého věku a dosaženého vzdělání. Jednalo se celkem o šest dotazovaných sester. Z toho výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující na chirurgickém oddělení českobudějovické nemocnice a tři sestry pracující na oddělení následné péče téže nemocnice. Před zahájením rozhovorů byla oslovena hlavní sestra, která s výzkumem souhlasila. Následovala spolupráce s vrchními a staničními sestrami daného oddělení. Bylo uskutečněno šest polostandardizovaných rozhovorů, po kterých došlo k saturaci dat výzkumného šetření.

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek

RESPONDENTI	VĚK	DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ	ODDĚLENÍ	DĚLKA PRAXE NA ODDĚLENÍ
R1	25 let	středoškolské	Oddělení následné péče	2 roky
R2	38 let	vyšší odborné	Chirurgické oddělení	8 let
R3	32 let	středoškolské	Oddělení následné péče	5 let
R4	29 let	vysokoškolské	Chirurgické oddělení	6 let
R5	47 let	středoškolské	Oddělení následné péče	18 let
R6	41 let	středoškolské	Chirurgické oddělení	9 let

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

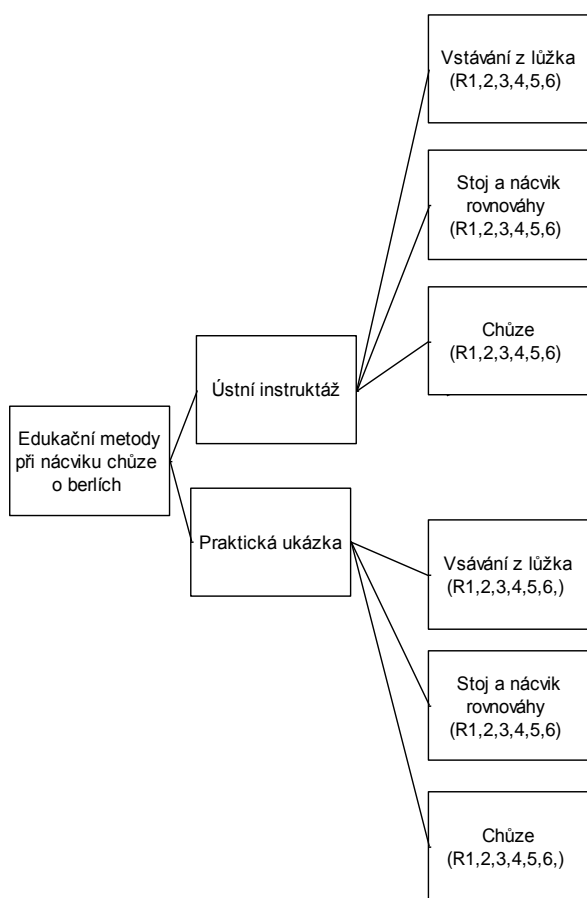
Schéma 1 Edukační metody při nácviku péče o pahýl



Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že všechny dotazované sestry provádí edukaci pacientů na chirurgickém oddělení i na oddělení následné péče. *"Pacientovi po amputaci dolní končetiny nejprve názorně předvádíme, jak s berlemi vstávat z lůžka, aby si nepřivodil úraz. Když pacient zvládá vstávání z lůžka, učíme jej dle ústní instruktáže a názorné ukázky chůze po rovině na krátké vzdálenosti s oporou druhé osoby. Až poté se učí chůzi o berlích bez opory druhé osoby, ale vždy s dohledem sestry."* (R5) Ve většině případů se zapojují do nácviků chůze i rehabilitační pracovníce. *"Na našem oddělení provádí edukaci chůze u pacientů po amputaci dolní končetiny především rehabilitační pracovníci. Ostatní zdravotnický personál se do edukace chůze pacienta po amputaci dolní končetiny zapojuje také, ale v menším rozsahu, než právě zmíněné rehabilitační sestry. Snažíme se především pacienty edukovat v rámci stoje a udržení rovnováhy a krátké chůze s oporou druhé osoby. Kdy pacientovi pomalu vše vysvětlíme a ukážeme a on poté sám chůzi nacvičuje."* (R1) I v případě odpovědi dotazovaných sester (R2, R3) se na edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny při nácviku chůze o berlích zapojují i rehabilitační pracovníci. Jako edukační metodu při edukaci pacienta při nácviku chůze uvedly sestry především slovní instruktáž a názornou ukázkou. *"Chůzi o berlích s pacienty po amputaci dolní končetiny nacvičují především rehabilitační pracovníci. My jako sestry se snažíme s pacienty nacvičovat mobilitu v době, kdy s pacienty necvičí rehabilitační pracovníci. Především pacienty edukujeme metodou instruktáže, kdy sestra názorně předvádí, jak správně nacvičovat stoj, a poté následuje praktická ukázka chůze o berlích."* (R4) Stejně metody edukace využívá při nácviku chůze o berlích u pacientů po amputaci dolní končetiny i sestra (R6).

Schéma 2 Edukační metody při nácviku chůze o berlích



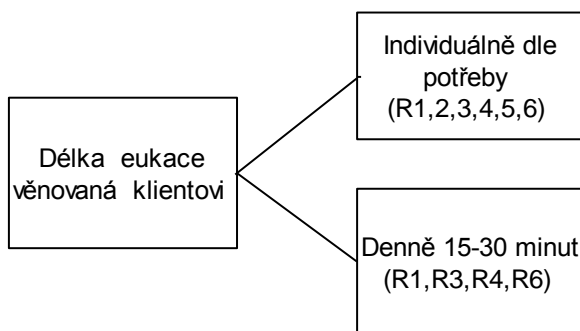
Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že všechny respondenti uvedli jako edukační metodu při nácviku péče o pahýl slovní instruktáž a názornou ukázkou. *"Pacientovi se názorně snažíme ukázat, jak provádět vhodnou bandáž pahýlu, jak pečovat o jizvu a v neposlední řadě ho učíme polohování, kartáčování a otužování pahýlu, aby následné přiložení protézy bylo pro pacienta co nejsnadnější. Způsob edukace péče o pahýl probíhá na našem oddělení pomocí názorné ukázky a posléze i samotného nácviku, kdy pacient všechny úkony pečlivě nacvičuje."* (R1) I ostatní dotazované respondentky uvádí jako metodu edukace péče o pahýl slovní instruktáž a posléze názornou ukázkou. *"Nejprve pacienta učíme jak správně pahýl omývat, a posléze ho učíme správnou techniku bandážování pahýlu, kterou mu nejprve ukážeme, a poté se pacient učí pod*

dohledem sestry sám bandážovat pahýl. Když sestra vidí, že pacient techniku obvazování pahýlu zvládá, může si bandáž provádět sám bez dohledu sestry." (R3)

Názornou ukázkou a slovní instrukcí využívají při edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny i ostatní z dotazovaných sester (R4, R5, R6)

Schéma 3 - Délka edukace věnovaná klientovi



Zdroj: vlastní výzkum

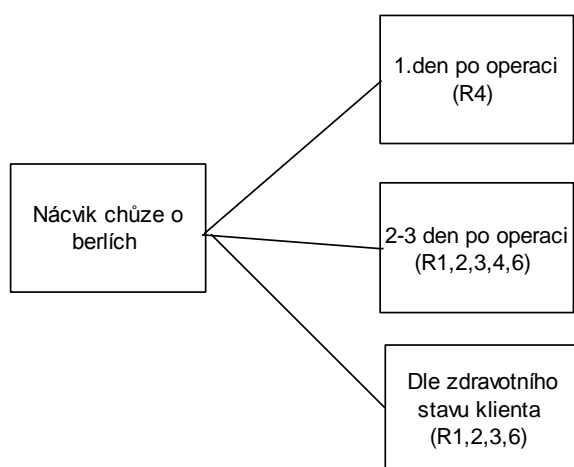
Sestry uvedly, že edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny se snaží provádět každý den. *"Edukaci u pacientů po amputaci dolní končetiny provádíme na našem oddělení každý den. Časové rozmezí edukace pacientů je individuální. Záleží na zdravotním stavu pacienta a na jeho ochotě spolupracovat s edukující sestrou. Převážná část edukace nácviku péče o pahýl probíhá při převazu pacientova pahýlu. Kdy má možnost zeptat se na dotazy, které mu nejsou úplně jasné. Nácvik chůze s pacienty po amputaci dolní končetiny probíhá také každý den v odpoledních hodinách, přibližně půl hodiny."* (R1) Jedna dotazovaná sestra uvedla, že edukaci v rámci péče o pahýl pacienty edukuje každý den vždy při převazu. *"Pacienta edukujeme každý den při převazu pahýlu. Časové rozmezí edukace je individuální. Záleží, jak pacient s edukující sestrou spolupracuje a jestli má časté dotazy v oblasti edukace, či vše snadno chápe a nepotřebuje již další názornou instruktáž a vysvětlení. Spolupracuje-li nemocný se sestrou dobře, průměrně trvá edukace pacienta po amputaci dolní končetiny 15 až 20 minut."* (R3) Některé z dotazovaných sester uvedly, že časově je edukace pacientů po amputaci dolní končetiny velice individuální. *"Časové rozmezí edukace většiny pacientů po amputaci dolní končetiny na našem oddělení je velice individuální. Někteří pacienti pochopí po krátké době instrukce edukující sestry, které jsou po něm vyžadovány. Nebo naopak pacient celkově nespolupracuje. V tomto případě je do edukace zapojena rodina pacienta a edukace je časově náročnější. V opačném případě, kdy pacient se sestrou*

