

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

RIGORÓZNÍ PRÁCE

2009

Mgr. Věra Stasková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**PŘEKÁŽKY A MOŽNOSTI VE VYUŽITÍ ADAPTAČNÍHO
MODELU ROYOVÉ U NEMOCNÝCH PO AMPUTACI DOLNÍ
KONČETINY**

Rigorózní práce

Autor: Mgr. Věra Stasková

31.7. 2009

Obstacles and possibilities of use of the Roy Adaptation Model in patients after lower limb amputation.

Lower limb amputation has been a current issue nowadays since the number of patients with a lower limb amputation due to chronic disease has been increasing. The role of the medical staff, especially nurses, is to help the patients to adapt themselves to the new situation incurred as a result of the limb amputation. In this thesis the results of the care provided by nurses to patients after a lower limb amputation by using the Roy adaptation model based on the stress adaptation theory are discussed.

The objective of the thesis was to highlight the fact that nurses could employ the Roy adaptation model in taking care of patients after a lower limb amputation, to verify nursing documentation according to the Roy adaptation model in patients after a lower limb amputation and identify obstacles preventing nurses from the use of the Roy adaptation model in nursing patients after a lower limb amputation. Subsequently, four research questions were set up: 1. Is it possible to use the Roy adaptation model in nursing practice? 2. Do nurses perceive the difference in providing nursing care according to the Roy adaptation model and the traditional way of care providing? 3. Which obstacles prevent nurses from using the Roy adaptation model in providing nursing care to patients after a lower limb amputation? 4. What made nurses understand the Roy adaptation model?

The empirical part of the thesis was conducted by the quantitative research technique. To collect the data, a quasi-experimental method, a semantic differential, and interrogation by means of a non-standardized semi-structured interview technique was used. The method of framework analysis was applied to process the interview results. The research portfolio consisted of patients hospitalized after a lower limb amputation as well as nurses taking care of them at the surgical department in the České Budějovice hospital, Inc.

In the final part of the thesis the research questions are answered on the basis of the results analysis, and recommendations for the use of the Roy adaptation model in nursing practice are suggested.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích

.....
podpis autora rigorózní práce

Zvláštní poděkování bych na tomto místě chtěla věnovat svým blízkým a doc. PhDr. Gabriele Sedlákové, Ph.D. za podporu, motivaci a trpělivost při psaní rigorózní práce.

OBSAH

Úvod.....	4
1. Současný stav.....	5
1. 1 Historie a současnost chirurgického výkonu amputace.....	5
1.1.1 Indikace k amputaci.....	6
1.1.2 Typy amputací dolní končetiny.....	7
1.1.3 Komplikace po amputaci.....	8
1. 2 Adaptace ve zdraví a v nemoci.....	10
1.2.1 Adaptace ve zdraví.....	10
1.2.2 Adaptace v nemoci.....	12
1.2.3 Proces adaptace nemocného po amputaci	13
1.2.4 Intervence sestry při adaptaci nemocných po amputaci.....	15
1.3 Péče o nemocného po amputaci dolní končetiny.....	17
1.3.1 Pooperační ošetrovatelská péče.....	17
1.3.2 Pooperační péče o amputační pahýl.....	20
1.3.3 Význam vertikalizace v ošetrovatelské péči.....	23
1.4 Aplikace Royové adaptačního modelu u nemocných po amputaci.....	25
1.4.1 Myšlenkové předpoklady a východiska modelu.....	25
1.4.2 Základní metaparadigmatické koncepty modelu.....	28
1.4.3 Hlavní jednotky modelu Royové u amputovaných nemocných.....	30
1.4.4 Adaptační proces dle Royové u nemocných po amputaci.....	31
1.5.4.1 Stimuly dle Royové působící na nemocné po amputaci	32
1.5.4.2 Adaptační systémy dle Royové.....	34
1.5.4.3 Adaptační mody nemocných po amputaci dle Royové.....	35
1.4.5 Ošetřování amputovaného metodou ošetrovatelského procesu dle Royové.....	41
1.5 Využití adaptačního modelu Royové v ošetrovatelské praxi.....	43
2. Cíle práce a výzkumné otázky.....	46
2.1 Cíle práce.....	46
2.2 Výzkumné otázky.....	46

3. Metodika	47
3.1 Použité metody.....	47
3.2 Sledovaný soubor.....	49
4. Výsledky	50
4.1 Kazuistiky respondentů – sester.....	50
4.2 Základní grafy	63
4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech.....	65
4.4 Výsledky sémantického diferenciálu pacientů.....	79
4.5 Výsledky práce sester s ošetrovatelskou dokumentací.....	85
5. Diskuse	121
6. Závěr	134
7. Seznam použitých zdrojů	136
8. Klíčová slova	141
9. Přílohy	142
9.1 Seznam příloh.....	142

SEZNAM ZKRATEK

AMRF	- adaptační modus rolové funkce
AM SIS	- adaptační modus sebekoncepce a identifikace ve skupině
AMVZ	- adaptační modus vzájemné závislosti
DK	- dolní končetina
FAM	- fyziologický adaptační modus
ICHDK	- ischemická choroba dolních končetin
K/P	- klient, pacient
LDK	- levá dolní končetina
OP	- operace (operační výkon)
oš. dg.	- ošetřovatelská diagnóza
PDK	- pravá dolní končetina
RAM	- Royové adaptační model

ÚVOD

V souvislosti s nárůstem počtu cévních onemocnění, diabetu mellitu a úrazových stavů se zvyšuje i počet nemocných, jejichž léčba si vyžádá provedení amputace dolní končetiny v různé výši. Je to dáno tím, že ani moderní léčba nedokáže zabránit ve všech případech komplikacím, které v konečném důsledku vedou k amputaci. Amputace končetiny se tak stává pro nemocného novou situací a odráží se ve všech stránkách holistické bytosti. Problémy, které s sebou amputace dolní končetiny přináší, člověk velmi často neumí vyřešit sám a začíná být závislý na pomoci druhých. První dny po amputaci je nemocný nucen adaptovat se na nově vzniklou situaci a věnovat více úsilí zvládnání základních činností v oblasti sebekpěče. Mnoho záleží na něm samotném, jak se k vlastnímu problému postaví, jak s ním dle daných možností naloží. Musí se však vyrovnat s tím, že do budoucna bude muset žít bez části končetiny, tzn., změnit své dosavadní zvyklosti, stravování, dokonce i pracovní zařazení. Většinou však potřebuje pomoc okolí, zejména ošetrovatelského personálu, fyzioterapeuta, rodiny, přátel. Úlohou ošetrovatelského personálu, zejména pak sester, je pomoci nemocnému ve zvládnání zátěže, kterou s sebou amputace končetiny přináší. Adaptaci nemocných na nově vzniklou situaci pozorovala i Callista Royová, která na základě zkušeností z klinické praxe vytvořila adaptační model, který vychází ze stresové adaptační teorie. Všeobecným cílem ošetřování v souladu se stresovou adaptační teorií je obměňování rovnováhy člověka a prostředí a tím ulehčení adaptace. Model Royové byl již několikrát aplikován na skupinách nemocných s velmi zajímavými výsledky.

V České republice prochází zdravotnictví i školství již několik let řadou změn v procesu transformace, který s sebou přinesl i změny ve vzdělávání sester. V této souvislosti se objevují otázky o možnostech nových přístupů v péči o nemocné, se kterými samozřejmě souvisí vzdělávání sester. Jsou sestry v České republice připraveny poskytovat péči nemocným dle modelu Royové? Jsou schopny aplikovat tento model v praxi? Do jaké míry pomůže nemocným po amputaci péče poskytovaná dle modelu Royové zadaptovat se na nově vzniklou situaci? Pohled a odpovědi na výše uvedené otázky by měla přinést tato práce. Obsahem tohoto tématu se zabývám díky několikaleté praxi na chirurgickém oddělení a podílu na vzdělávání budoucích všeobecných sester.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Historie a současnost chirurgického výkonu amputace

Amputace je jedním z nejstarších chirurgických výkonů. První zmínky o této operaci se vyskytují již 5000 let před Kristem. Hippokrates v pátém století před Kristem popsal tři indikace k amputaci: odstranění neúčinných částí končetin, snížení invalidity a záchranu života. K největšímu pokroku v technice amputací docházelo vždy v době válek. Zlomem v řešení těchto situací bylo zavedení ligatury velkých cév. Tato metoda, spolu s vývojem anestézie, zavedením aseptického přístupu, odložené primární sutury a užití antibiotik, umožnila tvarování dobře proteticky ošetřitelných pahýlů. Snížilo se také procento infekčních komplikací. S dalším rozvojem medicíny, zvláště rekonstrukční cévní chirurgie za korejské a vietnamské války, se podařilo omezit nutnost indikací k amputaci. Další rozvoj ortopedické protetiky pak zjednodušil rehabilitaci pacientů (48).

V současné době platí, že při každé amputaci je potřeba postupovat přísně individuálně s ohledem na stav končetiny, celkový stav a pracovní zařazení nemocného. Amputace se provádí ve tkáni, která umožní dobré zhojení. Je-li indikací k amputaci cévní onemocnění, je třeba zmapovat prokrvení končetiny za pomoci arteriografie či Dopplerova ultrazvukového vyšetření. V případě tumorů záleží na typu nádoru a stupni generalizace procesu (48, 56, 62).

Při samotném výkonu je zapotřebí využít bezkreví, nejčastěji za pomoci turniketu. Turniket není doporučován používat u výkonů z cévní indikace. Vždy je však nutné po uvolnění turniketu pečlivě revidovat případné krvácení. Dříve se svaly protínaly ve výši amputace, v současnosti se svaly protínají mírně (10 cm) distálně od plánované kostní amputace a protilehlé svalové skupiny a sešívají se k sobě přes vrchol kostního pahýlu pod přiměřeným napětím. Tento způsob ošetření umožňuje využití svalové funkce pro budoucí pohyb, zlepšuje krevní cirkulaci, brání vzniku fantomových bolestí a optimalizuje tvar amputačního pahýlu. Operační rána je zajištěna Redonovou odsavnou drenáží na 48 – 72 hodin podle velikosti krevních ztrát. Prevence hematomu je důležitá z důvodu snížení bolesti, rizika infekce a následné dehiscence rány (48, 62).

1.1.1 Indikace k amputaci

Amputace postižené končetiny je poslední možností po vyčerpání všech dostupných a možných léčebných výkonů vedoucí k její záchraně. Je indikována v níže uvedených případech:

1. Choroby končetinových cév, kdy nejčastěji je indikována amputace diabetické angiopatie, která vede k diabetické gangréně s infekcí a dále při akutní či chronické arteriální insuficienci. Diabetická angiopatie je charakterizována ztluštěním stěny s následným zúžením průsvitu cév a je příčinou rozvoje ischemie, zejména na dolních končetinách. Vzhledem k systémovému charakteru onemocnění je třeba úzké multioborové spolupráce při přípravě pacienta k operaci. Ve spolupráci s angiologem a diabetologem je snaha zachovat co nejdelší pahýl tak, aby mobilita nemocného byla zachována.

2. Amputace je dále indikována u těžkých úrazů, např. u devastujících poranění, kde není možná rekonstrukce jednotlivých struktur, dále pokud je rána infikována plynatou snětí, kterou se nedaří zvládnout antibiotiky, oxygenoterapií a chirurgickým ošetřením.

3. V případě nezvládnutelných akutních infekcí, plynaté snětí, chronické osteomyelitidy komplexní terapií. Hraniční indikací je i infekce náhrady kolenního kloubu.

4. Radikální zásah je vyžadován u zhoubných nádorů, nebo jako paliativní zákrok u generalizovaných nádorů s nesnesitelnými bolestmi či s patologickou zlomeninou. Nezhoubné nádory vyžadují amputaci výjimečně z důvodu nevhodné lokalizace a velikosti (48, 56, 62).

5. Kongenitální anomálie jsou indikovány k amputaci pouze tehdy, jestliže je malformovaná končetina afunkční a není možné její ortoticko-protetické vybavení.

6. Při poranění a nervovém onemocnění je amputace indikována u neuropatie ústící v trofické vředy, jež se druhotně infikují a ohrožují končetinu i život pacienta. U paraplegiků se indikuje amputace zcela výjimečně, neboť končetiny pomáhají udržet rovnováhu na invalidním vozíku a slouží k rozložení hybnosti a tím brání vzniku dekubitů (48, 56, 62).

Němečtí autoři G. Teager a D. Nast Kolb uvádějí, že počet amputací na dolních končetinách by mohl být, na základě pokroků a zlepšení v ošetření nejčtenějších příčin onemocnění, výrazně snížen. Přes tyto pokroky, jak tvrdí autoři, jsou amputace na dolních končetinách dvacetkrát četnější než amputace na horních končetinách. Na druhé straně klesá počet jedinců amputovaných pro úrazy, neboť se neustále vyvíjí operační technika, přibývá možností rekonstrukce, cévních náhrad a kloubů (52).

V České Republice „od r. 1990 sleduje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) počet amputací tzv. diabetické nohy. V těchto číslech nejsou zahrnuty amputace traumatické, kterých podle dřívějších statistických údajů bývá ročně několik desítek. Vyskytují se v produktivní věkové kategorii a postihují především muže (19, s. 13)“.

Dle nejaktuálnějších informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky dochází k amputacím dolní končetiny nejčastěji na podkladě diabetické nohy. Od roku 2003 do roku 2007 došlo k incidenci amputací dolní končetiny na podkladě diabetické nohy o 824 případů, avšak největší nárůst byl zaznamenán v roce 2004 a 2005 (přibližně o 400 případů za rok). V roce 2006 došlo k mírnému poklesu o 25 případů a v roce 2007 došlo k incidenci amputací o 19 případů za rok. Informační tabulka s podrobnějšími daty je uvedena v Příloze 1 (54).

1.1.2 Typy amputací dolní končetiny

Na dolní končetině lze provést následující typy amputací: hemipelvektomie, exartikulace v kyčli, amputace ve stehně s pahýlem krátkým, středním a amputace s velmi dlouhým stehenním pahýlem, kdy neoptimálnější délka pahýlu je cca 2/3 délky femuru. Dále pak exartikulace v kolenním kloubu, amputace v bérce s pahýlem ultrakrátkým, krátkým a středním, kde nejvýhodnější délka pahýlu je 15 cm od horního okraje tibie. Dále pak amputace v oblasti hlezna a amputace v oblasti nohy (prstů, v kostech zánártních) (48).

V praxi je však stále možné setkat se s amputacemi, nazvanými dle různých autorů:

- Amputace dle Scharpa: je tzv. transmetatarzální amputace, neboť Scharpova linie se nachází v proximální polovině metatarzálních kostí.
- Amputace v Lisfrankově kloubu: oddělení všech kostí metatarzálních od kostí tarzálních a znamená tak větší zásah do života nemocného. Je to způsobeno tím, že délka chodidla je zkrácena přibližně na polovinu, což má za následek zmenšení opěrné plochy a narušení opěrné báze. U nemocného lze pak pozorovat poruchy rovnováhy, které musí být řešeny kompenzačními pomůckami.
- Při amputaci v kloubu Chopartově se jedná o oddělení kostí v kloubu talonavikulárním a kalkaneokuboidním. V rámci chodidla znamená největší handicap, neboť porucha rovnováhy je již dosti výrazná a se doporučuje použití náhrady ztracených částí chodidla.
- Amputace dle Pirogova: odstranění všech kostí nohy s výjimkou dorzálních tří čtvrtin patní kosti. Jde o nášlapný pahýla provádí se u traumatických amputací.
- Při amputaci dle Symea se provádí odstranění všech částí nohy a distální části berce těsně nad talokrurálním kloubem. Dlouhý dorzální kožní lalok je přetažen dopředu. Jedná se o nášlapný pahýl.
- Amputace dle Callandera má velmi dlouhý stehenní pahýl, u kterého je kostní amputace vedena ve výši kondylů femuru.
- Amputace dle Stokes-Grittiho: má stejně dlouhý kostní amputační pahýl jako amputace dle Callandera, ale se zachováním ventrální poloviny česky, která se překloupí zespodu k femuru. Některé typy výše uvedených amputací jsou názorně zobrazeny v Příloze 2 (48).

1.1.3 Komplikace po amputaci

Komplikace po amputaci lze zpravidla dělit na místní a celkové. Mezi *místní komplikace* se řadí hematoma, nekróza, dehiscence v ráně, gangréna, otok, kontraktury, bolest, zlomeniny, infekce či kožní komplikace. Závažným problémem je hematoma, který může vést k infekci, nekróze a s ní související následnou dehiscencí v ráně a bolestem. Je-li nekróza menší, je možno nechat ránu zhojit per secundam, při větším

rozsahu je nezbytná operační revize, nekrektomie a resutura. Na podkladě lokální ischémie vzniká gangréna, která může mít řadu příčin jako např. nevhodná úroveň amputace, arteriální uzávěr. Při nevhodně přiloženém obvazu může vznikat otok pahýlu s následkem tzv. "hruškovitého pahýlu", který se obtížně protézuje. Za prevenci kontraktur je považováno správné polohování pahýlu a rehabilitace (blíže popsáno v kapitole 1.3.2). V oblasti pahýlu může dojít i ke zlomenině, jejíž léčení záleží na typu a lokalizaci. Pokud dojde k infekci, léčba spočívá v intenzivní antibiotické terapii, operační revizi se zavedením proplachové laváže nebo reamputaci podle příčiny, mikrobiálního nálezu a celkového stavu pacienta. Mezi méně časté místní komplikace patří kožní komplikace jako jsou ekzémy, mykózy, epitelové podkožní pištělky a trofické změny pahýlu: otlaky, proleženiny a atrofie (36, 48).

Jednou z komplikací po amputaci dolní končetiny jsou i fantomové vjemy a bolesti. Slovo fantom znamená v překladu přelud, tzn. že něco, co je vnímáno nemá materiální základ. Fantomová bolest pochází z již neexistujících částí těla, které již měly v mozku již svoji projekci. Nejčastěji se vyskytují po amputaci ve stehně a po snesení prstů. Fantomovu bolest končetiny nemocní zpravidla popisují jako drtivou nebo trhavou, pálivou, křečovitou, šokující nebo vystřelující (20, 44).

Lejčko uvádí, že fantomová bolest se vyskytuje u 60 - 85 % amputovaných. Nemocní obvykle charakterizují bolest jako trvalou, pálivou, řezavou, sevřenou až bodavou. Fantomové bolesti vznikají někdy nesprávným ošetřením nervového pahýlu. Při jejich výskytu je třeba pokusit se řešit problém spoluprací s psychologem či s centrem bolesti. Pokud však obtíže trvají, je nutná operační revize. U nemocného se mohou objevit i tzv. fantomové pocity, vjemy. Jde o nebolestivé vnímání a uvědomování si neexistující končetiny (20, 30, 60, 62).

Z celkových komplikací je důležité zmínit i tzv. „psychologické komplikace“, neboť ztráta končetiny je u všech pacientů výrazným zásahem do jejich života. Ne každý pacient je schopen tuto změnu akceptovat a proto je nutná pomoc sestry v procesu adaptace na nově vzniklou situaci, kvalitní rehabilitace a spolupráce s psychologem. Všechny komplikace budou podrobněji, včetně intervencí, popsány v kapitolách souvisejících s adaptací a pooperační péčí (48).

1.2 Adaptace ve zdraví a v nemoci

1.2.1 Adaptace ve zdraví

Termín adaptace je latinského původu. Odvozuje se od složeného tvaru „ad-aptare“, kdy „apto, aptare“ znamená připravit, vyzbrojit se na boj, případně se duševně připravit na těžkou životní zkoušku. Dle slovníku cizích slov je adaptace chápána jako přizpůsobení, úprava něčeho k něčemu, přizpůsobení se organismu podmínkám prostředí (41).

Všeobecně je adaptace chápána jako přizpůsobování se podmínkám anebo situaci. Další význam slova adaptovaný je být dobře připravený na to, co mě čeká. Adaptace je charakterizovaná interakcí a změnou, kde změna je chápána jako něco pozitivního, směřujícího k lepšímu. Křivohlavý blíže specifikuje adaptaci jako přizpůsobení se na neměnné a nezměnitelné podmínky prostředí, ale i na podmínky, které změnit lze (22, 26, 28).

Nerovnoměrný stav mezi nároky prostředí a kapacitou osobnosti přiměřeně na ně reagovat se označuje jako zátěž. Kvantitativně je možné ji odstupňovat jako běžnou, zvýšenou, hraniční a extrémní. Způsoby, kterými se člověk vyrovnává se zátěžovými situacemi, jsou součástí jeho osobnosti.

Každý podnět, který klade na organismus požadavky, aby se adaptoval, se nazývá stresor. Adaptace na podnět je stresovou reakcí. Stresory mohou vyplývat jak z biologického, tak z psychického, sociálního, kulturního, spirituálního a ekologického okruhu. Následky stresorů se projevují v somatické i psychické rovině. Biologické následky působení stresorů na organismus zkoumal Selye v 30. – 40. letech minulého století a chápал stres jako nespecifickou odpověď organismu na jakýkoli vliv anebo situaci. Předpokládal, že organismus reaguje podle všeobecně nespecifického schématu, který je odpovědí na zabránění poškození. Tato reakce umožňuje tělu zmobilizovat svoje síly na obranu proti možnému ohrožení. Pro vysvětlení této reakce vypracoval Selye všeobecnou teorii stresu a její schéma nazval všeobecným adaptačním syndromem. Syndrom má tři fáze: poplachová reakce, fáze rezistence a fáze vyčerpání. Ve fázi poplachové reakce se vlivem různých stresorů v organismu aktivuje endokrinní,

autonomní a imunitní systém. Mobilizací tělesných rezerv se pak aktivuje energie v procesu adaptace na somatické úrovni. Ve fázi rezistence probíhá vlastní adaptace organismu. Při chronické stresové situaci, pokud adaptace nebyla účinná, se v organismu vyčerpávají tělesné rezervy. Reakce organismu je pak opačná jako ve fázi poplachu a přechází do fáze vyčerpání, která následuje po fázi rezistence. Pokud tato stresová situace pokračuje, vyčerpání organismu může způsobit smrt (28, 33, 63).

V psychické oblasti však rozdílní lidé reagují na potenciálně stresové situace různým způsobem. Adaptace na psychologické úrovni se projevuje změnou v přístupu a chování jako například vyrovnání se se stresovými situacemi. Konkrétní stresor vyvolá u jednoho člověka stresovou reakci, u druhého ji nevyvolá. Vyplývá to z individuálních rozdílů, které závisí na vnitřních a vnějších zdrojích. Vnitřní zdroje pak souvisí s osobnostními dispozicemi a zahrnují například zranitelnost, schopnost zvládat situace, odolnost – aktivní přístup ke světu. Vnější zdroje zahrnují ochranný vliv emoční a sociální podpory. Při sociokulturní adaptaci se člověk přizpůsobuje normám, návykům rodiny a společnosti (1, 10, 63).

Všechny adaptační odpovědi jsou výsledkem úsilí o zachování homeostázy. Adaptace je chápána jako odpověď celého organismu a v procesu adaptace záleží, zda se adaptuje fyzicky zdravý člověk, člověk tělesně postižený, dospělý, dítě a starý člověk. Někdy se ale člověk může dostat do situace, která se nazývá nadlimitní (mimořádně silná, dlouhotrvající, přesahující únosnou hranici, označuje se distres), jejíž zvládnutí vyžaduje mimořádné úsilí. Taková situace může nastat například při ztrátě někoho blízkého, v životní krizi, v těžších konfliktech, při silných bolestech, s příchodem vážné nemoci. Nestačí se jen adaptovat, ale jde o snahu mobilizovat všechny síly, s nemocí bojovat, odstranit nebo alespoň zmírnit škodlivý vliv zátěže. Takový boj s nadlimitní zátěží se nazývá koping (z angl. Coping), tzn. umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, téměř nezvládnutelnou situací (6, 21, 26, 63).

Na druhé straně Lazarus chápe koping jako úsilí jednotlivce řešit problém, čelit požadavkům, které kladou nároky na jeho adaptační schopnosti. Při hledání odlišností mezi adaptací a kopingem Křivohlavý uvádí, že oba dva termíny se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Pokud je adaptace chápána jako vyrovnávání se se zátěží, která

je relativně v normálních mezích, koping je boj člověka s nepřiměřenou, mimořádně silnou a dlouhodobou zátěží. Termín koping se tedy používá ve významu „zvládat nadlimitní zátěž“ (26, 28).

Způsoby, jakými se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi jsou neoddělitelnou součástí jeho osobnosti. Adaptační mechanismy se projevují v zátěžových a stresogenních situacích a jsou definované jako jakýkoli druh činností chování myšlení a cítění, jejichž úlohou je odvést pozornost a povědomí od nepříjemného či zahanbujícího faktu anebo skutečnosti, která vzbuzuje úzkost (10, 63).

1.2.2 Adaptační v nemoci

Slovo nemoc je přeneseným významem pojmu nemohu či nejsem schopen. Obecně lze definovat nemoc jako stav organismu, který vzniká působením zevních či vnitřních okolností narušujících jeho správné fungování a rovnováhu (50).

Každé onemocnění působí na člověka více či méně nepříznivě, ovlivňuje jeho chování a reakce, emoční projevy, eventuálně i některé rysy osobnosti. Pro většinu lidí je nemoc náročná životní situace, která je vnímána jako nepříjemná, obtížně zvládnutelná, někdy až nezvládnutelná. Každá vážnější nemoc, zejména pokud má za následek změnu funkčního nebo estetického tělesného stavu, znamená pro člověka menší či větší zásah do jeho individuálního života. Změny emocí, nálad jsou velmi časté již na začátku onemocnění, někdy se mohou projevit již krátce před nástupem vlastního onemocnění. Každý člověk prožívá nemoc zcela odlišně. Prožívání ovlivňují osobnostní charakteristiky nemocného, jeho nálada, obava a naděje, znalost i neznalost průběhu choroby, uvědomování si možných následků. Člověk se s nemocí postupně vyrovnává, dochází k adaptaci na novou situaci. Proto je třeba při ošetřování chápat nemocného jako osobnost se svými vlastnostmi a sociálními rolemi (5, 6).

Nedílnou součástí pomoci nemocnému adaptovat se na nově vzniklou situaci, kterou s sebou onemocnění přináší, je informativní rozhovor s lékařem, který přispívá k uklidnění nemocného, k porozumění situace, pro kterou je ošetřován. Lékař i sestra v rozhovoru s nemocným získávají další informace o nemocném, o jeho osobnosti, sociálním prostředí apod. Vzájemné navázání dobrého kontaktu zvyšuje důvěru

nemocného v léčebný postup, zlepšuje vzájemnou spolupráci, směřuje k tomu, aby se pacient vyrovnal s novou situací a aby získal energii do aktivního zapojení se v léčebném procesu. Strategie boje je značně ovlivněna tím, jak situaci člověk vnímá, zda je situace změnitelná nebo nezměnitelná. Je třeba bojovat s tím, co se změnit dá, přijmout a vyrovnat se s tím, co změnit nelze.

Lidé, zaměření ve svých strategiích na zvládnání problému, hledají různá řešení, která mohou situaci nebo prostředí změnit, ale hledají i možnost změnit něco v sobě jako např. chování, navyklé reakce. Je-li situace nezměnitelná, je třeba se zaměřit na zvládnání emocí. Někteří pacienti jsou spíše pasivní, apatičtí, poddávají se potížím, nespolupracují, nevěří ve zlepšení, rezignují. Průběh nemoci se tím může zhoršit či prodloužit. Mají-li tyto pacienti pocit, že svoji situaci nemohou nijak ovlivnit, že nad nemocí ztrácejí kontrolu, ubývá jim motivace k tomu, aby cokoli dělali, snižuje se jejich aktivita. A to vše může vést k projevům bezmocnosti. Na takovém nemocném lze pozorovat pasivitu, zvýšenou závislost na ošetřujícím personálu, podrážděnost, ale i nezájem o léčení, popírání zlepšující se situace. Pacient s pocitem bezmoci pak může být uzavřený, apatický či neochotný komunikovat.

Proces adaptace je závislý nejen na osobnosti nemocného, ale také na jeho postojích ke zdraví a nemoci, na jeho přístupu k životu vůbec. Někteří lidé jsou ve svých postojích k životu zásadně pozitivní, optimističtí, očekávají, že vše dobře dopadne, snaží se aktivně spolupracovat při léčení. Do jisté míry tímto postojem mohou průběh nemoci příznivě ovlivnit (21, 36).

1.2.3 Proces adaptace nemocného po amputaci dolní končetiny

Amputace dolní končetiny je pro nemocného zátěžovou situací, která se může projevit negativními emocemi jako je hněv, strach, úzkost či zármutek, lítost. Při zvládnání zátěžových situací záleží nejen na emocích nemocného, ale především na jeho připravenosti, dovednostech a znalostech. Samotná amputace klade zvýšené nároky na adaptaci nemocného, neboť nejde pouze o smíření se s faktem amputace, ale přijmout vše, co s sebou amputace přináší. Problémem samotným je míra zátěže a její přiměřenost k adaptačním možnostem nemocného. Problematika zátěže úzce

souvisí s problematikou adaptace. To, zda se nemocný bude chovat „přiměřeně“ nebo maladaptivně, závisí jak na samotné zátěžové situaci, tak i na osobnostních charakteristikách a sociální situaci jednotlivce. Selžou-li adaptační mechanismy, nemocný se brání proti tlaku dané situace a dochází k tzv. maladaptivnímu chování, které může nabývat nejrůznějších forem jako je agrese, únik, ustrnutí, vytěsnění, potlačení či přesunutí.

Společně s nemocným je potřeba hledat tvorbu konkrétního životního plánu, zvažovat překážky a zdroje pro zvládnání situace po amputaci končetiny. Důležité je nemocného podporovat ve snaze o získání co největší nezávislosti, soběstačnosti, případně pomáhat k rozvoji aktivit, které dávají nemocnému po amputaci možnost nového sebepojetí a smyslu života. V této situaci ztrácí nemocný i většinu rolí a potřebuje pomoci, zejména pak ze strany zdravotnického personálu (17).

Změna životní situace, ve které se člověk v důsledku amputace ocitá, přináší stres. Stresogenní účinek amputace lze chápat s ohledem na to, jak se daná osoba se svou těžkou situací vyrovná. Individuální zranitelnost a schopnost amputovaných zvládat těžkosti jsou v této souvislosti mimořádně důležitými momenty. Amputovaný člověk, který má příznaky stresového stavu, prožívá obavy, strach, pocity bezmocnosti, beznaděje či ohrožení. Amputace vždy představuje mimořádně silnou zátěžovou situaci, která se výrazně odráží v psychice člověka (26).

U nemocných po amputaci dolní končetiny dochází ke změnám v sebepojetí, potřeba sounáležitosti s jinými lidmi není plně realizovaná v důsledku možných nedostatečných sociálních kontaktů, potřeba nezávislosti může zůstat neuspokojena pro nemožnost vykonávat některé činnosti bez pomoci druhých. Proces vnitřní adaptace popisuje Křivohlavý prostřednictvím modelu psychické krize. Dle tohoto modelu lze rozdělit průběh reakcí amputovaného do pěti fází. Počáteční, kritickou fází je „výkřik“. Jde o celkovou pudovou a citovou odezvu na náhlou změnu tělesného stavu. Zahrnuje pocity paniky, hrůzy, zděšení. Otřesená psychika se tomuto faktu brání ve druhé fázi popřením, negací, vytěsněním traumatizující skutečnosti z vědomí. Fáze „intruze“ je obdobím vtíravých myšlenek a představ, které se vztahují ke kritické události. Nutkavé myšlenky amputovaný zvládá s velkými obtížemi, jsou doprovázeny

poruchami spánku, psychickým podrážděním, denním sněním, které postupně vedou k únavě až vyčerpání. Ve čtvrté fázi zvané „vyrovnávání se“ dochází k adaptaci na danou realitu. Člověk po amputaci dolní končetiny zaměřuje pozornost na péči o pahýl a protézu, která mu umožní pohyb. Tato fáze je v určitém smyslu nejdůležitější, neboť je podložena schopností odolávat zátěži. V poslední fázi „smíření“ dochází k přijetí amputace jako skutečnosti, s níž je potřeba se naučit žít. Jednotlivé reakce a fáze odpovídají uplynulé době od operace a odrážejí typ osobnosti postiženého. Podobně popisuje náročnou životní situaci také E. Kübler-Rosová (61).

1.2.4 Intervence sestry v procesu adaptace nemocných po amputaci dolní končetiny

Sestra může nemocnému pomoci porozumět stavu, co se s ním děje a podpořit efektivní způsoby vyrovnání se se stresovou situací, zejména na snížení úzkosti nemocného a na podporu jeho fyzické a duševní pohody. Amputace dolní končetiny nutí nemocného pobývat na lůžku a výrazně jej omezuje. Nemocný je, zejména v prvních dnech po operaci, odkázán na pomoc svého okolí, nemůže opustit lůžko, musí někdy až pasivně přijímat pomoc druhých. Ne každý však umí přijímat pomoc. Mnozí lidé mají pocit, že obtěžují, stydí se o pomoc požádat, prožívají napětí, které může z pohledu okolí přerůst až v nepříjemné chování (21).

Jiní pacienti se situaci pasivně poddávají, podlehnou jí natolik, že vyžadují péče více než je potřeba, nepomohou ani tam, kde by to bylo možné. Upoutání na lůžko ale přináší také společenské omezení, nedostatek kontaktu s ostatními lidmi. Trvá-li situace dlouho, může ubývat návštěv, prostředí je jednotvárné, nedostává se nových podnětů i všeobecných informací. To vše může vést ke zhoršování nálady nemocného, k depresím, ale i k častější kritice poskytované péče a stravování, ke ztrátě chuti k jídlu (21, 17).

Po ztrátě dolní končetiny se u nemocných velice často, na podkladě neuspokojení potřeb psychosociálních, objevují stavy úzkosti a deprese. Výsledky odborných studií provedených v Německu ukazují, že tyto problémy, jako výsledek porušené adaptace, jsou běžné. Ze 75 pacientů vyšetřených po amputaci dolní končetiny se v 27 % ukázala zvýšená deprese, v 25 % zvýšené skóre úzkosti. Zpětná analýza

ukázala, že navíc snížený práh bolesti je důležitým předurčujícím faktorem pro rozvoj psychologických obtíží a nemoci jako je úzkost a deprese. Proto by měla být opatření pro psychologickou diagnostiku a péči zahájena brzy po amputaci k prevenci psychologických odchylek v rámci spolupráce multidisciplinárního týmu (47).

Úlohou sestry je pomoci nemocnému stres rozpoznat a podpořit ho ve zvládnání zátěže, všimnout si, zejména pozorováním, jeho verbálních, motorických, kognitivních projevů, ale musí pamatovat i na to, že se klinické příznaky nemusí projevit. Nemocní, kteří mají potíže se zvládnáním stresu, mívají problémy jako je úzkost, strach, narušené rozhodování. Na základě stanovených ošetrovatelských problémů sestra ve spolupráci s nemocným vypracuje ošetrovatelský plán, kde společně naplánují cíle, které by měly změnit způsob reagování nemocného na stresové podněty. Činnosti sestry, které jsou zaměřené na dosažení naplánovaných cílů se orientují na minimalizaci úzkosti, identifikování mechanismů, které pomáhají jedinci se vyrovnat se zátěží, najít lidi, které mohou nemocnému pomoci, naplánovat nemocnému aktivity, které se budou podílet na redukci stresu. Při realizaci plánu péče sestra zvolí metody, které budou zaměřeny na zmírnění úzkosti nemocného. Dále pomáhá nemocnému přizpůsobit se nově vzniklé situaci tím, že mu pomáhá stát se nezávislým na okolí a to tím, že mu např. přinese jídlo, pomůcky na mytí, zajistí zvonek na dosah, aby sám mohl dosahovat sebeděče. Pokud nemocný zapomíná informace, je dobré mu je zopakovat a podporovat jej v zapojení do plánu ošetrovatelské péče (Příloha 8) (17, 21).

Neméně důležité je informovat nemocného o způsobu spolupráce, při komunikaci s nemocným nezapomínat na to, že amputace dolní končetiny mění jak postavení, tak roli nemocného. Nemocný, jak již bylo zmíněno, je více či méně závislý na pomoci druhých, má problémy v oblasti pohyblivosti, zejména pak s přemisťováním se mimo lůžko. Při poskytování ošetrovatelské péče sestra musí zjistit stupeň sebeděče nemocného, nevyhýbat se komunikaci, všimnout si všech projevů nemocného, vést nemocného k samostatnosti a uvědomění si, ve kterých konkrétních oblastech potřebuje pomoci. Rozhovor by se měl týkat motivace pacienta, tzn. dovést ho k tomu, jak se změnou stavu bojovat, ale i přijmout fakt, který nelze změnit – amputaci dolní končetiny (24, 27, 58).

Pro sestru, která pečuje o nemocného po amputaci dolní končetiny, je důležité vědět co všechno působí na pacienta; jakým způsobem nemoc ovlivňuje uspokojování potřeb; zda a jak nemoc ovlivňuje sociální poměry pacienta a do jaké míry iniciuje vznik nových potřeb; jak může ovlivnit potřeby pacienta, a tím předcházet komplikacím a vzniku nových potřeb. Cílem činnosti sestry je pomoci pacientovi se co nejdříve a v co největší míře adaptovat na změněné prostředí, situaci a získat samostatnost v uspokojování potřeb. Jako prioritní se nemocnému po amputaci dolní končetiny může jevit, jakým způsobem se postaví mimo lůžko, jak bude chodit a používat kompenzační pomůcky, co s ním bude dál, jakým způsobem se uplatní ve společnosti (11).

1.3 Péče o nemocného po amputaci dolní končetiny

1.3.1 Pooperační ošetrovatelská péče

Nemocný je po operaci převezen z operačního sálu v poloze na zádech s mírně zvýšeným hrudníkem a hlavou na pooperační pokoj. Rána je kryta mastným tylem a sterilní gázou, přes kterou je obinadlem vytvarován pahýl. Pro prevenci pooperačního otoku je nutná elevace operované končetiny, která nesmí být zajištěna podložením pahýlu ve flexi, neboť by mohlo dojít k nenapravitelným flekčním kontrakturám. Elevaci končetiny lze zajistit nastavením lůžka. Správné a chybné polohování je znázorněno v Příloze 4 a Příloze 5 (23, 48).

Jedním z cílů ošetrovatelské péče v pooperačním období je zajistit základní životní funkce, tzn. měření krevního tlaku, pulsu, dechu a stavu vědomí po půl hodině do stabilizace stavu. Sestra naměřené hodnoty zapisuje do dekursu a uvede i čas, kdy tato měření byla provedena. Důležitá je také kontrola obvazu, zda nedošlo k obnovení krvácení v operačním poli. Z tohoto důvodu by nemocný neměl mít přikrytý amputační pahýl pokrývkou a sestra by měla mít připraveno Esmarchovo obinadlo a dostatek kompresivního materiálu pro případ náhle vzniklého krvácení z pahýlu (13, 23, 57, 59).

Další monitorovanou oblastí je bolest operační rány, která bývá zpravidla tlumena nejčastěji podáním opiátů intramuskulárně buď intermitentně nebo kontinuálně. Jednou z možností je i kontinuální podávání opiátů epidurálně. To se zpravidla provádí

nemocným, kterým byla provedena svodná epidurální anestézie. Po epidurální anestézii však může docházet k hypotenzi z blokády sympatiku, proto je důležité v pooperačním období zvýšit příjem tekutin. Před samotným podáním analgetik by měla sestra zhodnotit intenzitu bolesti, prostřednictvím verbální či neverbální škály, a nezapomenout vést záznam bolesti včetně účinku provedených intervencí v ošetřovatelské dokumentaci. Dále pak sestra monitoruje vyprazdňování moči nemocného, který by se měl vymočit do 6 – 8 hodin po operaci. Příčinou poruchy močení může být pooperační bolest, poloha vleže či ochabnutí stěny močového měchýře. Nedílnou součástí pooperační péče je i sledování zvracení nebo nucení na zvracení, které se může objevit v prvních 24 hodinách po operaci jako průvodní projev celkové anestézie. Při zvracení by mohlo dojít k aspiraci, proto by sestra měla otočením hlavy pacienta na stranu zajistit odtékání zvratků, popř. odsát zvratky z dutiny ústní pomocí odsávačky. I přesto, že nemocný nebyl operován v oblasti dutiny břišní, sestra kontroluje odchod plynů a následně i stolice (13, 49, 50, 53, 55).

Na bezprostřední pooperační péči navazuje intermediární péče, kdy je u nemocného nezbytné intervenovat na problémy, kterými nejčastěji jsou bolest, diskomfort, únava, omezená pohyblivost, deficit sebepéče v oblasti hygieny, úpravy zevnějšku, narušený spánek, riziko pádu, úzkost, porušený tělesný obraz. Porucha přijetí vzhledu vlastního těla souvisí se ztrátou končetiny a může se projevit stížnostmi na vlastní bezmocnost, pocity zármutku a odmítáním se na pahýl podívat. Zde je pak namístě vytvořit s nemocným vztah důvěry a usměrňovat jeho myšlení tak, aby se dokázal svému stavu přizpůsobit (9, 18, 29, 39, 48, 56).

V tomto pooperačním období jsou nemocnému dále monitorovány základní životní funkce, zpravidla 3x denně a dále dle stavu a ordinace lékaře. Pahýl je polohován (Příloha 4) a kontroluje se i jeho prosakování. O době prvního převazu rozhoduje sám operatér či ošetřující lékař. Po operaci je péče o osobní hygienu ztížena omezenou hybností nemocného, kdy sestra nezapomíná pečovat o čistotu kůže, zejména pravidelným omýváním a masážemi kůže, především v místech vystavených tlaku jako jsou hýždě, záda a paty, čímž předejde i vzniku proleženin. Součástí prevence dekubitů je i pravidelné polohování, péče o lůžko a dostatečná výživa (48, 55, 56).

Péče o hygienu dutiny ústní je důležitá jako prevence vzniku zánětlivých komplikací. V oblasti výživy je též nutné zhodnotit úroveň sebepéče nemocného a podávat stravu dle ordinace lékaře. Zpravidla je nemocnému ordinována dieta, kterou měl již před amputací dolní končetiny. Součástí výživy je i dostatečný příjem tekutin v rámci prevence komplikací jako například nemožnost dostatečně odkašlat, stáza koncentrované moče či prevence tromboembolické nemoci. Při vyprazdňování nemocného na lůžku je nezbytné dodržovat zásady intimity a hygieny rukou po vyprázdnění. Pozornost by měla být věnována hygieně genitálií, neboť vzestupná infekce či poruchy integrity kůže v těchto oblastech mohou zhoršovat prognózu stavu a nácvik aktivity pomocí kompenzačních pomůcek (29, 48, 55, 56).

Pro zajištění spánku a odpočinku sestra hodnotí úroveň spánku a odpočinku nemocného. Svůj význam má dostatek informací o chorobě a vhodná aktivizace přes den. Spánek i odpočinek bývá zpravidla narušen bolestí pahýlu, ale i bolestí fantomovou. V praxi se lze setkat s tím, že nemocní nechtějí tyto bolesti přiznat, neboť se obávají, že jim to zdravotníci nebudou věřit. Jedním z cílů ošetrovatelské péče je pomoci nemocnému se adaptovat na možnost, že tato bolest zcela nezmizí. V současné době lze pro minimalizaci fantomových bolestí končetiny podávat již předoperačně epidurálně opioidy v kombinaci s lokálním anestetikem. Samozřejmě je na místě i kombinace s nefarmakologickými postupy jako například biofeedback nebo léčba TENS (transkutánní elektrická stimulace) (20).

Nedílnou součástí pooperační péče je i uspokojování psychických potřeb nemocného, kdy je zapotřebí v některých případech požádat o spolupráci psychologa. Úlohou sestry je citlivým přístupem a opakovaným povzbuzováním dodávat nemocnému ztracenou důvěru. Nemocní mohou mít i strach ze ztráty druhé končetiny, zde je pak na místě edukace v péči o diabetickou nohu, respektování dietního režimu při diabetes mellitus a nekouřit. Němcová ve svém článku apeluje z tohoto důvodu na prevenci, neboť amputace dolní končetiny má dopad jak psychický, tak sociální a somatický. Je podceňováno preventivní vyšetření nohou u diabetiků, což je posléze příčinou neefektivního zvládnutí komplikací diabetické nohy (18, 37).

Péče o operační ránu zahrnuje i péči o drény vyvedené z rány, které se zpravidla odstraňují za 48 – 72 hodin po operaci. Stehy se odstraňují mezi 10. – 14. pooperačním dnem v případě hojení rány per primam. Pahýl se bandážíje elastickým obinadlem od vrcholu postupně proximálně, aby se snižoval pooperační otok a správně formoval pahýl (podrobně kapitola 1.3.2). Toto vyvazování je potřebné naučit i nemocného (Příloha 3).

Aktivizace nemocného začíná již první den pooperační cévní gymnastikou, dechovou rehabilitací a kondičním cvičením na lůžku. Po odstranění drénů se pacient mobilizuje, nejprve vertikalizací do sedu, poté do stoje. Učí se pečovat o amputační pahýl, provádí cvičení k posilování zachovalých svalových skupin pahýlu a polohuje jej v rámci prevence vzniku kontraktur (podrobně kapitola 1.3.2). Podle možnosti nacvičuje chůzi s podpažními nebo francouzskými holemi a je veden k výcviku sebeobsluhy. Zvláštní péče je věnována nemocným s onemocněním kardiovaskulárního aparátu, u kterých je ztížena, někdy až ze zdravotních důvodů kontraindikována chůze o berlích (3, 35).

Neméně důležitá je i spolupráce s psychologem a sociálním pracovníkem. Nejvhodnější je, aby byli s nemocným v kontaktu již před operací a pohovořili s ním o jeho perspektivě dalšího zaměstnání, rodinných a společenských vztahů. Psychickou podporu potřebuje nemocný samozřejmě i po operačním výkonu. Využívat lze také ergoterapie, která má za cíl jednak zaměstnat a odpoutat, ale také navodit opětovou plynulost pohybových prvků (3).

Naměřené hodnoty a průběh péče sestra zaznamenává čitelně do zdravotnické dokumentace nemocného, jejíž součástí by měla být i dokumentace ošetrovatelská, kde jsou všechny grafické a jiné záznamy provedené sestrou u nemocného (Příloha 8) (59).

1.3.2 Pooperační péče o amputační pahýl

Pokud je amputační výkon plánován a je možné se na něho připravit po fyzické stránce, jsou před výkonem doporučovány cviky na posílení svalstva zdravých horních a dolních končetin. Rovněž nácvik chůze na podpažních či francouzských holích může urychlit rehabilitaci a samotné protézování. Po amputaci je pahýl oteklý a bolestivý.

Otok je způsoben samotným operačním výkonem a změnou cévního řečiště, které bylo přerušeno. Postupem času dochází k úpravě objemu pahýlu a vytvoření cévních spojek v měkkých tkáních pahýlu (23, 60).

Prvním předpokladem úspěšné rehabilitace je správné uložení amputačního pahýlu v lůžku ihned po operaci. Nesprávné uložení vyvolává svalové kontraktury, které jsou jen velmi obtížně odstranitelné a mohou znesnadnit nasazování protézy i samotnou chůzi na protéze. Polohování se provádí vleže na zádech nebo na břiše a záleží na výši amputace (Příloha 4). U amputačního pahýlu stehenního dochází snadno k semiflexní kontraktuře v kyčelním kloubu. Vleže na zádech je u stehenní amputace potřeba podložit pánev, nikoli bederní páteř, a zatížit přední část stehenního pahýlu. V poloze vleže na břiše je horní polovina trupu v horizontále, kdy se stehenní pahýl podkládá do zanožení a musí se zajistit proti unožení. U bérkové amputace se provádí nízké podložení konce pahýlu a protahování kolenního kloubu do extenze. Pahýly při částečné amputaci nohy, jako například exartikulace v kloubu Chopartově, Lisfrankově, je nutné po operaci fixovat v sádrových dlahách, poněvadž je zde výraznější rozdíl mezi extenzory a flexory. Amputační pahýly dolní končetiny je tedy nutné bezpodmínečně ukládat na lůžku v úplné extenzi, s výjimkou hlezenního kloubu, který je nutno fixovat v pravouhlém postavení. Jakékoliv podkládání amputačních pahýlů dolní končetiny polštářky, Braunovými semiflexními dlahami je nesprávné, protože téměř vždy vede ke kontrakturám.

V pooperační péči je potřeba věnovat zvýšenou pozornost tvarování pahýlu, neboť na jeho definitivním tvaru závisí další osud nemocného. Ideálně tvarovaný pahýl má zásadní význam pro aplikaci protézy. Pahýl po amputaci vyžaduje důkladnou péči a otužování. Prvním úkolem po operaci je časné bandážování pahýlu dle instruktáže sestry (Příloha 3) (18, 23).

Při bandážování je zapotřebí dodržovat určité zásady, které jsou popsány níže. K bandážování je důležité používat dostatečně široká elastická obinadla (10 - 14 cm) a první otáčky obvazu nést přes pahýl cirkulárně, neboť může dojít ke stlačení povrchového žilního systému a nedostatečné drenáži pahýlu. Jednou z dalších zásad je bandážovat až nad zachovaný kloub končetiny, tzn. u stehenní amputace bandážovat

přes pás a u amputace v bérce nad kolenní kloub (Příloha 3). Bandáže je doporučováno provádět 3x denně a je zapotřebí bandáž střídat s další péčí o pahýl, jako je například otužování. Otužování pahýlu má za cíl adaptaci na tlak lůžka protézy a na postupně se zvyšující zátěž protézované končetiny, zlepšení mikrocirkulace v oblasti vrcholu pahýlu a uvědomování si podnětů z pahýlu. Otužování lze provádět poklepovou masáží prsty a rukou nebo pomocí jemného kartáčku nebo míčku. Jako masážní prostředek se doporučuje používat nedráždivé krémy jako např. Nivea , Indulona (18, 23).

Každodenní očista pahýlu by se měla stát samozřejmostí, neboť kůže je vystavena celodenně větší zátěži – pahýl se více potí, špatně dýchá a dochází ke snadnějšímu podráždění kožního krytu. Pro udržení ideálního stavu je nutné každý večer omývat pahýl teplou vodou a dlouho nemáčet. Není vhodné jej omývat před nasazením protézy, protože provlhlá kůže se může snadno podráždit a odřít. Zde je pak namístě nepodcenit ošetření i sebemenších oděrek, které při používání protézy vzniknou (18, 23).

S tzv. návratnou péčí se začíná druhý až třetí den po operaci. Je ovšem nutno řídit se celkovým stavem operovaného. Nejprve se provádí polohování, kdy se nemocný otáčí na lůžku několikrát denně i v noci na boky a na záda. Nikdy na břicho. Polohováním dojde ke zlepšení krevního oběhu, zabrání se kontrakturám a popřípadě dekubitům. Nemocný provádí dýchací cvičení nejprve vleže a při celkově dobrém stavu vsedě. Později může přidat lehkou rozcvičku horních končetin. Osmý až desátý den se začíná s pasivním cvičením pahýlu, i když ještě není operační rána zhojena. Provádějí se jednoduché pasivní pohyby v mírném rozsahu, aby se neuvolnila sutura svalových skupin. Pro povzbuzení krevního oběhu, k odstranění pooperačního edému, a tím ke zrychlení hojení rány se přidává opatrná masáž části pahýlu. Začíná se i s výcvikem horních končetin pro užívání berlí při chůzi. Nemocný cvičí vzpory a výdrž ve vzporu. K tomuto účelu se vkládají do lůžka zvláštní rukojeti tvarem podobné zednickým hladítkům, o které se amputovaný vzpírá nebo k nácviku může využít i činek. Vzpírání se o vodorovně položenou dlaň v lůžku je nesprávné a nedává dostatečný efekt při výcviku svalové síly (23, 48).

1.3.3 Význam vertikalizace v ošetrovatelské péči

Po zhojení amputační rány, která nastává přibližně za 14 až 21 dnů po operaci (hojení operační rány je velmi individuální), se začíná s aktivním cvičením. V případě menší granulační plochy v místě amputace cvičení zpravidla nevádí. Při uvedení nemocného do vertikální polohy se nejprve nemocný staví vedle lůžka, kde musí být dostatečně zabezpečen před pádem, na několik minut denně, popřípadě i opakovaně. Dokonalé zabezpečení před pádem je nutné proto, že po dlouhém ležení si organismus musí zvyknout na změněnou polohu a zpočátku může vznikat závrať na podkladě ortostatické hypotenze. Zároveň začíná důležité období výcviku rovnováhy nemocného. Ztráta části nebo celé končetiny působí změnu v celkové hmotnosti těla a tato změna ovlivňuje polohu ústředního těžiště celého těla. Podle rozsahu ztráty hmoty těla se přesunuje poloha těžiště nejen vzhůru, ale i ke zdravé straně. Tento fyzikální jev pak způsobuje, že zdravá polovina těla bude vždy více zatěžována. Z tohoto důvodu je proto potřeba posilovat i zachovanou dolní končetinu, aby vyšší zatížení dobře snášela, zejména svalstvo nohy a bérce udržující podélnou klenbu nožní (19, 23).

Při nácviu rovnováhy se nemocný po amputaci dolní končetiny učí nejprve stát tak, „jak mu to jde“. Později se dbá na to, aby stál zcela vzpřímeně bez úchytky páteře ke zdravé straně. Zároveň se učí chodit s použitím podpažních berlí. Rovněž skákání na jedné noze je důležitou součástí výcviku, neboť jeho zvládnutím se stává amputovaný do jisté míry nezávislým na berlích nebo později na protéze (19, 23).

Neméně důležité je naučit klienta vhodné metodě pádu a to tak, aby nedošlo k poranění. Nemocný se pád učí podle metody judo převáděním pádu v kotoul. Dosáhne tím nejen dostatečné ochrany před možným zraněním při pádu, ale zbaví se také strachu před pádem, který může brzdit jeho výcvik, volnou chůzi a nutí ho ke zbytečnému užívání holí, či opatrnému našlapování na protézu. V té době provádí amputovaný také nášlapné cvičení pahýlu. Nejprve se lehce opírá vrcholem pahýlu o měkký polštářek, aniž zcela přenáší hmotnost těla na pahýl. Později se měkký polštářek vymění za sáček se zrním, např. ovsem, který je tvrdší. Oves je volen záměrně, poněvadž nemá kulatá zrna. Následuje sáček s pískem, který je ještě tvrdší a poté přijde na řadu zátěž prostřednictvím obyčejného prkénka. Nášlapná cvičení se provádějí u všech pahýlů,

avšak více se stupňují u pahýlů vysloveně nášlapných. Při výcviku mimo lůžko se nadále věnuje péče svalstvu a oběhu amputačního pahýlu. Pokračuje se v masáží, koupelích, aktivním i pasivním cvičení a aplikuje se fyzikální terapie, jako například horské slunce, horko vzdušné nebo žárovkové lázně, galvanické lázně, diatermie.

Dalším úkolem fyzioterapeuta je naučit nemocného pohybovat se s pomocí protézy, která má tvar zdravé končetiny, má hybné klouby a různá zvláštní zařízení, jako gumové tahy, uzávěry kloubní, kloubní brzdy. Amputovaný musí svou protézu nejen ovládat, ale musí jí i rozumět. Musí se naučit znát jednotlivé součástky protézy, jejich ošetřování a udržování (19, 23).

Chůze v protéze se cvičí po rozmanitém terénu, poněvadž každý vyžaduje jiný typ chůze. Jinak se chodí po tvrdé rovné podložce, jinak po trávě, po písku a po hrbolaté půdě či po šterku. Nacvičuje se i chůze přes drobné překážky, otáčení doprava i doleva, chůze do schodů a ze schodů, popřípadě stoupaní na žebřík. Při výcviku pomáhají též vycházky ve volném terénu a kolektivní hraní některých míčových her.

Nácvik chůze na protéze vrcholí zvládnutím běžných denních situací. Usednutí na židli, nácvik nástupu do auta nebo do veřejných dopravních prostředků, práce v kuchyni. Teprve po takovém uceleném výcviku lze předpokládat, že amputovaný bude používat protézu správně, bude chodit lehce a bude se moci vrátit ke spokojenému životu, případně i do pracovního procesu (23, 25).

Nemocný po amputaci dolní končetiny poté nebude objektem pouze zdravotníků, ale důležité bude zapojení i do dalších oblastí, zejména ze sféry sociální péče, politiky na úrovni komunální, ale i s celostátní působností. Smyslem rehabilitace je dosažení jejího hlavního cíle, tj. umožnit nemocnému kvalitní a plnohodnotný život ve společnosti (19).

Cílem léčebné rehabilitace po amputaci na dolní končetině je redukace lokomoce a následná resocializace pacienta. Prostředkem dosažení cíle je vybavení indikovaného pacienta odpovídajícím typem protézy, vypracování stereotypu chůze, který se blíží fyziologickému, a nácvik využití protézy k běžným denním činnostem (3).

1.4 Aplikace Royové adaptačního modelu u nemocných po amputaci

Významná autorka v oblasti koncepčních modelů Callista Roy se narodila roku 1939 v Los Angeles, kde v roce 1960 získala základní ošetřovatelské vzdělání a o tři roky později ukončila bakalářské vzdělání v ošetřovatelství na kalifornské univerzitě. Po ukončení studia v ošetřovatelské praxi působila jako pediatriká sestra, kde zaznamenávala schopnosti dětí adaptovat se na změny. Toto pozorování ji nasměrovalo k tvorbě ošetřovatelského modelu, jehož základy vytvořila v období roku 1964 – 1966. V témže roce se stala absolventkou magisterského studia v ošetřovatelství, o 11 let později ukončila doktorské studium sociologie, v roce 1985 habilitovala z klinické neurologie. Kromě ošetřovatelské praxe pracovala jako vedoucí ošetřovatelského oddělení, jako odborná asistentka a zároveň realizovala několik výzkumných studií. Stala se členkou Americké akademie věd, NANDA a Světové organizace žen. Termín model je v tomto smyslu chápán jako představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je jakousi myšlenkou, která model vysvětluje prostřednictvím symbolické nebo fyzikální vizualizace (40, 41).

1.4.1 Myšlenkové předpoklady a východiska modelu

C. Royová vypracovala koncepční model v 70. letech 20. století s vizí pro století 21. Tvorba modelu byla ovlivněna několika myšlenkovými a teoretickými aspekty, které je důležité zmínit: teorie systémů Bertalanffyho, adaptační teorie Helsona, humanistické filosofie a holismu, Maslowovy práce, sociální interakční teorie a stresové adaptační teorie dle Selyeo.

Z teorie systémů Bertalanffyho rozvinula myšlenku, že člověka nejlépe vystihuje celistvost, vzájemná závislost, systém kontroly chování, zpětná vazba prostřednictvím informací a komplexnost člověka jako systému. Jedince chápe jako celek, který je nejen prostý souhrn jeho jednotlivých částí. Celistvost pak zdůrazňuje zdravé, progresivní a dílčí změny mezi různými funkcemi a částmi celku. Z adaptační teorie Helsona převzala myšlenku, že člověk se v zásadě chová tak, jako by se adaptoval a úroveň jeho adaptace závisí na vnějších a vnitřních podmínkách. Kapacita každého jedince se přizpůsobuje podmínkám prostředí a zároveň dochází ke spouštění organických reakcí

typu senzorické, zánětlivé reakce, reakce na stres a reakce, kdy je organismus připraven bojovat nebo utíkat. Helson dále adaptaci charakterizuje jako společnou odpověď na mnohonásobné podněty, které Royová nazývá fokální, kontextuální a reziduální (blíže bude popsáno v kapitole 1.4.1 Stimuly dle Royové).

Humanistická filosofie uznává hodnotu člověka jako osobnosti, konkrétně jeho právo a svobodu, rozvoj jeho sil a schopností, kde klade důraz na význam schopností člověka. Za normy vztahů mezi lidmi považuje zásady spravedlnosti, rovnosti a lidskosti. Holistická teorie spatřuje všechny živé organismy jako jednotné celky (termín „holos“ je řeckého původu, jehož význam označuje celek) ve vzájemné interakci, které jsou takto více než součtem jejich součástí. Holistický pohled na člověka vnímá osobu jako celek, nikoli jako sumaci částí, přičemž je potřeba akceptovat i vztah části jedince ve vztahu k celku a vztah celku k jeho částem (11, 33, 53).

Americký psycholog Abraham H. Maslow vycházel z humanistické psychologie a inspiroval se existencionální filosofií. Východiskem vytvořené motivační teorie Abrahama Maslowa je zjištění, že lidské chování je podmíněno širokou hierarchií lidských potřeb. Maslow v ní zdůraznil těsné propojení psychologie a filosofie. Jeho filosofie je součástí „holisticko-dynamického názoru“. Dle Maslowa má každý jedince individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán, kde lidé jsou motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Maslow tyto potřeby uspořádal do pěti stupňů: fyziologické potřeby, potřeby existenční jistoty, sociální potřeby, potřeby uznání a potřeby seberealizace. Takto uspořádaný žebříček lidských potřeb vyjadřuje do jisté míry naléhavost jejich uspokojení a podmiňuje tak motivační přístupy: vyšší stupeň potřeb může motivačně plně působit až po částečném uspokojení potřeb nižšího řádu. Uspokojování hierarchicky stanovených potřeb však nelze chápat jako úplně závazný postup, tzn., že potřeby nižšího stupně nemusí být plně uspokojeny dříve, než bude člověk motivován potřebami vyššího stupně (53).

Psychosociální interakční teorii vzniku onemocnění se zabývalo mnoho autorů. Jako první byl v této oblasti proveden výzkum H. Wolffem a S. Wolfem. Wolfovi se podařilo prokázat, že někteří lidé reagují na frustrující situace stále stejným tělesným

orgánem nebo systémem. S. Wolf se zabýval rolí mozku při vzniku onemocnění a dospěl k závěru, že na základě chybné sociální interakce mezi člověkem a vnějším prostředím může být mozek poškozen. Na tyto autory později navázali Schwartz, Rahe, Holmes a Lazarus, kteří se dostali ještě blíže k interakci mezi jedincem a sociálním prostředím. Schwarz pohlíží na mozek jako na adaptivní systém, který přijímá změny z vnějšího prostředí, které následně zpracovává a přes zpětnou vazbu stabilizuje vnitřní prostředí organismu. Holmes a Rahe zkoumali vztah mezi množstvím životních – sociálních změn člověka a onemocněním. Dospěli k závěru, že čím vyšší skóre životních změn je, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku onemocnění. Na základě opakovaných výzkumných šetření byla těmito autory vytvořena „Stupnice sociálního přizpůsobení“ (33).

Lazarus se již intenzivněji zabýval teorií stresu a zdůraznil, že jak stres, tak i jeho následné zvládnání jsou procesy (kapitola 1.2.1). Lazarus je znám vytvořením seznamu nejčastějších denních potíží a drobných denních radostí. Stresová adaptační teorie dle Selye byla identifikována jako paradigmatický původ teorie modelu Royové. Blíže je o tato teorie popsána v kapitole 1.2.1 (33, 63).

Z analýzy výše uvedených teoretických a myšlenkových aspektů vyplývá, že v modelu Royové jsou jedinec, skupina, komunita nebo společnost holistickým adaptivním systémem. Lidé jsou živé systémy ve stálé interakci s prostředím a systém je skupinou jednotek spojených tak, že vytvářejí celek, který je charakterizovaný vstupem, kontrolou, procesy, výstupem a zpětnou vazbou. Otevřenými systémy jsou prostředí a lidé, kteří si vzájemně vyměňují energii, hmotu a informace. Prostředí se stále mění, a proto se jedinec musí adaptovat na podněty z vnějšího a vnitřního prostředí. To, jakým způsobem je jedinec schopen zvládat změny z vnějšího prostředí se mění v čase, neboť prostředí vytváří podmínky ovlivňující vývoj a chování jedinců i skupin. Svými interními a externími faktory působí na schopnost jedince přizpůsobovat se. Každá změna prostředí vyžaduje energii potřebnou pro adaptaci na tuto změnu (10, 40, 63).

Royové teorie připomíná mírně abstraktní obsah deduktivní mikroteorie ošetřování nemocného. Jedná se o teorii, která se rozvíjí prostřednictvím adaptace a jejích modů. Teorie má široký rámec možností a pokouší se určit široký rozsah oblastí

problémů souvisejících s nemocným. Z historického pohledu jsou až mnohem později popisovány dva subsystemy, čtyři efektorové mody a výsledek. Royová představila adaptační model jako teorii ošetrovatelské praxe, která poskytuje rámec k organizaci myšlenek, znalostí, které určují mody a mechanismy adaptace stejně tak jako neefektivní chování. Royová se zmiňuje i o kopingu, prostřednictvím kterého objasňuje mechanismus adaptace. Ale na rozdíl od Křivohlavého hranici mezi kopingem a adaptací explicitně nerozlišuje (2, 10, 40, 63).

1.4.2 Základní metaparadigmatické koncepty modelu

Pokud chceme pracovat a porozumět adaptačnímu modelu Royové, je zapotřebí z metodologického pohledu poznat jeho metaparadigmatická **východiska**, jimiž jsou osoba, zdraví, prostředí, ošetrovatelská péče a vztahy mezi nimi. Termín koncept (pojem) je chápán jako myšlenková forma lidského poznání, která celostním způsobem vyjadřuje podstatné a všeobecné znaky poznávaného předmětu.

Royová pohlíží na *osobu* jako bio-psycho-sociální bytost, která je otevřeným interaktivním systémem ve stále měnícím se prostředí. Jedinec reaguje na podněty z vnějšího a vnitřního prostředí. Dle Royové se nemusí vždy jednat pouze o jednotlivce, ale i o skupinu, komunitu, organizaci, anebo společnost. Royová vidí osobu jako adaptační systém, jako celek, který je složený z jednotlivých částí, tzv. subsystemů, které mají funkční smysl. Osoba je chápána jako adaptační systém, který se neustále mění v souladu s měnícím se prostředím a zároveň je otevřeným systémem, ve kterém dochází ke kontinuální výměně informací s okolím. Osoba podle Royové funguje ve čtyřech způsobech adaptace: fyziologickém, sebekoncepce a identifikace ve skupině, pomocí rolové funkce a pomocí vzájemné závislosti (34).

Dle autorů Lopes, Pagliuca a Araujo, kteří se zabývali historickým vývojem enviromentálního konceptu využívaného u adaptačního modelu Royové, bylo zjištěno, že *prostředí* je uvedeno jako druhý hlavní pojem v Royové adaptačním modelu. Royovou je definováno jako všechny podmínky, okolnosti a vlivy, které osobu obklopují a mají vliv na její vývoj a chování. Prostředí se mění a spolu s interními a externími faktory působí na schopnost jedinců přizpůsobovat se, tedy adaptovat se.

Podněty mohou být vnější anebo vnitřní, prostřednictvím kterých je vyvolávána odpověď. Do vnitřních podnětů patří názory, vyznání víry, struktura rodiny, případné problémy v rodině, vývojové období člověka, věk, pohlaví, dědičnost, genetické faktory, způsoby adaptace, vnímání, vliv sociálního prostředí, zdravotní péče. Každá změna prostředí vyžaduje od jedince více energie pro adaptaci na novou situaci (31, 40, 63).

O *zdraví* autorka modelu uvažuje jako o stavu a procesu existence člověka jako integrovaného celku v podmínkách neustále se měnícího prostředí. Integrita je daným bodem v čase, který je odrazem adaptačního procesu. Podněty z prostředí, které jedince ovlivňují se, jak již bylo zmíněno, označují jako stimuly (fokální, kontextuální a reziduální) a tvoří jádro zaměření ošetřovatelství. Zdraví je výsledkem úspěšné adaptace na stimuly vycházející z prostředí. Pokud nefunguje mechanismus přizpůsobování se, jedinec onemocní. V okamžiku, kdy se jedinec dokáže přizpůsobit vlivům stimulů, je připravený opět reagovat na další stimul.

Ošetřovatelská péče je potřebná tehdy, pokud nadměrný stres anebo zvládání situace oslabuje člověka do takové míry, že není schopný zvládnout situaci efektivním způsobem. Cílem ošetřovatelské péče je podpora adaptace ve všech jejích čtyřech modech (způsobech). Cílem ošetřovatelství je pak pomáhat jedincům ve zdraví i nemoci k efektivním a adaptivním odpovědím (10, 40, 63).

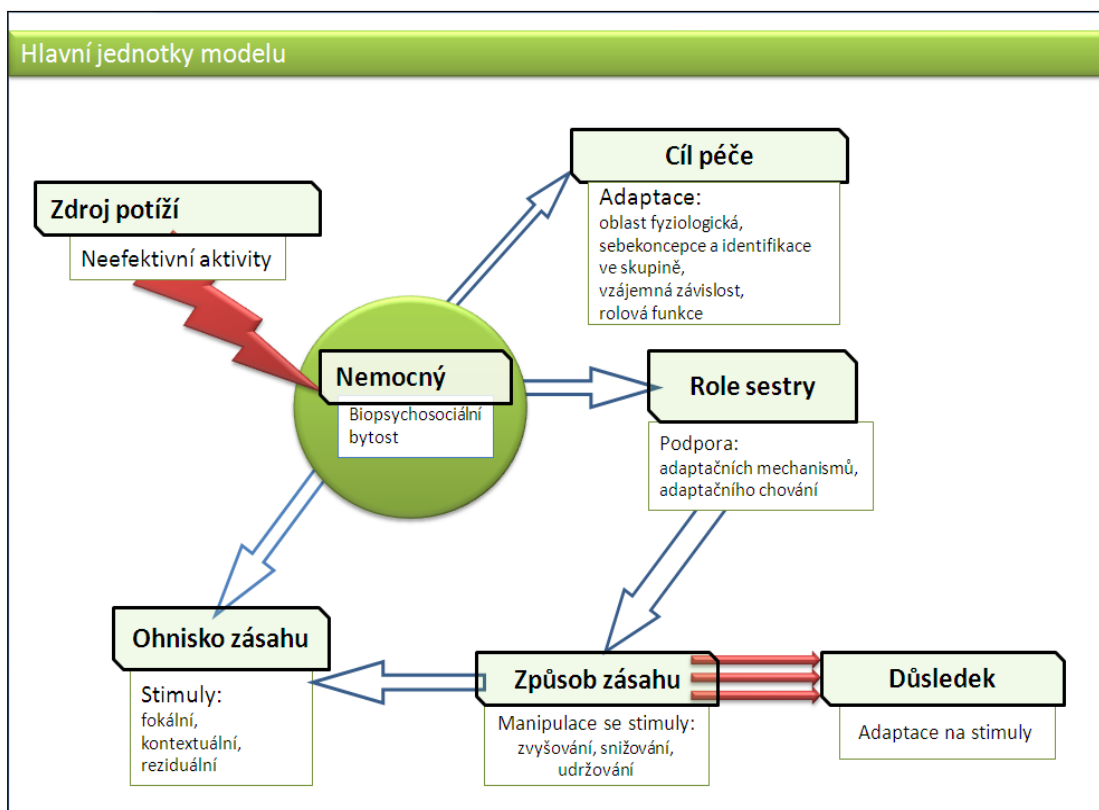
Vztah mezi osobou a prostředím vyjadřuje Royová tvrzením, že osoba jako adaptační systém nemá pouze schopnost efektivně se vyrovnávat se změnami v prostředí, ale může na prostředí i aktivně působit. Vztah mezi osobou, zdravím a ošetřovatelskou péčí výstižně vyjadřuje již zmíněný cíl ošetřovatelské péče. Ošetřovatelská péče je poskytována zdravým a nemocným lidem za účelem podpořit zdraví, kvalitu života anebo zabezpečit důstojné umírání, avšak nejdůležitější úlohou v ošetřovatelské péči je rozšíření individuální adaptační zóny člověka a změna neúčinného chování na účinné (1, 10, 40, 63).

1.4.3 Hlavní jednotky modelu Royové amputovaných nemocných

Hlavní jednotky jsou jednou ze třech základních součástí ošetrovatelských modelů a byly zformulované z asumpcí a hodnotového systému. Asumpce jsou fakta či předpoklady, které jsou odvozovány od vědecké teorie a praxe a v praxi je lze ověřit. Hodnotový systém tvoří základní myšlenky oboru, které odrážejí filosofický názor autora (40).

Cílem ošetrovatelské péče o nemocného po amputaci dolní končetiny je podnítit adaptaci po amputaci prostřednictvím ovládnání enviromentálních stimulů v každé ze čtyř oblastí adaptačních modů: fyziologického, sebekoncepce a identifikace ve skupině, vzájemné závislosti a rolové funkce. *Nemocný* je bio-psycho-sociální bytost v trvalé interakci s měnícím se prostředím. *Role sestry* při péči o nemocného po amputaci dolní končetiny spočívá v motivaci a podpoře adaptačních mechanismů a adaptivního chování. *Zdrojem potíží* nemocných po amputaci dolní končetiny jsou neefektivní aktivity pro udržení jejich integrity, kdy *ohniskem zásahu* jsou fokální, kontextuální a reziduální stimuly. *Způsobem zásahu* je pak manipulace se stimuly, jejich zvyšování, snižování, udržování, odstranění kdy *důsledkem* jsou adaptivní odpovědi amputovaného nemocného na působící stimuly. Hlavní jednotky modelu jsou názorně vyjádřeny pochopením autora práce ve schématu 1 (1, 2, 40).