spolupracuje, je edukace snazší, a tím i časově méně náročná." (R2) Mezi další faktory, které rozhodují o časovém rozmezí edukace pacienta, byl jeho věk, ochota učit se novým věcem a snaha spolupracovat s edukující sestrou. "Časové rozmezí edukace velice záleží na věku pacienta, ochotě učit se novým věcem a schopnost umět spolupracovat při edukaci s edukující sestrou. Někteří pacienti totiž rezignují na svůj zdravotní stav. Jedná se většinou o velmi mladé pacienty, kteří ztratili smysl života nebo naopak seniory, kteří už nemají sílu ani chuť učit se pečovat o pahýl či chůzi s protézou. V těchto případech je následná edukace velice obtížná." (R4) Jedna sestra uvedla, že edukace pacientů po amputaci dolní končetiny je individuální, většinou ale edukace nácviku péče o pahýl i nácvik chůze probíhá každý den. "Čas pro edukaci věnovaný pacientům po amputaci dolní končetiny je individuální. Nemocnému věnujeme každý den přibližně půl hodiny pro nácvik péče o pahýl a edukaci chůze. Nácvik správné bandáže provádíme při každém převazu bandáže, tedy až třikrát denně. Další metody jako otužování, masírování a polohování se pacient učí také každý den. S nácvikem chůze je to podobné." (R5) Poslední dotazovaná sestra uvedla, že délka edukace pacienta po amputaci dolní končetiny záleží na spolupráci sestry a pacienta a jeho celkovém zdravotním stavu. "Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny je rozsáhlá. Pacienta edukujeme v oblasti péče o pahýl, která zahrnuje polohování pahýlu, správnou techniku obvazování, masírování a otužování pahýlu. V oblasti nácviku aktivizace nemocného je edukace také časově náročná. Velice záleží na spolupráci pacienta a jeho celkovém zdravotním stavu." (R6)

Schéma 4 - Místo, kde probíhá nácvik chůze

Dle získaných informací vyplývá, že všechny dotazované respondentky uvedly, že edukace chůze pacienta po amputaci dolní končetiny probíhá v prostorách daného oddělení. *"Nácvik chůze pacienta po amputaci dolní končetiny probíhá v prostorách oddělení. S pacienty nacvičuje chůzi v dopoledních hodinách rehabilitační pracovnice zpočátku na pokoji pacienta, poté když kdy je nemocný schopen delší chůze, přesouvá se nácvik chůze na chodby oddělení. V odpoledních hodinách jsou to sestry, které pacienty edukují."* (R5). Některé sestry uvedly, že nácvik chůze pacientů po amputaci dolní končetiny provádějí vždy dle zdravotního stavu pacienta. *"Edukace chůze u pacientů po amputaci dolní končetiny probíhá dle aktuálního zdravotního stavu nemocného. Cítí-li se pacient slabý a není-li mu celkově dobře, probíhá edukace na lůžku či vedle lůžka na pokoji pacienta. Je-li pacient schopen delší chůze a umožňuje-li mu to jeho zdravotní stav, probíhá edukace chůze na chodbě našeho oddělení."* (R2) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že nácvik chůze pacienta po amputaci dolní končetiny začíná u lůžka pacienta, kdy se nemocný učí udržovat rovnováhu a nácvik opory o berlích. *"Jelikož má pacient zhoršenou pohyblivost, provádí se edukace chůze zpočátku na pokoji pacienta. Poté se učí stoj a nácvik opory o berlích. Teprve po zvládnutí těchto úkonů probíhá edukace chůze pacienta, a to především na chodbě našeho oddělení."* (R3)

Schéma 5 - Nácvik chůze o berlích

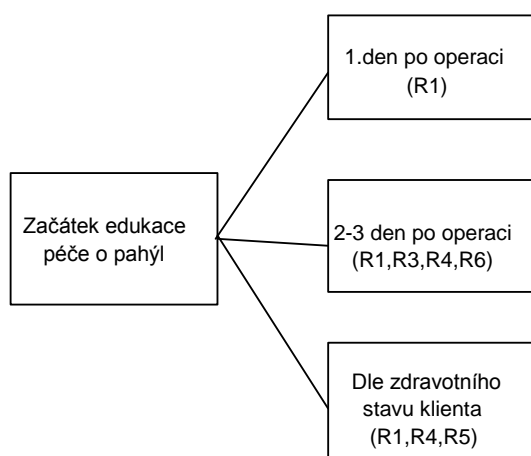


Zdoj: vlastní výzkum

Na otázku, kolikátý den po operaci začíná pacient po amputaci dolní končetiny s nácvikem chůze o berlích, převážná většina sester odpověděla, že se pacienta snaží mobilizovat co nejdříve po operaci. *"Je-li pacient po operaci bez komplikací, snažíme se, aby se na berle postavil co nejdříve po operaci, nejlépe hned první den po operaci. Začínáme s nácvikem stoje u lůžka, kdy se nemocný učí udržet rovnováhu, aby posléze mohl začít s nácvikem chůze o berlích. Nejprve s oporou druhé osoby a posléze sám."* (R4) Má-li pacient po operaci komplikace, začíná se s nácvikem chůze dle ordinace lékaře. *"V případě, že má pacient po operaci komplikace, pahýl se hůře hojí a lékař klientovi nedoporučí ještě chůzi, začíná se s nácvikem o několik dní později, kdy to jeho zdravotní stav dovolí."* (R1) I v případě, že pacient po amputaci dolní končetiny není schopen chůze, začíná s mobilizací u lůžka. *"Ale již první den po operaci cvičí na lůžku a posléze i vedle lůžka. Tam se učí nácvik rovnováhy, která je pro pacienty s amputací dolní končetiny velice důležitá a zároveň velice obtížná."* (R5) 2. až 3. den začínají s edukací pacienta s nácvikem chůze o berlích i další dotazované sestry. Uvádí i efektivitu včasného nácviku chůze. *"S nácvikem chůze o berlích se u pacientů po amputaci dolní končetiny začíná individuálně, dle zdravotního stavu pacienta. S nácvikem chůze by se ale nemělo začínat moc pozdě. Ideálně tak druhý den po operaci. Čím dříve začne nemocný s nácvikem chůze, tím dříve se může navrátit domů"*

a zapojit se do běžného života." (R2) Podobné odpovědi měly i zbylé dvě dotazované sestry. (R3, R6)

Schéma 6 Začátek edukace péče o pahýl



Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že s edukací pacientů po amputaci dolní končetiny v rámci edukace péče o pahýl začínají sestry převážně druhý až třetí den po operaci. *"S nácvikem péče o pahýl se u pacientů po amputaci dolní končetiny začíná individuálně. Záleží na zdravotním a psychickém stavu pacienta. Většinou se ale snažíme zapojovat do ošetřování pahýlu co nejdříve. Nejlépe hned druhý až třetí den po operaci. Nemocného s daným postupem seznámíme, a poté mu vše pomalu ukážeme. Snažíme se ho do edukace zapojit v každém případě, někdy se může zpočátku jednat třeba jen o motání elastického obinadla. Až když je zcela připraven, může přistoupit k samotnému bandážování pahýlu."* (R4) Většina dotazovaných sester začíná s nácvikem péče o pahýl u pacientů po amputaci dolní končetiny individuálně. *"S nácvikem péče o pahýl se u pacientů po amputaci dolní končetiny začíná individuálně. Velice záleží na zdravotním a psychickému stavu pacienta. Někteří nemocní mají snahu i vůli naučit se pečovat o pahýl. Na druhou stranu, někteří se naopak nechtějí s danou situací smířit. V tom případě se sestrou nespolupracují, a edukace je tudíž o to náročnější."* (R1) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že s edukací péče o pahýl začíná až po zhojení pahýlu. *"S nácvikem péče o pahýl začíná pacient po úplném zhojení pahýlu a to tím, že se učí správnou techniku bandážování pahýlu. Během nácviku bandážování pahýlu se pacient učí i o pahýl pečovat, aby*