Schéma 1 Hlavní jednotky u amputovaných dle Royové



1.4.4 Adaptační proces dle Royové u nemocných po amputaci

Adaptace je procesem přizpůsobování se změnám z vnějšího a vnitřního prostředí, ze kterého vycházejí stimuly, na které jedinec reaguje a kterým se přizpůsobuje. Součástí procesu adaptace je reakce a odpověď na fokální, kontextuální a reziduální stimuly. Adaptační odpověď může být adekvátní a účinná nebo neúčinná. Sestra prostřednictvím poskytované ošetrovatelské péče zasahuje při chování neúčinném. Neefektivní reakce na změny prostředí vedou ke změně celistvosti jedince. Pokud se vyskytne velmi prudký stimul mimo adaptační zónu jednotlivce, pak bude odpověď neúčinná. Pozitivní adaptivní reakce nastane pouze tehdy, pokud jedinec pozitivně reaguje na změny vnějšího nebo vnitřního prostředí. Pozitivní adaptace je procesem podpory fyzické, psychické a sociální integrity jedince, která je nezbytnou podmínkou jeho celistvosti, úplnosti (10, 40, 63).

1.4.4.1 Stimuly dle Royové působící na nemocné po amputaci

Adaptaci, jak již bylo zmíněno, charakterizuje Royová jako společnou odpověď na mnohonásobné stimuly – podněty, které jsou vstupními jednotkami a vyvolávají adaptační reakci. Jedná se o podněty z vnějšího a vnitřního prostředí a Royová je navíc rozděluje do třech skupin: fokální (ohniskové), kontextuální a reziduální. Určitou roli v procesu adaptace hraje i individuální úroveň adaptace (14, 40, 63).

Fokální stimuly, nebo také ohniskové, centrální, jsou podněty, které aktuálně, okamžitě ovlivňují a působí na jedince v určitém momentu, na který okamžitě reaguje a co nejrychleji se mu musí přizpůsobit. Může jít o stimuly v oblasti fyzické, psychické či psychosociální jako například samotná amputace dolní končetiny, stres, onemocnění, bolest či strach z budoucnosti. Fokální stimuly působí na nemocného po amputaci končetiny nejsilněji, urychlují jeho adaptivní chování, mají největší vliv na množství energie, kterou nemocný vydává v interakci s prostředím.

Na působení fokálních stimulů mají vliv *stimuly kontextuální*, které vycházejí z vnějšího prostředí a modifikují podmínky, za kterých působí fokální podnět, působí tedy náhodně v době vlivu fokálního stimulu, ke kterému má vztah. To znamená, že kontextuální stimul může v daném okamžiku ovlivnit účinek a odpověď na fokální stimul. Může se jednat o rodinné či nemocniční prostředí, oblast příjmu potravy či způsob poskytování ošetrovatelské péče, amputaci následkem úrazu, proto zpravidla kontextuální stimul působí déle než fokální (40, 42, 63).

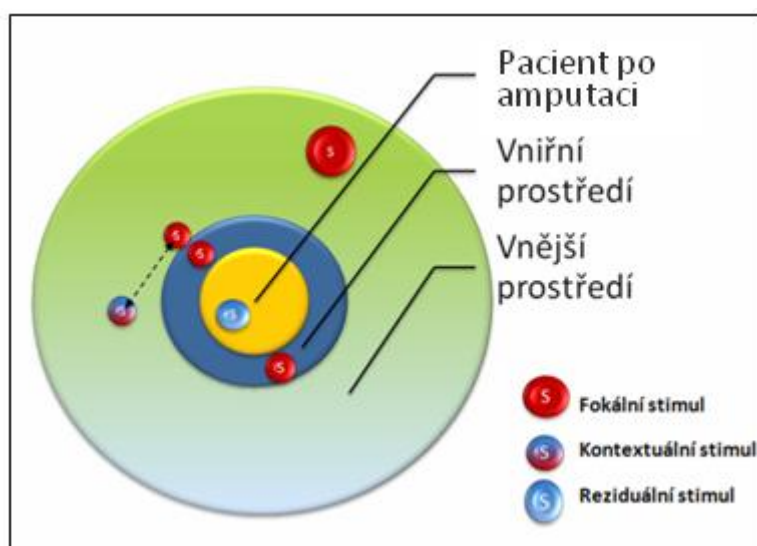
Oproti tomu *stimuly reziduální* nemají rozhodující vliv na aktuální odpověď organismu, neboť jsou poměrně stálé. Jedná se o podněty z osobnostní oblasti jedince, jako např. vlastnosti, hodnoty, postoje, názory, které se vyvinuly z předchozích zkušeností. Dále lze uvést víru, povahové rysy a stanoviska, která byla vytvořena v minulosti a jejich účinek lze vidět v současnosti. Jako příklad lze uvést optimismus, introverzi, snahu nemocného aktivně se podílet na ošetrovatelské péči či depresivní stav nemocného (2, 43).

Identifikace a práce se stimuly (jejich podpora, udržování, zvyšování či tlumení) napomáhá v procesu adaptace nemocného po amputaci dolní končetiny ve všech čtyřech modech: fyziologickém, sebekoncepce a identifikace ve skupině, vzájemné závislosti

a rolové funkce. Dle Royové se zpravidla manipuluje s fokálními stimuly, neboť právě ty jsou primární příčinou pacientova chování. Pokud je však fokálním stimulem amputace dolní končetiny, využívá se manipulace s kontextuálními či reziduálními stimuly prostřednictvím psychologické či psychoterapeutické podpory. Ošetrovatelské intervence pak mohou vyžadovat manipulaci s nemocným, prostředím či oběma. Důležité je proto pro sestru vytvořit nejen vztah mezi pacientem, ale poznat i jednotlivé adaptační módy, uvědomit si důležitost práce se stimuly, neboť pro dosažení efektivní adaptace je nutné rozpoznat a ovlivnit působící stimuly v jednotlivých modech. Přitom všem nezapomínat, že stimuly mohou působit jak pozitivně, tak i negativně (10, 14, 16, 46).

Přímo z vnitřního prostředí působí stimuly, které lze pokládat za *adaptační úroveň* nemocného po amputaci dolní končetiny. Představuje vlastní, standardní rozsah individuálních reakcí jedince na podněty „normálním způsobem“ chování. Pokud nedojde po amputaci dolní končetiny k úspěšné adaptaci, vzniká adaptační problém. Působení stimulů na nemocného po amputaci dolní končetiny z vnějšího a vnitřního prostředí je znázorněno ve schématu 2 na základě pochopení adaptačního modelu Royové autorem práce (10, 14, 34, 40, 63).

Schéma 2 Působení stimulů na pacienta po amputaci



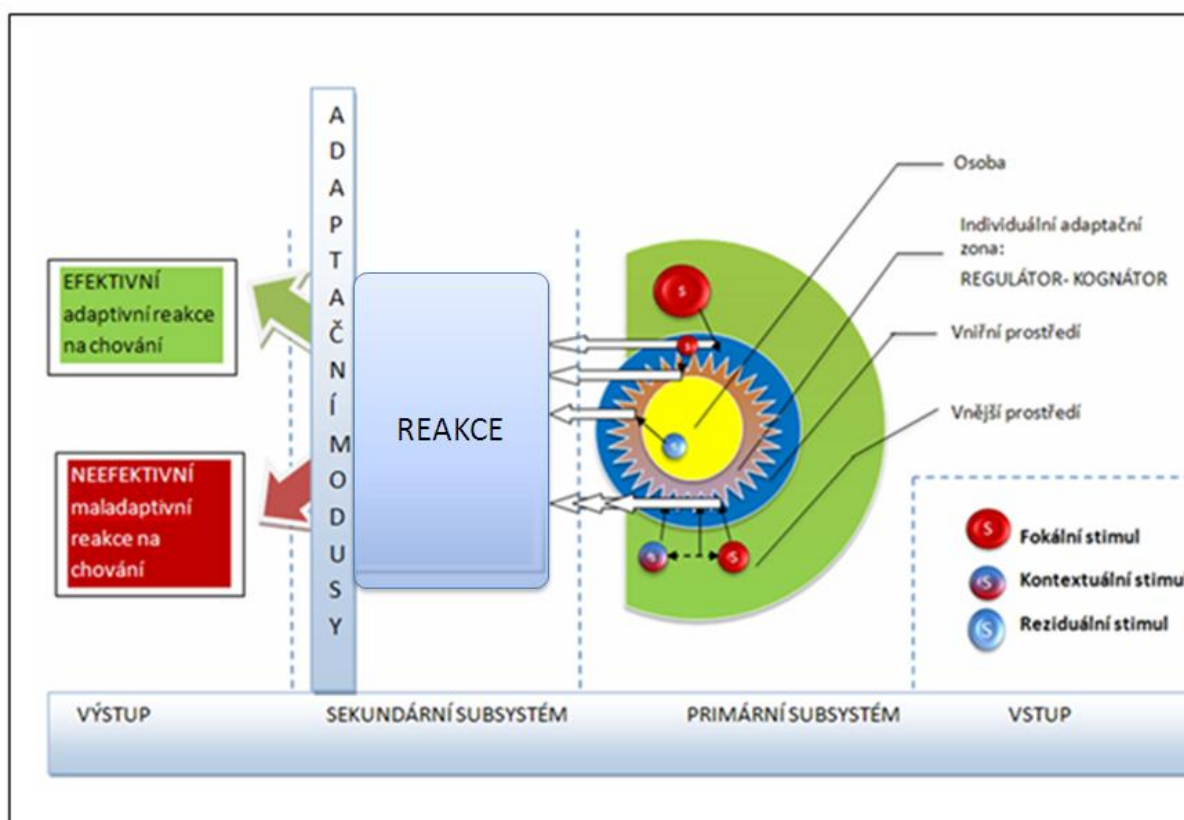
1.4.4.2 Adaptační systémy dle Royové

Adaptační systém jedince je Royovou rozdělen na dva subsystémy: primární a sekundární. **Primární subsystém** nebo také kontrolní subsystém zahrnuje naučené nebo zděděné mechanismy kontroly procesů na překonávání či zvládnání situace. Skládá se z regulátoru a kognátoru. Regulátor reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí prostřednictvím nervových, chemických a endokrinních reakcí. Kognátor pak reaguje na stimuly z vnějšího a vnitřního prostředí převážně prostřednictvím vyšší nervové činnosti jako je paměť, učení, emoce, rozhodování. Reakce prostřednictvím kognátoru jsou emočního typu. Regulátor a kognátor jsou způsoby na zvládnutí situace, jakési vnitřní adaptační mechanismy (1, 10, 34, 40, 63).

Sekundární subsystém nebo-li efektorový subsystém, který po zpracování reakcí primárním subsystémem předává reakce jedince do *čtyř adaptačních modů (způsobů)*: fyziologický, sebekoncepce a identifikace ve skupině, vzájemné závislosti a rolové funkce. Termín modus je vysvětlen v překladu jako způsob. *Fyziologická oblast* obsahuje reakce spojené se strukturou těla a způsobem jeho funkce, a to dýchání, cirkulaci, výživu, tekutiny, vyprazdňování, aktivitu, odpočinek, spánek, celkovou regulaci, která je zaměřena na tělesnou teplotu, smysly, vitální funkce, endokrinní a nervový systém. *Sebekoncepce a identifikace ve skupině* obsahuje identifikaci a zvládnání rolí, sociální interakce vzhledem k primární, sekundární a terciární roli. Modus *vzájemné závislosti* zahrnuje vzájemnou závislost nebo nezávislost během interpersonálních vztahů dvou a více osob při zabezpečování potřeb jedince. Modus *rolové funkce* se zaměřuje na roli primární, sekundární a terciární. Primární role je daná, jedná se o věk, pohlaví, vývojový stupeň. Sekundární role vyplývá z vývojového období a v průběhu života se mění stejně tak, jako role terciární, která s oběmi rolemi souvisí, neboť reprezentuje způsob, jakým osoba plní závazky vyplývající z role. Nedokáže-li se jedinec efektivně adaptovat na stimuly, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje maladaptací ve čtyřech adaptačních modech. Úlohou sestry je identifikovat maladaptivní chování a stimuly, které k němu vedly a následně nemocnému pomoci k adekvátní adaptaci (1, 10, 34, 40, 63).

Jednotlivé pojmy fyziologického modu jsou velmi příbuzné a konkrétní. Na druhé straně pojmy z ostatních tří modů jsou celkově abstraktní a méně manipulovatelné. O adaptačních modech bude podrobněji pojednáno v následující kapitole. Na základě pochopení adaptačního procesu Royové autorem práce jsou adaptační systémy znázorněny ve schématu 3 (34).

Schéma 3 Adaptační systémy dle Royové



1.4.4.3 Adaptační mody nemocných po amputaci dle Royové

Čtyři adaptační mody jsou dle Royové ve vzájemném vztahu. Odpověď v jednom modu aktivuje stimuly, což má vliv na zbývající mody. K tomu, aby sestry mohly nemocnému pomoci v adaptaci na amputaci dolní končetiny, je zapotřebí, aby poznaly jednotlivé adaptační mody (Schéma 4). Při poskytování ošetrovatelské péče je to nezbytné, neboť reakce na stimuly se projeví právě v jednotlivých adaptačních modech (2, 14, 40).

Fyziologický modus vychází z uspokojování fyziologických potřeb. Pokud dojde k uspokojení fyziologických potřeb, fyziologická integrita je zachována. Chování člověka po amputaci dolní končetiny v tomto způsobu adaptace je projevem fyziologické aktivity buněk, tkání, orgánů, systémů a lidského těla. Pokud dojde k aktivaci stimulů ohniskových, kontextuálních a reziduálních, člověk po amputaci dolní končetiny se bude v souvislosti s adaptací chovat buď účinně anebo neúčinně.

Ve fyziologickém systému adaptace nemocný prokazuje schopnost adaptovat se na stimuly nebo je do jisté míry měnit. V tomto systému jsou intervence směřovány na uspokojení níže uvedených potřeb nemocných po amputaci dolní končetiny. Při potřebě nemocného po amputaci dolní končetiny po příjezdu na pooperační pokoj sestra monitoruje dýchání nemocného, aplikuje nemocnému kyslík dle ordinace lékaře, aby pomohla nemocnému adaptovat se na období po anestézii. I po převezení nemocného na standardní jednotku ošetřovatelské péče sestra monitoruje saturaci kyslíku v krvi nemocného a napomáhá mu v rámci svých činností k oxygenaci např. prostřednictvím dechové rehabilitace.

V oblasti *výživy* může na nemocného působit jako fokální stimul samotná amputace končetiny či nemocniční prostředí, které mohou vést k neúčinné odpovědi organismu a následně k eventuálnímu nechutenství nemocného. Zde pak úlohou sestry je zajištění atraktivitu jídla či oblíbené stravy nemocnému, péče o snižování bolesti, zajištění vhodné polohy a pomůcek ke stravování. Výživa je i nedílnou součástí znovunabytí sil nemocného po amputaci dolní končetiny, neboť obsahuje výživné látky, které mohou pomoci nemocnému při využití energie při intenzivní rehabilitaci a vertikalizaci. V uspokojení potřeby *vylučování* je důležité nemocnému pomoci ve způsobu vyprazdňování, tzn. pomoci mu na podložní mísu, zajistit intimitu a důkladnou hygienu genitálu, ale i rukou po vyprázdnění. Pokud má nemocný zaveden močový katétr, nezapomíná sestra pečovat i o něho. (10, 40, 63).

V oblasti *aktivity a odpočinku* v prvních dnech po amputaci nemocný preferuje spíše odpočinek, aby načerpal síly na aktivity související se sebedečnou a následnou rehabilitací, polohováním na lůžku jako je posazování v lůžku či na podložní mísu. V oblasti aktivity, odpočinku, ale i smyslové může adaptaci nemocného zhoršit

působení fokálního stimulu jako je bolest operační rány, někdy bolest fantomová či fantomový vjem, dále nepříjemný zápach z nemocničního prostředí, který je způsoben užíváním roztoků při dekontaminaci. Úlohou sestry je zde pak nemocnému po amputaci pomáhat ve snížení či odstranění bolesti a pečovat o prostředí nemocného.

Rovnováha tekutin souvisí s potřebou hydratace, kdy nemocný po amputaci dolní končetiny není v prvních dnech po operaci schopen přijímat dostatečné množství tekutin ať již z důvodu sníženého pocitu žízně, či neschopnost podat si nápoje. Někdy mohou mít nemocní i obavy z potřísnění si ložního prádla. Zde sestra pomáhá nemocnému s příjmem tekutin tak, že připraví nemocnému tekutiny na dosah a nezapomíná identifikovat ani jeho oblíbené a neoblíbené tekutiny. Následně pak sleduje i výdej tekutin u nemocného a provede záznam do ošetrovatelské dokumentace. Součástí regulačního subsystému kopíngového mechanismu jsou funkce *neurologické*, které napomáhají nemocnému po amputaci dolní končetiny koordinovat pohyb, vědomí, kognitivní a emocionální funkce (10, 40, 57, 59, 63).

Adaptace v modu sebekoncepce a identifikace ve skupině spočívá v tom, jak se nemocný po amputaci cítí jak po stránce fyzické, tak psychické. V této oblasti mívají nemocní problémy, neboť ztráta končetiny neumožňuje nemocnému bezpečný pohyb. Dále je zde i stránka psychická, tzn. jak nemocní po amputaci vidí sami sebe, svůj vzhled. Ne všichni jsou schopni se ihned po operaci – amputaci smířit se svým stavem. Úlohou sestry v úspěšné adaptaci nemocného je pak adekvátní komunikace s nemocným, eventuálně nabídnutí pomoci dalšího odborníka. Z osobnostního aspektu jde o představu amputovaného o sobě samém, snahu dosáhnout shody se sebou samým. Pro nemocné po amputaci dolní končetiny je amputace náročnou životní situací, někteří nemocní ztrácejí vidinu ideálu o sobě samých. Nicméně úlohou zdravotníků je pomoci najít nemocnému reálný cíl, kterého bude schopen dosáhnout (Příloha 8).

Svoji roli po amputaci dolní končetiny hraje i stránka morální a spirituální, tzn. přesvědčení a víra. Jedná se o stimul reziduální, se kterým nelze příliš manipulovat, ale sestra jej může využít při snižování, eventuálně odstranění některého z negativně působících stimulů fokálních. Jako nejčastější v této oblasti byly pacientům

s ireverzibilními změnami identifikovány problémy typu deprese, pocity bezmocnosti, agresivita, potřeba informací, strach a úzkost (40, 42, 63).

Adaptační modus rolové funkce se u jedinců po amputaci dolní končetiny dle Royové soustředí především na roli, kterou sehraává člověk ve společnosti. V rámci předoperačního a pooperačního posouzení je důležité zjistit, zda si nemocný uvědomuje plnění svých rolí. Pro nemocného po amputaci dolní končetiny je důležité uvědomění si cílů k jejich dosažení. Pokud si nemocný uvědomuje své role, má možnost je i prostřednictvím stanovených cílů naplnit.

Adaptace pomocí rolové funkce se zaměřuje na roli primární, sekundární a terciární. Primární role je u nemocného po amputaci dolní končetiny daná, neboť se jedná o věk, pohlaví, stupeň vývoje. Jiným způsobem se budou adaptovat na amputaci končetiny mladší, jinak starší nemocní, jinak muži, jinak ženy. Úkoly spojené s rolí sekundární vyplývají z vývojového období a primární role jako je role manžela/ky, otce – matky. Samotná amputace, coby stimul fokální, může nemocnému způsobit nepříjemný pocit z nedostatečného plnění výše uvedených rolí. Člověk po amputaci dolní končetiny se ocitá v nové roli – roli nemocného, což je Royovou chápáno jako terciární role. Zde je namíste pomoci nemocnému se zadaptovat na tuto roli. Problémy v této oblasti mohou být například rolový konflikt, stres, porušené zvládání role, narušená sociální interakce, poruchy komunikace. Myšlenka rolové funkce byla přenesena do tzv. rolového stromu (Příloha 6) (1, 14, 40, 42, 63).

Modus adaptace pomocí vzájemné závislosti se zaměřuje na interakce nemocného po amputaci končetiny, dále sestry, lékaře, dalšího zdravotnického personálu, spolupacientů a rodiny. Jde o vztahy sestra – pacient, ale i sestra – lékař, kteří pomáhají uspokojit potřeby nemocného, jejichž cílem je dosažení rovnováhy prostřednictvím poskytování adekvátní ošetrovatelské péče, věnování pozornosti nemocnému, uspokojení potřeby bezpečí, jistoty, sounáležitosti a v neposlední řadě nemocnému porozumět, vyslechnout jej. Při tom všem by měla sestra dbát na stádium vývoje nemocného a zdrojovou přiměřenost, jako je zajištění stravy nemocnému, čistého nemocničního oblečení, pomoc v procesu uzdravení se a pomoc při pohybu či přesunu nemocného.

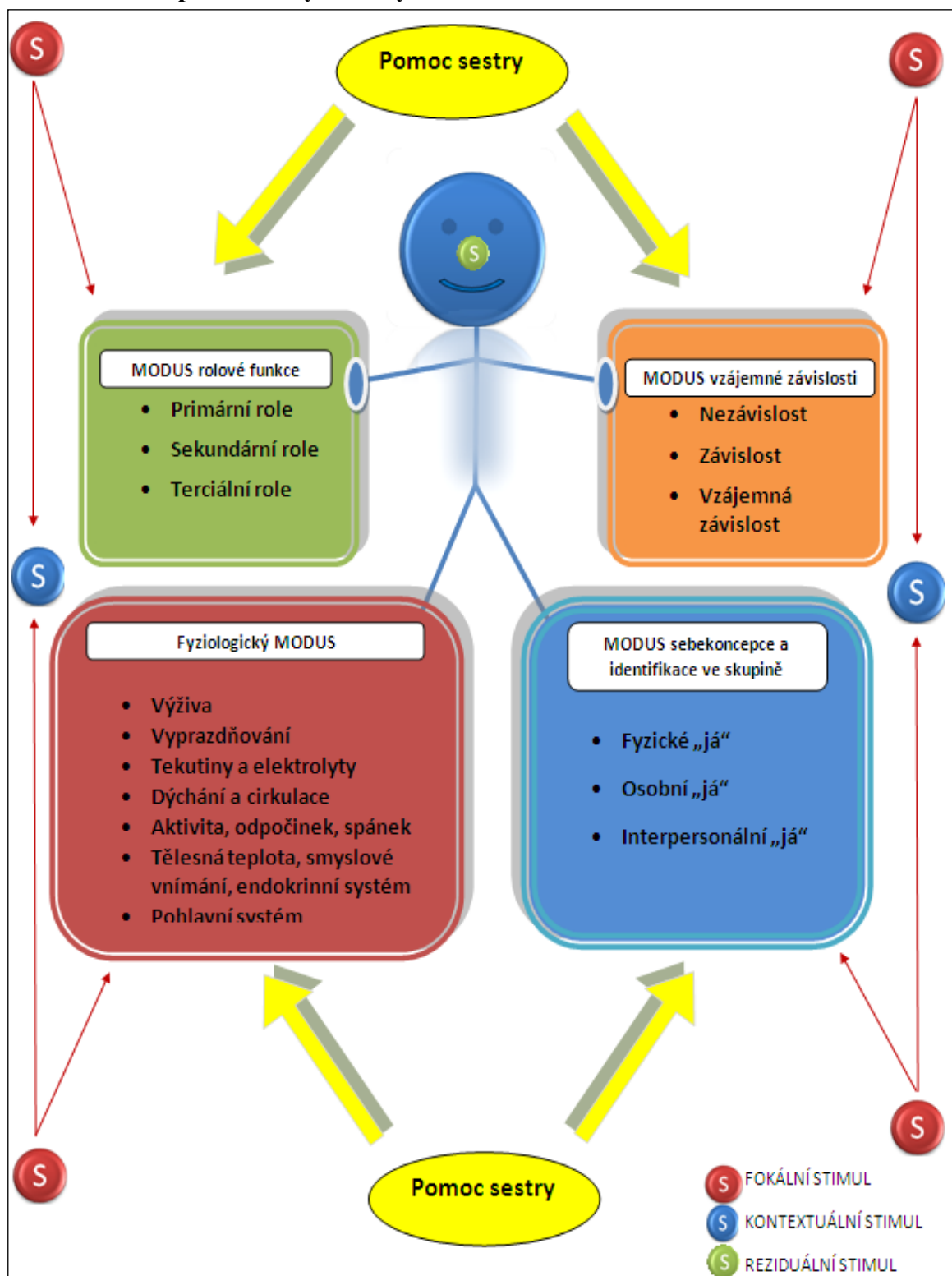
Při pomoci nemocnému adaptovat se prostřednictvím modu vzájemné závislosti je namísto využít i pomoci manžela/ky, rodičů, dětí, přátel či dokonce „domácích miláčků“ a navázat s nimi, pokud možno, pozitivní vztah. Tyto osoby má nemocný člověk rád, věří jim a měli by mu být nápomocni při adaptaci na nově vzniklou situaci jakou je amputace dolní končetiny. Na druhé straně je tu ošetřující personál, který funguje jako podpůrný systém, a je nemocnému stále nablízku, podporuje nemocného při vykonávání běžných denních aktivit a může být i prostředníkem mezi nemocným a jeho rodinou, ale i nápomocí při kontaktování podpůrných skupin, klientů se stejnými problémy, ale i dalšími odborníky. Indikátorem toho, aby se nemocný s amputací vyrovnal a adaptoval se na změny, které samotná amputace přinesla, je jeho chování jak v běžném životě, tak i v souvislosti s amputací dolní končetiny.

Chování nemocných po amputaci dolní končetiny je odpovědí na působící stimuly ať již fokální, tak i kontextuální. Při účinném chování nemocný pak spolupracuje s ošetřujícím personálem, aktivně se zapojuje do péče a dosahování stanovených cílů. Neúčinná odpověď vzniká tehdy, pokud chování amputovaného nemocného nepodporuje jeho integritu a nepřispívá k dosažení cíle adaptace a integrace s prostředím. Zde je pak nutná ošetřovatelská intervence ze strany ošetřujícího personálu, zvláště pak sestry (Příloha 8) (10, 14, 40, 63).

Nemocní po amputaci dolní končetiny mívají problémy s koordinací pohybu, zejména dolních končetin, což pro ně může být dalším negativně působícím stimulem v úspěšné adaptaci na pooperační stav. Špatná koordinace pohybu může být jedním z fokálních stimulů, který spolu se stimulem reziduálním (osobnost člověka) může vyústit až v problémy v oblasti psychické jako je hněv, deprese či agrese nemocného. Nejčastějšími problémy nemocného v této oblasti mohou být porušená hybnost, únava, porucha spánku, deficit sebepéče, nefyziologické vyprazdňování či smyslová deprivace (42).

Vzájemnou souvislost mezi jednotlivými adaptačními mody a působícími stimuly je možné pochopit prostřednictvím schématu 4, které bylo vytvořeno autorem práce na základě prostudovaných zdrojů a literatury, kdy obsah schématu vychází z RAM.

Schéma 4: Adaptační mody dle Royové



1.4.5 Ošetřování amputovaného metodou ošetřovatelského procesu dle Royové

Zhodnocením nemocných podstupujících amputaci dolní končetiny model rozeznává, že jednotlivci jsou vystaveni vnitřním a vnějším stresorům, které mohou vést k adaptivním nebo neefektivním odezvám. Sestra může pacientovi pomoci k adaptivním odezvám na tyto stimuly prostřednictvím ošetřovatelských intervencí. Součástí modelu jsou znázorněny ve čtyřech adaptačních modech, kde jsou pak stanoveny ošetřovatelské diagnózy. Sestry směřují ošetřovatelské intervence k adaptačnímu problému, kdy k dosahování cílů postupují prostřednictvím změny stimulů v procesu posuzování, diagnostikování, plánování, realizace a vyhodnocení poskytované ošetřovatelské péče (7, 40).

Pokud je realizován ošetřovatelský proces, jeho kvalita závisí především na důkladném a citlivém zhodnocení požadavků na ošetřovatelskou péči u konkrétního pacienta. Dříve než sestra zvolí, jakým způsobem bude nemocného ošetřovat, by měla v první fázi ošetřovatelského procesu získat o nemocném co nejvíce potřebných informací (63).

Royová navíc rozdělila první fázi ošetřovatelského procesu do dvou částí, tzn. že namísto 5ti fázového ošetřovatelského procesu Royová pracuje s procesem 6ti fázovým. V prvním kroku ošetřovatelského procesu sestra posuzuje pacientovo chování, sbírá anamnestické údaje v každém ze čtyř způsobů adaptace.

Druhá úroveň ošetřovatelského procesu v modelu Royové poskytuje analýzu tří typů stimulů ovlivňujících neefektivní chování. Úkolem sestry v této fázi je posouzení stimulů u nemocného, které jsou sestře nápomocné při identifikaci faktorů, které mají vliv na chování člověka ve smyslu účinné anebo neúčinné odpovědi. Pro manipulaci se stimuly je důležité jejich posouzení a následné identifikování (63).

Ve třetí fázi ošetřovatelského procesu na základě identifikace adaptačních problémů u nemocného po amputaci dolní končetiny sestra stanovuje ošetřovatelské diagnózy s využitím NANDA taxonomie. Do této fáze sestra zahrne i údaje získané v prvních dvou fázích ošetřovatelského procesu, dále vytýčení adaptačních problémů nemocného, formulování ošetřovatelských diagnóz a jejich následné seřazení dle priorit. Jako prioritní vidí Royová problém v chování, které může ohrozit nemocného

po amputaci dolní končetiny. Ošetřovatelskou diagnózu pak Royová vnímá jako výsledek kritického myšlení na základě úsudku sestry. Při tvorbě ošetřovatelských diagnóz Royová klade důraz na podrobnou analýzu informací získaných pozorováním chování pacienta a zjišťováním vlivu působících stimulů (32, 63).

Čtvrtou fází ošetřovatelského procesu dle modelu Royové je stanovení cíle. Tuto fázi Royová definuje jako „stanovení jasného vyjádření výsledku chování se osoby po vykonání ošetřovatelské péče“. Obsahem čtvrté fáze je návrh chování člověka po realizované ošetřovatelské intervenci a skládá se z následujících částí: chování, očekávaná změna, časový plán. Podle vytyčených krátkodobých a dlouhodobých cílů u nemocného po amputaci dolní končetiny sestra naplňuje ošetřovatelské intervence, které by měly povzbudit nemocného k účinnému chování.

Pátou fází ošetřovatelského procesu dle modelu Royové jsou intervence. Royovou je intervence definována jako „výběr ošetřovatelských přístupů zaměřených na podporu adaptace, a to přes změnu působících vnějších a vnitřních podnětů, konkrétně odstranění, rozšíření, snižování, udržení anebo přes posilňování individuální úrovně adaptace“. Intervence, nebo-li činnost sestry, je způsob, jakým sestra dosáhne stanoveného cíle. Pokud je cíl zaměřený na změnu chování nemocného po amputaci dolní končetiny, intervence jsou orientovány na ovlivňování stimulů, které vyvolaly neúčinné chování. Intervence mohou být dále orientovány na posilnění schopnosti osoby tyto podněty zdotat. Změna stimulů pak může vyvolat pozitivní odpověď. Pokud se nemocný po amputaci dolní končetiny brání pohybu pro slabost či bolest, převládá u něho stabilizační subsystém kopingového mechanismu. Pokud sestra vhodným způsobem nemocnému po amputaci dolní končetiny vysvětlí důležitost včasné pooperační aktivizace, potom aktivací kognitivního a inovačního subsystému nemocný i přes bolesti a diskomfort je ochoten spolupracovat a se snaží například pohybovat v lůžku (32, 63).

Šestou, závěrečnou fází ošetřovatelského procesu, je vyhodnocení. Royová definuje vyhodnocení jako posouzení efektivnosti ošetřovatelských intervencí ve vztahu k chování nemocného po amputaci dolní končetiny. Sestra musí systematicky vyhodnotit chování nemocného v každém ze čtyř způsobů adaptace a to tak, zda byl cíl

splněn, zda nemocný vykazuje chování stanovené v cílech a prokazuje účinnou odpověď na působící podněty. Pokud došlo ke splnění výsledných kritérií v souvislosti s účinností ošetřovatelských intervencí, chování nemocného je účinné, pak je možné ošetřovatelské intervence ukončit. Pokud nedošlo ke splnění cíle, je zapotřebí pátrat z jakého důvodu nedošlo k očekávané změně v chování u nemocného po amputaci dolní končetiny. Jednou z příčin může být fakt, že cíle byly pro nemocného nereálné, sběr anamnestických údajů nebyl kompletní, nebo ošetřovatelské intervence nebyly vykonány adekvátním způsobem. Za takto vzniklé situace je na sestře, aby se vrátila do první a druhé fáze ošetřovatelského procesu, přehodnotila celý ošetřovatelský plán a ve spolupráci s nemocným analyzovala situaci a přepracovala plán péče dle získaných údajů (2, 18, 21, 36, 63).

1.5 Využití Royové adaptačního modelu v ošetřovatelské praxi

Současná ošetřovatelská praxe vnímá člověka jako biopsychosociospirituální bytost, jako aktivního příjemce ošetřovatelské péče. Základem pro rozvoj teoretických východisek současného ošetřovatelství jsou koncepční modely. Dle zahraničních, ale i domácích studií a šetření byl adaptační model Royové již mnohokrát aplikován v praxi. Smyslem této kapitoly je poukázat na některé dosavadní výsledky výzkumných šetření, které souvisejí s adaptačním modelem Royové a jeho využitím v ošetřovatelské praxi.

Arraich provedl výzkumné šetření u nemocných hospitalizovaných na koronární jednotce, kde byla nemocným poskytována péče dle modelu Royové a následně vyjádřil využití tohoto modelu v péči o nemocné na koronární jednotce diagramatickou prezentací adaptačního procesu. V tomto diagramu je nemocný viděn jako adaptační model (Příloha 7). Několik stimulů, které jsou ovlivněny osobou z vnitřního a zevního prostředí ve čtyřech odlišných způsobech adaptace, je zvládnuto ošetřovatelskými intervencemi. Stimuly jsou směřované k ovlivnění osobní rovnováhy, ale s příslušnými ošetřovatelskými intervencemi jsou odkloněny, rozptýleny daleko od nemocného a následně je dosaženo efektivní adaptace. Model Royové dle Arraicha poskytuje strukturu pro zaměření, organizování a směřování vědomostí a činností pro péči

o pacienta a efektivní dosažení výsledků pro nemocného. Implementaci modelu Royové do praxe považuje jako pozitivní přínos jak na osobní rozvoj sester, tak na image ošetrovatelské profese jako celku (2).

U pacientky s osteoporózou byl model Royové aplikován autorkou Ničovou ve Slovenské republice, která se zaměřila na stanovení ošetrovatelských potřeb a následně na stanovení ošetrovatelských diagnóz, kdy poukazuje na význam modelu při zvládnání nemoci. Jako nejčastější adaptační problémy byly stanoveny bolest, strach, poruchy sociální interakce a narušená funkce rodiny. Hlavním cílem bylo v procesu poskytování péče adaptovat pacientku ve všech čtyřech modech za použití stimulů (38).

Dle autorky je „Sestra důležitá při směřování ošetrovatelské péče, při zásahu do stimulů, kterými manipuluje ve smyslu zvyšování anebo snižování, určuje způsob jejich účinku při deficitu anebo nadbytku. Plán ošetrovatelské péče jsme splnili. Odstraněním bolesti, strachu a navázáním přátelství nabyla sebejistoty, sebedůvěry a následně zvýšenou schopnost seberealizace (38, s. 9)“.

Na uplatnění adaptačního modelu Royové v praxi na Slovensku se snažila v rámci výzkumného šetření poukázat i Raková. Předpokládala, že i přesto, že sestry v klinické praxi budou mít teoretické znalosti o ošetrovatelském procesu a modelu Royové, budou mít problémy při jeho realizaci v ošetrovatelské praxi. Sledovaným souborem byli studenti třetího ročníku bakalářského studia ošetrovatelství, kteří měli za úkol otestovat formulář sběru údajů dle Royové adaptačního modelu v klinických podmínkách na různých odděleních nemocniční i komunitní péče ve Slovenské republice. Při analýze výsledků autorka dospěla k závěru, že největší problém respondentům dělalo stanovení cílů pro jednotlivé ošetrovatelské diagnózy. Dalším důležitým zjištěním bylo, že Royové model je více využitelný v chronické a komunitní péči než v péči urgentní nebo intenzivní. Z výsledků dále vyplynulo, že příprava studentů čtyřhodinovou teoretickou přednáškou a poskytnutí vzorového formuláře se ukázala jako nedostačující pro zvládnutí Royové adaptačního modelu v praxi. Proto navrhuje následující kroky ke zlepšení: semináře v rozsahu 10,5hodin v průběhu pěti týdnů, 5x 1,5 hodinovou interaktivní přednášku, realizaci ošetrovatelského procesu dle modelu Royové na modelové situaci a následně v klinických podmínkách (43).

Autorky Plzenská a Sedláková aplikovaly model Royové na zvládnutí rolového konfliktu u nemocných s ireverzibilními změnami v České republice. Na základě výzkumného šetření autorky dospěly k závěru, že vlivem neadekvátního plnění rolí dochází k nespokojenosti, nejistotě a k neúspěšným způsobům sociální interakce nemocných. Jednotlivé role klienta: primární, sekundární a terciární jsou poznamenány ireverzibilní změnou, která vede k nerovnováze mezi potřebou a přijímáním závislosti. Autorky dále poukazují na skutečnost, že u plánovaných výkonů má sestra čas analyzovat situaci a následně využívat adaptačních mechanismů nemocného k dosažení efektivní adaptace, což u neplánovaných výkonů z časových důvodů není možné. Jako nejčastější adaptační problémy byly v systému fyziologickém zjištěny: narušená hybnost, únava, nespavost, deficit sebepéče či poruchy ve vyprazdňování, v systému sebepojetí deprese, pocity bezmocnosti, agresivita či strach, v systému rolových funkcí rolový konflikt, stres, porušené zvládnutí role či narušená sociální interakce, konkrétně pracovních, společenských a rodinných vztahů (42, 46).

2. Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: poukázat na možnosti využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny sestrami.

Cíl 2: ověřit ošetrovatelskou dokumentaci dle adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny.

Cíl 3: identifikovat překážky, které brání sestřám ve využití adaptačního modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci dolní končetiny.

2.2 Výzkumné otázky

1. Je možné využít adaptační model Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny v ošetrovatelské praxi?
2. Vnímají sestry rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové oproti tradičnímu způsobu poskytování péče?
3. Jaké překážky brání sestřám ve využití adaptačního modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci dolní končetiny?
4. Co vedlo sestry k pochopení adaptačního modelu Royové?

3. Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část práce byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Ke sběru dat byla použita metoda kvaziexperimentu, sémantického diferenciálu a dotazování, technikou nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru.

Metoda *kvaziexperimentu* byla zvolena z důvodu, že zkoumané osoby se nepřidělují do experimentální a kontrolní skupiny náhodně, ale na podkladě určitých vlastností, které jsou z hlediska experimentu relevantní a jsou experimentátorem měřeny. V případě tohoto šetření se jednalo o nemocné po amputaci dolní končetiny v bérce, na podkladě chronického onemocnění, ve věkové kategorii od 60. – 80. let a sledované od nultého pooperačního dne po dobu sedmi dnů (12, 51).

Výše uvedené výzkumné metody a techniky byly využity v jednotlivých fázích kvaziexperimentu. *V první fázi kvaziexperimentu* byla přepracována a doplněna anamnestická část dokumentace dle modelu Royové, která je využívána studentkami oboru porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v rámci praktické výuky při sběru anamnézy u nemocných na gynekologicko-porodnickém oddělení, pro nemocné po amputaci dolní končetiny. *Ve druhé fázi* byl vypracován ošetrovatelský plán pro pacienty po amputaci dolní končetiny a byla oslovena nemocniční zařízení o umožnění výzkumného šetření. *Ve třetí fázi kvaziexperimentu* byl proveden předvýzkum k uplatnění ošetrovatelské dokumentace dle Royové na chirurgickém oddělení u 5ti nemocných po amputaci dolní končetiny a 3 sester, které na tomto oddělení pracovaly. Dále byly prostřednictvím rozhovoru pro srozumitelnost otestovány otázky, které byly podkladem pro vedení rozhovoru se sestrami v rámci výzkumného šetření. Pro srozumitelnost byl 5ti pacienty vyplněn připravený podklad sémantického diferenciálu pro zjištění adaptace ve všech čtyřech adaptačních modech. *Ve čtvrté fázi* bylo vybráno chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. k realizaci výzkumného šetření a dle zařazovacích kritérií následně i nemocní po amputaci dolní končetiny jak v základní, tak kontrolní skupině. V průběhu měsíce května 2008 proběhlo individuální seznámení sester pracujících na chirurgickém oddělení s modelem Royové na základě manuálu, který sestry následně obdržely

(Příloha 9), ošetrovatelské dokumentace a postupem výzkumného šetření. Na základě seznámení se s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací dle Royové (Příloha 8) sestry následně s touto dokumentací pracovaly. V průběhu realizace výzkumného šetření byly na oddělení byly pravidelně prováděny supervize sester, kdy po dobu nepřítomnosti supervize měly sestry možnost supervizora kontaktovat telefonicky. Prostřednictvím supervize byly intervence směřovány převážně tam, kde potřebovaly sestry pomoci. Stanovené ošetrovatelské diagnózy u nemocných a práce se stimuly byly spolu se sestrami řešeny u pacientů ze základní skupiny po amputaci dolní končetiny v bérce od nultého až po sedmý pooperační den. V *páté fázi kvaziexperimentu* byla využita metoda sémantického diferenciálu k hodnocení adaptace ve všech čtyřech adaptačních modech jak v základní, tak kontrolní skupině nemocných (Příloha 12). Vyšli jsme z principu zachycení subjektivních pocitů a domněnek respondentů, kdy byla využita bipolární rating stupnice 1 až 5, přičemž 1 znamená pozitivní vnímání a 5 naopak negativní. Na protilehlých pólech stupnice se nacházely evaluační položky, které tvořily antonyma, která vytváří základní dichotomický sémantický diferenciál. Spontánní hodnocení jednotlivých položek dichotomických párů respondenty bylo kvantifikováno a následně vypočteno pomocí váženého aritmetického průměru za základní a kontrolní skupinu a komplexně za obě skupiny. Pro lepší grafické vyjádření a srozumitelnost jsou výsledky propojeny vertikální spojnicí (8, 16).

V závěru výzkumného šetření byly provedeny nestandardizované polostrukturované rozhovory se sestrami, které poskytovaly ošetrovatelskou péči nemocným dle modelu Royové. Otázky byly v některých případech v průběhu rozhovoru rozšířeny o tzv. doplňující otázky. Ke zpracování získaných dat od sester byla zvolena metoda rámcové analýzy autorů Spencera a Ritchieho. Bylo postupováno dle jednotlivých kroků rámcové analýzy. V prvním kroku byl individuálně se sestrami veden nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor dle předem připravených otázek na základě studia literatury a zkušeností z ošetrovatelské praxe (Příloha 10). Odpovědi byly anonymně zaznamenávány písemně do záznamového archu, rozhovory trvaly v rozmezí 30 – 45 minut. Rozhovory byly přepisovány a následně analyzovány pomocí rámcové analýzy. Po prostudování odpovědí na jednotlivé otázky byl sestaven seznam

témat a poté navrhnut kódovací rámec, který pokryl účel šetření. V dalším kroku byly označeny jednotlivé části textu dle vytvořených seznamů a po rozhodnutí přiřazeno vhodné označení. V kroku následujícím byly vytvořeny tématické tabulky, grafy a klasifikovaná data do tabulek a grafů zařazena. Zobrazená data byla následně slovně interpretována. Po rámcové analýze dat byly přepisy rozhovorů následně pro přehlednost zpracovány do kasuistik. Výsledky rozhovorů jsou pak následně interpretovány v tabulkách (kapitola 4.3) (4, 15).

3.2 Sledovaný soubor

Výzkumný soubor tvořili hospitalizovaní pacienti po amputaci dolní končetiny v bérci a sestry pracující a zároveň pečující o tyto pacienty na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. O povolení šetření byla oslovena náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (Příloha 12). Původním záměrem bylo provést výzkumné šetření ve čtyřech nemocničních zařízeních. V průběhu předvýzkumu se ukázalo jako vhodnější provést šetření pouze na jednom chirurgickém oddělení z důvodu odlišnosti v systému poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny v jednotlivých zdravotnických zařízeních a jednak z důvodu neumožnění výzkumného šetření v jednom ze čtyř oslovených zařízení. Výzkumné šetření probíhalo v období od května 2008 do listopadu 2008.

Zařazujícím kritériem pro výběr pacientů byla amputace dolní končetiny v bérci na podkladě chronického onemocnění, věková kategorie v rozmezí 60. – 80. let, nultý pooperační den, ochota a čas podílet se na výzkumném šetření jak v základní, tak kontrolní skupině respondentů - pacientů. Celkem bylo ošetřeno dle modelu Royové 8 pacientů v základní skupině a 8 pacientů v kontrolní skupině. Zařazujícím kritériem pro vedení rozhovoru s respondentkami - sestrami byla péče o nemocné dle modelu Royové, ochota a čas spolupracovat. Rozhovorů se zúčastnilo celkem 8 sester pracujících na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s..

4. VÝSLEDKY

4.1 Kazuistiky respondentů – sester

Kazuistika respondentky – sestry č. 1

Respondentka č.1 je sestra ve věku 42 let, nejvyšší dokončené vzdělání má střední zdravotnickou školu. Na chirurgickém oddělení septické chirurgie pracuje již 25 let. *Poskytování ošetrovatelské péče při ranní směně* sestra udává, že ráno provede vizitu s lékařem a poté pečuje o skupinu pacientů, ale pomáhá i ostatním kolegyním. Pouze skupinovou péči nelze úplně zajistit, neboť na oddělení je přibližně třicet pacientů, tři lékaři na vizitu, to znamená tři skupiny pacientů na poskytování skupinové ošetrovatelské péče. Pokud je na oddělení třicet pacientů, na jednu sestru připadne deset pacientů, kteří ne vždy jsou v takovém stavu, aby je byla schopna zvládnout pouze jedna sestra - proto si pomáhají. Sestry si vypomáhají mezi sebou, ale každá z nich si za svoji skupinu pacientů zodpovídá. *Anamnézu* od přijatých nemocných na oddělení odebírá označením do ambulantního protokolu. Na otázku, zda se již někdy setkala s termínem *ošetrovatelský model* odpovídá, že termín ošetrovatelský model již slyšela. Pod tímto pojmem si představuje, jakým způsobem se má postarat o pacienta. Nezná žádný ošetrovatelský model, až nyní se setkala s modelem dle Royové. Respondentka č. 1 nezná ani model dle Gordonové. Sesterskou anamnézu od nemocných odebírá při přijetí dle protokolu, který obdrží z ambulance.

Pokud by měla shrnout *pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče* nemocným dle modelu Royové, uvědomuje si, že prostřednictvím tohoto modelu hlouběji analyzovala problémy nemocného, snažila se nemocného pochopit a pomoci mu, více se o nemocném dozvěděla. Podotýká však, že na péči poskytovanou tímto způsobem není čas, „je to problém skupinové péče“. Pokud by bylo nemocných méně, věří, že by se péče dle modelu Royové „stíhala“.

Jako první *překážku při poskytování péče* dle modelu Royové uvedla, že neumí interpretovat ošetrovatelské diagnózy písemně. Zároveň však dodává, že tento problém asi není problémem poskytování péče dle modelu Royové. Jako překážku vnímá stanovení a pochopení stimulů. Největším problémem je nedostatek času a mnoho

nemocných, opět naráží na skupinovou péči. Pokud by bylo pacientů na oddělení méně, věří, že by se dala péče dle Royové poskytovat. Ošetřovatelské diagnózy věděla, ale stimuly hned nepochopila – musela o nich více přemýšlet.

Možnosti využití péče dle modelu Royové vidí v pomoci nemocnému po amputaci dolní končetiny, u všech amputovaných bez rozdílu zda se jedná o amputaci na podkladě chronického onemocnění či akutního, intenzivnější komunikace s nemocným, více se zaměřuje na pochopení adaptačních problémů nemocného. Model lze dle respondentky – sestry č. 1 v praxi využít celý anebo jeho část.

Dle zkušenosti s obvyklou péčí o nemocné po amputaci dolní končetiny a možností pracovat s dokumentací dle Royové se domnívá, že *výsledek* poskytované péče je stejný. *Obtížnost* pracovat dle modelu hodnotí na pětistupňové škále (1 – 5) číslem 4. *Pochopení* modelu Royové sestra udává, že modelu ze začátku vůbec nerozuměla. Nyní pochopení udává na škále číslem 4. Model *chápe* jako komplexní péči o pacienty. Pro pochopení modelu jí pomohlo vysvětlení modelu na začátku, zkusila pracovat s dokumentací dle Royové a mohla klást kdykoli supervizi dotazy. Pomohla jí i přítomnost supervize, stručný popis modelu a v případě nepřítomnosti možnost spojit se telefonicky – této možnosti využila. *Nejvíce* jí však *pomohla* osobní konzultace. Při poskytování péče dle modelu Royové se cítila „normálně“. Nic nového jí to nepřineslo, pouze to, že musela o nemocném více přemýšlet, více jej pozorovala. *Využití model Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny dle sestry lze u všech nemocných po amputaci dolní končetiny.*

Při práci s ošetřovatelskou *dokumentací* vnímala jako překážku stimuly – hlavně je stanovit a pak si uvědomit manipulaci a pak zdlouhavé vyplňování. Dále jí nejvíce zaměstnalo odebírání anamnézy, neboť kromě sesterské péče provádí i práci za sanitáře a sanitárku: „Musím odvézt nemocného na sál, pokud sanitář není k dispozici, nakrmit lidi, pokud není sanitárka a zajistit odbornou stránku ošetřovatelské péče (aplikace injekcí, infúze)“. Dodává, že díky práci dle modelu Royové více komunikovala s pacientem a to si myslí, že je dobré. Ještě ujasňuje počet personálu na oddělení. Ve směnách rotuje 12 sester, kdy slouží denní a noční dvanáctihodinové směny. Mají jednu staničnici, žádné ošetřovatelky ani zdravotnické asistenty. Sanitáře mají k dispozici

pouze dopoledne, po patnácté hodině slouží pro celé chirurgické oddělení. Na denní směnu slouží tři sestry a staniční sestra a jedna sanitárka. Na noční dvanáctihodinové směně slouží dvě sestry. V době pracovního volna a klidu jsou na denní a noční směně dvě sestry. *Doporučení* pro dokumentaci se domnívá se, že je v ní všechno, byla moc ráda za připravený plán péče. Dodává, že se zajímá o celého člověka, intenzivně s ním komunikuje a tím, že zjistí, kde je problém, tam zaměří ošetrovatelskou péči a pomůže se nemocnému zadaptovat na danou situaci.

Kasuistika respondenty – sestry č. 2

Respondenta č. 2 je žena ve věku 45 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v kombinované formě bakalářského studia dosáhla vysokoškolského kvalifikačního vzdělání v oboru všeobecná sestra. Na chirurgickém oddělení septické části pracovala 15 let, pak odešla mimo nemocniční zařízení a nyní pracuje na oddělení půl roku.

Při *ranní směně* poskytuje ošetrovatelskou péči všem pacientům na oddělení. *Sběr anamnézy* provádí při přijetí pacienta na oddělení dle formuláře, který je z ambulance vložen do chorobopisu pacienta. S termínem *ošetrovatelský model* se setkala při studiu na vysoké škole a vzpomíná si na Gordonovou – dodává, že dle tohoto modelu odebírají anamnézu od pacientů při přijetí na oddělení, dále Royovou, Kingovou a Oremovou.

Pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové vidí v tom, že více komunikuje s nemocným, prostřednictvím tohoto modelu hlouběji analyzuje problémy nemocného, má o nemocném více informací, které jsou navíc komplexní.

Překážky při poskytování péče dle modelu Royové vidí v nedostatku času – práce dle modelu je „náročná na čas a péči o mnoho pacientů“. Komunikaci s nemocným hodnotí jako dobrou, ale zároveň udává méně času. Uvádí, že pokud by na oddělení poskytovali pouze odbornou práci, tak by bylo reálné poskytovat péči o nemocné dle modelu Royové. Respondentka si uvědomuje, že činnosti, které ji vedly k poskytování péče dle modelu Royové u nemocného provádí i bez modelu Royové, zapisuje je do hlášení sester. Dle respondenty jsou to věci, které se udělat musí,

ale nikam je nezaznamenávají. Dodává, že pokud by prováděli záznam, tak by to bylo lepší. Věří, že se ošetrovatelská dokumentace stejně jednou zavede, neboť lékaři se kryjí dekursem, ale sestry nemají čím. Do hlášení se píše spíše ty všeobecné pokyny. Dodává, že jako překážky při práci s modelem Royové vidí stanovení a práci se stimuly.

Možnosti či přínos pro využití modelu Royové při poskytování ošetrovatelské péče, by úplně model neztratila. Uvědomuje si, že komunikace s nemocným je daleko větší, intenzivnější, a to je náročnější na čas, je to více směřované na pochopení adaptačních problémů nemocného. Dodává, že jako nemocní s kolostomií potřebují promluvit se stoma-sestrou, tak to potřebují i nemocní po amputaci končetiny. Kdyby se investoval čas do nemocných tak, aby dostali rady a pokyny. Myslí si, že by si to pacienti zasloužili, neboť by se pak lépe adaptovali na nově vzniklou situaci. Většina amputovaných jsou diabetici a nedodržují dietu. V této oblasti by potřebovali informace a následně ukázat kompenzační pomůcky, protézy, nacvičování rehabilitace na vozíku – to by dle modelu také šlo udělat.

Rozdíl ve výsledku při poskytování ošetrovatelské péče určitě vnímá – je to díky intenzivnější komunikaci, díky ní dojde k větší spolupráci mezi pacientem a sestrou, jsou si blíže a pacient se pak více svěřuje se svými problémy. K uspokojení potřeb dojde při poskytování péče obojím způsobem, ale dle Royové si myslí, že je to dříve a snáze se lidi přizpůsobují.

Pokud se měla vyjádřit, do jaké míry bylo pro ni *obtížné* pracovat dle modelu Royové, tak asi na stupnici číslo 2 – musela si model nejprve připomenout. Pro *pochopení* modelu, domnívá se, že jej skoro pochopila, proto udává na stupnici číslo 2. Model chápe jako nástroj, který pomůže sestře identifikovat problémy nemocného a na základě těch problémů si sestra uvědomuje, kde potřebuje nemocný pomoci. Čím dříve odhalí problémy, tím spíše sestra pomůže nemocnému adaptovat se na amputaci dolní končetiny. „Model Royové je adaptační, že?“ Při pochopení modelu sestře nejvíce *pomohla* osobní konzultace při vyskytnutí se problému při práci s modelem, pak úvodní seznámení, manuál, dokumentace a možnost kdykoli se zeptat. Na *využití* modelu u nemocných *po amputaci* končetiny jednoznačně odpovídá ano.

Při práci s *ošetřovatelskou dokumentací* dle Royové jako největší problém vnímala stanovení stimulů a časovou náročnost. Na základě *zkušeností* při práci s dokumentací dle Royové by asi dokumentaci zjednodušila, některým stimulům nerozuměla. Ošetřovatelské diagnózy včetně plánu péče by ponechala – to bylo jasné.

Kasuistika respondentky – sestry č. 3

Respondenta č. 3 je sestra ve věku 55 let, nejvyšší dokončené vzdělání má střední zdravotnickou školu, na chirurgickém oddělení septické části pracuje 38 let.

Při *ranní směně* poskytuje péči všem pacientům na oddělení. *Anamnézu* od nemocných při příjmu na oddělení odebrává zaškrtáváním do formuláře z ambulance. S termínem *ošetřovatelský model* se setkala pouze na konferenci a přednáškách. Vzpomíná si, že měli v nemocnici přednášku o paní Gordonové. Z praxe model žádný nezná, pouze z teorie – model Gordonové.

Pozitiva při poskytování ošetřovatelské péče dle Royové vidí v komplexnosti – péče je ucelenější, hlouběji analyzuje problémy nemocného, rodiny a to všechno.

Překážky při poskytování péče dle modelu Royové vidí péči o mnoho pacientů, z části neznalost modelu, i když s ním byla seznámena a mohla se kdykoli na cokoli zeptat. Jako další překážku vnímá málo času na poskytování péče dle Royové, problém při stanovení stimulů a práci se stimuly.

Možnosti ve využití modelu Royové vidí v rychlejší adaptaci nemocných, intenzivnější komunikaci s nemocným a dále ji nic nenapadá.

Rozdíl ve výsledku poskytované péče: práce s modelem respondentku donutila přemýšlet o rodině, o péči, o tom pacientovi. Více se nad vším zamýšlí, nad stavem pacienta, rodinou. „Je to ten holistický přístup, jak se o něm pořád mluví“. Dodává, že ve výsledku je to stejné, pouze ve způsobu provádění je to jiné.

Obtížnost pracovat dle modelu udává na stupnici č.1 – méně zatěžující. Pokud má na stupnici označit *pochopení modelu*, cítí, že je to mezi 4 – 5, avšak dodává, že asi 4. Model asi moc nepochopila, ale prostřednictvím dokumentace dokázala získat mnoho informací o pacientovi, což by normálně asi nedokázala. Na otázku jak chápe model Royové odpovídá, že díky modelu musela hodně přemýšlet a nedovede model vlastními

slovy popsat. Nejvíce jí při pochopení modelu pomohla práce s ošetrovatelskou dokumentací, pak konzultace, úvodní seznámení s modelem, možnost kdykoli se zeptat a manuál určený pro sestry. Je přesvědčena, že model lze určitě *využít* u nemocných po amputaci končetiny.

Překážky při práci s ošetrovatelskou dokumentací vnímá stanovení stimulů a pak práci se stimuly. *Doporučení* pro lepší využitelnost dokumentace v praxi: rozvinout asi ne, ani by ji nevyhazovala. Pokud by bylo více sester, mohla by i fungovat.

Kasuistika respondenty – sestry č. 4

Sestra č. 4 je ve věku 30 let, vystudovala střední zdravotnickou školu, v průběhu praxe si dodělala specializaci v IDVZP v Brně – obor Ošetrovatelství v chirurgii. Na chirurgickém oddělení pracuje 12 let.

Při *ranní směně* poskytují oficiálně skupinovou péči, ale to nejde dělat, neboť je na oddělení mnoho pacientů a málo ošetrovatelského personálu. Takže poskytují péči všem pacientům.

Anamnézu na oddělení odebírá zaškrťáváním do formuláře z ambulance, není to dle žádného modelu. S termínem *ošetrovatelský model* se setkala spíše ve škole, okrajově. Jména dalších modelů již zapoměla, ale vzpomíná si, že nejvíce se bavili o Gordonové a dále si opravdu nevzpomene.

Pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové vidí především v komplexnosti.

Překážky při poskytování péče dle Royové – nejvíce jí problémy dělaly stimuly a moc „okýnek“ v anamnéze. Dále pak náročnost na čas, péče o mnoho pacientů, neznalost modelu, i když byla individuálně seznámena.

Možnosti ve využití modelu vidí možná v systematičnosti, ale práci sestrám to asi neulehčí. Nic více ji nenapadá.

Na otázku *rozdílu ve výsledku* poskytované péče si sestra myslí, že tím, že se to musí vše zapisovat, tak je méně času na pacienty. Vzpomíná si, když byly na oddělení sestřičky magistry na praxi, tak celou směnu trávily psaním

ošetřovatelských diagnóz. To by mohla dělat 1 sestra na 1 pokoji. Lidi vědí, že si rádi popovídají, ale při stavu 36 lidí ve 3 sestrách to nelze.

Obtížnost pracovat dle modelu Royové označila číslem 3. Model Royové spíše nepochopila – označila na stupnici číslem 4. Model chápe jako nějaký návod, systém. Při *pochopení* modelu jí nejvíce pomohla osobní konzultace, poté úvodní seznámení, možnost kdykoli se zeptat, manuál a dokumentace. *Využití* model u nemocných *po amputaci* dolní končetiny se domnívá, že lze.

Překážky při práci s *dokumentací* uvádí následující: příliš podrobná anamnéza, stanovení stimulů, práce se stimuly. *Doporučení* na základě zkušeností při práci s dokumentací dle Royové si sestra myslí, že dokumentace je dobrá, ale ten čas, toho je málo. Kdyby byl čas, tak si ráda vyplní „okýnko“, ale nejhorší je, že pak nestihne pokrýt úkony co má, dělá všechno „tak zhruba“.

Kasuistika respondentky – sestry č. 5

Respondentka č. 5 je žena ve *věku* 32 let, vystudovala střední zdravotnickou školu a v kombinované formě studia dosáhla vysokoškolského vzdělání v oboru všeobecná sestra. Na chirurgickém oddělení pracuje 13 let.

Při ranní směně *poskytuje ošetřovatelskou péči* všem pacientům na oddělení. Provádět skupinovou péči není dost dobře možné z organizačních důvodů. Na ranní směně pracují dvě sestry a staniční sestra, kdy poskytují péči třiceti a více pacientům.

Sběr anamnézy provádí při přijetí nemocného na oddělení prostřednictvím rozhovoru, dotazy na konkrétní věci. Odpovědi pacienta zaznamenává na předem připravený formulář, který je stejný pro celé chirurgické oddělení. Není si úplně jista, zda je tento formulář stejný pro celou nemocnici, ale chirurgie jej má a pracuje dle něho.

S termínem *ošetřovatelský model* se setkala v rámci vysokoškolského studia a vzpomíná si na model Royové, Oremové, Gordonové, Lieningerové a Orlandové.

Pozitiva při poskytování ošetřovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny dle modelu Royové vidí v komplexnosti, neboť musela získat informace od nemocného a to ji donutilo více komunikovat s nemocným a díky tomu se dozvěděla

více jak o nemocném, tak o jeho rodině. Hlubkovým rozhovorem přišla i na problémy, které by „normálně“ nezjistila – nepátrala by tom, kde má nemocný největší potíže.

Při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové vidí *překážky* zejména v časové náročnosti, protože neposkytuje nemocným péči skupinovou, ale pečuje o celé oddělení. Nevěděla si moc rady se stimuly, zejména pak s jejich identifikováním. Problém při práci se stimuly nebyl již tak obtížný, jako stanovení stimulů samotné.

Poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové vidí u nemocných po amputaci dolní končetiny jako *přínosný*, neboť prostřednictvím něho si uvědomila, že pokud si s nemocným více pohovoří a následně identifikuje problémy a působící stimuly, nemocný se pak lépe adaptoval a měl i lepší přístup k amputaci dolní končetiny. „Tím, že se s ním pohovořilo a hledali jsme, jak mu pomoci, tak došlo ke komunikaci v širším pohledu“. Také se více vžívá, vcituje do nemocného tím, že s ním mluví a snaží se mu pomoci. A také ji tento model přinutil i k pochopení rodiny nemocného.

Rozdíl ve výsledku poskytované ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny tradičním způsobem a dle modelu Royové respondentka č. 5 vnímá a udává, že dle Royové je péče komplexnější a navazuje na sebe.

Do jaké míry bylo pro sestru *obtížné* pracovat dle modelu Royové označila na škále číslem 2, což znamená mírně zatěžující, obtížné. Model Royové dle svých pocitů pochopila (označila číslem 3 na 5ti stupňové škále). *Model chápe* jako komplexní systém, dle kterého lze poskytovat komplexní ošetrovatelskou péči, která se soustředí nejen na zdravotní stav nemocného, ale i na psychické a sociální potřeby nemocného. Při *pochopení modelu* respondentce nejvíce pomohlo schéma a manuál o modelu, dále úvodní seznámení s modelem, osobní konzultace při vyskytnutí se problému, možnost kdykoli se zeptat a na posledním místě uvedla práci s ošetrovatelskou dokumentací.

Na základě zkušeností při práci s modelem Royové lze dle sestry určitě model Royové *využít* u nemocných po amputaci dolní končetiny.

Při práci s ošetrovatelskou dokumentací dle Royové jako *největší překážku* a problém zároveň vnímala stanovení stimulů. Na základě zkušeností při práci s dokumentací dle Royové by *doporučila* používat při péči o nemocné po amputaci

dolní končetiny model Royové, ale pouze v případě, pokud by byla na oddělení poskytována péče skupinová. Jako další řešení navrhuje zestručnit dokumentaci.

Kasuistika respondentky – sestry č. 6

Respondentka č. 6 je sestra ve věku 32 let, nejvyšší dokončené vzdělání má středoškolské (střední zdravotnická škola, na chirurgickém oddělení pracuje 13 let od maturity).

Při *ranní směně* oficiálně poskytuje skupinovou péči, ale stará se o všechny pacienty, s kolegyněmi si navzájem pomáhají. *Anamnézu* na oddělení odebírá zaškrťáváním do formuláře, který přijde se nemocným v chorobopisu z ambulance. S termínem *ošetřovatelský model* se setkala spíše na konferenci, vzpomíná si na Gordovonou a dodává, že jim byla přednášena v nemocnici.

Pozitiva při poskytování ošetřovatelské péče dle Royové –vidí ve větší komunikaci s nemocným, hlubší analýze problémů nemocného.

Největším *problémem* či *překážkou* bylo pro sestru nejprve nepochopení modelu a pak stanovení stimulů.

Jako *možnost využití* modelu vidí při poskytování péče nemocným po amputaci, ale domnívá se, že práci sestrám neulehčí, ale zase je tam intenzivnější komunikace s nemocným.

Rozdíl ve výsledku poskytované péče určitě vidí, protože dle Royové je péče poskytovaná více do hloubky. Obtížnost pracovat dle modelu hodnotí na stupnici číslem 5 – velmi obtížné. Co se týče *pochopení* modelu, ví, že je adaptační, pomůže nemocnému přizpůsobit se, ale model dle slov respondentka moc nepochopila, na škále hodnotí číslem 4. I přesto, že model moc nepochopila, nejvíce ji při práci s modelem a následnému chápání *pomohla* osobní konzultace – měla možnost se kdykoli zeptat, pak práce dle vytvořené dokumentace, úvodní seznámení s modelem a základní informace o modelu v tištěné podobě.

Myslí si, že model lze u nemocných po amputaci dolní končetiny určitě *využít* a dodává, že by potřebovala více času, aby jej „dostala pod kůži“.

Při práci s *ošetřovatelskou dokumentací* vnímala jako obtížné stanovení, ale hlavně pochopení stimulů a pak práce se stimuly. Dodává, že prostřednictvím dokumentace model lépe pochopila. Jako lepší *využitelnost* v praxi vidí skutečnost, že by se mělo s modelem více pracovat. Gordonová je známá, také nám chvíli trvalo než jsme se naučili dle ní pracovat, ale Royová moc známá není. Věřící, že naučit se pečovat dle modelu Royové o nemocné se určitě dá: až budou sestry pracovat dle modelu Royové tak dlouho jako dle Gordonové – nepříjde jim model tak obtížný.

Kasuistika respondetky – sestry č. 7

Respondenta č. 7 je sestra ve věku 23 let, má dokončené vysokoškolské vzdělání, na chirurgickém oddělení pracuje jeden rok.

Při ranní směně *poskytuje péči* všem pacientům, nelze pořádně provozovat skupinovou péči. Na dotaz, jakým způsobem odebírá od nemocných *anamnézu* uvádí, že ji sbírá náhodně, když se nemocného zeptá, pokládá otázky „volného stylu“, kontakt navazuje dotazem na rodinu. Dodává, že se na sběru podílí i při přijetí nemocného na oddělení tzv. „zaškrťáváním“ v příjmovém listě, který je součástí chorobopisu z ambulance.

S termínem *ošetřovatelský model* se setkala při studiu na vysoké škole, vzpomíná si na model Gordonové, Oremové, Nightingalové. To jsou asi ty nejznámější, více si nevzpomene. Při poskytování péče nemocnému dle modelu Royové pocítuje *pozitiva* v komplexnosti poskytované péče, ale i na ty problémy je to více zaměřené. To, co věděla, prováděla a v dokumentaci pak označila.

Problémy či překážky při poskytování péče nemocnému dle modelu Royové sestra vidí problém v tom, že je to na dlouho. Je potřeba si k tomu sednout, musí přemýšlet. Je to spíše spojené s ošetřovatelskou dokumentací, že to tam není zaznamenané. Je to asi i proto, že model moc nezná. Problém měla hlavně s identifikací stimulů, musela hodně dlouho přemýšlet, několikrát pročíst anamnézu, ale i schéma, které obdržela, aby to pochopila.

Možnosti ve využití modelu Royové v ošetrovatelské praxi vidí u amputovaných nemocných, ale i u jiných nemocných, konkrétně tam, kde mají nějaký problém s adaptací na nově vzniklou situaci. Pochybuje, že se tím bude někdo zabývat.

Rozdíl ve výsledku v poskytované péči nemocným po amputaci dle modelu Royové a tradičním způsobem nevnímá, „vyjde to na stejno“, akorát při poskytování péče dle Royové se musí intenzivněji přemýšlet.

*Míru obtížnosti péče dle modelu Royové hodnotí na stupnici číslem 4 – obtížné a dodává, že to bylo hlavně časově náročné. Domnívá se, že *model pochopila* – označuje na stupnici číslem 3. Model *chápe* jako pomůcku k vyhledávání problémů a snahu pomoci nemocnému zadaptovat se na amputaci. Při pochopení modelu Royové ji nejvíce *pomohla* práce s dokumentací, díky které mohla vyhledávat další problémy nemocného.*

Na základě zkušeností při práci s modelem Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny se domnívá, že tento model lze u nemocných *po amputaci využít*, ale někde jinde, protože u nich na oddělení na to není čas.

Pokud by se měla vyjádřit k *dokumentaci* dle Royové, se kterou pracovala, jako problémy vnímá časovou náročnost, stanovení stimulů a příliš podrobnou anamnézu. *Doporučila* by zkrátit sexuální oblast a myslí si, že jinak je tam snad všechno a spíše pracovat s touto dokumentací na klinikách, kde se na tuto péči zaměřují.

Kasuistika respondentky – sestry č. 8

Respondentce č. 8 je 50 let, má vystudovanou střední zdravotnickou školu, nejvyšší ukončené vzdělání má bakalářské v oboru všeobecná sestra, které studovala v kombinované formě. Na chirurgickém oddělení, ale v jiném městě, nastoupila po maturitě. Na současném chirurgickém oddělení pracuje 8 let.

Při *ranní směně* poskytuje péči přidělené skupině pacientů a v případě potřeby vypomáhá ostatním sestřím. *Anamnézu* od nemocného odebírá prostřednictvím rozhovoru do připraveného formuláře formátu A4, který přijde s nemocným z ambulance při přijetí na oddělení. Je to anamnéza dle Gordonové.

S termínem *ošetřovatelský model* se setkala poprvé při studiu, v praxi se též setkává, nejčastěji s Gordonovou. Z doby studia si vzpomíná na Royovou, Orlandovou, Hendersonovou, Gordonovou, Peplau, Kingovou a Oremovou.

Pozitiva při poskytování ošetřovatelské péče dle modelu Royové vidí ve větším zamyšlení se nad nemocným, nad situací, ve které se nachází, pozná i jeho bližší prostředí, dostane se více do jeho psychiky, chování, prožívání. A jsou to i zkušenosti pro ostatní pacienty, neboť ví, co dělá dobře, co by si asi nemocný přál, ví na co se zeptat, když je to častěji. Prostřednictvím modelu hlouběji i analyzuje rodinu nemocného, přijde jí to i jako zlepšení kvality sesterské práce.

Hlavní *překážkou* při poskytování péče nemocným dle modelu Royové vidí určitě čas, péči o mnoho pacientů a chuť personálu s modelem pracovat. Je to něco nového. A potom seznamování ostatních spolupracovníků s adaptačními problémy nemocného – je potřeba si vše předávat. Pokud je to v rámci možností, určitě to dobré je.

Jako jeden z *možných přínosů* ve využití modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci končetiny vidí ve zlepšení adaptace na právě vzniklou situaci – na nový život, kterým je nemocný poznamenáný. Pomoc nemocnému přijmout novou situaci, každý to přijme jinak, naučit se s ní žít.

Pokud by měla porovnat *výslednou péči* o nemocného po amputaci dolní končetiny dle modelu Royové a tradičním způsobem, výsledek tam určitě je, protože klasickým způsobem se na to všechno nemyslí.