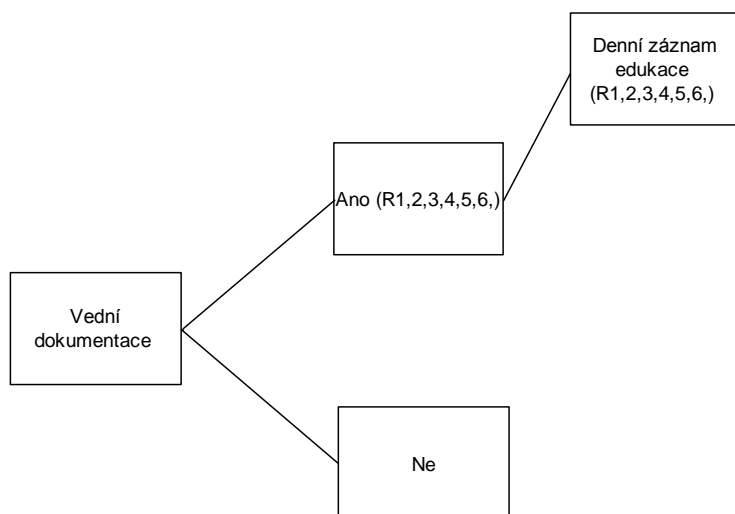
zhojení pahýlu trvalo co nejkratší dobu. Ještě než se pacientovi pahýl dokonale zhojí, učí se první den po operaci omývat a promazávat pahýl nedráždivým krémem." (R2)

V některých případech začíná sestra s edukací pacienta po operaci v rámci péče o pahýl již při prvním ošetření pahýlu sestrou. "S nácvikem péče o pahýl začínáme s pacienty nacvičovat již při prvním ošetření pahýlu sestrou. Nechce-li nemocný hned na poprvé zapojit aktivně do nácviku péče o pahýl, nenutíme jej a pouze mu ústně a názorně předvedeme ošetřování a bandáž pahýlu. Až posléze, když pacient sám chce aktivně do edukace o ošetřování pahýlu zapojit." (R5)

S edukací začínají sestry po zhojení pahýlu a odstranění drénu. "S edukací péče o pahýl začíná pacient ihned, jak jen to jeho zdravotní stav dovolí. Tedy po odstranění drénu a zhojení jizvy přibližně kolem druhého až třetího dne po operaci. Sestra provádí edukační nácvik a pacient se posléze učí sám ošetřovat pahýl. Převážně se jedná o hygienu pahýlu a správnou techniku bandážování pahýlu." (R3)

Nácvik péče o pahýl druhý až třetí den uvedla i poslední dotazovaná sestra."(R6)

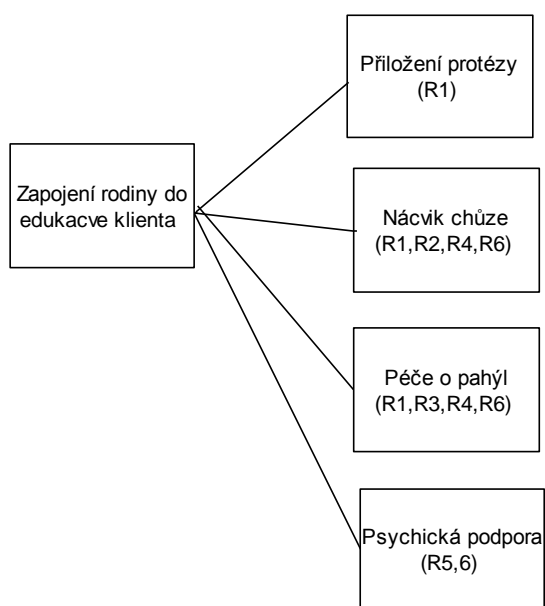
Schéma 7 Vedení dokumentace



Zdroj: vlastní výzkum

Z uvedeného schématu je patrné, že sestry využívají jako dokumentaci záznam o podání informace/edukaci. *"Jako dokumentaci o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny používáme denně edukační záznam. Tento záznam nám slouží i jako kontrola, co už klient umí a v čem je ještě potřeba, aby se pacient v rámci edukace zdokonalil."* (R3) Jako dokumentaci o edukaci pacienta využívají i ostatní dotazované sestry denní záznam edukace. (R1, R2, R4, R5, R6)

Schéma 8 Zapojení rodiny do edukace pacienta

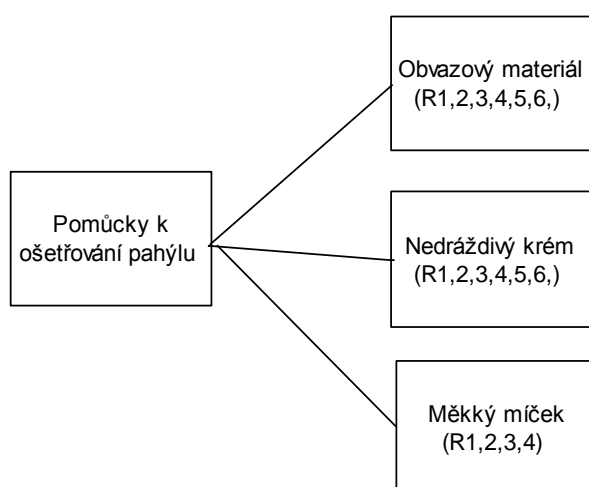


Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že sestry se snaží zapojovat rodinu nemocného i v případě, kdy je pacient nesoběstačný. *"Je-li pacient nesoběstačný edukujeme i jeho rodinu. V tomto případě klademe důraz na to, aby se rodina pacienta naučila pečovat o amputovaný pahýl a uměla provádět správnou bandáž pahýlu. Nemá-li však rodina možnost postarat se o nemocného doporučíme rodině, aby si pro pacienta zajistila v dostatečném předstihu, než bude propuštěn do domácího ošetřování, agenturu domácí péče. I v tomto ohledu je pro nás spolupráce rodiny velice důležitá."* (R3) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že rodinu pacienta zapojují do edukace i v případě, že je pacient soběstačný. *"Rodinu pacienta zapojujeme do edukace po amputaci dolní končetiny i v případě, že nemocný s edukující sestrou spolupracuje. Rodina může s pacientem v době návštěv například nacvičovat chůzi o berlích."* (R2) Jedna z dotazovaných sester také uvedla, že rodinu pacienta sestra zapojuje z důvodu jeho psychické podpory. *"Amputace dolní končetiny je pro pacienta velice těžkou životní situací. Proto je velice důležitá psychická podpora, především ze strany rodiny pacienta. Dle mého názoru je proto velice důležité, aby se rodina aktivně zapojovala*

i do edukace pacienta. Pro nemocného je šance, že se s danou situací lépe vyrovná, když ví, že při něm jeho rodina stojí a podporuje ho." (R5) Jako důvod psychickou podporu zapojení rodiny do edukace pacienta uvedla i další z dotazovaných sester. (R6) Rodinu pacienta po amputaci dolní končetiny zapojují sestry do edukace i v případě, že je nemocný soběstačný a se sestrou spolupracuje. "Rodinu pacienta se snažíme zapojovat, pokud je to možné co nejvíce aktivně. Záleží, jak rodina pacienta chce spolupracovat při edukaci. Informace podané pacientovi od nás získává i rodina pacienta. Souhlasí-li s tím nemocný, může se rodina s pacientem učit jak ošetřovat pahýl a nacvičovat chůzi o berlích." (R4)

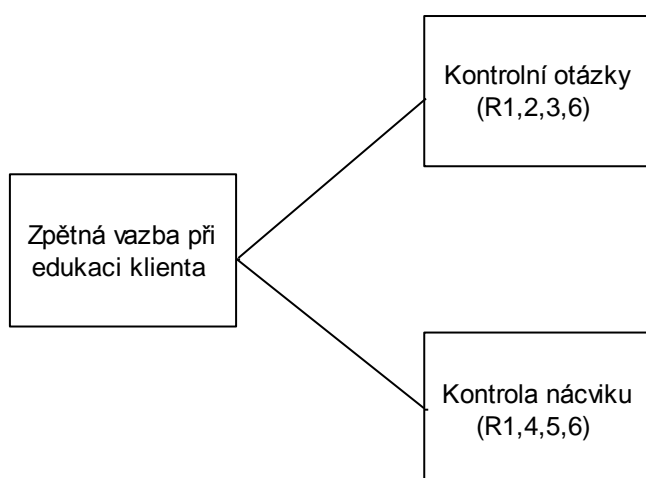
Schéma 9 Pomůcky k ošetřování pahýlu



Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že sestry využívají k bandážování pahýlu elastické obinadlo. *"K ošetřování pahýlu používáme několik pomůcek. Pomocí krátkotažného obinadla tvarujeme pahýl do patřičného kónického tvaru, aby posléze neměl pacient potíže při nandávání pahýlu do protézy."*(R4) Jako další edukační pomůcky k ošetřování pahýlu používají sestry měkký míček či nedráždivý krém. *"V rámci kompletní péče o pahýl se snažíme pacienta edukovat v oblasti kartáčování, masírování pahýlu. Využíváme i měkký míček a nedráždivý krém k masírování pahýlu."* (R1) Tyto edukační pomůcky uvedly i ostatní dotazované sestry. (R3, R5, R6). Ke kartáčování pahýlu sestry jako pomůcku uvedly měkký kartáček. *"K ošetřování pahýlu používáme nedráždivý krém či kartáček, který musí být měkký ke kartáčování pahýlu."* (R2)