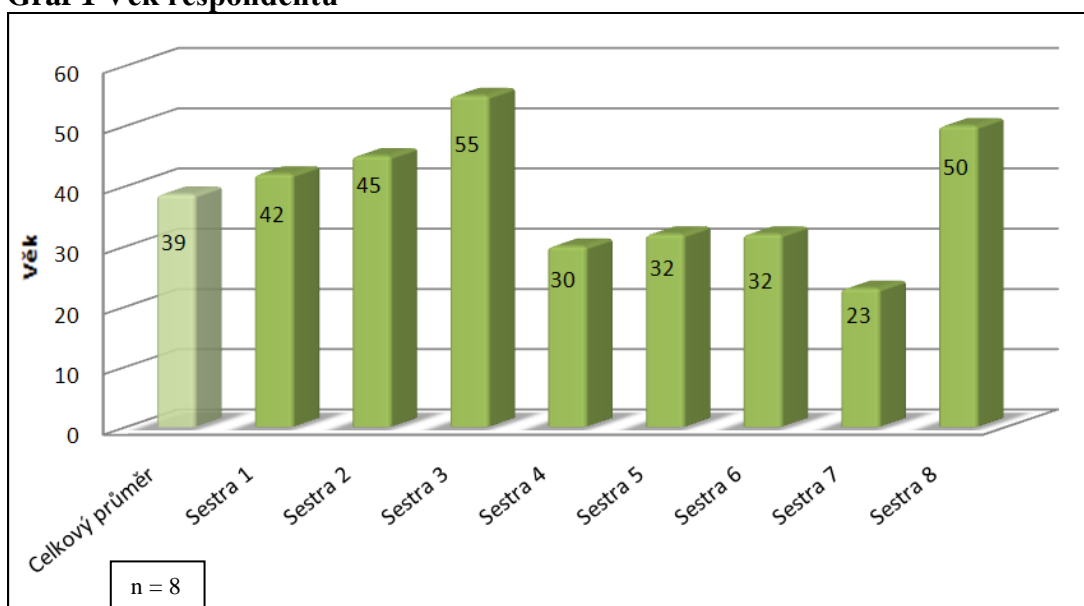
Pracovat dle modelu Royové bylo pro respondentku *obtížné* než jej pochopila, uvědomila si stimuly a vcítla se do situace nemocného a našla správné řešení. Na stupnici by *obtížnost* označila stupněm 2, stejně tak jako pochopení modelu. Model Royové jí pomohl *pochopit*, že člověk je biopsychosociální bytost a všechny jeho potřeby je potřeba uspokojit a že je potřeba intervenovat na stimuly, aby se zadaptoval na nově vzniklou situaci. Nejvíce při pochopení modelu jí *pomohla* osobní konzultace při vyskytnutí se problému, pak úvodní seznámení se s modelem, manuál – základní informace o modelu, možnost vědomí se kdykoli zeptat při nejasnostech a možnost pracovat s ošetřovatelskou dokumentací dle Royové.

Na základě zkušeností respondentky s péčí dle modelu Royové je určitě možné tento způsob poskytování péče *využít* u nemocných po amputaci dolní končetiny. Dle respondentky se model může využít všude, kde se pracuje s pacientem.

Problémy či překážky při práci s ošetrovatelskou *dokumentací* dle modelu Royové nevnímala. Na základě zkušenosti při práci s modelem konstatuje, že model Royové není tak znám jako model Gordonové. Dokumentace je v současné době zanesena i v počítačové podobě. A to, jak funguje dokumentace mezi zdravotníky poznala až nyní. Myslí si, že by nebylo špatné, aby se s modelem seznámily i ošetrovatelky a pracovalo se s ní v elektronické podobě.

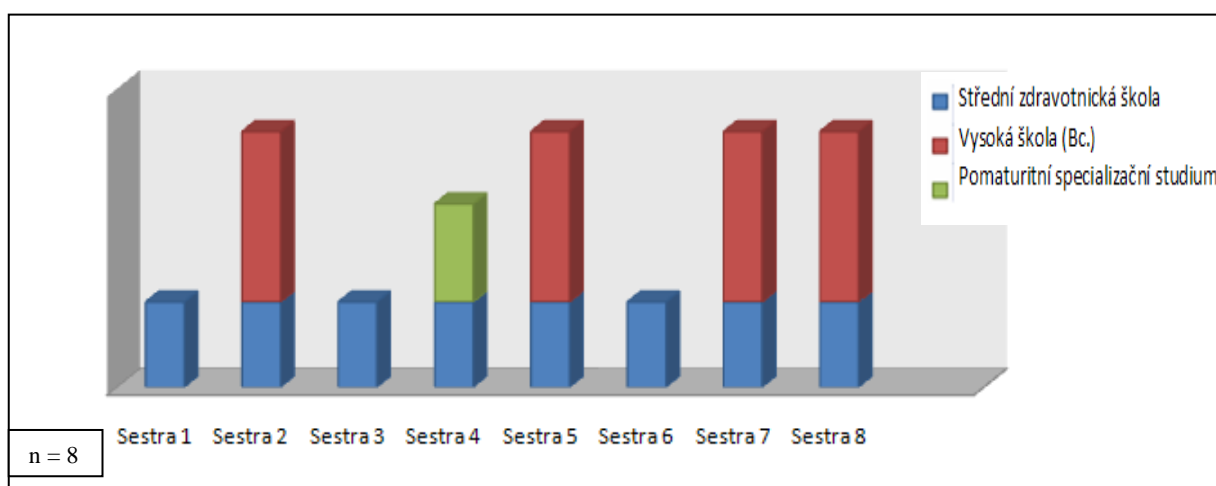
4.2 Základní grafy

Graf 1 Věk respondentů



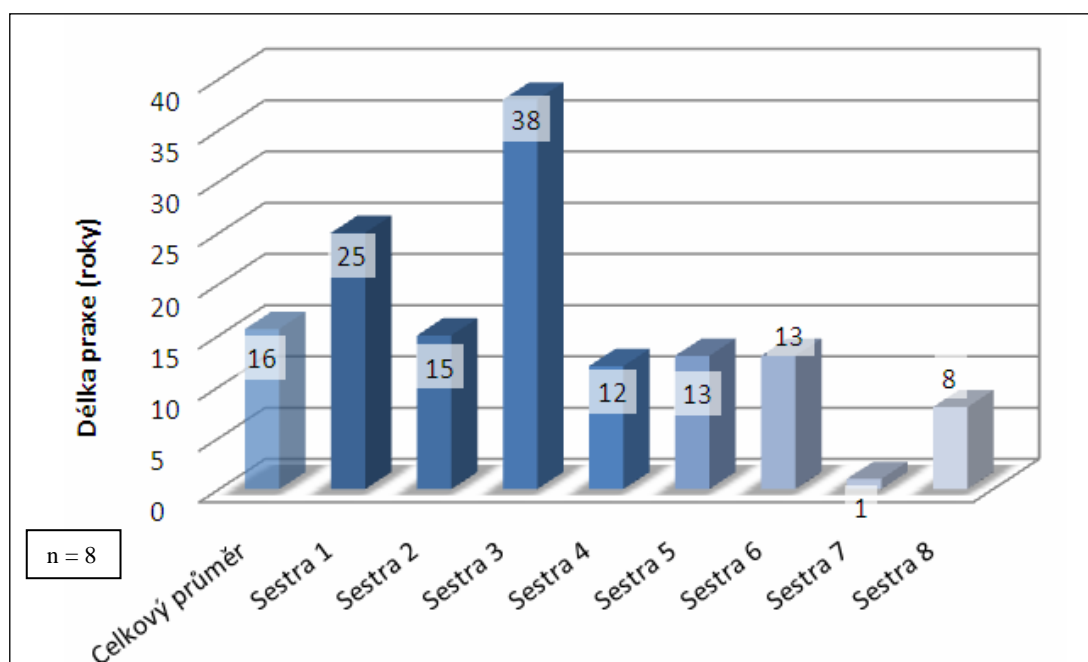
Respondentky byly ženy ve věku 42 (S1), 45 (S2), 55 (S3), 30 (S4), 32 (S5), 32 (S6), 23 (S7) a 50 (S8) let. Průměrný věk respondentů – sester je 39 let.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání sester



Graf znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání u sester. Střední zdravotnickou školu absolvovalo všech 8 respondentek (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8). Vysokoškolského vzdělání v oboru dosáhly 4 sestry (S2, S5, S7, S8) a pomaturitní specializační studium absolvovala 1 sestra (S4).

Graf 3 Délka praxe sester na chirurgickém oddělení



Graf informuje o délce praxe sester na chirurgickém oddělení. 25 let pracuje na chirurgickém oddělení S1, 15 let S2, 38 let S3, 12 let S4, 13 let S5 a S6, 1 rok S7 a 8 let S8. Průměrná délka praxe sester na chirurgickém oddělení (zaokrouhlo na celé desetinné číslo) je 16 let.

4.3 Kategorizace dat v tabulkách a grafech

Seznam kategorizačních skupin

1. Způsob poskytování ošetrovatelské péče sestrami při ranní směně (Tabulka 1)
2. Způsob sběru anamnézy u nemocných (Tabulka 2)
3. Povědomí o pojmu ošetrovatelský model (Tabulka 3)
4. Pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové (Tabulka 4)
5. Překážky při poskytování ošetrovatelské péče dle Royové (Tabulka 5)
6. Přínos využití modelu Royové při poskytování ošetrovatelské péče (Tabulka 6)
7. Vnímání rozdílu ve výsledku poskytované ošetrovatelské péče dle Royové a tradičním způsobem (Tabulka 7)
8. Míra obtížnosti ošetrovatelské práce dle Royové (Graf 4)
9. Míra pochopení ošetrovatelského modelu Royové (Graf 5)
10. Pochopení modelu Royové sestrami (Tabulka 8)
11. Největší pomoc pro pochopení modelu Royové (Tabulka 9)
12. Využití modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny (Graf 6)
13. Překážky při práci s ošetrovatelskou dokumentací dle Royové (Tabulka 10)
14. Doporučení pro změnu dokumentace dle Royové v praxi (Tabulka 11)
15. Vnímání dokumentace dle Royové sestrami (Tabulka 12)

Tabulka 1 Způsob poskytování ošetrovatelské péče sestrami při ranní směně

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Skupinová péče - oficiálně	2				1		1		
Skupinová péče - realita	2	1							1
Pomoc navzájem	3	1					1		1
Všem pacientům	6		1	1	1	1	1	1	
Celkový výskyt	13	2	1	1	2	1	3	1	2

Tabulka demonstruje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem poskytnete ošetrovatelskou péči pacientům při ranní směně? Nejčastější kategorie odpovědi je *všem pacientům*, 6krát. Kategorie *pomoc navzájem*, je uvedena 3krát. Nejméně zastoupená kategorie byla *skupinová péče – oficiálně* a *skupinová péče – realita* a to 2krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentů je 13.

Tabulka 2 Způsob sběru anamnézy u nemocných

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Rozhovor	2					1			1
Formulář z ambulance	8	1	1	1	1	1	1	1	1
Konkrétní dotazy	2					1		1	
Náhodně	1							1	
Podle Gordonové	1								1
Celkový výskyt	14	1	1	1	1	3	1	3	3

Tato tabulka znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jakým způsobem odebíráte anamnézu u nemocných na vašem oddělení? Nejčastější kategorie odpovědi je *formulář z ambulance*, byla uvedena 8krát. Kategorie odpovědi *rozhovor* a *konkrétní dotazy*, byla uvedena 2krát. Kategorie odpovědi *náhodně* a *Gordonová*, byla uvedena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentů je 14.

Tabulka 3 Povědomí o pojmu ošetrovatelský model

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Slyšela jsem o modelu	4	1		1	1		1		
Starat se o pacienta	1	1							
Neznám žádný model	1	1							
Nyní jsem se setkala s Royovou	1	1							
Setkala jsem se při studiu na VŠ	4		1			1		1	1
Vzpomínám si na Gordonovou	7		1	1	1	1	1	1	1
Vzpomínám si na Royovou	2		1						1
Vzpomínám si na Kingovou	3		1						1
Vzpomínám si na Oremovou	3		1			1		1	1
Vzpomínám si na Leiningerovou	1					1			
Vzpomínám si na Orlandovou	2					1			1
Vzpomínám si na Hendersonovou	1								1
Vzpomínám si na Peplau	1								1
Vzpomínám si na Nightingalovou	1							1	
Setkání s modelem v praxi	1								1
Celkový výskyt	33	4	5	2	2	5	2	4	9

Tabulka 3 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Setkal/a jste se někdy s termínem ošetrovatelský model? Kategorie odpovědi *vzpomínám si na Gordonovou* je uvedena 7krát. Kategorie *slyšela jsem o modelu* a *setkala jsem se při studiu na VŠ*, je uvedena 4krát. Kategorie *vzpomínám si na Kingovou* a *vzpomínám si na Oremovou*, je uvedena 3krát. Kategorie *vzpomínám si na Orlandovou* *vzpomínám si na Royovou* je uvedena 2krát. Zastoupené kategorie 1krát byly: *starat se o pacienta*, *neznám žádný model*, *nyní jsem se setkala s Royovou*, *vzpomínám si na Leiningerovou*, *vzpomínám si na Hendersonovou*, *vzpomínám si na Peplau*, *vzpomínám si na Nightingalovou* a *setkání s modelem v praxi*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 33.

Tabulka 4 Pozitiva při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Hlubší analýza problémů pacienta	4	1	1	1			1		
Analýza problémů rodiny	2			1					1
Více informací o pacientovi	3	1	1			1			
Informace o rodině	1					1			
Komunikace	4		1			1	1	1	
Komplexnost	5		1	1	1	1		1	
Pochopení	1	1							
Pomoc	1	1							
Identifikace problémů pacienta	2					1		1	
To, co jsem dělala, jsem prováděla	1							1	
Větší zamyšlení nad nemocným	1								1
Bližší poznání nemocného	1								1
Pochopení psychiky, chování a prožívání nemocného	1								1
Zkušenost pro ostatní pacienty	1								1
Zlepšení kvality sesterské práce	1								1
Celkový výskyt	29	4	4	3	1	5	2	4	6

Tato tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaká pozitiva vidíte při poskytování ošetrovatelské péče dle Royové? Kategorie odpovědi je *komplexnost*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *hlubší analýza problémů pacienta* a *komunikace*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *více informací o pacientovi* byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *analýza problémů rodiny* a *identifikace problémů pacienta*, byla uvedena 2krát. 1krát zastoupené kategorie byly: *informace o rodině*, *pochopení*, *pomoc*, *to, co jsem dělala, jsem prováděla*, *větší zamyšlení nad nemocným*, *bližší poznání nemocného*, *pochopení psychiky, chování a prožívání nemocného*, *zkušenost pro ostatní pacienty* a *zlepšení kvality sesterské práce*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 29.

Tabulka 5 Překážky při poskytování ošetrovatelské péče dle Royové

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Stanovení stimulů	8	1	1	1	1	1	1	1	1
Pochopení stimulů	2	1			1				
Náročnost na čas	7	1	1	1	1	1		1	1
Péče o mnoho nemocných	6	1	1	1	1	1			1
Skupinová péče	1	1							
Více přemýšlet	2	1						1	
Práce se stimuly	2		1	1					
Neznalost modelu i po seznámení s ním	3			1	1			1	
Nepochopení modelu	1						1		
Spojené s ošetrovatelskou dokumentací	1							1	
Chuť personálu s modelem pracovat	1								1
V rámci možností je to dobré	1								1
Je to něco nového	1								1
Seznámení spolupracovníků s adaptačními problémy nemocného	1								1
Celkový výskyt	37	6	4	5	5	3	2	5	7

Tabulka 5 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaké překážky (problémy) vidíte při poskytování péče dle modelu Royové? Kategorie odpovědi *stanovení stimulů*, je uvedena 8krát. Kategorie *náročnost na čas* je uvedena 7krát. Kategorie odpovědi *péče o mnoho nemocných* je uvedena 6krát. Kategorie *neznalost modelu i po seznámení s ním*, je uvedena 3krát. Kategorie *pochopení stimulů*, *více přemýšlet a práce se stimuly*, je uvedena 2krát. Kategorie: *skupinová péče*, *nepochopení modelu*, *spojené s ošetrovatelskou dokumentací*, *chuť personálu s modelem pracovat*, *v rámci možností je to dobré*, *je to něco nového a seznámení spolupracovníků s adaptačními problémy nemocného*, byly zastoupeny 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 37.

Tabulka 6 Přínos využití modelu Royové při poskytování ošetrovatelské péče

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Pomoc při adaptaci nemocnému	6	1	1	1		1		1	1
U všech amputovaných	5	1				1	1	1	1
Intenzivnější komunikace s nemocným	5	1	1	1		1	1		
Pochopení adaptačních problémů nemocného	3	1	1			1			
Nezatracovat model	1		1						
Uspokojení potřeb nemocného	1		1						
Poskytnutí rad amputovaným	1		1						
Kompenzační pomůcky pro amputované	1		1						
Nácvik rehabilitace	1		1						
Systematičnost	1				1				
Práci sestřám neulehčí	2				1		1		
Identifikace působících stimulů	1					1			
Pomoc klientovi	1					1			
Vcítění se do klienta	1					1			
Nikdo se tím nebude zabývat	1							1	
Celkový výskyt	31	4	8	2	2	7	3	3	2

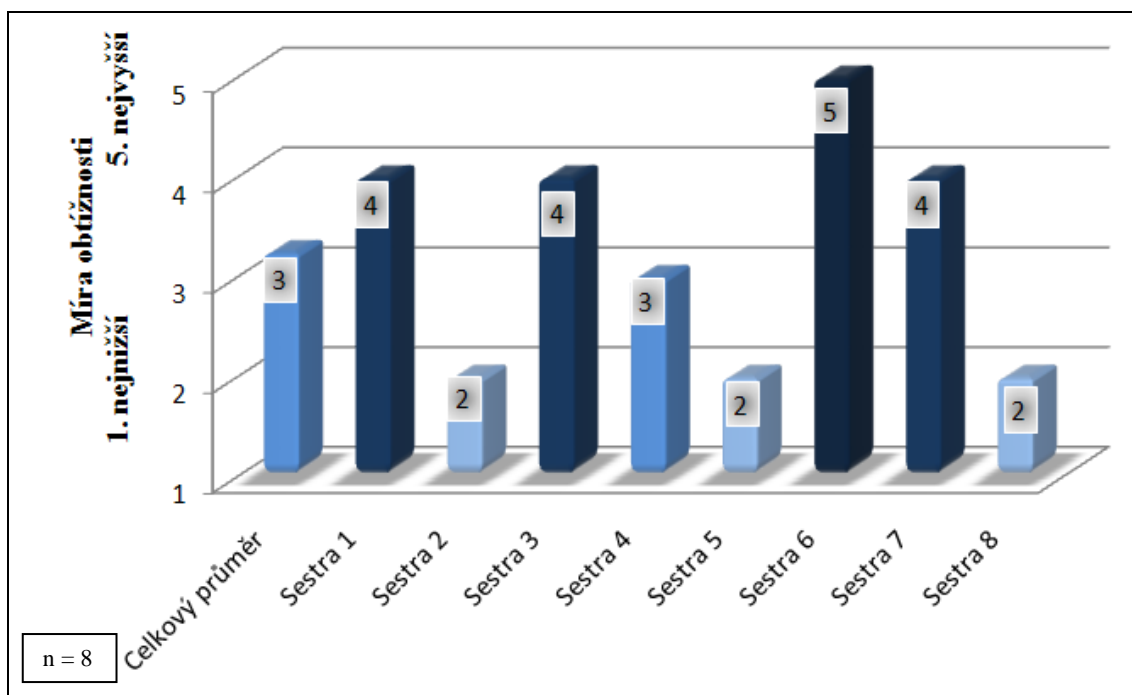
Tabulka 6 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jaký přínos (možnosti) vidíte ve využití modelu Royové při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny? Kategorie odpovědi *pomoc při adaptaci nemocnému*, je uvedena 6krát. Kategorie *u všech amputovaných* a *intenzivnější komunikace s nemocným*, je uvedena 5krát. Kategorie *pochopení adaptačních problémů nemocného* a *práci sestřám neulehčí*, je uvedena 2krát. Kategorie uvedeny 1krát byly: *nezatracovat model*, *uspokojení potřeb nemocného*, *poskytnutí rad amputovaným*, *kompenzační pomůcky pro amputované*, *nácvik rehabilitace*, *systematičnost*, *pomoc klientovi*, *vcítění se do klienta* a *nikdo se tím nebude zabývat*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 31.

Tabulka 7 Vnímání rozdílu ve výsledku poskytované ošetrovatelské péče dle Royové a tradičním způsobem

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Více do hloubky	1						1		
Určitě vnímám rozdíl	4		1			1	1		1
Větší spolupráce sestra - klient	1		1						
Dle Royové rychlejší uspokojení potřeb	1		1						
Větší komunikace s klientem	3	1	1		1				
Na problémy klienta se více zaměřuje Roy	1		1						
Více přemýšlím o klientově rodině	1			1					
Royová – holistický přístup	1			1					
Způsob provádění je jiný	1			1					
Méně času na klienta	1				1				
Dle Royové je péče komplexnější	1				1				
Nevnímá rozdíl	1							1	
U Royové intenzivněji přemýšlím	1							1	
Klasickým způsobem na vše nemyslím	1								1
Celkový výskyt	19	1	5	3	3	1	2	2	2

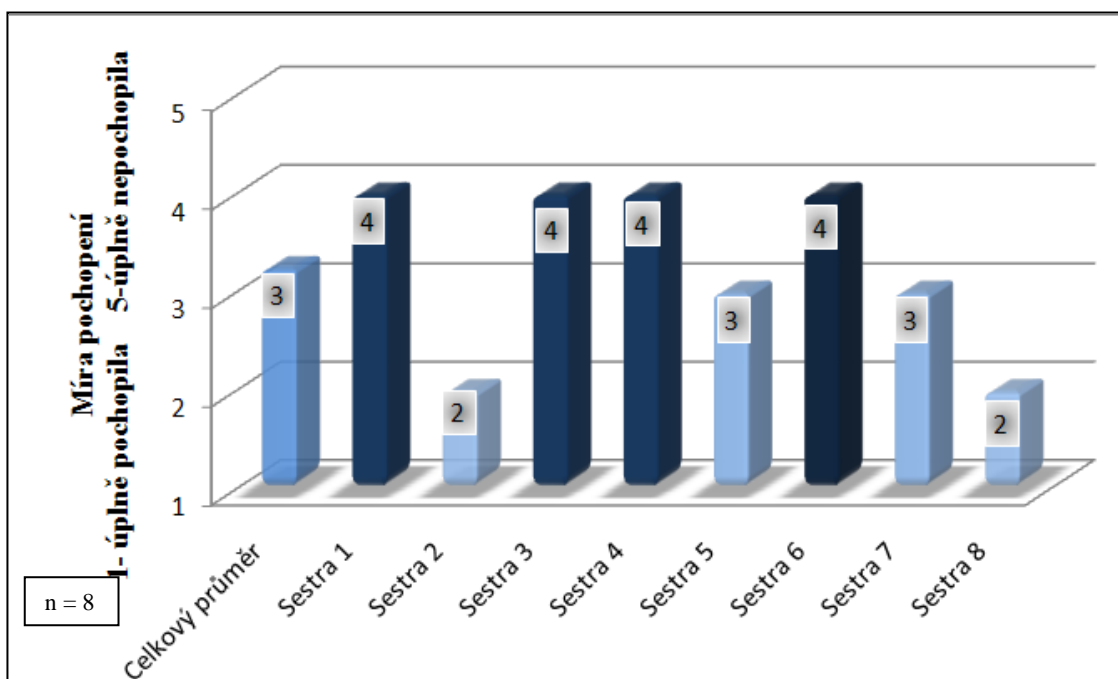
Tabulka 7 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Vnímáte rozdíl ve výsledku poskytované péče nemocným po amputaci dolní končetiny tradičním způsobem a modelem dle Royové? Nejčastější kategorie odpovědi je *určitě vnímám rozdíl*, uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *větší komunikace s klientem*, byla uvedena 3krát. Nejméně zastoupené kategorie byly: *více do hloubky*, *větší spolupráce sestra - klient*, *dle Royové rychlejší uspokojení potřeb*, *na problémy klienta se více zaměřuje Royová*, *více přemýšlím o klientově rodině*, *Royová – holistický přístup*, *způsob provádění je jiný*, *méně času na klienta*, *dle Royové je péče komplexnější*, *nevnímá rozdíl*, *u Royové intenzivněji přemýšlím* a *klasickým způsobem na vše nemyslím*, a to 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 19.

Graf 4 Míra obtížnosti ošetrovatelské práce dle Royové



Graf znázorňuje míru obtížnosti práce sester při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové. Výsledky jsou prezentovány na stupnici, kde 1 znamená nejméně zatěžující a 5 nejvíce zatěžující. Jako *nejvyšší obtížnost (5)* uvedla S6, *více obtížné (4)* pracovat dle modelu Royové S1, S3 a S7. Na stupnici číslem 3 značila obtížnost S4. Jako *méně zatěžující (2)* pracovat dle modelu Royové uvedly S2, S5 a S8. *Škálu 1 – nejméně obtížné* na 5ti stupňové stupnici nevyužil nikdo z dotazovaných. Celkový průměr obtížnosti práce sester dle modelu Royové je 3.

Graf 5 Míra pochopení ošetrovatelského modelu Royové



Graf 5 znázorňuje, do jaké míry pochopily sestry model Royové. Míru pochopení respondentky udávaly na škále 1 – 5, 1 – 5, kdy 1 znamená úplné pochopení a 5 úplné nepochopení modelu Royové. Číslem 4 na stupnici míru pochopení modelu Royové označily respondenty S1, S3, S4, S6. Číslem 3 označily míru pochopení respondentky S5 a S7. Pochopení modelu Royové na stupnici číslem 2 označila S2 a S8. Stupně 1 a 5 nebyly respondenty využity. Celkový průměr pochopení modelu Royové respondentek je 3.

Tabulka 8 Pochopení modelu Royové sestrami

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Komplexní péče o pacienty	2	1				1			
Pomoc k identifikování problémů pacienta	2		1					1	
Pomoc k adaptaci	3		1				1	1	
Hodně přemýšlet	1			1					
Nedovede popsat	2			1	1				
Komplexní systém	1					1			
Zaměřen i na psychické a sociální potřeby nemocného	1					1			
Je adaptační	4		1			1	1		1
Moc nepochopen	1						1		
Člověk je biopsychosociální bytost	1								1
Uspokojování potřeb	1								1
Intervence na stimuly	1								1
Celkový výskyt	20	1	3	2	1	4	3	2	4

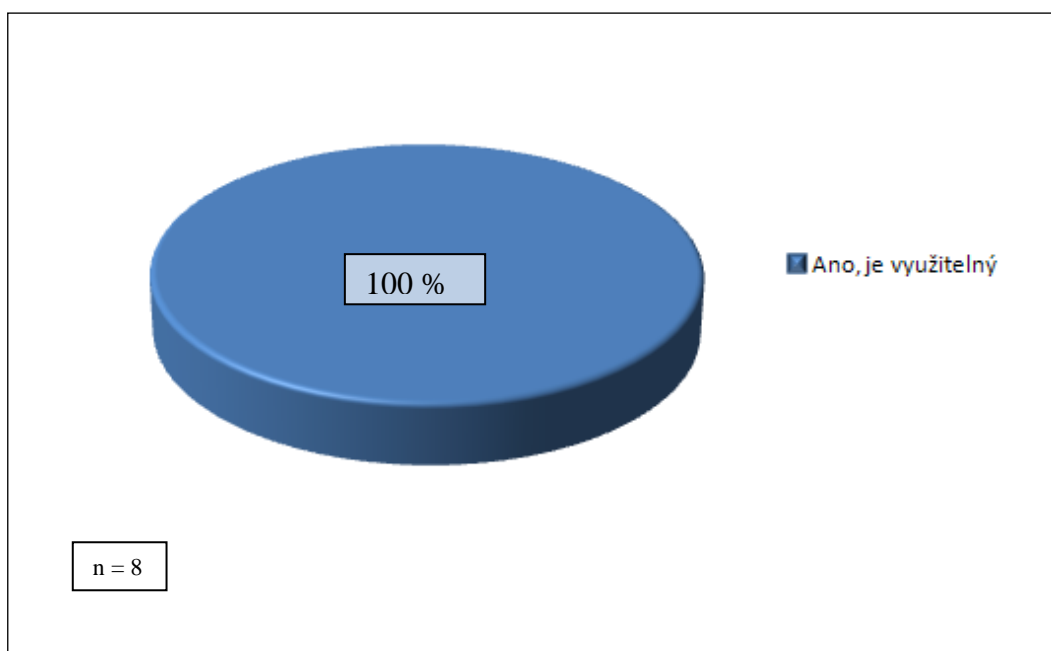
Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Jak chápete model Royové? Kategorie odpovědi *je adaptační*, byla uvedena 4krát. Kategorie odpovědi *pomoc k adaptaci*, byla uvedena 3krát. Kategorie *komplexní péče o pacienty*, *pomoc k identifikování problémů pacienta* a *nedovede popsat*, byla uvedena 2krát. Kategorie: *hodně přemýšlet*, *komplexní systém*, *zaměřen i na psychické a sociální potřeby nemocného*, *moc nepochopen*, *člověk je biopsychosociální bytost*, *uspokojování potřeb* a *intervence na stimuly*, byly uvedeny 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

Tabulka 9 Největší pomoc pro pochopení modelu Royové

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Práce s ošetrovatelskou dokumentací	2			1				1	
Manuál o modelu	1					1			
Osobní konzultace	5	1	1		1		1		1
Celkový výskyt	8	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabulka prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Co vám nejvíce pomohlo při pochopení (chápaní) modelu Royové? Nejčastější kategorie odpovědi je *osobní konzultace*, byla uvedena 5krát. Kategorie odpovědi *práce s ošetrovatelskou dokumentací*, byla uvedena 2krát. Kategorie *manuál o modelu*, byla 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědi respondentů je 8.

Graf 6 Využití modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny



Graf 6 informuje, že všechny respondentky (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8) na základě zkušeností uvedly, že model Royové je možné využít u nemocných po amputaci dolní končetiny.

Tabulka 10 Překážky při práci s ošetrovatelskou dokumentací dle Royové

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Stanovení stimulů	7	1	1	1	1	1	1	1	
Uvědomění si manipulace se stimuly	1	1							
Časová náročnost	2		1					1	
Práce se stimuly	3			1	1		1		
Příliš podrobná anamnéza	4	1			1		1	1	
Pochopení stimulů	1						1		
Zdlouhavé vyplňování	1	1							
Nevnímala překážky	1								1
Celkový výskyt	20	4	2	2	3	1	4	3	1

Tabulka 10 znázorňuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Vnímala jste nějaké problémy (překážky) při práci s ošetrovatelskou dokumentací dle Royové? Nejčastější kategorie odpovědi je *stanovení stimulů*, byla celkem 7krát. Kategorie odpovědi *příliš podrobná anamnéza*, byla uvedena celkem 4krát. Kategorie odpovědi *práce se stimuly* byla uvedena 3krát. Kategorie odpovědi *časová náročnost* byla uvedena 2krát. Kategorie: *uvědomění si manipulace se stimuly*, *zdlouhavé vyplňování*, *pochopení stimulů* a *nevnímala překážky*, byly uvedeny 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 20.

Tabulka 11 Doporučení pro změnu v dokumentaci dle Royové v praxi

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
Plán péče ponechat	2	1	1						
Zjednodušení dokumentace	2	1				1			
Ošetřovatelské diagnózy ponechat	1		1						
Více času na práci s dokumentací	2			1	1				
Při poskytování skupinové péče	1					1			
Zkrátit sexuální oblast	1							1	
Více pracovat s dokumentací	1							1	
Elektronická dokumentace - provedení	1								1
Seznámit s modelem i ošetřovatelky	1								1
Celkový výskyt	12	2	2	1	1	2	0	2	2

Tabulka 11 prezentuje v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Na základě vaší zkušenosti při práci s dokumentací dle Royové – máte nějaké doporučení pro změnu v této dokumentaci pro ošetřovatelskou praxi? Kategorie odpovědi *plán péče ponechat*, *zjednodušení dokumentace* a *více času na práci s dokumentací*, byla uvedena 2krát. Kategorie: *ošetřovatelské diagnózy ponechat*, *při poskytování skupinové péče*, *zkrátit sexuální oblast*, *více pracovat s dokumentací*, *elektronická dokumentace – provedení* a *seznámit s modelem i ošetřovatelky*, byla zastoupena 1krát. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 12.

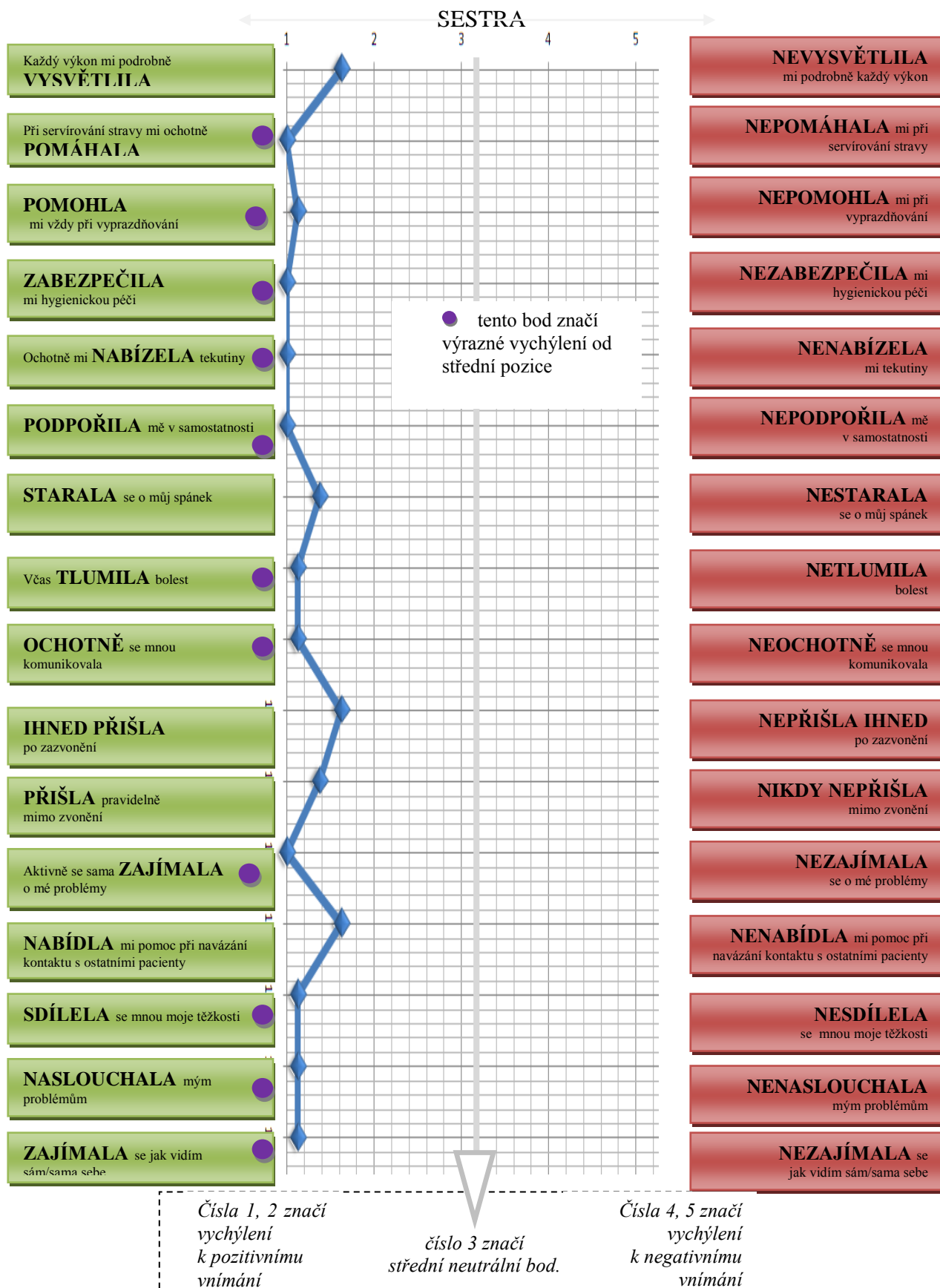
Tabulka 12 Vnímání dokumentace dle Royové sestrami

S = sestra respondentka	Suma	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8
V dokumentaci je vše	2	1						1	
Zájem o celého pacienta	1	1							
Pomoc v adaptaci nemocnému	1	1							
Dokumentace je dobrá	2			1	1				
Více s modelem pracovat	1						1		
K péči o nemocné	1						1		
Celkový výskyt	8	3	0	1	1	0	2	1	0

Tabulka 12 rozvíjí v kategorizované formě odpovědi respondentů na otázku: Na základě vaší zkušenosti při práci s dokumentací dle Royové – máte nějaké doporučení pro změnu v této dokumentaci pro ošetrovatelskou praxi, konkrétně jak vnímáte dokumentaci dle Royové? Kategorie odpovědi *v dokumentaci je vše* a *dokumentace je dobrá*, byla uvedena 2krát. Kategorie uvedena 1x: *zájem o celého pacienta*, *pomoc v adaptaci nemocnému*, *více s modelem pracovat* a *k péči o nemocné*. Celkový výskyt kategorizovaných odpovědí respondentů je 8.