Schéma 10 Zpětná vazba při edukaci pacienta

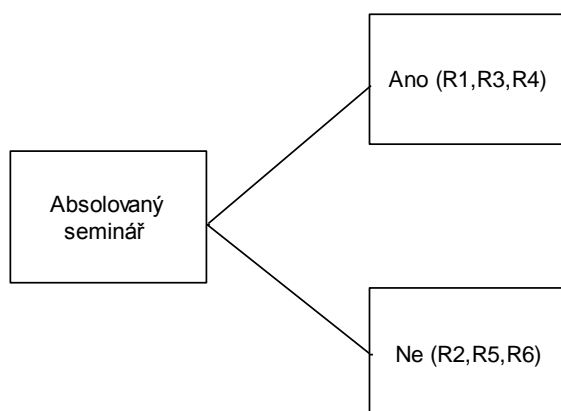


Zdroj: vlastní výzkum

Všechny dotazované respondentky se shodly na tom, že jako zpětnou vazbu sestry využívají kontrolu, jak pacient umí pečovat o pahýl. *"V oblasti péče o pahýl se pacienta po každé edukaci ptáme, jestli všemu porozuměl, nebo zdali má nějaké otázky týkající se dané edukace. Má-li nemocný nějaké dotazy týkající se edukace, na dané otázky mu odpovíme, a poté se opět zeptáme, zda-li už danou problematiku pochopil."* (R3) Konkrétně sestry zajímalo, jestli pacient umí provádět správnou techniku obvazování pahýlu a přikládat protézu. *"Zpětnou vazbu u pacientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme převážně kontrolou, jak nemocný umí pečovat o pahýl. Jestli umí provést správnou bandáž do kónického tvaru. Velice důležitá je i kontrola, zda umí správně přikládat protézu a následně nacvičovat chůzi o berlích s přiloženou protézou."* (R1) Jedna sestra uvedla, jako metodu zpětné vazby kladení otázek. *"V některých případech používáme i metodu kladení otázek týkající se dané edukace a pacient by na ně měl umět odpovědět. Pokud zjistíme, že něčemu neporozuměl, naším úkolem je mu to opět vysvětlit."* (R4) Stejnou metodu zpětné vazby, tedy kladení otázek, uvedla ještě jedna dotazovaná sestra (R2). Jedna dotazovaná sestra uvedla, že u pacienta pomocí kladení otázek zjišťuje provádění ostatních základních denních činností. *"Zpětnou vazbu u pacientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme, jestli správně provádí celkovou hygienu, a zda se umí sám obléknout či stravovat."* (R1) Pro

propuštění pacienta do domácího ošetřování je také důležité, zda má nemocný vhodné domácí podmínky. *"U pacientů po amputaci dolní končetiny se při propuštění do domácího ošetřování mimo jiné zajímáme, má-li vhodné domácí podmínky a zda je schopný se o sebe sám postarat. Nepotřebuje-li zajistit pomoc v začátcích po propuštění z nemocnice, nebo má někoho, kdo se o něho postará."* Jedna ze sester uvedla jako metodu zpětné vazby mimo jiné i praktickou ukázkou, kdy pacient sestře ukáže, jak daný výkon prakticky umí. *„Velice účelná je i praktická ukázka, kdy pacient sestře předvede daný úkon sám a sestra vidí, v jaké fázi je pacientovo učení a zda-li je potřeba jej ještě v dané činnosti něčemu doučit."* (R6)

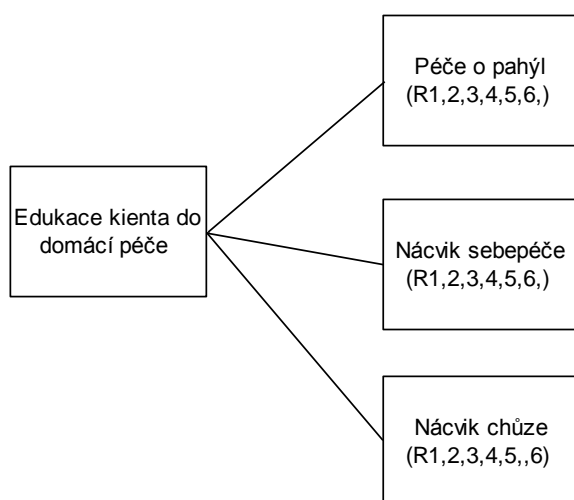
Schéma 11 Absolvovaný seminář



Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že polovina dotazovaných sester doposud seminář o edukaci pacienta neabsolvovala. *"Během mé praxe jsem absolvovala seminář o amputacích a hojení ran, ale seminář přímo o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny jsem dosud neabsolvovala. Pokud budu mít možnost se takového semináře zúčastnit, budu ráda."* (R6) To samé uvedla ještě jedna dotazovaná sestra. (R5) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny doposud neabsolvovala, ale během své praxe již absolvovala seminář, který byl zaměřen na péči o pacienty po amputaci dolní končetiny. *"Seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny jsem doposud neabsolvovala. Před 2 lety jsem absolvovala pouze seminář, který byl zaměřen obecně na péči o pacienty po amputaci dolní končetiny."* (R2) Mezi dotazovanými sestrami byly i sestry, které již seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny během své praxe absolvovaly. *"Seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny jsem absolvovala již před několika lety. Myslím, že mi byl přínosem do budoucí praxe. Jsem ráda, že jsem se ho zúčastnila."* (R4) Stejně odpověděly ještě dvě dotazované sestry. (R1, R3)

Schéma 12 Edukace pacienta do domácí péče



Zdroj: vlastní výzkum

Ze získaných informací vyplývá, že všechny dotazované respondentky edukují pacienty po amputaci dolní končetiny před propuštěním do domácí péče. *"Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování spočívá v celkovém shrnutí, jak následně pečovat o pahýl a instruktáž pro domácí ošetřování a chůzi o berlích. Zjistím-li, že pacient není zcela schopen se o sebe postarat a ani nemá nikoho blízkého, kdo by se o něho postaral, je nutné jej na dobu nezbytně nutnou přeložit na oddělení následné péče, kde s ním nácvik edukace sestry zcela zdokonalí."* (R4) Všechny dotazované respondentky uvedly, že kladou velký důraz, aby se o sebe pacient po propuštění do domácího ošetřování dokázal sám o sebe postarat a byl soběstačný. *"Než nemocného propouštíme do domácího ošetřování, vždy se přesvědčujeme, že se o sebe umí postarat, nebo má v blízkosti někoho, kdo se o něj doma postará. Pacient musí být soběstačný v základních denních činnostech, jako je hygiena, oblékání či stravování."* (R5) Schopnost soběstačnosti pacienta jako nutnost při propuštění do domácího ošetřování uvedla ještě jedna z dotazovaných sester. (R1) Mezi důležité faktory, které sestry uvedly pro propuštění nemocného do domácího ošetřování, byla schopnost samostatné chůze o berlích či jízda na invalidním vozíku. *"Při propuštění pacienta po amputaci dolní končetiny do domácího ošetřování klademe velký*

důraz na to, aby se o sebe uměl pacient sám postarat. Bandážování pahýlu by měl zvládnout sám nebo za pomoci člena rodiny. Při propuštění do domácího ošetřování by měl zvládnout v neposlední řadě i nácvik chůze o berlích a základní prvky sebepečce."

(R3) Jedna sestra uvedla, že pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování poučuje i o možnosti zapůjčení invalidního vozíku či jiných kompenzačních pomůcek. *"Pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování vždy musíme poučit o možnosti zapůjčení invalidního vozíku a jiných kompenzačních pomůcek. Informujeme je, kde si může kompenzační pomůcky zapůjčit a na jak dlouhou dobu."*

5 DISKUZE

Nemoc pro člověka představuje velice náročné životní období, kdy se člověk může dostat do situace, že se o sebe nedokáže sám postarat a potřebuje pomoc druhé osoby. Sestra by měla nemocnému pomoci, aby si své potřeby dokázal uspokojovat sám. Jak ve své knize uvádí Magurová, Majerníková (2012), tohoto sestra dosáhne pomocí vhodné edukace pacienta v oblasti vlastní sebezpěče. Při realizaci denních aktivit se sestra snaží udržovat či zvyšovat nezávislost jedince v oblasti hygieny, stravování, oblékání, úpravě zevnějšku či vykonávání ostatních denních činností, jak uvádí autorka Trachtová (2013).

Tato bakalářská práce se zaměřuje především na edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny. Jak uvádí autorka Marečková (2006) ve své knize, je ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny velice rozsáhlá. Pro sestru obnáší mimo jiné především péči o pahýl amputátu, nácvik chůze o berlích s dopomocí druhé osoby a posléze chůzi o berlích bez opory druhé osoby s přiloženou protézou a nácvik sebeobsluhy při běžných denních aktivitách, které nemocný vykonává. V rámci edukace péče o pahýl u pacientů po amputaci dolní končetiny dle Doenges, Moorhous (2008) představuje po pečlivém zhojení pahýlu a odstranění stehů Redonova drénu otužování pahýlu, bandážování pahýlu, kartáčování pahýlu, omývání pahýlu, omývání pahýlu a v neposlední řadě i jeho polohování.

Kákal (2010) popisuje edukaci u pacientů po amputaci dolní končetiny následovně. Poukazuje na využití několika metod edukace. Sestra nejčastěji využívá metodu instruktáže a rozhovoru. Pomocí instruktáže sestra nejprve nemocnému slovně vysvětlí, jak správně bandážovat a ošetřovat pahýl a jaké pomůcky bude k výkonu potřebovat. Poté sestra pacientovi předvede prakticky daný postup bandážování. Až posléze se nemocný učí bandážovat pahýl na modelu, který sestra na edukaci přinese. Zvládne-li pacient bandážovat na modelu, může přistoupit k bandážování pahýlu sám na sobě.

Ve výzkumném šetření ohledně nácviku péče pacienta o pahýl všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) odpověděly, že pacienta vzdělávají pomocí

ústní instruktáže a následně také pomocí praktických ukázek. "*Pacientovi se názorně snažíme ukázat, jak provádět vhodnou bandáž pahýlu, jak pečovat o jizvu a v neposlední řadě pacienty učíme polohování, kartáčování a otužování pahýlu, aby následně přiložení protézy bylo pro nemocného co nejsnadnější. Způsob edukace péče o pahýl probíhá na našem oddělení pomocí názorné ukázky a posléze i samotného nácviku, kdy pacient všechny úkony pečlivě nacvičuje.*" Stejně jako uvádí Skalková (2007) i dotazované sestry uvedly, že ústní instruktáž a praktickou ukázkou provádí pomocí mluveného slova, výjimečně pomocí písemného sdělení. V prvním nácviku edukace se klade velký důraz na trpělivost pacienta i sestry, jelikož se nemocný může dopouštět chyb. Proto je také kladen důraz na dodržování pravidelných přestávek, aby byl pacient odpočatý a lépe se edukoval, jak uvádějí autorky Juřeníková (2010) i Skalková (2007) ve svých publikacích.

Všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) v ústní instruktáži a následně v praktických ukázkách seznamují pacienty s nácvikem správně provedené bandáže. Správným bandážováním se pahýl formuje do kónického tvaru, který je nezbytný pro snadné přiložení protézy, jak uvádí i Doenges, Moorhouse (2008). Již několik dní po zákroku se u nemocného mohou vyskytnout kontraktury, které se velice těžko rozcvičují. Aby pacient kontrakturám zabránil, měl by dodržovat správné polohování pahýlu, o kterém by ho měla sestra pečlivě poučit. Jak uvádí Farkašová (2005), jedna ze zásad správného polohování, která slouží jako prevence vzniku kontraktur, je nepodkládat pahýl polštářem, příliš dlouho nesedět a neopírat pahýl o berle ve flexi a abdukci.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pouze jedna třetina (R1, R4) dotazovaných sester edukuje pacienta prakticky i teoreticky v oblasti správného polohování pahýlu (schéma 1). Polovina dotazovaných sester pacienty po amputaci dolní končetiny edukuje teoreticky a prakticky ho seznamuje i s otužováním pahýlu. Otužování pahýlu dle Doenges, Moorhouse (2008) spočívá v poklepu prsty, poklepu pěstí, tření a kartáčování pahýlu. Dle výzkumného šetření vyplývá, že jedna třetina (R1, R4, R6) dotazovaných sester pacienta teoreticky i prakticky seznamuje s polohováním pahýlu, kartáčováním pahýlu, omýváním a masírováním pahýlu. Pouze jedna z dotazovaných

sester pacienta teoreticky a prakticky seznamuje pacienty po amputaci dolní končetiny také s péčí o jizvu (schéma 1).

Dle Marečkové (2006) provádí pacient po amputaci dolní končetiny v časném období po operaci dechová a následně i kondiční cvičení. Především posiluje horní končetiny a zbývající klouby a svaly. Provádí nácvik sedu, stoje na jedné končetině, aby udržel rovnováhu. Když nemocný zvládne stoj na jedné končetině a udržení rovnováhy, poté začíná s nácvikem vstávání z lůžka a ze židle s pomocí berlí a následně s nácvikem krátké chůze o berlích. Jak uvádí Doenges, Moorhouse (2008) pacient by měl se sestrou nacvičovat i pád na zem s odhozením berlí stranou pro případ pádu při nácviku chůze s protézou.

Při nácviku chůze o berlích všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) pacienta edukují pomocí ústní instruktáže i praktických ukázek v oblasti vstání z lůžka, stoje a nácviku rovnováhy a chůze (schéma 2). Jedna z dotazovaných sester (1 ze 6) (R1) uvedla, že se začátkem edukace pacienta začíná hned den po operaci, a to jak s nácvikem péče o pahýl, tak i chůzí o berlích. Většina z dotazovaných sester, však začíná s edukací nemocného druhý až třetí den po operaci, ale závisí to především na zdravotním stavu pacienta (schéma 5, schéma 6). Jedna ze sester uvedla: "*Pacientovi po amputaci dolní končetiny nejprve názorně předvádíme, jak s berlemi vstávat z lůžka, aby si nemocný nepřivodil úraz. Když pacient zvládá vstávání z lůžka, učíme jej dle ústní instruktáže a názorné ukázky chůze po rovině na krátké vzdálenosti s oporou druhé osoby. Až poté se nemocný učí chůzi o berlích bez opory druhé osoby, ale vždy s dohledem sestry.*" (schéma 1)

Na základě výše zmíněných výsledků výzkumného šetření lze vyhodnotit, že pacienti po amputaci dolní končetiny jsou edukováni sestrami v oblasti sebepéče v praktické i teoretické rovině. Při edukaci je velice důležité zvolit správnou metodu edukace. Edukační metody mají několik základních funkcí: motivují pacienta, slouží jako názorná pomůcka a propojují teorii a praxi. Mezi učební pomůcky, které pomáhají k lepší edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny, patří například dočasná protéza, obvazový materiál či nedráždivý krém. Všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) jako edukační pomůcky při ošetřování pahýlu využívají obvazový materiál

a nedráždivý krém. Čtyři sestry z dotazovaných (R1, R2, R4, R6) využívají také měkký míček, který spolu s nedráždivým krémem používají k masírování pahýlu. Jak uvádějí, *„V rámci kompletní péče o pahýl se snažíme pacienta edukovat v oblasti kartáčování a masírování pahýlu, a k tomu využíváme také měkký míček a nedráždivý krém.“* (schéma 9)

Všechny respondentky (R1, R2, R3, R4, R5, R6) se shodly, že edukace chůze pacienta po amputaci dolní končetiny probíhá v prostorách oddělení. Zpočátku na pokoji nemocného a posléze na chodbách oddělení. Velice také záleží na zdravotním stavu pacienta, což potvrzuje i jedna ze sester, která uvádí, že *„Edukaci chůze u pacientů po amputaci dolní končetiny provádějí vždy dle aktuálního zdravotního stavu nemocného. Cítí-li se slabý a není-li mu celkově dobře, probíhá edukace na lůžku či vedle lůžka na pokoji pacienta. Je-li pacient schopen delší chůze a umožňuje-li mu to jeho zdravotní stav, probíhá edukace chůze na chodbě našeho oddělení.“* (schéma 5)

Sestra v roli edukátora plní roli koordinátorky, iniciátorky a organizátorky v edukačním procesu, a zároveň reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny, jak ve své publikaci uvádí Juřeníková (2010). Dále uvádí, že v rámci výuky sestra plní nejen kroky edukačního procesu, ale také reaguje na další potřeby pacienta a jeho rodiny. Předpokládá se, že sestra jako edukátorka bude mít potřebné vědomosti, dostatek empatie a ochoty pomoci, respektk osobnosti nemocného a konzultační dovednosti a komunikační schopnosti.

Již výše zmíněnou otázkou zůstává, zda je sestra na tuto roli dostatečně připravena. Polovina z dotazovaných sester (R2, R5, R6) uvedla, že dosud neabsolvovala žádný seminář, který byl zaměřen na edukaci pacienta po amputaci dolních končetin. Sestry uvedly, že se účastnily seminářů zaměřených na péči o pacienta po amputaci dolních končetin, ale žádný z těchto seminářů nebyl zaměřen přímo na edukaci pacienta (schéma 11). *"Během mé praxe jsem absolvovala seminář o amputacích a hojení ran, ale seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny jsem dosud neabsolvovala. Pokud budu mít možnost, takového semináře se zúčastnit, budu ráda."* Mezi dotazovanými sestrami byly i sestry, které již seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny během své praxe absolvovaly. *"Seminář o edukaci*

pacienta po amputaci dolní končetiny jsem absolvovala již před několika lety. Myslím, že mi byl přínosem do budoucí praxe. Jsem ráda, že jsem se ho mohla zúčastnit." (schéma 11). Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že vzdělávání sester závisí na osobnosti a chuti samotné sestry dále se vzdělávat.