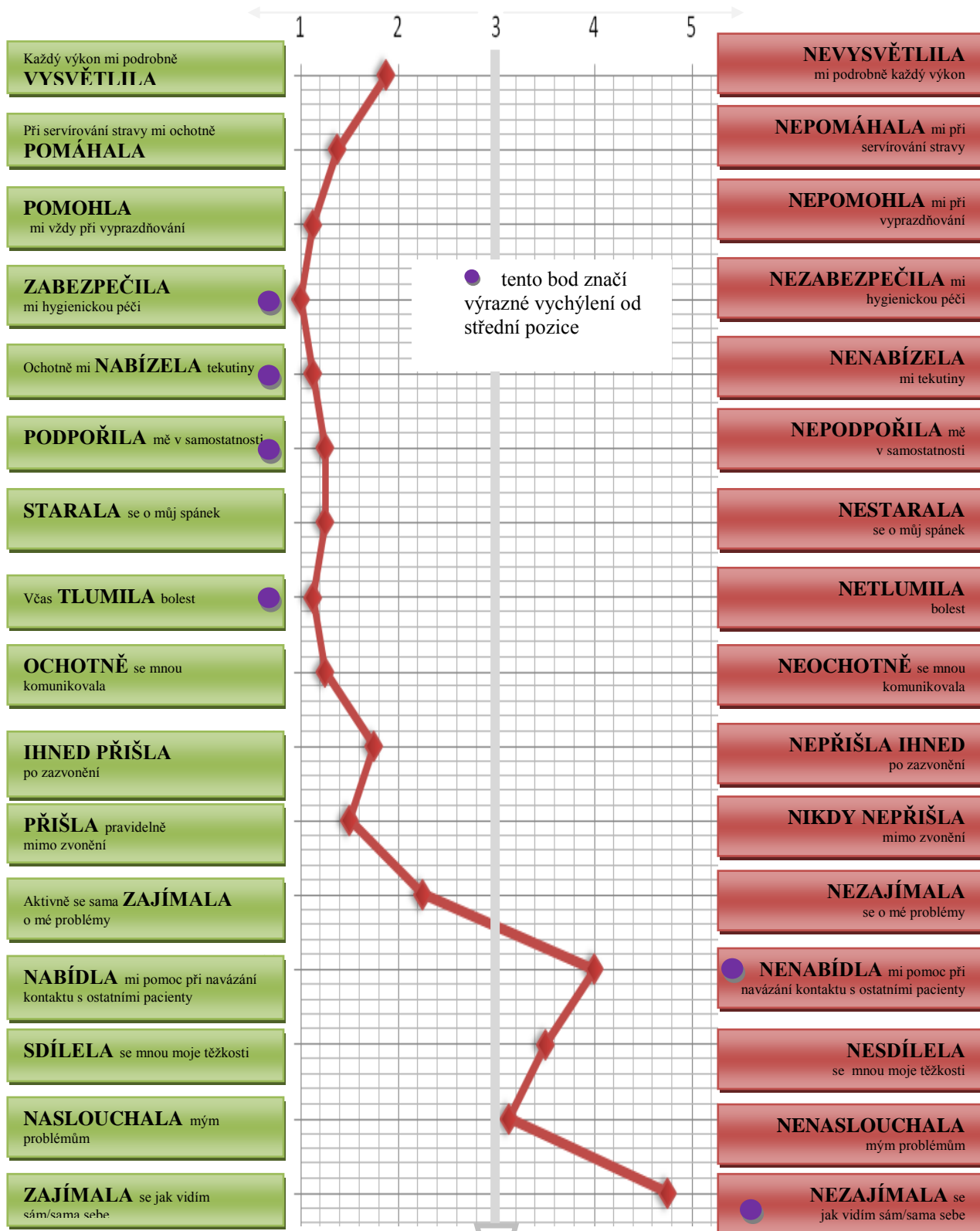
4.4 Výsledky sémantického diferenciálu pacientů

Graf 7 Výsledky sémantického diferenciálu základní skupiny pacientů – modus 1-4



Soubor respondentů – pacientů základní skupiny se vyjádřil na sesterské intervence při poskytování ošetrovatelské péče dle adaptačního modelu Royové týkající se podpory v adaptaci na škále v rozmezí 1 – 5, kdy 1 značí pozitivní pocity a 5 negativní pocity. Po vyhodnocení váženého aritmetického průměru ve všech oblastech nemocní po amputaci dolní končetiny ze základní skupiny vnímají poskytování péče sestrou dle modelu Royové jako *pozitivní* v oblastech „*pomoci při servírování stravy, pomoci při vyprazdňování, zabezpečení hygienické péče, nabízení tekutin, podpoře k samostatnosti, tlumení bolesti, komunikace, zájmu o problémy, sdílení těžkostí, naslouchání problémům a zájmu o sebepojetí nemocného*“.

Graf 8 Výsledky sémantického diferenciálu kontrolní skupiny pacientů modus 1 - 4
SESTRA



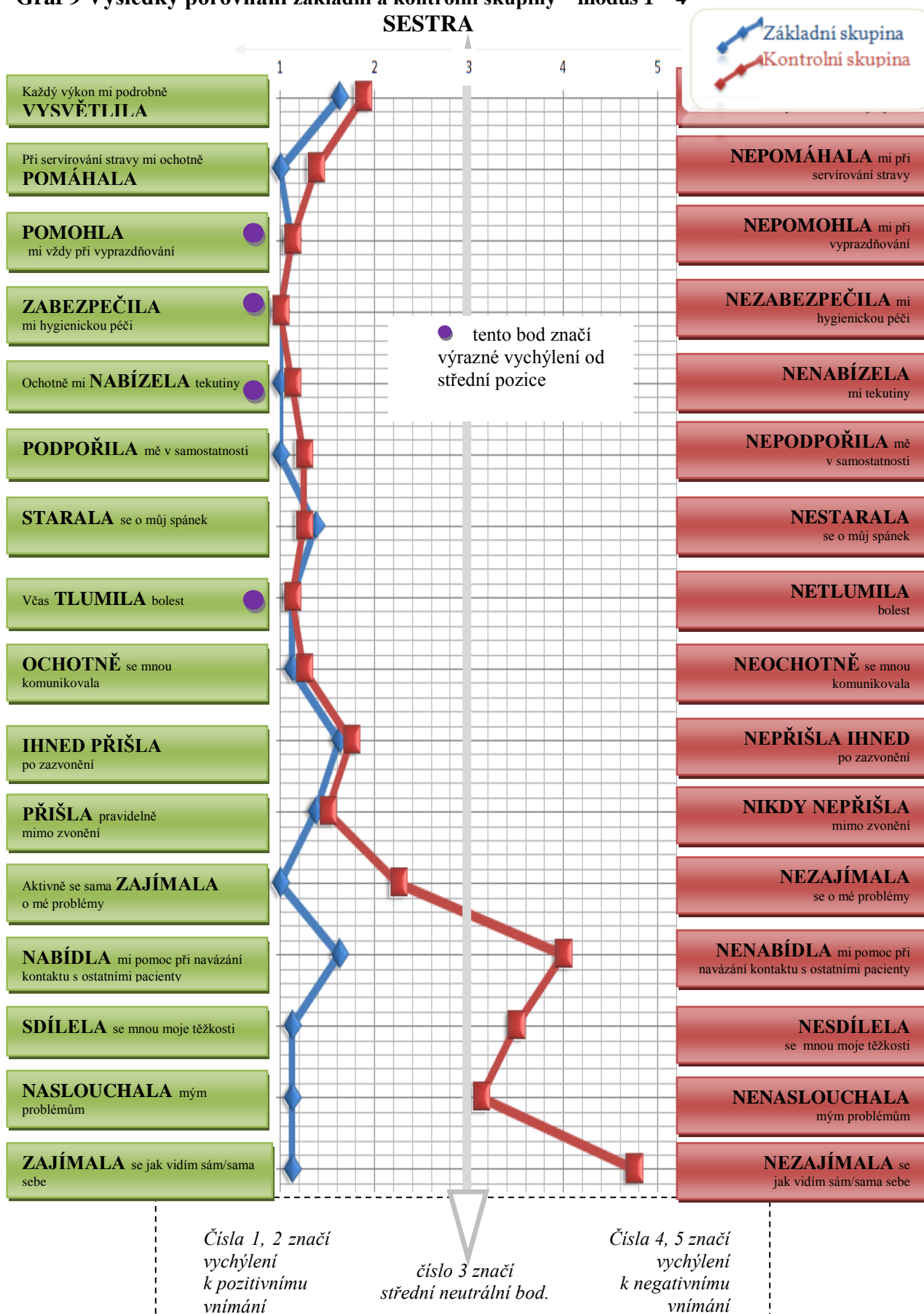
Čísla 1, 2 značí vychýlení k pozitivnímu vnímání

číslo 3 značí střední neutrální bod.

Čísla 4, 5 značí vychýlení k negativnímu vnímání

Pacienti – respondenti kontrolní skupiny se vyjádřili na sesterské intervence při poskytování ošetrovatelské péče bez využití modelu Royové týkající se podpory v adaptaci na škále v rozmezí 1 – 5, kdy 1 značí pozitivní pocity a 5 negativní pocity. Po vyhodnocení váženého aritmetického průměru ve všech oblastech nemocní po amputaci dolní končetiny z kontrolní skupiny vnímají poskytování péče sestrou jako *pozitivní* v oblastech „*zabezpečení hygienické péče, nabízení tekutin, podpoře k samostatnosti, tlumení a bolest*“. Jako *negativní* vnímali nemocní „*nenabídnutí pomoci při navázání kontaktu s ostatními pacienty a nezájem sester o sebepojetí nemocného*“.

Graf 9 Výsledky porovnání základní a kontrolní skupiny – modus 1 – 4
SESTRA



Graf znázorňuje srovnání základní a kontrolní skupiny respondentů – pacientů po amputaci dolní končetiny, kdy respondentům – pacientům ze základní skupiny byla poskytována péče dle modelu Royové a z kontrolní skupiny nikoli. Respondenti – pacienti se vyjadřovali na sesterské intervence týkající se podpory v adaptaci na škále v rozmezí 1 – 5, kdy 1 značí pozitivní pocity a 5 negativní pocity. Respondenti – pacienti ze základní a kontrolní skupiny vnímají společně poskytování péče sestrou jako *pozitivní* v oblastech „*pomoci při vyprazdňování, zabezpečení hygienické péče, nabízení tekutin a tlumení a bolesti*“.

4.5 Výsledky práce sester s ošetrovatelskou dokumentací

V této kapitole jsou uvedeny základní výsledky práce respondentek - sester s ošetrovatelskou dokumentací u základní skupiny pacientů po amputaci dolní končetiny od nultého pooperačního dne v jednotlivých adaptačních modech, které jsou barevně odlišeny, a to následovně: fyziologický modus – červeně, modus sebekoncepce a identifikace ve skupině – modře, modus rolové funkce – žlutě a modus vzájemné závislosti zeleně.

V každé tabulce je uvedeno pořadí, věk, pohlaví, lékařská diagnóza a víra respondenta – pacienta, dále výsledné bodové skóre dle Nortonové a Barthelové stanovené nultý operační den u pacienta - respondenta. Prostřednictvím tabulek jsou graficky prezentovány pouze ty adaptační mody, ve kterých sestry u pacientů – respondentů identifikovaly adaptační problémy, na základě kterých stanovily ošetrovatelské diagnózy a následně pracovaly se stanovenými stimuly. Tabulky jsou pro přehlednost znázorněny po jednotlivých adaptačních modech a komentáře pro ucelenost popisovány u každého respondenta – pacienta nejednou – vždy za posledním adaptačním modem, ve kterém byly u nemocného stanoveny ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 13a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 1

Respondent – pacient č. 1 Pohlaví: muž, 68 let, nevěřící Diagnóza: ICH DK, suchá gangréna prstů a nártu LDK Hodnocení dle Nortonové: 26 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
			Manipulace sester se stimuly								
00132 Akutní bolest	STIMULY	FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00132 ukončeno 3. den po OP
00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování		KONTEXTUÁLNÍ Zájem začlenit se do společnosti	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	Cíl splněn 00110 ukončeno 2. den po OP
00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně			Podpora přítelkyně	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	Cíl splněn 00108 ukončeno 5. den po OP
00102 Deficit sebepěče při jídle		REZIDUÁLNÍ Ochota dodržovat léčebný režim	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00102 ukončeno 3. den po OP
00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku			↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00109 ukončeno 4. den po OP
00044 Poškozená tkáňová integrita			↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP

Tabulka 13b Hodnocení stanovených ošetřovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 1

Respondent - pacient č.1 – pokračování Pohlaví: muž, 68 let, nevěřící Diagnóza: ICH DK, suchá gangréna prstů a nártu LDK Hodnocení dle Nortonové: 26 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Manipulace sester se stimuly												
00016 Porušené vylučování moče	STIMULY	FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00016 ukončeno 2. den po OP	
00004 Riziko infekce		KONTEXTUÁLNÍ Zájem začlenit se do společnosti	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	Cíl splněn 00004 ukončeno 7. den po OP	
00155 – 2. den Riziko pádu		Podpora přítelkyně										
		REZIDUÁLNÍ Ochota dodržovat léčebný režim	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00155 ukončeno 7. den po OP

Tabulka 13c Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 1

Respondent - pacient č.1 – pokračování			0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení
Pohlaví: muž, 68 let, nevěřící Diagnóza: ICH DK, suchá gangréna prstů a nártu LDK Hodnocení dle Nortonové: 26 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	
			Manipulace sester se stimuly								
00085 Zhoršená pohyblivost	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptáční modus vzájemné závislosti	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00085 ukončeno 7. den po OP
Vertikalizace:		Amputace dolní končetiny									
1. den po OP - posazení v lůžku - postranice		KONTEXTUÁLNÍ		↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	
2. den po OP - posazení v lůžku - postranice		Zájem začlenit se do společnosti Podpora přítelkyně									
3. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK		REZIDUÁLNÍ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		
4. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK		Ochota dodržovat léčebný režim									
5. – 7. den po OP - postavení u lůžka, posazení v křesle samostatně											

Tabulky 13a, 13b a 13c prezentují výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 1. Respondent – pacient č. 1 je muž ve věku 68 let, nevěřící u kterého byla provedena amputace dolní končetiny v bérce na podkladě ischemické choroby dolních končetin se suchou gangrénou prstů a nártu na levé dolní končetině. Péče dle adaptačního modelu Royové byla nemocnému sestrami poskytována od nultého až do sedmého pooperačního dne a následně zaznamenávána do ošetrovatelské dokumentace. V den operace byl u nemocného stanoven index Barthelové 45 bodů (střední závislost), Nortonové 26 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: amputace dolní končetiny, *kontextuální*: zájem nemocného začlenit se do společnosti, podpora přítelkyně a *reziduální*: ochota dodržovat léčebný režim. V den operace byly ve *fyzilogickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebepéče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebepéče při jídle, 00109 Deficit sebepéče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00016 Porušené vylučování moče a 00004 Riziko infekce. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálního stimulu (amputace dolní končetiny), podporovaly do 5. pooperačního dne kontextuální stimuly (zájem začlenit se do společnosti, podpora přítelkyně), kdy 6. a 7. pooperační den postačilo již stimul udržovat. Sestry využily i reziduálního stimulu (ochota dodržovat léčebný režim) a to jeho udržováním. Díky manipulaci sester se stimuly byla již 2. pooperační den ukončena ošetrovatelská diagnóza 00110 a 00016, 3. pooperační den 00132 a 00102, 4. pooperační den 00109, 5. pooperační den 00108 a 7. pooperační den 00044 a 00004. 2. *pooperační den* byla dále stanovena ošetrovatelská diagnóza 00155 Riziko pádu, která byla ukončena 7. pooperační den. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byla u nemocného 1. *pooperační den* stanovena ošetrovatelská diagnóza 00085 Zhoršená pohyblivost, která byla díky manipulaci sester se stimuly ukončena 7. pooperační den. V adaptačních modech sebekoncepce a identifikace ve skupině a rolové funkce nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 14a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 2

Respondent – pacient č. 2 Pohlaví: žena, 76 let, věřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 24 bodů Barthelové test: 60 bodů - střední závislost				0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Manipulace sester se stimuly													
00132 Akutní bolest	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptační modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn částečně 00132 pro bolest pokračuje	
00110 Deficit sebedpěče při vyprazdňování		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn 00110 ukončeno 4. den po OP	
00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně		KONTEXTUÁLNÍ		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn 00108 ukončeno 5. den po OP	
00102 Deficit sebedpěče při jídle		Slabost		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn 00102 ukončeno 4. den po OP	
00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku		Nedobry tělesný stav		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn 00109 ukončeno 4. den po OP	
00046 Poškozená kožní integrita		REZIDUÁLNÍ		↔	↔	↔	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn 00046 ukončeno 7. den po OP	
		Nezájem zapojit se do denních činností		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓			
		Depresivní stav											
		Víra											

Tabulka 14b Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 2

Respondent – pacient č. 2 - pokračování Pohlaví: žena, 76 let, věřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 24 bodů Barthelové test: 60 bodů - střední závislost				0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
				Manipulace sester se stimuly								
00044 Poškozená tkáňová integrita 00095 – 1. den Porušený spánek 00155 Riziko pádu	STIMULY	FOKALNI Bolest	Fyziologický adaptivní odus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP Cíl splněn částečně 00095 oš. dg. pokračuje Cíl splněn částečně 00155 oš. dg. pokračuje	
		Amputace dolní končetiny										
		KONTEXTUALNI Slabost		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Nedobry tělesný stav		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Nerespektování léčebného režimu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		REZIDUALNI Nezájem zapojit se do denních činností		↔	↔	↔	↓	↓	↓	↓		↓
		Depresivní stav		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Víra		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		

Tabulka 14c Hodnocení stanovených ošetřovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMSIS respondenta - pacienta č. 2

Respondent – pacient č.2 - pokračování Pohlaví: žena, 76 let, věřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 24 bodů Barthelové test: 60 bodů - střední závislost				0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Manipulace sester se stimuly												
00148 Strach	STIMULY	FOKALNI	Adaptace ve skupině inodus sebe-koncepce a identifikace									Cíl splněn 00148 ukončeno 6. den po OP
		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		KONTEXTUALNI										
		Slabost										
		Nedobry tělesný stav		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		Nerespektování léčebného režimu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		Neinformovanost o příčinách nemoci										
		REZIDUALNI										
		Nezájem zapojit se do denních činností		↔	↔	↔	↓	↓	↓	↓	↓	
	Depresivní stav				↓	↓	↓	↓	↓			
	Víra											

Tabulka 14d Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 2

Respondent – pacient č. 2 - pokračování Pohlaví: žena, 76 let, věřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 24 bodů Barthelové test: 60 bodů - střední závislost				0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Manipulace sester se stimuly													
00085 – 1. den Zhoršená pohyblivost Vertikalizace: 1. den po OP - ležící 2. den po OP - ležící 3. den po OP - posazení v lůžku 4. den po OP - posazení v lůžku, spuštěné DK 5. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK 6. – 7. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK - postavení u lůžka	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptací modus vzájemné závislosti								Cíl splněn částečně 00085 oš. dg. pokračuje		
		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓	
		Amputace dolní končetiny											
		KONTEXTUÁLNÍ											
		Slabost											
		Nedobry tělesný stav		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓	
		Nerespektování léčebného režimu											
		Neinformovanost o příčinách nemoci											
		REZIDUÁLNÍ											
		Nezájem zapojit se do denních činností		↔	↔	↔	↓	↓	↓	↓		↓	
Depresivní stav													
Víra													

Tabulky 14a, 14b a 14c znázorňují výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 2. Respondent – pacient č. 2 je žena ve věku 76 let, věřící u které byla provedena amputace levé dolní v bérce na podkladě diabetické gangrény. V den operace byl stanoven index Barthelové 60 bodů (střední závislost), Nortonové 24 bodů. U nemocné byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: bolest, amputace dolní končetiny, *kontextuální*: slabost, nedobrá tělesná stav, nerespektování léčebného režimu, neinformovanost o příčinách nemoci a *reziduální*: nezáměr zapojit se do denních činností, depresivní stav a víra. V den operace byly ve *fyzilogickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděče při jídle, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00046 Poškozená kožní integrita, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00155 Riziko pádu. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů, snižovaly působení kontextuálních stimulů. Reziduální stimuly první tři dny sestry udržovaly, poté snižovaly s výjimkou víry. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 4. pooperační den ukončena ošetrovatelská diagnóza 00110, 00102 a 00109, 5. pooperační den 00108, 7. pooperační den 00046 a 00044. Ošetrovatelské diagnózy 00132 a 00155 v souvislosti s nedosažením cíle pokračují. 1. pooperační den byla dále stanovena ošetrovatelská diagnóza 00095 Porušený spánek, která v souvislosti s nedosažením cíle pokračuje. V *adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině* byla stanovena 0. pooperační den ošetrovatelská diagnóza 00148 Strach, která byla na základě manipulace sester se stimuly ukončena 6. pooperační den. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byla u nemocného 1. pooperační den stanovena ošetrovatelská diagnóza 00085 Zhoršená pohyblivost, která pro nedosažení cíle pokračuje – u pacientky došlo k mírnému zlepšení (posazení se v lůžku se spuštěnými DK a postavení se u lůžku), avšak stále zůstává závislá na ošetřujícím personálu. V adaptačním modu rolové funkce nebyly sestrami u respondentky -pacientky č. 2 stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 15a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 3

Respondent – pacient č. 3 Pohlaví: muž, 76 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 70 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Manipulace sester se stimuly												
STIMULY 00132 Akutní bolest 00110 Deficit sebedpěče při vyprazdňování 00108 Deficit sebedpěče při koupání a hygieně 00109 Deficit sebedpěče při oblékání a úpravě zevnějšku 00046 Poškozená kožní integrita 00044 Poškozená tkáňová integrita 00015 Riziko zácpy	FOKÁLNÍ Strádá bolestí Amputace dolní končetiny <hr/> KONTEXTUÁLNÍ Pomoc rodiny <hr/> REZIDUÁLNÍ Optimista Schopnost zvládat zátěž	Fyziologický adaptivní odus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00132 ukončeno 6. den po OP	
			↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00110 ukončeno 4. den po OP
			↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00108 ukončeno 3. den po OP
			↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00109 ukončeno 3. den po OP
			↑	↑	↑	↑	→	→	→	→	→	Cíl splněn 00046 ukončeno 6. den po OP
			↑	↑	↑	↑	→	→	→	→	→	Cíl splněn 00044 ukončeno 6. den po OP
			→	→	→	→	→	→	→	→	→	Cíl splněn 00015 ukončeno 7. den po OP

Tabulka 15b Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 3

Respondent – pacient č. 3 - pokračování			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Pohlaví: muž, 76 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 70 bodů - lehká závislost			Manipulace sester se stimuly								
00095 Porušený spánek 00155 Riziko pádu	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptační modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00095 ukončeno 7. den po OP Cíl splněn částečně 00155 oš. dg pokračuje
		Strádá bolestí									
		Amputace dolní končetiny									
KONTEXTUÁLNÍ	↑	↑		↑	↑	↑	↑	↑			
Pomoc rodiny											
REZIDUÁLNÍ	↑	↑		↑	↑	↔	↔	↔	↔		
Optimista											
Schopnost zvládat zátěž											

Tabulka 15c Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 3

Respondent – pacient č. 3 - pokračování				0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 76 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 70 bodů - lehká závislost				den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP		
				Manipulace sester se stimuly									
00085 Zhoršená pohyblivost <i>Vertikalizace:</i> 1. den po OP posazení v lůžku 2. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK 3. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK 5. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka 6. – 7. den po OP - postavení u lůžka - sezení v křesle	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptace na modus vzájemné závislosti	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00085 oš. dg pokračuje		
		Strádá bolestí											
		Amputace dolní končetiny											

				KONTEXTUÁLNÍ									
				Pomoc rodiny									
				↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		

				REZIDUÁLNÍ									
				Optimista									
				Schopnost zvládat zátěž									
				↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	↔		

Tabulka 15a, 15b a 15c znázorňují výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta - pacienta č. 3. Respondent – pacient č. 3 je muž ve věku 76 let, nevěřící, u kterého byla provedena amputace dolní končetiny v bérce na podkladě diabetické gangrény. Péče dle adaptačního modelu Royové byla u nemocného sestrami poskytována od nultého až do sedmého pooperačního dne. V den operace byl u nemocného stanoven index Barthelové 70 bodů (lehká závislost), Nortonové 27 bodů. Ze záznamu bolesti: cítí palec na noze amputované končetiny. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: strádá bolestí, amputace dolní končetiny, *kontextuální*: pomoc rodiny a *reziduální*: optimista, schopnost zvládat zátěž. V den operace byly ve *fyziologickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně, 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00046 Poškozená kožní integrita, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00015 Riziko zácpy, 00095 Porušený spánek a 00155 Riziko pádu. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů (strádá bolestí a amputace dolní končetiny), podporovaly působení kontextuálního stimulu (pomoc rodiny). Reziduální stimuly (optimista, schopnost zvládat zátěž) první čtyři dny sestry podporovaly, následující dny udržovaly. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 3. pooperační den ukončena ve fyziologickém modu ošetrovatelská diagnóza 00108 a 00109, 4. pooperační den 00110, 6. pooperační den 00132, 00046, 00044 a 7. pooperační den 00015 a 00095. Ošetrovatelská diagnóza 00155 Riziko pádu pokračuje. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byla u nemocného v den operace stanovena ošetrovatelská diagnóza 00085 Zhoršená pohyblivost, která pro nedosažení cíle pokračuje z důvodu pokračující závislosti nemocného na ošetrovatelském personálu v souvislosti s vertikalizací. V adaptačním modu sebekoncepcce a identifikace ve skupině a rolové funkce nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy. V adaptačních modech sebekoncepcce a identifikace ve skupině a rolové funkce nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 16a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 4

Respondent – pacient č.4 Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 28 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Manipulace sester se stimuly											
00132 Akutní bolest	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptivní modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00132 oš. dg. pokračuje
Bolest										Cíl splněn 00110 ukončeno 5. den po OP	
00110 Deficit sebeděže při vyprazdňování		Amputace dolní končetiny									Cíl splněn 00108 ukončeno 5. den po OP
00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně		Nesoběstačnost									
		KONTEXTUÁLNÍ									
00109 Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku		Omezení v pohybu Závislost manželky		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00109 ukončeno 3. den po OP
00046 Poškozená kožní integrita		REZIDUÁLNÍ									Cíl splněn 00046 ukončeno 7. den po OP
00044 Poškozená tkáňová integrita	Optimista	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP		
00016 Porušené vylučování moče										Cíl splněn 00016 ukončeno 3. den po OP	

Tabulka 16b Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAS respondenta - pacienta č. 4

Kespondent - pacient c. 4 – pokračování Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 28 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			U. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
			Manipulace sester se stimuly								
00015 Riziko zácpy 00095 Porušený spánek 00155 Riziko pádu	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptační modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00015 ukončeno 5. den po OP Cíl splněn částečně 00095 oš. dg. pokračuje Cíl splněn částečně 00155 oš. dg. pokračuje
		Bolest									
		Amputace dolní končetiny									
		Nesoběstačnost									
		KONTEXTUÁLNÍ									
		Omezení v pohybu									
		Závislost manželky									
		REZIDUÁLNÍ									
		Optimista		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Tabulka 16c Hodnocení stanovených adaptačních problémů a práce se stimuly v AMS respondenta - pacienta č. 4

Respondent – pacient č. 4 - pokračování				0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 28 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost				Manipulace sester se stimuly								
00148 Strach	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptační modus seberekoncepce a identifikace ve skupině	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00148 ukončeno 6. den po OP	
00118 Porušený tělesný obraz		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Nesoběstačnost		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		KONTEXTUÁLNÍ		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Omezení v pohybu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Závislost manželky		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
	REZIDUÁLNÍ	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn částečně 0011 oš. dg. pokračuje			
	Optimista	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔				

Tabulka 16d Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMRF respondenta - pacienta č. 4

Respondent – pacient č. 4 - pokračování			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 28 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			Manipulace sester se stimuly									
00055 Neefektivní plnění role <i>Primární role</i> - muž – cítí se starší než je - nemá děti - po amputaci nefunguje jako manžel, manželka je na něm závislá <i>Sekundární role</i> - starobní důchodce <i>Terciární role</i> - problém adaptovat se na roli pacienta po amputaci z důvodu omezení v pohybu	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptáční modus rolové funkce								Cíl splněn částečně 00055 oš. dg. pokračuje	
		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		Nesoběstačnost										
		KONTEXTUÁLNÍ										
		Omezení v pohybu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		Závislost manželky										
		REZIDUÁLNÍ										
		Optimista		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		↔

Tabulka 16e Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 4

Respondent – pacient č. 4 - pokračování			0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: diabetická gangréna LDK Hodnocení dle Nortonové: 28 bodů Barthelové test: 45 bodů - střední závislost			den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP		
			Manipulace sester se stimuly									
00085 Zhoršená pohyblivost	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptáční modus vzájemné závislosti								Cíl splněn 00085 ukončeno 7. den po OP	
00054 Riziko osamělosti		Bolest		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<i>Vertikalizace:</i>		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00054 ukončeno 6. den po OP
1. den po OP - posazení v lůžku		Nesoběstačnost										
2. den po OP - posazení v lůžku s dolní končetinou dohů		KONTEXTUÁLNÍ										
3. den po OP - postavení u lůžka		Omezení v pohybu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
4. den po OP - postavení u lůžka, posazení v křesle		Závislost manželky		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
5. – 7. den po OP - postavení u lůžka, posazení v křesle samostatně		REZIDUÁLNÍ										
		Optimista		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Tabulka 16a, 16b, 16c, 16d a 16e znázorňuje výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 4. Respondent – pacient č. 4 je muž ve věku 65 let, nevěřící u kterého byla provedena amputace levé dolní končetiny v bérce na podkladě diabetické gangrény. V den operace byl stanoven index Barthelové 45 bodů (střední závislost), Nortonové 28 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: bolest, amputace dolní končetiny, nesoběstačnost, *kontextuální*: omezení v pohybu, závislost manželky a *reziduální*: optimista. *V den operace* byly ve *fyziologickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebekpěče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně, 00109 Deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00046 Poškozená kožní integrita, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00016 Porušené vylučování moče, 00015 Riziko zácpy, 00095 Porušený spánek a 00155 Riziko pádu. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů a kontextuálního stimulu. Reziduální stimul sestry využily k podpoře a udržení. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 3. pooperační den ukončena ve fyziologickém modu ošetrovatelská diagnóza 00109 00016, 5. pooperační den 00110, 000108 a 00015, 7. pooperační den 00046 a 00044. Ošetrovatelské diagnózy 00132, 00095 a 00155 pro částečné splnění cílů pokračují. *V adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině* byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy 00148 Strach a 00118 Porušený tělesný obraz, kdy 00148 byla 6. den po operaci ukončena a 00118 pokračuje pro částečné naplnění cíle. *V adaptačním modu rolové funkce* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00055 Neefektivní plnění role, kdy pacient má problém adaptovat se na primární (nefunguje jako manžel po amputaci) a terciární roli (problém adaptovat se na roli pacienta z důvodu omezení v pohybu). Ošetrovatelská diagnóza 00055 pro částečné splnění cíle přetrvává. *V adaptačním modu vzájemné závislosti* byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy 00085 Zhoršená pohyblivost a 00054 Riziko osamělosti, kdy 00054 byla ukončena 6. pooperační den a 00085 7. pooperační den.


Tabulka 17a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 5

Respondent – pacient č. 5 Pohlaví: muž, 61 let, nevěřící Diagnóza: flegmóna a diabetická gangréna PDK Hodnocení dle Nortonové: 21 bodů Barthelové test: 75 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Manipulace sester se stimuly											
00132 Akutní bolest	STIMULY	FOKALNI Amputace dolní končetiny	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00132 ukončeno 7. den po OP
00110 – 2. den po OP Deficit sepepěče při vyprazdňování		Nesoběstačnost	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00110 ukončeno 6. den po OP
00108 – 1. den po OP Deficit sepepěče při koupání a hygieně		KONTEXTUALNI Snaha o dosažení soběstačnosti	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00108 ukončeno 7. den po OP
00102 – 1. den po OP Deficit sepepěče při jídle		Snaha při plnění rolových funkcí	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00102 ukončeno 3. den po OP
00109 – 1. den po OP Deficit sepepěče při oblékání a úpravě zevnějšku		Podpora přátel a rodinných příslušníků	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00109 ukončeno 4. den po OP
00044 Poškozená tkáňová integrita		REZIDUALNI Optimista	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP
00015 Riziko zácpy		Introvert, ale postupně přijímá roli pacienta	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00015 ukončeno 3. den po OP
		Fyziologický adaptační inodus									

Tabulka 17b Hodnocení stanovených ošetřovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMRF respondenta - pacienta č. 5

Respondent – pacient č. 5 - pokračování			0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení		
Pohlaví: muž, 61 let, nevěřící Diagnóza: flegmóna a diabetická gangréna PDK Hodnocení dle Nortonové: 21 bodů Barthelové test: 75 bodů - lehká závislost			den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP			
			Manipulace sester se stimuly										
<p>Neefektivní plnění role 00055</p> <p><i>Primární role</i> - starší muž - nemá děti - role strýce - role manžela – je hlava rodiny, nemůže rukam- nefunguje</p> <p><i>Sekundární role</i> - starobní důchodce</p> <p><i>Terciární role</i> - role pacienta – přijímá tuto roli</p>	STIMULY	<p>FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny</p>	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	<p>Cíl splněn 00055 ukončeno 7. den po OP</p>			
		Nesoběstačnost	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓		
		KONTEXTUÁLNÍ											
		Snaha o dosažení soběstačnosti	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑	↑	
		Snaha při plnění rolových funkcí	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑	↑	
		Podpora přátel a rodinných příšůníků	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑	↑	
		REZIDUÁLNÍ											
		Optimista	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		↔	↔	
		Introvert, ale postupně přijímá roli pacienta	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔		↔	↔	
Zhoršená přizpůsobivost	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔				

Tabulka 17c Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 5

Respondent – pacient č. 5 - pokračování Pohlaví: muž, 61 let, nevěřící Diagnóza: flegmóna a diabetická gangréna PDK Hodnocení dle Nortonové: 21 bodů Barthelové test: 75 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení		
Manipulace sester se stimuly													
00085 Zhoršená pohyblivost <i>Vertikalizace:</i> 1. den po OP - ležící 2. den po OP - ležící, posazení v lůžku pasivně 3. den po OP - ležící, posazení v lůžku s pomocí 4. – 6. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK 7. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka s pomocí	STIMULY	FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny	Adaptáční modus vzájemné závislosti	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		Cíl splněn částečně 00085 oš. dg. pokračuje	
		Nesoběstačnost		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓			↓
		KONTEXTUÁLNÍ Snaha o dosažení soběstačnosti		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑			↑
		Snaha při plnění rolových funkcí		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑			↑
		Podpora přátel a rodinných příslušníků		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑			↑
		REZIDUÁLNÍ Optimista		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔			↔
		Introvert, ale postupně přijímá roli pacienta		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔			↔
		Zhoršená přizpůsobivost		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔			↔

Tabulka 17a, 17b a 17c znázorňuje výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 5. Respondent – pacient č. 5 je muž ve věku 61 let, nevěřící u kterého byla provedena amputace pravé dolní končetiny v bérce na podkladě flegmóny a diabetické gangrény. V den operace byl stanoven index Barthelové 75 bodů (lehká závislost), Nortonové 21 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: amputace dolní končetiny a nesoběstačnost, *kontextuální*: snaha o dosažení soběstačnosti, snaha při plnění rolových funkcí, podpora přátel a rodinných příslušníků a *reziduální*: optimista, introvert, ale postupně přijímá roli pacienta, zhoršená přizpůsobivost. V den operace byly ve *fyziologickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00044 Poškozená tkáňová integrita, , 00015 Riziko zácpy, 1. pooperační den 00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně, 00102 Deficit sebeděže při jídle, 00109 Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku, 2. pooperační den 00110 Deficit sebeděže při vyprazdňování. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů, kontextuální podporovaly. Reziduální stimul sestry využily k udržení. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 3. pooperační den ukončena ve fyziologickém modu ošetrovatelská diagnóza 00102, 00015, 4. pooperační den 00109, 6. pooperační den 00110 a 7. pooperační den 00132, 00108, 00044. Poznámka ze záznamu bolesti: „cítí prsty u nohou“. V adaptačním *modu rolové funkce* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00055 Neefektivní plnění role, kdy pacient má problém adaptovat se na primární roli (nefunguje jako manžel). Ošetrovatelská diagnóza 00055 byla ukončena 7. pooperační den. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00085 Zhoršená pohyblivost, která pro nedosažení cíle pokračuje i 7. pooperační den. V adaptačním modu *sebekoncepce a identifikace ve skupině* nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 18a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 6

Respondent – pacient č. 6 Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: gangréna pedis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 19 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
			Manipulace sester se stimuly								
00132 Akutní bolest	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptáční modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00132 oš. dg. pokračuje
00110 Deficit sebeděže při vyprazdňování		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00110 ukončeno 5. den po OP
00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně		Nesoběstačnost									Cíl splněn 00108 ukončeno 6. den po OP
00109 Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku		KONTEXTUÁLNÍ		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	Cíl splněn 00109 ukončeno 3. den po OP
00044 Poškozená tkáňová integrita		Znalost nemocničního prostředí									Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP
00015 Riziko zácpy		Znalost situace									Cíl splněn 00015 ukončeno 7. den po OP
00155 Riziko pádu		Závislost na rodině									Cíl splněn částečně 00085 oš. dg. pokračuje
		REZIDUÁLNÍ									Cíl splněn 00155 ukončeno 7. den po OP
		Dřívější zkušenosti s hospitalizací		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Tabulka 18b Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMS respondenta - pacienta č. 6

Respondent – pacient č. 6 - pokračování			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: gangréna pedis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 19 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost			Manipulace sester se stimuly								
00148 Strach	STIMULY	FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00148 ukončeno 3. den po OP
00118 Porušený tělesný obraz		Nesoběstačnost	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00118 ukončeno 5. den po OP
		KONTEXTUÁLNÍ Znalost nemocničního prostředí	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
		Znalost situace	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
		Závislost na rodině	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
		REZIDUÁLNÍ Dřívější zkušenosti s hospitalizací	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
				↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Tabulka 18 c Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMRF respondenta - pacienta č. 6

Respondent – pacient č. 6 - pokračování			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: gangréna pedis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 19 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost			Manipulace sester se stimuly									
00055 Neefektivní plnění role Přerušovaný život rodiny 00060 <i>Primární role</i> - starší muž – cítí se straší než je - otec 2 synů - role dědečka - role manžela: nefunguje jako manžel z důvodu pohybového omezení - hlava rodiny: manželka <i>Sekundární role</i> - starobní důchodce <i>Terciární role</i> - roli pacienta zvládá	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptáční modus rolové funkce	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00055 oš. dg. pokračuje	
		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00052 oš. dg. pokračuje
		Nesoběstačnost										
		KONTEXTUÁLNÍ										
		Znalost nemocničního prostředí		⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	
		Znalost situace										
		Závislost na rodině										
		REZIDUÁLNÍ										
		Dřívější zkušenosti s hospitalizací		⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	⇐	

Tabulka 18d Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 6

Respondent – pacient č. 6 - pokračování			0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení
Pohlaví: muž, 65 let, nevěřící Diagnóza: gangréna penis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 19 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost			den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	
			Manipulace sester se stimuly								
00054 Riziko osamělosti	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptací modus vzájemné závislosti	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00054 oš. dg. pokračuje
00085 Zhoršená pohyblivost		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00085 oš. dg. pokračuje
<i>Vertikalizace:</i>		Nesoběstačnost									
1. den po OP - posazení v lůžku		KONTEXTUÁLNÍ									
2. den po OP - posazení v lůžku		Znalost nemocničního prostředí		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	
3. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK		Znalost situace									
4. – 5. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK		Závislost na rodině									
6. - 7. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka s pomocí		REZIDUÁLNÍ									
		Dřívější zkušenosti s hospitalizací		↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔	

Tabulka 18a, 18b, 18c a 18b znázorňuje výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 6. Respondent – pacient č. 6 je muž ve věku 65 let, nevěřící u kterého byla provedena amputace levé dolní končetiny v bérce na podkladě diabetické gangrény. V den operace byl stanoven index Barthelové 65 bodů (lehká závislost), Nortonové 19 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: amputace dolní končetiny a nesoběstačnost, *kontextuální*: znalost nemocničního prostředí, znalost situace a závislost na rodině a *reziduální*: dřívější zkušenosti s hospitalizací. V den operace byly ve *fyzilogickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně, 00109 Deficit sebepěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00155 Riziko pádu. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů, udržovaly působení kontextuálních a reziduálních stimulů. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 3. pooperační den ukončena ve *fyzilogickém modu* ošetrovatelská diagnóza 00109, 5. pooperační den 00110, 6. pooperační den 00108 a 7. pooperační den 00044, 00015, 00085, 00155. V adaptačním modu *sebekoncepce a identifikace ve skupině* byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy 00148 Strach, 00118 Porušený tělesný obraz. 00148 byla ukončena 3. pooperační den, 00118 5. pooperační den. V adaptačním *modu rolové funkce* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00055 Neefektivní plnění role, kdy pacient má problém adaptovat se na primární roli (nefunguje jako manžel) a 00060 Přerušovaný život rodiny. Ošetrovatelské diagnózy 00055 a 00060 pro nedosažení cílů pokračují. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy 00085 Zhoršená pohyblivost a 00054 Riziko osamělosti, u kterých se pro nedosažení cílů pokračuje s intervencemi.