Povinností každé nemocnice je vést dokumentaci. Ta je základem ošetrovatelského procesu a má informační, odbornou a právní funkci, jak uvádí ve svých publikacích Janáčková (2008), Křivohlavý (2002) i Venglářová (2006). Záznam do dokumentace slouží jako dokument o konkrétním postupu a výsledcích postupů i o celkovém stavu pacienta a slouží jako zdroj informací o potřebách nemocného, cílech ošetrovatelské péče a jejich výsledcích. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) vyplňují tzv. „Denní záznam edukace“.

Dokumentace v oblasti edukace pacientů se nazývá Záznam o podání informace/edukací. Dodávají, že *„Tento edukační záznam slouží jako kontrola, co nemocný už umí a v čem je ještě potřeba, aby se v rámci edukace zdokonalil.“* (schéma 7). Potřebné informace pro vyplnění edukačních záznamů zjišťují sestry nejen pozorováním pacientů, ale také na základě zpětné vazby.

Dle Kuberové (2010) je zpětná vazba nepostradatelná při hodnocení efektivity pacienta sestrou. Při zpětné vazbě sestra pokládá nemocnému otázky vztahující se k dané problematice, aby zjistila, jestli byla edukace úspěšná. I dotazované sestry využívají při hodnocení edukace pacientů po amputaci dolní končetiny zpětnou vazbu. Sestry ji získávají buď pomocí kontrolních otázek kladených nemocnému, nebo na základě kontroly nácvičku chůze a péče o pahýl v rámci sebepéče. *"Zpětnou vazbu u pacientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme převážně kontrolou, jak nemocný umí pečovat o pahýl, zda umí provést správnou bandáž do kónického tvaru. Velice důležitá je i kontrola, zda pacient umí správně přikládat protézu a následně nacvičovat chůzi o berlích s přiloženou protézou."* (R1) (schéma 10)

Pacient je propuštěn do domácí péče po zvládnutí základních úkonů sebepéče, kdy je schopen se o sebe sám postarat, jak uvádí Mičková (2009). Všechny z dotazových sester (R1, R2, R3, R4, R5, R6) potvrdily, že nemocný je před

propuštěním do domácí péče edukován v péči o pahýl, nácviku sebedpěče a nácviku chůze. *"Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování spočívá v celkovém shrnutí, jak následně pečovat o pahýl a instruktáž pro domácí ošetřování a chůzi o berlích. Zjistím-li, že pacient není zcela schopen se o sebe postarat a ani nemá nikoho blízkého, kdo by se o něho postaral, je nutné jej na dobu nezbytně nutnou přeložit na oddělení následné péče, kde s ním nácvik edukace sestry zcela zdokonalí."* (schéma 12)

Pokud je pacient nesoběstačný, je do edukace zapojována také pacientova rodina. Většina dotazovaných sester se snaží rodinu zapojovat i v případě, kdy je nemocný soběstačný a chce sám spolupracovat. Je to především z důvodu jeho psychické podpory. *"Dle mého názoru je velice důležité, aby se rodina aktivně zapojovala do edukace pacienta. Pro pacienty je šance, že se s danou situací lépe vyrovná, když ví, že při něm jeho rodina stojí a podporuje ho."* (schéma 8). Na základě uvedených výsledků lze vyhodnotit, že sestry zapojují rodinu do edukace pacienta především dle aktuálního zdravotního stavu pacienta, jeho psychické kondice a v neposlední řadě také záleží na zvážení sestry.

Na výzkumnou otázku *„Jaké edukační metody sestry využívají při nácviku sebedpěče?“* dává odpověď provedený výzkum, který ukazuje, že edukační metody se rozlišují podle toho, zda se jedná o edukaci při nácviku péče o pahýl nebo nácviku chůze o berlích. Dle výzkumného šetření edukační metody nácviku péče o pahýl lze rozdělit na ústní instruktáž a praktickou ukázkou. Obě metody se zabývají oblastmi nácviku bandáže, péče o jizvu, polohování pahýlu, kartáčování pahýlu, otužování pahýlu, omývání pahýlu a jeho masírování (schéma 1). Také edukační metody při nácviku chůze o berlích lze, dle provedeného výzkumného šetření, rozdělit na ústní instruktáž a praktickou ukázkou zabývající se oblastí vstávání z lůžka, stoj, nácvik rovnováhy a chůze (schéma 2).

Na základě všech zjištěných a uvedených údajů lze říci, že byl naplněn cíl bakalářské práce *„Zjistit metody edukaci klientů při nácviku sebedpěče“*.

6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou sestry a její pomoci při edukaci pacienta k sebeděči. Konkrétně jsem se zaměřila na edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny. Tato problematika je v první části práce řešena na teoretické úrovni a další část se zabývá samotným výzkumným šetřením.

Cílem mé bakalářské práce bylo „Zjistit metody edukace klientů při nácviku sebeděče“. S tímto cílem souvisí také výzkumná otázka „Jaké edukační metody sestry využívají při nácviku sebeděče?“ Tato výzkumná otázka byla zodpovězena ve výzkumné části práce a tím byl i naplněn cíl práce.

Na základě výzkumného šetření během vypracování mé bakalářské práce jsem si položila otázku, zda je doopravdy dostačující současný systém vzdělávání sester v oblasti edukace pacienta po amputaci dolní končetiny, který je závislý především na vlastní iniciativě sester.

Na výzkumnou otázku: „Jaké edukační metody sestry využívají při nácviku sebeděče?“ dává odpověď provedený výzkum, který ukazuje, že edukační metody se rozlišují podle toho, zda se jedná o edukaci při nácviku péče o pahýl nebo nácviku chůze o berlích. Dle výzkumného šetření edukační metody nácviku péče o pahýl lze rozdělit na ústní instruktáž a praktickou ukázkou. Obě metody se zabývají oblastmi nácviku bandáže, péče o jizvu, polohování pahýlu, kartáčování pahýlu, otužování pahýlu, omývání pahýlu a jeho masírování (schéma 1). Také edukační metody při nácviku chůze o berlích lze dle provedeného výzkumného šetření rozdělit na ústní instruktáž a praktickou ukázkou. Ta se zabývá oblastí vstávání z lůžka, stoj a nácvik rovnováhy a chůze o berlích s přiloženou protézou. (schéma 2)

Na základě výsledků bakalářské práce byl sestaven edukační plán pro sestry při edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny (viz příloha 3). Tento edukační plán byl vytvořen především kvůli ne vždy dostatečnému vzdělávání sester v oblasti edukace pacienta po amputaci dolní končetiny, což bylo zjištěno ve výzkumné části bakalářské práce. Tento edukační plán bych ráda poskytla sestřím na oddělení, kde probíhalo výzkumné šetření. Myslím si, že by mohl napomoci k lepší edukaci pacientů k sebeděči díky edukovanějším sestřím.

7 POUŽITÁ LITERATURA

BEKEL, G., HALMO, R. *Teorie deficitu sebekpěče*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004, 60s. ISBN 80-244-0794-9.

ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M. *Obecná psychologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2012, 105s. ISBN 978-80-7013-548-8

ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Praktická příručka pro sestry*. Koncepce českého ošetřovatelství. Základní terminologie. 2.vydání. Brno: NCONZO, 2005. 49s. ISBN 57-857-05

DUŠOVÁ, B. *Edukace v ošetřovatelském procesu*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. 200s.

DOENGES, M. MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.přepřacované vydání. Havlíčkův Brod: Grada, 2001. 568s. ISBN:80247-0242-8

FARKAŠOVÁ, D. *Teorie ošetřovatelství* Martin: Osveta, 2006. 212s. ISBN 80-8063-227-8

FRÁNĚ, F. *Chirurgie pro studující ZSF JCU*. 1.vydání. Jihočeský Inzert Express, 2014. 96s. ISBN 80-7040-682-8

GULÁŠOVÁ, I. *Osobnostní a profesionální vlastnosti sestry*. Sestra 2004 č.6. str.8-9

HARTL, P. *Kompendium pedagogické psychologie dospělých*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1999. 231s. ISBN 80-7184-841-7

JANÁČKOVÁ, I., WEISS, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 136s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1.vydání. Praha: Grada, 2010. 80s. ISBN 978-80-247-2171-2

KÁLAL, J., *Každoročně ztratí dolní končetin pět tisíc pacientů*. In Zdravotnické noviny 2000 roč. 49.č. 29 s. 13 ISSN 0044-1996

KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatelstvo 1*. Martin: Osveta, 2004. 1474s. ISBN 8021705280

KROMEROVÁ, M. *Spolupráce sestry a nemocného - edukace*. Sestra - Praha, 2005. roč. 15. č.5. s.27 ISSSN 1210-0404

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vydání. Praha: Grada, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0

KUBEROVÁ, H. *Didaktika ošetrovatelství*. 1.vydání. Praha: Portál, 2010. 248s. ISBN 798-80-7367-684-1.

LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007. 152s. ISBN 978-80-247-1784-5

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L. *Edukacia a edukačný proces v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2012. 155s. ISBN: 978-80-8063-3264

MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v nanda doménách*. 1.vydání. Praha: Grada, 2006. 264s. ISBN:80-247-1399-3

MIČKOVÁ, I. *Edukace jako nedílná součást ošetrovatelského procesu* Sestra. 2009. roč. 19. č. 9, s. 44 ISSN

MÜLLER, I., *Ortopedie pro zdravotní sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1993. 119s. ISBN 80-7013-154-3

MÜLLER, I., M"LLEROVÁ, B. *Stručný přehled léčebné tělesné výchovy v chirurgii, ortopedii a traumatologii*. 1.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 107s. ISBN 80-7013-155-X

NEMCOVÁ, J., HLINKOVÁ a kol. *Moderná edukacia v ošetrovatelstve* 1.vydání. Martin: Osveta, 2010. 260s. ISBN 9878-80-8063-321-9

NICHOLLS, A., WILSON, I. *Perioperační medicína*. 1.vydání. Praha: Galen, 2006. 370s. ISBN 80-7262-320-6

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY: definice, 1. české vydání. Editor T Herdman Praha: Grada, 2013. xxxiii. ISBN 978-80-247-4328-8

PITNETOVÁ, J., KLUSOŇOVÁ E. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti* 3.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2014. 125s. ISBN 978-80-7013-567-9

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetřovatelství*. 2.vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských oborů, 2008. 100s. ISBN 978-80-7013-466-5

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika* 4. vydání. Praha: Portál, 2005. 481s. ISBN 97-8807-3675-035

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník* 4. vydání. Praha: Portál, 2009. 400s. ISBN 978-8073-6764-76

SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. 2. vydání. Praha: Grada, 2007. 322s. ISBN 978-80-247-1821-7

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství v chirurgii I*. 1.vydání. Praha: Grada, 2010. 268s. ISBN 978-80-247-3129-2

STAŇKOVÁ, M. *České ošetřovatelství 6. Hodnocení a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi..* Ediční řada - Praktická příručka pro sestry. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2007. 55s. ISBN 80-7013-326-6

ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ. M. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči pro sestry a porodní asistentky*. 1.vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2012. ISBN 978-807-3942-465

- ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vydání. Praha: Portál, 2007. 377s. ISBN 978-80-73697-313-0
- TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 185s. ISBN 978-80-7013-553-2
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144s. ISBN 80-247-1262-8
- VONDRÁČEK, L., WIRTLOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace-návod pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 88s. ISBN:978-80-247-2763-8
- VYHNÁLEK, F. *Chirurgie III, pro Střední zdravotnické školy 2*. přepracované vydání. Praha: Informatorium, 2007. 120s. ISBN 978-80-7333-009-5
- ZACHAROVÁ, E. *Sestra a její pomoc při edukaci pacient k sebeděči*. 2009 (online). Dostupné na [www.http://www.údokumenty/monitoring_medií/823.pdf](http://www.údokumenty/monitoring_medií/823.pdf).
- ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnická psychologie- teorie a praktická cvičení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 232s. ISBN 80-247-1919-3
- ZÁVODNÁ, V. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2006. 117s. ISBN 808063193X
- ŽILKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelský slovník*. 1.vydání. Martin: Osveta, 2009. 218s. ISBN 978-80-8063-315-8

9 PŘÍLOHY

Příloha 1 - Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 2 - Barthelův test základních všedních činností ADL

Příloha 3 - Edukační plán po amputaci dolní končetiny

Příloha 4 - Záznam o podání informace / edukaci

Příloha 5 - Postup při bandážování stehenního pahýlu

Příloha 6 - Chybné návyky klientů po amputaci dolní končetiny

Příloha 1 - Otázky k rozhovorům se sestrami

1. Jaké edukační metody využíváte u pacientů po amputaci dolní končetiny při nácviu chůze o berlích?
2. Jaké edukační metody využíváte u pacientů po amputaci dolní končetiny při nácviu péče o pahýl?
3. Kolik času věnujete pacientům při edukaci po amputaci dolní končetiny?
4. Kde provádíte edukaci chůze pacienta po amputaci dolní končetiny?
5. Kolikátý den po operaci začíná pacient po amputaci dolní končetiny s edukací chůze o berlích?
6. Kolikátý den po operaci začíná pacient po amputaci dolní končetiny s nácvikem péče o pahýl?
7. Jakým způsobem dokumentujete edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny?
8. Jakým způsobem zapojujete rodinu do edukace pacienta po amputaci dolní končetiny?
9. Jaké pomůcky používáte při edukaci pacienta k bandážování pahýlu?
10. Jakou zpětnou vazbu používáte při edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny?
11. Absolvovala jste během své praxe seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny?
12. V čem spočívá edukace pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění klienta do domácího ošetřování?

Zdroj: Vlastní

Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností ADL

Tab. č. 7: Barthelův test základních všedních činností ADL (activity daily living)

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

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

Zdroj: TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. 185s. ISBN 978-80-7013-553-2

Příloha 3 - Edukační plán pacienta po amputaci dolní končetiny

Vzdělávací oblast

Nácvik chůze pacienta o berlích po amputaci dolní končetiny.

Nácvik péče o berlích u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Informace o edukantovi (posouzení edukanta)

Muž 68 let, ženatý, v důchodu, dříve pracoval jako dělník.

Má 2 dospělé děti a 3 vnoučata.

Před 15 lety diagnostikován pro Diabetes mellitus II. typu.

Před 3 lety prodělal amputaci 3 prstů na pravé dolní končetině pro chronické komplikace Diabetes mellitus.

Nyní se zdravotní stav pacienta zhoršil natolik, že byla indikována amputace pravé dolní končetiny pod kolenem.

Edukační diagnóza

Deficit znalostí a dovedností při nácviku péče o pahýl v souvislosti s nově zavedou terapií.

Potřeby edukanta

Naučit se správně ošetřovat pahýl.

Naučit se chůzi o berlích.

Potřeby edukátora

Naučit pacienta, jak správně ošetřovat pahýl.

Naučit pacienta správné chůzi o berlích.

Plán edukačního setkání

Téma edukčního setkání:

Téma: Péče o pahýl a nácvik chůze o berlích

Cíl: Naučit pacienta, jak správně provádět bandáž svého pahýlu tak, aby se pahýl formoval do konického tvaru. Poučit jej o nevhodnosti polohy v sedě na lůžku s končetinou položenou přes pelest postele. Masírování pahýlu a otužování střídáním koupele v teplé a studené vodě. Nácvik postavení a udržení rovnováhy s oporou berlí a následná chůze o berlích s oporou.

Cíl prvního edukačního setkání

Afektivní cíl:

Pacient vyjádřil zájem a snahu získat vědomosti a zručnost při ošetřování svého pahýlu.

Pacient vyjádřil zájem a snahu edukovat se v oblasti nácviku chůze o berlích.

Výsledná kritéria:

Pacient verbalizuje důležitost správné péče o pahýl a nácvik chůze o berlích.

Kognitivní cíl:

Pacient má dostatek vědomostí v péči o pahýl.

Pacient má dostatek vědomostí v oblasti nácviku chůze o berlích.

Výsledná kritéria:

Pacient umí vyjmenovat zásady správné péče o pahýl a zná zásady správného nácviku chůze o berlích.

Behaviorální cíl:

Pacient umí správně ošetřovat pahýl.

Pacient umí chodit o berlích s pomocí druhé osoby.

Výsledná kritéria:

Pacient názorně předvádí bandáž pahýlu a chůzi o berlích v doprovodu sestry.

Datum: 11. 10. 2012

Čas:

Sestra 15 min. poskytuje základních informace pacientovi v oblasti péči o pahýl včetně přípravy potřebných pomůcek.

Poté sestra 20 min. teoreticky klienta edukuje v oblasti péče o pahýl. Tato edukace obnáší správné polohování pahýlu, bandážování, otužování a masírování.

Poté následuje praktická ukázka ošetřování a polohování pahýlu, kterou nejprve provádí sestra a posléze i sám pacient. Tato fáze edukace trvá 45 min.

V oblasti nácviku chůze o berlích sestra také nejprve pacientovi poskytne základní informace, které trvají 10 min.

Poté, co pacient získá od edukující sestry základní informace v oblasti nácviku chůze o berlích, následují teoretické informace v oblasti nácviku chůze o berlích, které trvají 15 min. Sestra nemocnému vysvětluje, v jakých krocích bude edukace probíhat a jaké pomůcky bude klient k nácviku chůze potřebovat.

Následně sestra pacientovi ukazuje nácvik sedu, stoj na jedné končetině, vstávání z lůžka pomocí berlí a jako poslední následuje samotná chůze o berlích. Po zhlédnutí nácviku chůze o berlích sestrou, se zapojuje do nácviku i sám pacient. Tato fáze edukace trvá 30 min.

Po skončení edukace následuje prostor pro otázky pacienta, zpětná vazba a vyhodnocení pomocí otázek, které trvá 15 min.

Místo: Chirurgické oddělení.

Edukace pacienta v oblasti péče o pahýl probíhá na pokoji nemocného.

Edukace pacienta v oblasti chůze probíhá nejprve na pokoji pacienta a posléze na chodbě chirurgického oddělení.

Metoda: Ústní instruktáž a praktická ukázka

Při ústní instruktáži sestra vše pacientovi vysvětluje - kdy, kde a jak bude edukace probíhat.