Tabulka 19a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 7

Respondent – pacient č.7 Pohlaví: muž, 60 let, věřící Diagnóza: flegmóna diabetica pedis l.dx. Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Manipulace sester se stimuly											
00132 Akutní bolest 00110 Deficit sebeděče při vyprazdňování 00108 Deficit sebeděče při koupání a hygieně 00109 Deficit sebeděče při oblékání a úpravě zevnějšku 00044 Poškozená tkáňová integrita 00095 Porušený spánek	STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptační modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00132 ukončeno 4. den po OP
		Snížená chuť k jídlu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00110 ukončeno 3. den po OP
		Unava, neodpočatý									Cíl splněn 00108 ukončeno 3. den po OP
		Amputace dolní končetiny									Cíl splněn 00109 ukončeno 3. den po OP
		KONTEXTUÁLNÍ		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP
		Donáška domácí stravy, tekutin		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00095 ukončeno 7. den po OP
		Touha po společnosti		↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔	
		REZIDUÁLNÍ		↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	
		Optimista		↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	
		Věra		↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	

Tabulka 19b Hodnocení stanovených ošetřovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMS respondenta - pacienta č. 7

Respondent - pacient č. 7				0.	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 60 let, věřící Diagnóza: flegmóna diabetica pedis l.d.x. Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost				den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP	den po OP		
				Manipulace sester se stimuly									
00118 Porušený tělesný obraz	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptáční modus sebekoncepce a identifikace ve skupině									Cíl splněn 00118 ukončeno 5. den po OP	
		Snížená chuť k jídlu		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Unava, neodpočatý		↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓		
		Amputace dolní končetiny											
		KONTEXTUÁLNÍ											
		Donáška domácí stravy, tekutin		↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑		
		Touha po společnosti											
		REZIDUÁLNÍ											
		Optimista		↑	↑	↑	↑	↑	↔	↔	↔		
		Víra											

Tabulka 19c Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 7

Respondent – pacient č. 7 - pokračování		0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení	
Pohlaví: muž, 60 let, věřící Diagnóza: flegmóna diabetica pedis l.dx. Hodnocení dle Nortonové: 27 bodů Barthelové test: 65 bodů - lehká závislost		Manipulace sester se stimuly									
<p>00054 Riziko osamělosti</p> <p>00073 Neschopnost rodiny zvládat zátěž</p> <p><i>Vertikalizace:</i> 1. – 2. den po OP -posazení v lůžku</p> <p>3. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK samostatně</p> <p>4. – 5. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka s pomocí</p> <p>6. - 7. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka samostatně</p>	STIMULY	FOKÁLNÍ	Adaptacní modus vzájemné závislosti	↓	↓	↓	↓	↓	↓	<p>Cíl splněn 00054 ukončeno 4. den po OP</p> <p>Cíl splněn 00073 ukončeno 6. den po OP</p>	
		Snižená chuť k jídlu		↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		Unava, neodpočatý		↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		Amputace dolní končetiny		↓	↓	↓	↓	↓	↓		↓
		KONTEXTUÁLNÍ		↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑
		Donáška domácí stravy, tekutin		↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑
		Touha po společnosti		↑	↑	↑	↑	↑	↑		↑
		REZIDUÁLNÍ		↑	↑	↑	↑	↔	↔		↔
		Optimista		↑	↑	↑	↑	↔	↔		↔
		Víra		↑	↑	↑	↑	↔	↔		↔

Tabulka 19a, 19b a 19c znázorňuje výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 7. Respondent – pacient č. 7 je muž ve věku 60 let, věřící u kterého byla provedena amputace pravé dolní končetiny v bérce na podkladě diabetické flegmóny. V den operace byl stanoven index Barthelové 65 bodů (lehká závislost), Nortonové 27 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: amputace dolní končetiny, snížená chuť k jídlu, únava, neodpočatý, *kontextuální*: donáška domácí stravy a tekutin, touha po společnosti a *reziduální*: optimista, víra. V den operace byly ve *fyziologickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebekpěče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebekpěče při koupání a hygieně, 00109 Deficit sebekpěče při oblékání a úpravě zevnějšku, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00095 Porušený spánek. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče a snižovaly působení fokálních stimulů, podporovaly působení kontextuálních stimulů, reziduální stimuly podporovaly do 4. pooperačního dne následně je udržovaly. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 3. pooperační den ukončena ve fyziologickém modu ošetrovatelská diagnóza 00109, 00108, 00110, 4. pooperační den 00132 a 7. pooperační den 00044, 00095. V adaptačním modu *sebekoncepce a identifikace ve skupině* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00118 Porušený tělesný obraz, která byla ukončena 5. pooperační den. V adaptačním modu *vzájemné závislosti* byly stanoveny ošetrovatelské diagnózy 00054 Riziko osamělosti – ukončena 4. pooperační den a 00073 neschopnost rodiny zvládat zátěž, která byla ukončena 6. pooperační den. V adaptačním modu *rolové funkce* nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

Tabulka 20a Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly ve FAM respondenta - pacienta č. 8

Respondent – pacient č. 8 Pohlaví: muž, 66 let, nevěřící Diagnóza: gangréna pedis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 25 bodů Barthelové test: 70 bodů - lehká závislost			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Manipulace sester se stimuly											
STIMULY	FOKÁLNÍ	Fyziologický adaptáční modus	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn částečně 00132 oš. dg. pokračuje
	00132 Akutní bolest		Amputace dolní končetiny								
	00110 Deficit sebeděže při vyprazdňování		Omezená dostupnost na WC	Cíl splněn 00110 ukončeno 6. den po OP							
	00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně		KONTEXTUÁLNÍ								
	00044 Poškozená tkáňová integrita		Dlouhodobá hospitalizace	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00108 ukončeno 6. den po OP
	00155 Riziko pádu		Nevyvětraný pokoj								
			REZIDUÁLNÍ	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	Cíl splněn 00044 ukončeno 7. den po OP
			Trpělivý								
			Snaživý								
			Optimista								

Tabulka 20b Hodnocení stanovených ošetrovatelských diagnóz a práce se stimuly v AMVZ respondenta - pacienta č. 8

Respondent – pacient č. 8			0. den po OP	1. den po OP	2. den po OP	3. den po OP	4. den po OP	5. den po OP	6. den po OP	7. den po OP	Hodnocení
Pohlaví: muž, 66 let, nevěřící Diagnóza: gangréna pedis l.sin. Hodnocení dle Nortonové: 25 bodů Barthelové test: 70 bodů - lehká závislost			Manipulace sester se stimuly								
00085 Zhoršená pohyblivost Vertikalizace: 1. den po OP: - posazení v lůžku 2. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK 3. den po OP - posazení v lůžku se spuštěnými DK, postavení u lůžka s pomocí 4. – 5. den po OP - postavení lůžka s pomocí, posazení v křesle 6. den po OP - postavení lůžka a přemístění do křesla samostatně	STIMULY	FOKÁLNÍ Amputace dolní končetiny Omezená dostupnost na WC	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	Cíl splněn 00085 ukončeno 6. den po OP
		KONTEXTUÁLNÍ Dlouhodobá hospitalizace Nevětrávaný pokoj	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	
		REZIDUÁLNÍ Trpělivý Snaživý Optimista	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	

Tabulka 20a a 20b znázorňuje výsledky práce sester při stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDA II na podkladě adaptačních problémů, stanovených stimulů a práci se stimuly a u respondenta – pacienta č. 8. Respondent – pacient č. 8 je muž ve věku 66 let, nevěřící u kterého byla provedena amputace levé dolní končetiny v bérce na podkladě diabetické gangrény. V den operace byl stanoven index Barthelové 70 bodů (lehká závislost), Nortonové 25 bodů. Byly stanoveny následující stimuly: *fokální*: amputace dolní končetiny, omezená dostupnost WC, *kontextuální*: dlouhodobá hospitalizace, nevyvětraný pokoj a *reziduální*: trpělivý, snaživý, optimista. V den operace byly ve *fyziologickém adaptačním modu* stanoveny na podkladě zjištěných adaptačních problémů ošetrovatelské diagnózy: 00132 Akutní bolest, 00110 Deficit sebepěče při vyprazdňování, 00108 Deficit sebepěče při koupání a hygieně, 00044 Poškozená tkáňová integrita, 00155 Riziko pádu. K odstranění adaptačních problémů sestry pracovaly dle plánu péče, snižovaly působení fokálních a kontextuálních stimulů, podporovaly působení reziduálních stimulů. Prostřednictvím manipulace sester se stimuly byla 6. pooperační den ukončena ve fyziologickém modu ošetrovatelská diagnóza 00108, 00110, 7. pooperační den 00044, 00155. Pro nedosažení cíle se s intervencemi pokračuje u ošetrovatelské diagnózy 00132. V *adaptačním modu vzájemné závislosti* byla stanovena ošetrovatelská diagnóza 00085 Zhoršená pohyblivost, která byla ukončena 6. pooperační den. V adaptačních modech *sebekoncepce a identifikace ve skupině a rolové funkce* nebyly sestrami stanoveny žádné ošetrovatelské diagnózy.

5. DISKUSE

Ošetrovatelský model C. Royové je založen na schopnosti člověka adaptovat se na změněné životní podmínky. Myšlenka modelu vychází z předpokladu, že člověk je otevřený systém a pro uchování vlastní celistvosti musí neustále reagovat na změny prostřednictvím vrozených nebo získaných mechanismů (46).

Předmětem kvalitativního výzkumného šetření bylo poukázat na možnosti a překážky při využití adaptačního modelu Royové v rámci poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny v bérce s etiologií chronického onemocnění. Sledovaným souborem byli pacienti hospitalizovaní na chirurgickém oddělení po amputaci dolní končetiny v bérce a sestry poskytující péči těmto pacientům dle Royové adaptačního modelu (dále jen RAM).

Zajímalo nás zda, jakým způsobem a v jaké míře budou sestry schopny pochopit model Royové a dále dle něho pracovat. Vzhledem k tomu, že z osmi respondentek - sester měly čtyři ukončeno vysokoškolské bakalářské vzdělání v ošetrovatelském oboru (Graf 2), dalo by se předpokládat, že tyto sestry budou umět lépe dle modelu Royové pracovat, neboť v průběhu vysokoškolského studia měly možnost seznámit se prostřednictvím výuky s ošetrovatelskými modely (Tabulka 3). Výsledky šetření v této oblasti šetření nás potěšily. Sestry hodnotily míru obtížnosti pracovat dle RAM na pětistupňové škále od 1 – 5, kdy 1 vystihovala nejnižší a 5 nejvyšší obtížnost. Průměrná míra obtížnosti práce sester dle modelu Royové byla sestrami - respondentkami ohodnocena číslem 3. Konkrétně respondentky - sestry S1, S3, S7 hodnotily práci dle modelu jako obtížnou na stupnici číslem 4 a S6 číslem 5, kde z těchto sester měla vysokoškolské vzdělání pouze sestra č. 7. V tomto případě je pro nás tato skutečnost potěšující, neboť lze předpokládat, že předchozí zkušenost sestry s modelem pomůže pochopit poskytovanou péči dle modelu Royové (Tabulka 3). V grafu 5 je uvedena míra pochopení modelu Royové sestrami na pětistupňové škále, kdy 1 znamená úplně pochopil/a a 5 úplně nepochopil/a. 4 sestry (S1, S3, S4 a S6) označily na škále míru obtížnosti číslem 4, a 3 sestry na škále číslem 3. Při hlubší analýze zjišťujeme, že sestry pochopily model Royové, protože se 4x objevila odpověď model je adaptační, 3x pomoc k adaptaci, 2x komplexní péče o pacienty, pomoc

k identifikování problémů pacienta (Tabulka 8). Co tedy vedlo sestry k pochopení modelu Royové? Předpokládali jsme, že pro pochopení modelu Royové bude sestrám nejvíce nápomocná práce s vytvořenou ošetrovatelskou dokumentací. Z výsledků vyplývá, že práce s ošetrovatelskou dokumentací dle Royové sice sestrám v pochopení modelu pomohla, avšak daleko více jim pomohla osobní konzultace, kdy měly možnost se zeptat a vyjasnit si problémové oblasti. Lze tedy usuzovat, že sestry vynakládaly vlastní aktivitu k pochopení modelu Royové. K pochopení modelu byl sestrám nápomocen i manuál o modelu pro sestry (Tabulka 9, Příloha 9). Na základě analýzy výsledků odpovědí sester odpovídáme na 4. výzkumnou otázku: *Co vedlo sestry k pochopení modelu Royové? K pochopení modelu Royové vedla sestry vlastní aktivita k osobní konzultaci při aplikaci ošetrovatelského modelu v péči o nemocné, práce s ošetrovatelskou dokumentací a vytvořený manuál o modelu.*

V našem případě můžeme říci, že podle Rakové (43) a našich výsledků, je model více využitelný v chronické a komunitní péči u pacientů nežli v péči akutní. Využitelnost RAM na podkladě našeho šetření vychází ze skutečnosti, že i přesto, že byli respondenti – pacienti v průběhu prvního týdne po operaci v některých oblastech již adaptovaní, uvědomujeme si, že potřebují ještě další čas na adaptaci, samozřejmě i po propuštění do domácího ošetřování. Lze však předpokládat, že respondent – pacient po amputaci dolní končetiny na podkladě chronického onemocnění může být lépe připraven na novou situaci, neboť ji očekává, nežli pacient s amputací, která musela být provedena akutně, např. následkem úrazu. Tuto myšlenku potvrzuje i Jobánková (17), která uvádí, že pacienti s chronickým onemocněním mají čas adaptovat se na amputaci, ale s akutním onemocněním nikoli. Lze předpokládat, že v tomto případě mají i sestry čas na identifikování působících stimulů na nemocného a posléze s nimi efektivně pracovat v průběhu adaptace.

Adaptace dle modelu Royové probíhá v biologických a psychologických modech. Ve chvíli, kdy na jedince působí stimuly a on se nedokáže na ně efektivně adaptovat, dochází k neefektivnímu chování, které se projevuje maladaptací ve čtyřech adaptačních modech: fyziologickém, sebekoncepci a identifikaci ve skupině, rolové funkci a vzájemné závislosti. Úlohou sestry je identifikovat maladaptivní chování

a stimuly, které k němu vedly a následně nemocnému pomoci k adekvátní adaptaci v jednotlivých modech (40).

Nedílnou součástí pomoci nemocnému adaptovat se na nově vzniklou situaci, kterou s sebou onemocnění přináší, je informativní rozhovor, který přispívá k uklidnění nemocného, k porozumění situace, pro kterou je ošetřován. Vzájemné navázání dobrého kontaktu zvyšuje důvěru nemocného v léčebný postup, zlepšuje vzájemnou spolupráci, směřuje k tomu, aby se pacient vyrovnal s novou situací a aby získal energii do aktivního zapojení se v léčebném procesu (6). Překvapivě negativní jsou výsledky respondentů - pacientů z kontrolní skupiny, kdy se do negativní úrovně sémantického prostoru promítly odpovědi: sestra mi nenabídla pomoc při navázání kontaktu s ostatními pacienty, nesdílela se mnou moje těžkosti a nezajímala se jak vidím sám sebe (Graf 8, 9). Ve srovnání s výsledky základní skupiny pacientů – respondentů se poskytovaná péče RAM jeví jako efektivnější a smysluplná.

Z výsledků rozhovorů se sestrami – respondentkami dále vyplývá, že model Royové lze využít v ošetrovatelské praxi. Sestry se jednoznačně shodly na využití ošetrovatelského modelu Royové u všech nemocných po amputaci dolní končetiny, eventuálně využít i například jeho část nebo v rámci sběru ošetrovatelské anamnézy. Dokonce sestra č. 2 dodává, že „jako nemocní s kolostomií potřebují promluvit se stoma-sestrou, tak to potřebují i nemocní po amputaci končetiny. Kdyby se investoval čas do nemocných tak, aby dostali rady a pokyny. Myslí si, že by si to pacienti zasloužili, neboť by se pak lépe adaptovali na nově vzniklou situaci. Většina amputovaných jsou diabetici a nedodržují dietu“. Touto myšlenkou se zabývala také Nemcová (37), která vzhledem k tomu, že amputace dolní končetiny má dopad jak psychický, sociální, tak somatický, v rámci výzkumné studie navrhuje standardní ošetrovatelský protokol pro screeningové vyšetření nohou diabetiků s následnou edukací pacientů.

Jednou z možností využití modelu Royové z pohledu sester je i pomoc při adaptaci nemocnému, kdy se tato odpověď v kategorizované podobě vyskytla 6x, dále pak u všech amputovaných – 5x, intenzivnější komunikace s nemocným – 5x a pochopení adaptačních problémů nemocného (Tabulka 6). Zajímavé je, že i přesto,

že sestry vidí jako jednu z možností využití modelu Royové v ošetrovatelské praxi k intenzivnější a efektivnější komunikaci s pacienty, tyto výsledky se nepřímo shodují s vnímáním respondentů - pacientů základní skupiny (graf 7). I kontrolní skupina respondentů – pacientů pozitivně vnímá komunikaci sester, avšak další oblast komunikačních dovedností jako je nabídnutí pomoci při navázání kontaktu s ostatními pacienty, sdílení těžkostí s pacienty, naslouchání problémům pacientů a zájem o pacienty, jak vidí sami sebe, se v sémantickém prostoru vychýlila k negativnímu bodu (Graf 8, 9). Na základě analýzy odpovědí respondentek – sester odpovídáme na 1. výzkumnou otázku: Je možné využít adaptační model Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny v ošetrovatelské praxi? *Adaptační model Royové je možné využít u nemocných po amputaci dolní končetiny jako součást pomoci při adaptaci na amputaci, k intenzivnější komunikaci s nemocným, k pochopení adaptačních problémů nemocného, v akutní i následné péči o amputovaného nemocného a ve výuce ošetrovatelských předmětů.*

Výše uvedené výsledky (Tabulka 6) pravděpodobně souvisí s výsledky v tabulce 7, kde se 4x vyskytla odpověď sester „určitě vnímám rozdíl v souvislosti s poskytováním péče dle modelu Royové oproti tradičnímu způsobu poskytování péče“. Při hlubší analýze zjišťujeme, že odpovídaly sestry s vysokoškolským vzděláním, což je potěšující. Intenzivnější komunikaci s pacientem v rozdílu poskytované péče pocítují tři sestry, kdy dvě z nich (S1, S4) mají středoškolské vzdělání. I přesto, že další odpovědi se vyskytují v kategorizované podobě pouze 1x, jsou zajímavé, neboť poukazují na uvědomění si sester na rozdíl ve výsledku poskytované ošetrovatelské péče, jako například: větší spolupráce sestra – klient, více přemýšlím o klientově rodině, u Royové více přemýšlím. Vzhledem k počtu respondentů – sester se objevují negativní odpovědi minimálně, konkrétně méně času na klienta, nevnímá rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové oproti tradičnímu způsobu. Rozdíly ve výsledku vnímají i pacienti, konkrétně v oblasti komunikačních dovedností sester (graf 9). Na základě analýzy výsledků odpovědí sester a pacientů odpovídáme na 2. výzkumnou otázku: Vnímají sestry rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové oproti tradičnímu způsobu poskytování péče? *Oproti tradičnímu způsobu poskytování*

ošetřovatelské péče sestry vnímají rozdíl v poskytování ošetřovatelské péče dle modelu Royové v oblasti komunikace s nemocným, což respondentky vyjádřily: více přemýšlím a zajímám se o rodinu klienta, spolupracuji s rodinou. Z výsledků dále vyplývá, že rozdíl v poskytování ošetřovatelské péče vnímají i pacienti (Graf 9).

Jako největší problém či překážku při poskytování péče dle modelu Royové sestry uváděly stanovení stimulů (kapitola 1.4.4.1), kdy se tato kategorie odpovědi objevila 8x, dále náročnost na čas a péče o mnoho nemocných (Tabulka 5). Zde se můžeme částečně ztotožnit s výsledky šetření Rakové (43), která při aplikaci modelu Royové v ošetřovatelské praxi předpokládala, že sestry i přesto, že budou mít teoretické znalosti o ošetřovatelském procesu a modelu Royové, budou mít problémy při jeho realizaci v ošetřovatelské praxi. Z výsledků Rakové vyplynulo, že největší problém dělalo respondentům stanovení cílů pro jednotlivé ošetřovatelské diagnózy. V našem výzkumném šetření respondentky – sestry pracovaly dle plánu péče (Příloha 8), kde byl již cíl předem naformulovaný jako součást ošetřovatelské dokumentace s možností vytvoření si cíle dle vlastního uvážení. Naším záměrem při aplikaci modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny bylo spíše sledovat stanovení stimulů sestrami a následnou práci sester se stimuly, než stanovení cílů u jednotlivých ošetřovatelských diagnóz.

I přesto, že jako největší problém sestry – respondentky uváděly stanovení stimulů, z výsledků práce sester s ošetřovatelskou dokumentací dle modelu Royové vyplývá, že sestry dokázaly stanovit jak stimuly fokální, tak kontextuální, reziduální a dokonce i s nimi efektivně manipulovaly. I Sedláková (46) ve svém článku uvádí, že podpora, udržování, zvyšování či tlumení stimulů pomáhá v procesu adaptace nemocného ve všech čtyřech adaptačních modech. Z našich výsledků práce sester s ošetřovatelskou dokumentací je zřejmé, že nejvíce adaptačních problémů v prvním týdnu po operaci měli respondenti - pacienti po amputaci dolní končetiny ve fyziologickém adaptačním modu, neboť zde bylo sestrami stanoveno nejvíce ošetřovatelských diagnóz. Je to pravděpodobně proto, že vzhledem k současné situaci českého zdravotnictví, potažmo ošetřovatelství, jsou sestry stále zvyklé směřovat více své intervence k uspokojování potřeb biologických nežli psychosociálních.

Pravděpodobným důvodem může být i skutečnost, že jsou sestry v některých situacích nuceny poskytování skupinové péče orientovat na systém funkční, jak sami vyjadřují: poskytujeme péči všem pacientům a pomáháme si navzájem (Tabulka 1). Dalším důvodem může být skutečnost, že nemocný se rychleji adaptuje na změny v oblasti biologické a v psychosociální potřebuje více času na adaptaci, jak již bylo zmíněno výše. Nutno dodat, že poskytování péče dle RAM je pro sestry nové, nejsou na tento typ poskytování péče zvyklé. Z výsledků plyna, že pokud se sestry naučí pracovat s modelem Royové, nepřijde jim poskytování péče dle Royové adaptačního modelu složitá. Sestry – respondentky dokonce navrhují využít v praxi i např. část modelu, seznámit s ním i ošetřovatelky (Tabulka 11).

Můžeme konstatovat, že největší překážkou při poskytování péče dle modelu Royové pro všechny sestry bylo stanovení stimulů (8x), časová náročnost (7x), péče o mnoho nemocných (6x), neznalost modelu i po seznámení s ním (3x), pochopení stimulů a práce se stimuly (2x), více přemýšlet (2x). Pokud se však nad výše uvedenými výsledky zamyslíme, dospějeme k závěru, že pokud sestry měly problémy se stanovením stimulů u nemocných, práce dle modelu byla časově náročná a donutila sestry přemýšlet, lze usuzovat, že právě tyto překážky nepřímo vedly sestry k intenzivnější komunikaci s nemocnými s využitím komunikačních dovedností (Tabulka 5), což považujeme za pozitivní především pro pacienta.

Časovou náročnost (Tabulka 5, 7, 10) při poskytování péče dle RAM respondenky – sestry pravděpodobně uváděly proto, že při ranní směně poskytují ošetřovatelskou péči všem pacientům na oddělení a pomáhají si navzájem (Tabulka 1). Na základě analýzy výsledků rozhovorů se sestrami odpovídáme na 3. výzkumnou otázku: Jaké překážky brání sestram ve využití adaptačního modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci dolní končetiny? *Při poskytování ošetřovatelské péče dle modelu Royové sestry jako největší překážky vnímají pochopení a stanovení působících stimulů (fokálních, kontextuálních a reziduálních), náročnost na čas a péči o mnoho nemocných.*

Zajímavé bylo sledovat i výsledky vývoje práce sester s ošetřovatelskou dokumentací, které poukazují na skutečnost, že každý jednotlivec na adaptaci potřebuje

jiný čas, což koresponduje s věkem, postavením jedince ve společnosti, tělesným postižením, rolí nemocného. Sice to nebylo předmětem našeho šetření, ale podobně se k problematice vyjadřuje i Křivohlavý (26) a Žiaková (63), kteří uvádí, že proces adaptace je závislý jak na osobnosti nemocného, tak i na jeho postojích ke zdraví a nemoci, na jeho přístupu k životu.

Při hlubší analýze výsledků ošetrovatelské dokumentace ve fyziologickém adaptačním modu vyplynuly tři základní oblasti poskytované ošetrovatelské péče v podpoře adaptace respondentů - pacientů, a to konkrétně v oblasti deficitu sebedpěče, péče o operační ránu a péče o bolest.

V oblasti sebedpěče byly sestrami stanovovány ošetrovatelské diagnózy nejčastěji. Z výsledků vyplynulo, že pokud byla již stanovena ošetrovatelská diagnóza Deficit sebedpěče při jídle (Tabulka 13a, 17a) byla ukončena nejpozději čtvrtý pooperační den (tabulka 14a). Nejčastěji potřebovali pomoc v adaptaci respondenti - pacienti v oblasti hygienické péče a vyprazdňování. Nasvědčují tomu následující výsledky. Deficit sebedpěče při koupání a hygieně byl ukončen třetí pooperační den u pacienta č. 3, pacienta č. 7 (Tabulka 15a a 19a), čtvrtý pooperační den u pacienta č. 2 (tabulka 14a), pátý pooperační den u pacienta č. 4 (Tabulka 16a) a šestý pooperační den u pacienta č. 6 a pacienta č. 8 (Tabulka 18a, 20a) a sedmý pooperační den u pacienta č. 5 (Tabulka 17a). Pravděpodobně je to proto, že pacienti mají při provádění hygienické péče strach z poranění amputačního pahýlu, či mají obavy se na něho podívat. Důvody, proč tomu tak je, jsou podněty pro další zkoumání. S těmito výsledky pravděpodobně souvisí i další výsledky, které se týkají stanovených ošetrovatelských diagnóz souvisejících s vyprazdňováním, u kterých bylo cíle dosaženo do sedmého pooperačního dne. Deficit sebedpěče při vyprazdňování byl stanoven u šesti pacientů, konkrétně u pacienta č. 2, 3, 4, 5, 6, 8 a cíle bylo dosaženo v průběhu třetího až pátého pooperačního dne (Tabulka 19a, 14a, 15a, 16a, 17a, 18a, 20a). Ošetrovatelská diagnóza Riziko zácpy, která též souvisí s výše uvedenými diagnózami, byla stanovena u pacientů - respondentů č. 4, 5, 6 (Tabulka 17a, 16b, 18a). Z výsledků je zřejmé že sedm z osmi respondentů – pacientů mělo adaptační problém v oblasti hygienické péče a vyprazdňování a potřebovali pomoc sestry. Z výsledků vyplývá, že u každého pacienta

– respondenta byly ošetrovatelské diagnózy ukončovány sestrami jiný den. Pravděpodobně to souvisí s věkem pacientů či délkou vyskytujícího se problému. Nemůžeme tvrdit, že výše uvedené výsledky souvisí s nedostatečnou péčí, ale s individuálním procesem adaptace. Pokud byly u pacientů problémy v oblasti deficitu sebeděče vyřešeny do týdne, je to dle mého názoru přiměřená doba pro běžný operační zásah, kdy dochází ke kompenzaci a stabilizaci stavu nemocného a následně může začít péče orientovaná na psychosociální oblast intenzivněji, kdy se nemocný cítí lépe a je schopen přijímat informace. To, že respondentky - sestry pomohly pacientům ze základní skupiny v adaptaci na nově vzniklou situaci nasvědčují i výsledky sémantického diferenciálu (Graf 7), kdy pacienti vnímají pozitivně poskytování pomoci i v oblasti zabezpečení hygienické péče, pomoc při vyprazdňování a podporu v samostatnosti. I přesto, že u respondentů - pacientů z kontrolní skupiny nebyla vedena ošetrovatelská dokumentace, je při porovnání obou skupin potěšující, že pacienti z kontrolní skupiny vnímali též pozitivně poskytování ošetrovatelské péče v oblasti pomoci při vyprazdňování a zabezpečení hygienické péče.

S oblékáním a úpravou zevnějšku potřebovalo pomoci šest pacientů - respondentů, kdy problém v této oblasti byl vyřešen v průběhu třetího až čtvrtého pooperačního dne (Tabulka 15a, 16a, 18a, 19a, 13a, 17a). Výše uvedené výsledky v oblasti sebeděče jsou velmi pozitivní, neboť došlo k dosažení cílů v průběhu prvního týdne po operaci respondentů – pacientů. Otázkou však zůstává, jakým způsobem bude probíhat adaptace nemocných po propuštění do domácího prostředí? Jaké adaptační problémy se objeví u nemocných po propuštění do domácí péče, kde není vyškolený ošetrovatelský personál, přizpůsobené prostředí? Sice to nebylo předmětem našeho šetření, ale tato skutečnost se nám jeví jako jedna z dalších možností využití RAM v ošetrovatelské praxi.

Jak uvádí Sosna, nemocné po amputaci dolní končetiny mohou provázet komplikace a to jak celkové, tak místní. Jednou z místních komplikací je dehiscence operační rány, v některých případech komplikovaná infekcí v ráně. Pozitivní výsledky přineslo šetření v této oblasti, kdy byly sestrami stanoveny u pacientů ošetrovatelské diagnózy Poškozená kožní integrita a Poškozená tkáňová integrita, kdy u všech

respondentů bylo cílů těchto ošetrovatelských diagnóz dosaženo prostřednictvím ošetrovatelských intervencí a tyto diagnózy následně ukončeny v průběhu šestého až sedmého pooperačního dne. Vzhledem k tomu, že pacient po jakékoli operaci je ohrožen vznikem potenciálních problémů, překvapivé je, že pouze u jednoho respondenta – pacienta byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Riziko infekce (Tabulka 13b).

Součástí pooperační péče o nemocného po amputaci dolní končetiny je i péče o bolest, konkrétně o bolest pahýlovou (kapitola 1.3.1). Vnímání bolesti respondenty – pacienty je velmi individuální, což potvrzují i naše výsledky. U všech nemocných byla stanovena po operaci ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest, což se dalo předpokládat, neboť souvisí s operačním výkonem. Výsledky byly následující: 3. den po operaci byla tato diagnóza ukončena u pacienta č. 1, čtvrtý pooperační den u pacienta č. 7, šestý pooperační den u pacienta č.3 a sedmý pooperační den u pacienta č. 5. Pro bolest ošetrovatelská diagnóza pokračovala u čtyř respondentů (Tabulka 14a, 16a, 18a, 20a). I přesto, že u poloviny respondentů – pacientů základní skupiny bolest přetrvávala, výsledky uvedené v grafu 8 ukazují, jak u pacientů ze základní, tak z kontrolní skupiny, že byla pomocí ošetrovatelských intervencí snižována a pod kontrolou. V souvislosti s ošetrovatelskou diagnózou Akutní bolest nás zajímala i souvislost s ošetrovatelskými diagnózami ve zbývajících adaptačních modech. Při podrobné analýze ošetrovatelské dokumentace bylo zjištěno, že u pacientů – respondentů, kde ošetrovatelská diagnóza Akutní bolest přetrvává i sedmý pooperační den, pokračují i ošetrovatelské diagnózy ve zbývajících adaptačních modech. Tato souvislost potvrzuje i holistickou teorii, která uvádí, že člověk je složen z několika celků a při objevení se problému v jednom z celků vzniká problém v jiném celku (33)

V souvislosti s bolestí nelze nezmínit i jednu z dalších komplikací amputací, kterou je bolest fantomová či fantomový vjem. Lejčko (30) uvádí, že fantomová bolest se vyskytuje u 60 – 85 % amputovaných. Z našeho sledovaného souboru osmi respondentů – pacientů základní skupiny po amputaci dolní končetiny v bérce pouze jeden udával bolest palce na noze dolní končetiny (Tabulka 15c). Pravděpodobně je to

z důvodu, že fantomové bolesti se po amputaci dolní končetiny vyskytují nejčastěji po amputaci ve stehně a po snesení prstů, o čemž píše Rokyta (44).