Při praktické ukázce sestra pacientovi předvádí, jak bandážovat pahýl a nacvičovat chůzi o berlích. Následuje praktické cvičení, při kterém se pacient učí prakticky daný postup edukace.

Pomůcky: Elastické obinadlo, berle

První edukační setkání

Téma: Péče o pahýl a nácvik chůze o berlích

Struktura prvního edukačního setkání

V první fázi edukačního procesu sestra poskytuje pacientovi základní informace oblasti péči o pahýl včetně přípravy potřebných pomůcek, a také nácviku chůze o berlích.

V další fázi sestra pacienta edukuje teoreticky v oblasti péče o pahýl. Tato edukace obnáší správné polohování pahýlu na lůžku, bandážování, otužování, které spočívá v poklepu prsty a masírování.

Poté následuje praktická ukázka ošetřování a polohování pahýlu, součástí ošetřování pahýlu je i bandážování do kónického tvaru, které je nezbytné pro snadné přiložení protézy. Všechny tyto úkony nejprve předvádí sestra pacientovi a posléze je nacvičuje i sám pacient.

V oblasti nácviku chůze o berlích sestra také nejprve pacientovi poskytne základní informace.

Poté, co pacient získá od edukující sestry základní informace v oblasti nácviku chůze o berlích, následují teoretické informace v oblasti nácviku chůze o berlích. Sestra pacientovi vysvětluje, v jakých krocích bude edukace probíhat a jaké pomůcky bude k nácviku chůze potřebovat. V této fázi edukace sestra pacienta naučí, že při chůzi po rovině nejprve musí vykročit zdravou nohou, pak přisune protézu a současně s ní přisune berle. Po zvládnutí chůze po rovině se pacient učí chůzi po schodech, kdy nejprve vykročí protézou, přisune berle, a poté následuje zdravá noha.

Následně sestra pacientovi ukazuje nácvik sedu, stoj na jedné končetině, vstávání z lůžka pomocí berlí a jako poslední následuje samotná chůze o berlích. Po shlednutí nácviku chůze o berlích sestrou, se zapojuje do nácviku chůze i sám pacient.

Po skončení edukace následuje prostor pro otázky pacienta, zpětná vazba a vyhodnocení pomocí otázek.

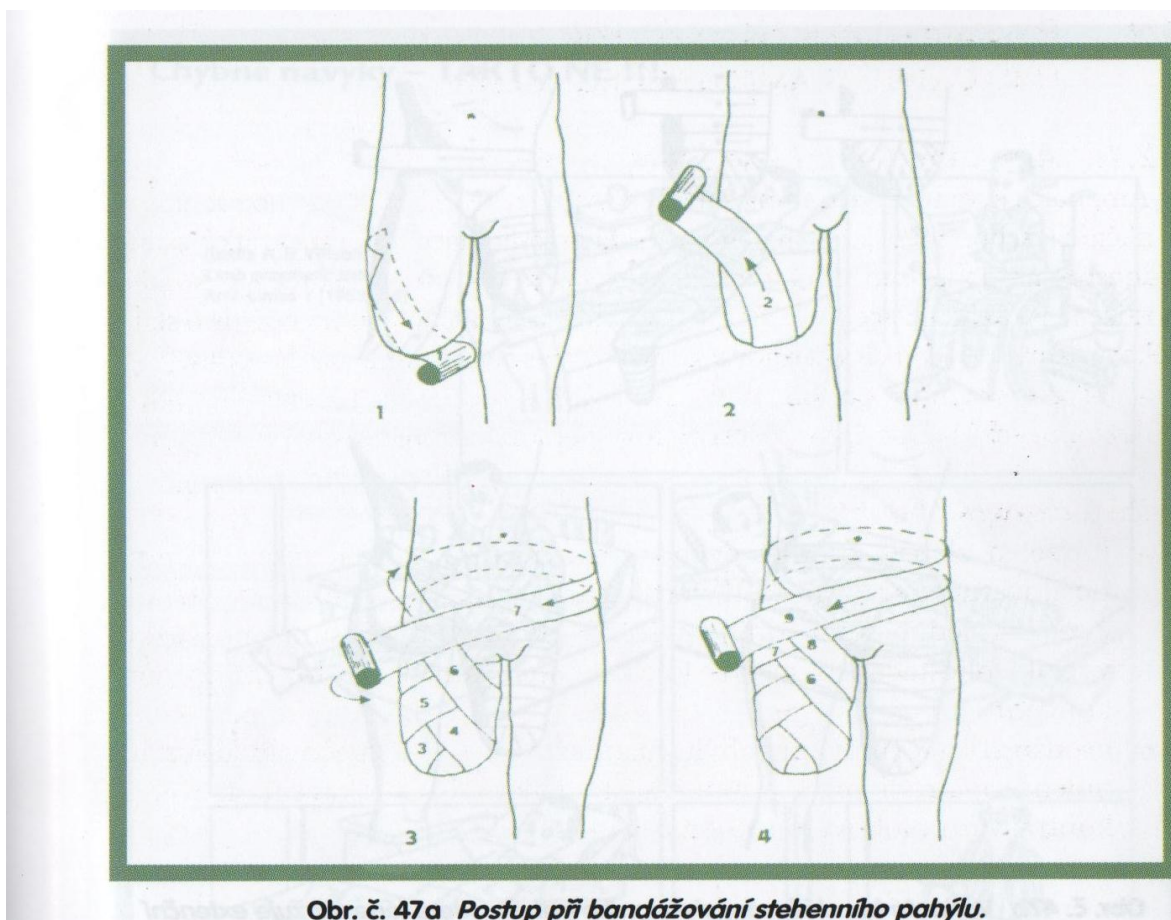
Kontrolní otázky

1. Jak budete provádět bandážování pahýlu pro lepší přiložení kompenzační pomůcky?
2. Jak zabráníte kontrakturám v přilehlých kloubech?
3. Proč je dobré masírovat a otužovat pahýl střídáním teplé a studené vody?

Vyhodnocení prvního edukačního setkání: Stanovené cíle byly vypracovány i hodnoceny ve spolupráci s pacientem. Edukace byla pro pacienta přínosná. Aktivně se zapojil do činností při ošetřování svého pahýlu. Péči o pahýl zvládl po názorné ukázce sestrou. Pacienta zajímalo, jak dlouho si bude pahýl bandážovat a po jaké době dostane protézu.

Zdroj: vlastní

Příloha 5 - Postup při bandážování stehenního pahýlu



Obr. č. 47a Postup při bandážování stehenního pahýlu.

Zdroj: Zdroj: PITNETOVÁ, J., KLUSOŇOVÁ E. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti* 3.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2014. 125s. ISBN 978-80-7013-567-9

Příloha 6 - Chybné návyky klientů po amputaci dolní končetiny



Obr. č. 48 Zlozvyky vedou ke vzniku kontraktur.

Zdroj: PITNETOVÁ, J., KLUSOŇOVÁ E. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti* 3.vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 2014. 125s. ISBN 978-80-7013-567-9



NEMOCNICE
ČESKÉ BUDĚJOVICE a.s.

Záznam o podání informace/edukaci

Jen pro vnitřní potřebu NCB

Identifikační štítek, resp. jméno a rok narození pacienta

- hospitalizovaný pacient
 ambulantní pacient

Komunikační bariéra
 není schopen vnímat
 smyslově: sluch, zrak
 jazykově: cizí jazyk
 jiná:

List č. ...

Téma edukace/ informace	1. Vstupní informace 2. Základní onemocnění 3. Navrhovaná léčba 4. Prevence pádu 5. Předoperační příprava 6. Pooperační péče	7. Hodnocení bolesti 8. Pohybový režim 9. Dieta a tekutiny 10. Invazivní vstupy 11. Péče o ránu 12. Péče o stomii	13. Rehabilitace 14. Používání pomůcek 15. Edukace diabetika 16. Nácvik aplikace injekcí 17. Respirační terapie 18. Ošetrovatelské výkony	19. 20. 21. 22. 23. 24.	Téma edukace/informace (uveďte se číslo, resp. i slovně další podrobnosti)	
					Způsob edukace/informace	Zhodnocení edukace
	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav		<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	Edukoval (jménovka a podpis)
	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav		<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	Podpis pacienta
	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav		<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	

Datum	Téma edukace/informace	Způsob edukace/informace	Zhodnocení edukace	Edukoval (jmenovka a podpis)
		<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	
		<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	
		<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	
		<input type="checkbox"/> ústně <input type="checkbox"/> nácvik <input type="checkbox"/> brožura <input type="checkbox"/> ukázka <input type="checkbox"/> jiné	<input type="checkbox"/> rozumí – verbálně ověřeno <input type="checkbox"/> souhlasí <input type="checkbox"/> prokázal dovednost <input type="checkbox"/> nutný dohled/edukaci opakovat <input type="checkbox"/> odmítá edukaci/informaci: <input type="checkbox"/> již zná <input type="checkbox"/> nemá zájem <input type="checkbox"/> zdrav. stav	