U nemocných po amputaci dolní končetiny může potřeba nezávislosti zůstat neuspokojena pro nemožnost vykonávat některé činnosti bez pomoci druhých (Zášková, 61). I Kristová (24) poukazuje na možnost závislosti a problémů v oblasti pohyblivosti, zejména s přemístěním se mimo lůžko po amputaci dolní končetiny. S tímto tvrzením se shodují i výsledky našeho šetření, kdy v adaptačním modu vzájemné závislosti byla nejčastěji sestrami stanovena ošetřovatelská diagnóza Zhoršená pohyblivost, a to u sedmi z osmi respondentů – pacientů. Z důvodu nenaplnění cíle tato diagnóza u většiny respondentů pokračuje (Tabulka 13c, 14d, 15c, 17c, 20b). Tyto výsledky mohou být pravděpodobně ovlivněny postupnou vertikalizací nemocného, se kterou se začíná po odstranění drénů z operační rány (zpravidla 2. pooperační den), a to nejprve do sedu, poté do stoje (3). Nutno dodat, že naše šetření probíhalo pouze prvních sedm dnů po operaci, tudíž jsme nesledovali následující průběh vertikalizace pacientů - respondentů. Nelze opomenout, že po delším upoutání na lůžku může vznikat závrať na podkladě ortostatické hypotenze, což vertikalizaci komplikuje. I přesto, že ošetřovatelská diagnóza Zhoršená pohyblivost u našich respondentů – pacientů základní skupiny 7. pooperační den přetrvává, z pohledu těchto pacientů sestry pacienty podporovaly v samostatnosti, aktivně se zajímaly a naslouchaly jejich problémům (Graf 7). To vidíme i při srovnání s kontrolní skupinou respondentů – pacientů, kde je zaznamenán posun ke střední pozici sémantického diferenciálu (Graf 9).

V modu sebekoncepce a identifikace ve skupině mívají pacienti – respondenti po amputaci dolní končetiny problémy, neboť ztráta končetiny neumožňuje nemocnému bezpečný pohyb. Dále je zde i stránka psychická, tzn. jak nemocní po amputaci vidí sami sebe, svůj vzhled. Ne všichni jsou schopni se ihned po amputaci dolní končetiny smířit se svým stavem (63). V našem výzkumném šetření byly v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace ve skupině u pacientů - respondentů stanoveny sestrami ošetřovatelské diagnózy Strach (Tabulka 18b, 14c, 16c) a Porušený tělesný obraz (Tabulka 18b, 19b a 16c). Úlohou sestry v úspěšné adaptaci nemocného je pak

adekvátní komunikace s nemocným, eventuálně nabídnutí pomoci dalšího odborníka. Zde se můžeme ztotožnit s Plzenskou (42), neboť z grafu 7 je zřejmé, že pacienti ze základní skupiny pozitivně vnímali komunikaci ze strany sester, sestry se aktivně zajímaly o problémy pacientů, sdílely s pacienty jejich těžkosti, naslouchaly jejich problémům a zajímaly se o to, jak vidí pacienti sami sebe prostřednictvím ošetrovatelských intervencí (Příloha 8).

Adaptační modus rolové funkce se u jedinců po amputaci dolní končetiny dle Royové soustředí především na roli, kterou sehrává člověk ve společnosti. Adaptace pomocí rolové funkce se zaměřuje na roli primární, sekundární a terciární. Dle Royové je primární rolí nemocného po amputaci dolní končetiny věk, pohlaví, stupeň vývoje. Jiným způsobem se budou adaptovat na amputaci končetiny mladší, jinak starší nemocní, jinak muži, jinak ženy. Úkoly spojené s rolí sekundární vyplývají z vývojového období a primární role jako je role manžela/ky, otce – matky. Člověk po amputaci dolní končetiny se ocitá v nové roli – roli nemocného, což je Royovou chápáno jako terciární role (40, 42). V adaptačním modu rolové funkce sestry stanovily ošetrovatelskou diagnózu Neefektivní plnění role u třech respondentů – pacientů (Tabulka 17b, 16d, 18c). U respondenta – pacienta č. 4 (Tabulka 16d) se konkrétně jednalo o neefektivní plnění primární role, kdy po amputaci dolní končetiny nefungoval jako manžel, a terciární role, kdy měl problém adaptovat se na roli pacienta. U pacienta č. 5 (Tabulka 17b) bylo neefektivní plnění primární role, kdy respondent neplnil roli manžela, roli pacienta oproti respondentovi 4 přijímal. Respondent – pacient č. 6 (Tabulka 18c) neefektivně plní primární roli a terciární roli přijímá. I Kristová uvádí (24), že při komunikaci s nemocným po amputaci končetiny by ošetřující personál neměl zapomínat, že amputace mění roli nemocného. Sedláková (46) dále uvádí, že u pacientů s ireverzibilními změnami dochází k narušení rolového scénáře a vlivem neadekvátního plnění rolí dochází u pacientů k pocitům strachu, nejistoty a k neúspěšným způsobům sociální interakce. Z našeho šetření vyplývá, že u pacientů – respondentů, kde byla stanovena ošetrovatelská diagnóza Neefektivní plnění role, byla u pacienta č. 4 v adaptačním modu sebekoncepce a identifikace v skupině stanovena ošetrovatelská diagnóza Strach a Porušený tělesný obraz, v modu vzájemné závislosti

Riziko osamělosti a Zhoršená pohyblivost. U pacienta č. 6 Strach a Porušený tělesný obraz a v adaptačním modu vzájemné závislosti Riziko osamělosti a Zhoršená pohyblivost. Nabízí se nám otázka, z jakého důvodu pacienti primární roli nepřijímají? Je to dáno individualitou každé osobnosti, rodinným stavem či věkem? Je to dáno předchozí zkušeností s hospitalizací, závislostí na blízkých či odmítáním návštěv? Při podrobnější analýze ošetřovatelské dokumentace nenalzáme odpovědi na tyto otázky, nenacházíme souvislosti mezi respondenty, u kterých byla stanovena ošetřovatelská diagnóza Neefektivní plnění role. Nelze odpovědět, z jakého důvodu jsou u respondenta – pacienta č. 4 a č. 6 adaptační problémy i v ostatních modech a u respondenta – pacienta č. 5 nikoli.

Plzenská a Sedláková (42) aplikovaly model Royové u pacientů s ireverzibilními změnami, kam můžeme zařadit i sledovaný soubor našeho šetření – pacienty po amputaci dolní končetiny. Zajímavé zjištění bylo, že při srovnání obou výzkumných souborů byly stanoveny rozdílné ošetřovatelské diagnózy, s výjimkou ošetřovatelských diagnóz, které se týkaly deficitu sebepečce, strachu, neefektivní plnění role, přerušného života rodiny a porušeného tělesného obrazu. Tato oblast by stála za hlubší analýzu.

Z analýzy ošetřovatelské dokumentace vplynuly i stanovené stimuly nemocných po amputaci dolní končetiny. Identifikace a práce se stimuly (jejich podpora, udržování, zvyšování či tlumení) napomáhá v procesu adaptace nemocného ve všech čtyřech adaptačních modech (10). Nejčastěji byly u nemocných po amputaci dolní končetiny stanoveny působící stimuly: amputace dolní končetiny, bolest a nesoběstačnost. Spolu s fokálními stimuly působí stimuly kontextuální a mohou ovlivnit jak pozitivně, tak negativně působení fokálního stimulu. Jako příklad kontextuálních stimulů uvádíme: snaha o dosažení soběstačnosti, podpora přátel a rodinných příslušníků, dlouhodobá hospitalizace. Reziduální stimuly jsou velmi individuální, neboť odrážejí na osobnost jednice. Z našeho šetření vplynuly kontextuální stimuly trpělivý, snaživý, optimista (Příloha 13). I přesto, že nebylo cílem našeho šetření poukázat na stimuly působící u pacientů po amputaci dolní končetiny, jeví se nám tyto výsledky jako zajímavé a využitelné jak pro další zaškolení sester o RAM, tak v rámci výuky budoucích sester. Domníváme se, že souhrn stimulů z našeho šetření

(Příloha 13) může napomoci sestřám, ale i studentům při uvědomování si a následné manipulaci se stimuly.

V rámci výzkumného šetření se podařilo ověřit ošetrovatelskou dokumentaci dle adaptačního modelu Royové v praxi. Z výsledků rozhovorů se sestrami je zřejmé, že sestry ošetrovatelskou dokumentaci vnímaly jako dobrou a komplexní (Tabulka 12) a navrhovaly i změny v dokumentaci, jako například zjednodušení dokumentace, zkrátit část anamnestického listu pro zjišťování sexuální oblasti, převést ošetrovatelskou dokumentaci do elektronické verze.

6. ZÁVĚR

Cílem práce bylo poukázat na možnosti využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny sestrami, ověřit ošetrovatelskou dokumentaci dle adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny a identifikovat překážky, které brání sestram ve využití adaptačního modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci dolní končetiny. Cíle práce byly splněny. Byly stanoveny čtyři výzkumné otázky. 1. Je možné využít adaptační model Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny v ošetrovatelské praxi? 2. Vnímají sestry rozdíl při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové oproti tradičnímu způsobu poskytování péče? 3. Jaké překážky brání sestram ve využití adaptačního modelu Royové při poskytování péče nemocným po amputaci dolní končetiny? 4. Co vedlo sestry k pochopení adaptačního modelu Royové?

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření byly vytvořeny odpovědi na výzkumné otázky. 1. Adaptační model Royové je možné využít u nemocných po amputaci dolní končetiny jako součást pomoci při adaptaci na amputaci, k intenzivnější komunikaci s nemocným, k pochopení adaptačních problémů nemocného, v akutní i následné péči o amputovaného nemocného a ve výuce ošetrovatelských předmětů. 2. Oproti tradičnímu způsobu poskytované ošetrovatelské péče sestry vnímají rozdíl v poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové v oblasti komunikace s nemocným 3. Při poskytování ošetrovatelské péče dle modelu Royové sestry jako největší překážky vnímají pochopení a stanovení působících stimulů (fokálních, kontextuálních a reziduálních), náročnost na čas a péči o mnoho nemocných. 4. K pochopení modelu Royové vedla sestry vlastní aktivita k osobní konzultaci při aplikaci ošetrovatelského modelu v péči o nemocné, práce s ošetrovatelskou dokumentací a vytvořený manuál o modelu.

Z výsledků šetření dále vyplynulo, že rozdíl v poskytování péče dle adaptačního modelu Royové oproti tradičnímu způsobu poskytování péče vnímají i pacienti. Sestry z výzkumného šetření spatřují v tomto modelu možný rámec pro poskytování ošetrovatelské péče v blízké budoucnosti.

Výsledky šetření poukazují mimo jiné i na deficit sestry edukátorky pro nemocné po amputaci dolní končetiny, která by mohla poskytovat péči prostřednictvím adaptačního modelu Royové. Problematika ošetrovatelské péče o nemocné po amputaci dolní končetiny je v současné době velice aktuální, jak vyplývá z výsledků samotných. Proto by jí měla být věnována daleko větší pozornost.

Výsledky práce budou poskytnuty managementu chirurgického oddělení, kde bylo šetření prováděno. Ověřená ošetrovatelská dokumentace bude poskytnuta vedoucím pracovníkům katedry ošetrovatelství na Jihočeské univerzitě Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích jako možnost využití v rámci praktické výuky budoucích všeobecných sester. Stěžejní bod pro zavedení péče dle modelu Royové do ošetrovatelské praxe vidíme jednak v přípravě studentů v rámci studia, konkrétně prostřednictvím využití ošetrovatelské dokumentace v rámci praktické výuky na chirurgickém oddělení. Pro sestry z praxe vidíme efektivní využitelnost Royové adaptačního modelu prostřednictvím krátkého úvodního seznámení s modelem s následnou intenzivní aplikací v ošetrovatelské praxi. Domníváme se, že velkým přínosem pro ošetrovatelskou praxi by bylo vybrat jedno chirurgické oddělení, kde by byla poskytována péče dle modelu Royové za podpory supervize.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nucleus, 2003, 99s. ISBN 80-86225-33-X
2. ARRAICH, M. Roy's Adaptation Model: Demonstration of Theory Integration into Process of Care in Coronary Care Unit. *ICUs and nursing web journal*, 2001, vol. 17 ISSN 1108-7366
3. BARČOVÁ, H., NEDVĚDOVÁ, I. Praktické využití standardu léčebné rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny ve stehně. *Zdravotnické noviny*. 2001, roč. 50, č. 29, příloha Lékařské listy, s. 20-23. ISSN 1214-7664
4. BÁRTLOVÁ, S. a kol. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 2008. 185 s. ISBN 978-80-7013-467-2
5. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-386-4
6. ČECHOVÁ, V., NEKLANOVÁ A., KUČEROVÁ H. *Psychologie a pedagogika II*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.s
7. DAWSON, S. Pre-amputation assessment using Roys Adaptation Model. *British journal of midwifery*, 1998, vol. 7, no. 9, s.536-542. ISSN 0969-4900
8. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2007. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7
9. DOENGES, M. a kol. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8
10. FARKAŠOVÁ, D. a kol. *Ošetrovatelství – teorie*. 1. vyd.. Martin: Osveta, 2006. 211 s. ISBN 80-8063-227-8
11. FARKAŠOVÁ, D. et al. *Ošetrovatelstvo – teória*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2001. 136 s. ISBN 80-8063-086-0
12. FARKAŠOVÁ, D a kol. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2006. 88 s. ISBN 80-8063-229-4
13. FERKO, A. *Chirurgie v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 596 s. ISBN 80-247-0230-4

14. HANZLÍKOVÁ, A. *Komunitní ošetřovatelství*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007, 271 s. ISBN 978-80-8063-257-1
15. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2
16. CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2007. 260 s. ISBN 978-80-247-1369-4
17. JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 3. vyd. Brno: IDVZP, 2006. 225 s. ISBN 80-7013-390-2
18. JUSTOVÁ, M. Ošetřovatelská péče o pacienty po amputaci. *In Ošetřovatelství*. 2000, roč. 2, č. 1/2, s.39 – 40. ISSN DOHLEDAT
19. KÁLAL, J. Každoročně ztratí dolní končetinu pět tisíc pacientů. *In Zdravotnické noviny*. 2000, roč. 49, č. 29, s. 13. ISSN 0044-1996
20. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4
21. KOZIEROVÁ B. a kol. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax 1. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 836 s. ISBN 80-217-0528-0.
22. KOZIEROVÁ B. a kol. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax 2. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 839 s. ISBN 80-217-0528
23. KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. 1.vyd. Praha: FOPTO. 2001. 32 s. ISBN 80-238-6884-5
24. KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. 212 s. ISBN 80-8063-160-3
25. KRIŠKOVÁ, A. a kol. *Ošetrovatel'ské techniky – metodika sesterských činností*. 2. vyd. Martin: Osveta, 2006. 780s. ISBN 80-8063-202-2
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6
27. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0

28. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 280s. ISBN 80-7178-551-2
29. KUBICOVÁ, L. et al. *Chirurgické ošetrovatelstvo*. Martin: Osveta, 2005. 152 s. ISBN 80-8063-176-X
30. LEJČKO, J. *Fantomová bolest*. [on-line], 2009, [citováno 2008-02-05].
Dostupné z: <http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/r036.rtf>
31. LOPES, M.; PAGLIUCA, L.; ARAUJO T. Historical evolution of the concept environment proposed in the Roy Adaptation Model. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2006, vol. 14, no. 2. s259-265. ISSN 0104-1169
32. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3
33. MASTILIÁKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
34. MELEIS, A. I. *Theoretical nursing. Development and progress*. 3. ed. Washington: Lippincott, 1997. 807s. ISBN 0-397-55259-9
35. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 172 s. ISBN 80-247-1443-4
36. MÜLLER, I. *Ortopedie pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1993. 119 s. ISBN 80-7013-154-3
37. NĚMCOVÁ, J. Ošetrovatelství ve screeningu diabetické nohy. *In Sestra*. 2006, roč. 16, č. 9, s.47 – 48. ISSN 1210-0404
38. NIČOVÁ, J. Ošetrovatelský proces podľa Royovej u pacientky s osteoporózou. *In Revue profesionálnej sestry*. 1999, roč. 6, č. 2, s. 7 – 9. ISSN 1335-1753
39. OTÁSKOVÁ, J. a kol. *Praktické využití ošetrovatelských diagnóz v NANDA doménách*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice ČB. 120 s. ISBN 978-80-239-9072-0
40. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 152s. ISBN 80-247-1211-3
41. PETRÁČKOVÁ, V. a kol. *Akademický slovník cizích slov*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. 837 s. ISBN 80-200-0982-5

42. PLZENSKÁ, D., SEDLÁKOVÁ, G. Aplikace ošetrovatelského modelu C. Royové u pacientů s ireverzibilními změnami. *In Sestra*. 2009, roč. 19, č. 2, s.24 – 26. ISSN 1210-0404
43. RAKOVÁ, J. Royovej adaptačný model a jeho využitie v klinickej praxi. In *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. Martin: Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2005. s. 458 – 464. ISBN 80-88866-32-4
44. ROKYTA, R. *Vesmír přírodovědecký časopis. Fantomová bolest. Role mozku při vnímání bolesti*. [on-line], 2008 [citováno 2008-17-07]. Dostupné z: <http://www.vesmir.cz/clanky/clanek/id/360>
45. SCOLLAN-KOLIOPOULOS, M. Theory-guided intervention for preventing diabetes-related amputations in African Americans. *Journal of vascular nursing*, 2004, vol. 22, no. 4. s.126-133. ISSN: 1062-0303
46. SEDLÁKOVÁ, G., PLZENSKÁ, D. Zvládnutí rolového konfliktu pacienta s využitím ošetrovatelského modelu Royové. In *Ošetrovatel'ský obzor*. 2007, č. IV, s. 99 – 101. ISSN 1336-5606
47. SEIDEL, E. Anxiety and depression after loss of a lower limb. *Orthopade*, 2006, vol. 35, no.11. s.1154-1156. ISSN 0085-4530
48. SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. 1.vyd. Praha: Triton, 200. 176 s. ISBN 80-7254-202-8
49. STAŇKOVÁ, M. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 2001. 55s. ISBN 80-7013-323-6.
50. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol. *Základy ošetrovatelství pro studující lékařských fakult 1. a 2. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 276 s. ISBN 80-246-0477-9
51. ŠVEC, Š. a kol. 1998. *Metodológia vied o výchove. Kvantitatívno-scientické a kvalitatívnohumanitné prístupy v edukačnom výskume*. 1.vyd. Bratislava: IRIS, 1998. 303 s. ISBN 80-88778-73-5
52. TEAGER, G.; NAST KOLB, D. *Amputationen und Prothesenversorgung der unteren Extremitäten*. 1. ed. Stuttgart: Thieme, 2000. 415s. ISBN 343-297-5023

53. TRACHTOVÁ, E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
54. ÚZIS. *Aktuální informace č. 31/08 - Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2007 (cukrovka)* [on-line], 2009, [citováno 2009-01-04].
Dostupné z: http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3426
55. VALENTA, J. a kol. *Chirurgie pro bakalářské studium ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 239 s. ISBN 80-246-0644-5
56. VALENTA, J. a kol. *Základy chirurgie*. 2. vyd. Praha: Galén, 2007. 277 s. ISBN 978-80-7262-403-4
57. VAŠÁTKOVÁ, I. *Ošetrovatelská dokumentace v nemocnici*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 2001. 43 s. ISBN: 80-7013-327-9
58. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006 144 s. ISBN 80-247-1262-8
59. VONDRÁČEK, L. et al. *Ošetrovatelská dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 72 s. ISBN 80-247-0704-7
60. VRBA, I. Postamputační bolest. *Postgraduální medicína*. Praha: 2003. roč. 5, č. 1, str.104-111. ISSN 1212-4184
61. ZÁŠKODNÁ, H. a kol. *Společenské minority a sociální práce*. 1. vyd. České Budějovice: ZSF JU, 2000. 120 s. ISBN 80-7040-408-6
62. ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2
63. ŽIAKOVÁ, K. a kol. *Ošetrovatelské konceptuálne modely*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2007. 190s. ISBN 978-80-8063-247-2

8. KLÍČOVÁ SLOVA

sestra – pacient – adaptace – amputace – model – Royová – ošetřovatelství – péče

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Léčení diabetici a komplikace diabetu

Příloha 2 – Typy amputací

Příloha 3 – Zásady bandážování amputačního pahýlu

Příloha 4 – Polohování amputačního pahýlu

Příloha 5 – Chybné návyky při polohování amputačního pahýlu

Příloha 6 – Rolový strom

Příloha 7 – Adaptační proces jako pohled z autorovy perspektivy

Příloha 8 – Ošetrovatelská dokumentace dle C. Royové

Příloha 9 – Průvodce pro sestry při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny dle modelu Royové

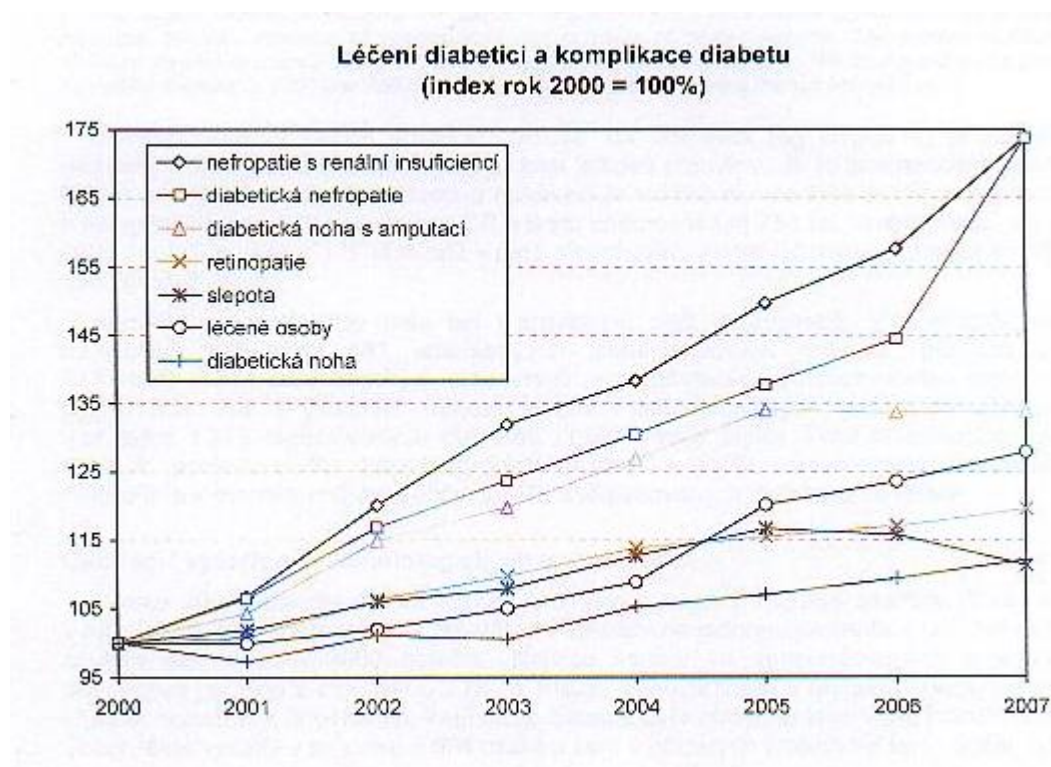
Příloha 10 – Struktura rozhovoru pro sestry

Příloha 11 – Formulář pro pacienty

Příloha 12 – Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Příloha 13 – Shrnutí stanovených stimulů u nemocných po amputaci dolní končetin

Příloha 1 – Léčení diabetici a komplikace diabetu



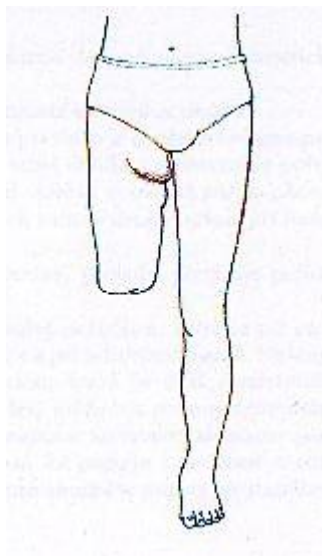
Komplikace diabetu	2003	2004	2005	2006	2007
Diabetická nefropatie	59 811	63 067	66 522	69 842	73 957
z toho s renální insufiencí	18 372	19 265	20 864	21 960	24 196
Diabetická retinopatie - celkem	81 085	84 077	85 294	86 527	88 315
z toho proliferativní	17 206	18 644	19 055	20 339	20 902
slepota	2 263	2 364	2 447	2 429	2 335
Diabetická noha - celkem	37 971	39 753	40 402	41 328	42 337
z toho s amputací	7 029	7 444	7 859	7 834	7 853
Počet léčených osob s komplikací diabetu	178 867	186 897	192 218	197 697	204 609

Zdroj: ÚZIS. *Aktuální informace č. 31/08 - Činnost oboru diabetologie, péče o diabetiky v roce 2007 (cukrovka)* [on-line], 2009, [citováno 2009-01-04]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3426

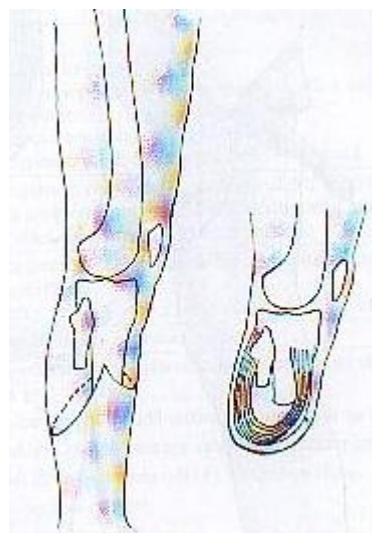
Příloha 2 - Typy amputací

A. Klasické rozdělní amputací

Amputace ve stehně



Amputace v bérce



Nízká amputace – ve středu metatarzů



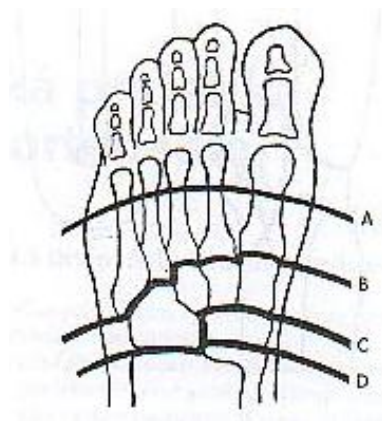
Zdroj:

KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. 1.vyd. Praha: FOPTO. 2001. 32 s. ISBN 80-238-6884-5

ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika*. 2. vyd. Praha: Grada, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2

B. Atypické amputace dle jednotlivých autorů

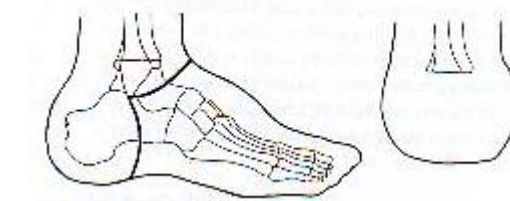
Amputace dle Scharpa (A), Lisfranka (B), Bona-Jagera (C), Choparta (D)



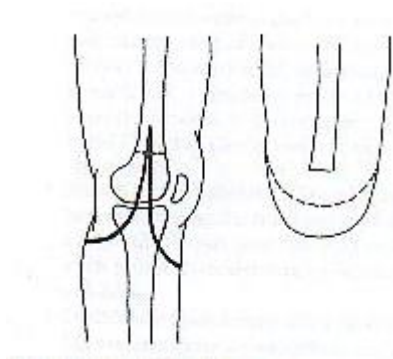
Amputace dle Pirogova



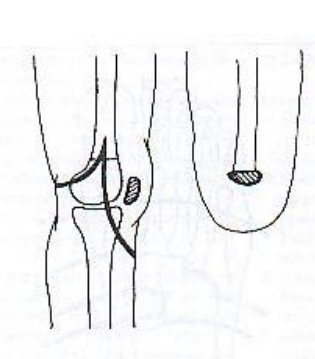
Amputace dle Symea



Amputace dle Callandera
Grittiho



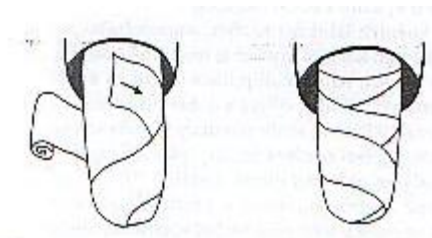
Amputace dle Stokem-



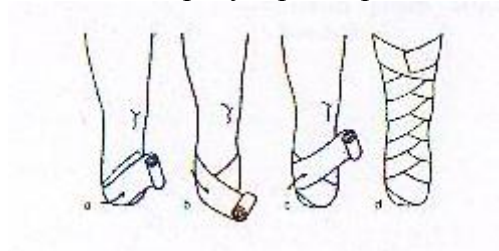
Zdroj: SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie* , 1.vydání , Praha : Triton , 2001 , 175 s.,
ISBN 80-7254-202-8

Příloha 3 – Zásady bandážování amputačního pahýlu

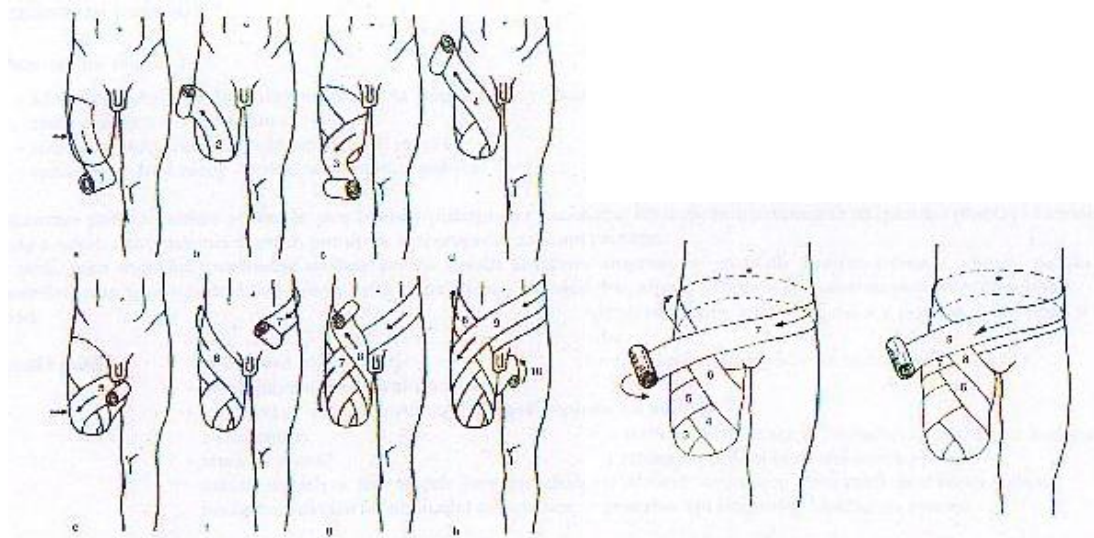
Obvaz tvarující amputační pahýl



Bandážování pahýlu při amputaci v bérce – pod kolenem



Bandážování pahýlu při amputaci ve stehně



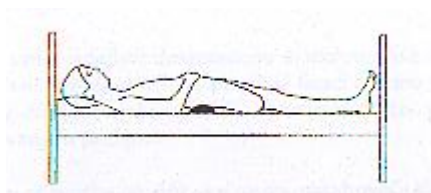
Zdroj:

KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. 1.vyd. Praha: FOPTO. 2001. 32 s. ISBN 80-238-6884-5

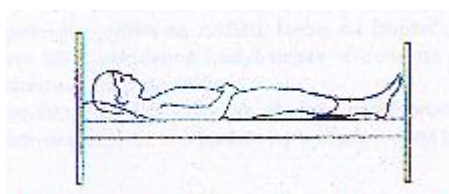
SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*, 1.vydání, Praha: Triton, 2001, 175 stran, ISBN 80-7254-202-8

Příloha 4 - Polohování amputačního pahýlu

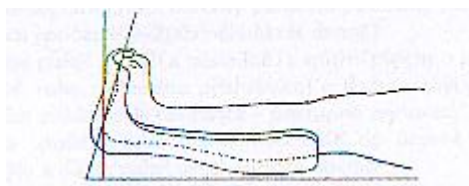
Amputovaný ve stehně s podloženou pánví



Amputovaný v bércei, vrchol pahýlu podložený do 3 cm



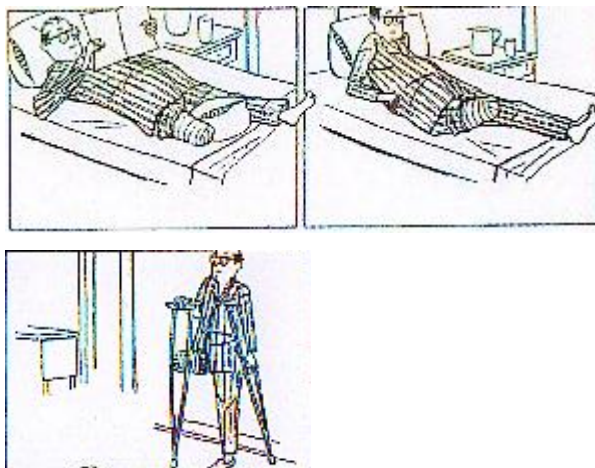
Amputace části chodidla – uložení končetiny na dlahu



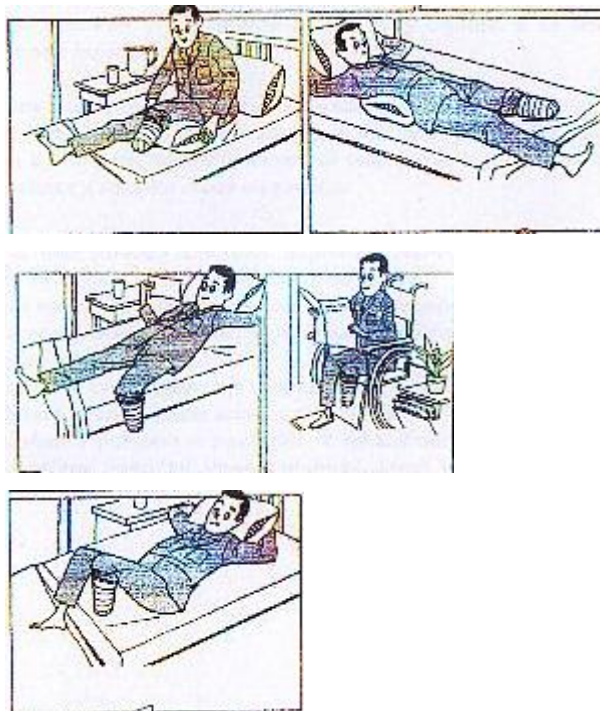
Zdroj: KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. 1.vyd. Praha: FOPTO. 2001. 32 s. ISBN 80-238-6884-5

Příloha 5 – Chybné návyky při polohování pahýlu

Chybné návyky při polohování pahýlu – amputace ve stehně

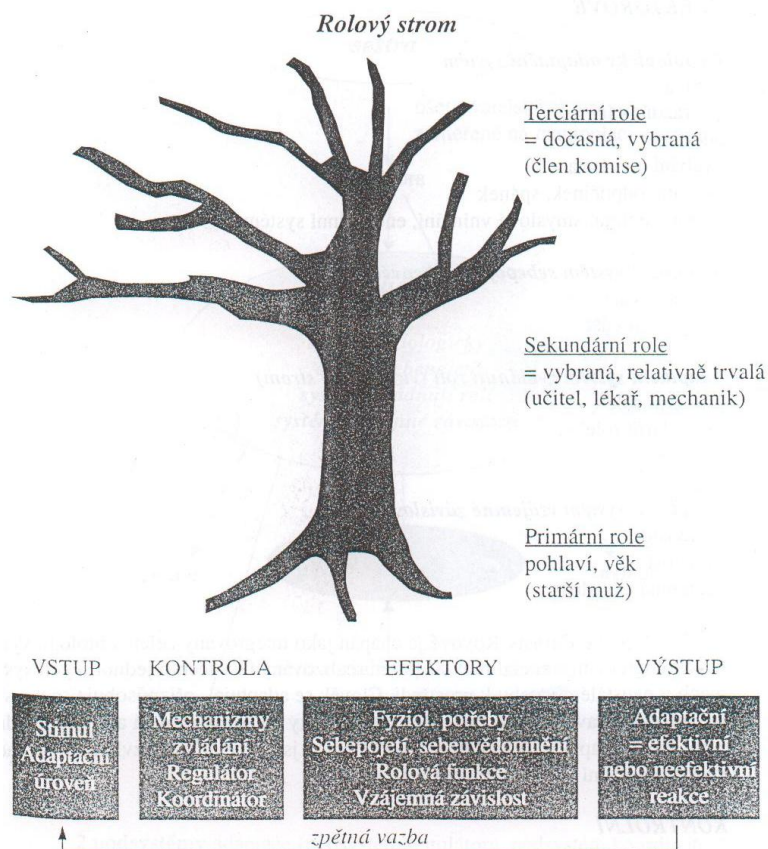


Chybné návyky při polohování pahýlu – amputace v bérci – pod kolenem



Zdroj: KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. 1.vyd. Praha: FOPTO. 2001. 32 s. ISBN 80-238-6884-5

Příloha 6 - Rolový strom



Zdroj: ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd.
Hradec Králové: Nucleus, 2003, 99s. ISBN 80-86225-33-X

Příloha 7 - Adaptační proces jako pohled z autorovy perspektivy

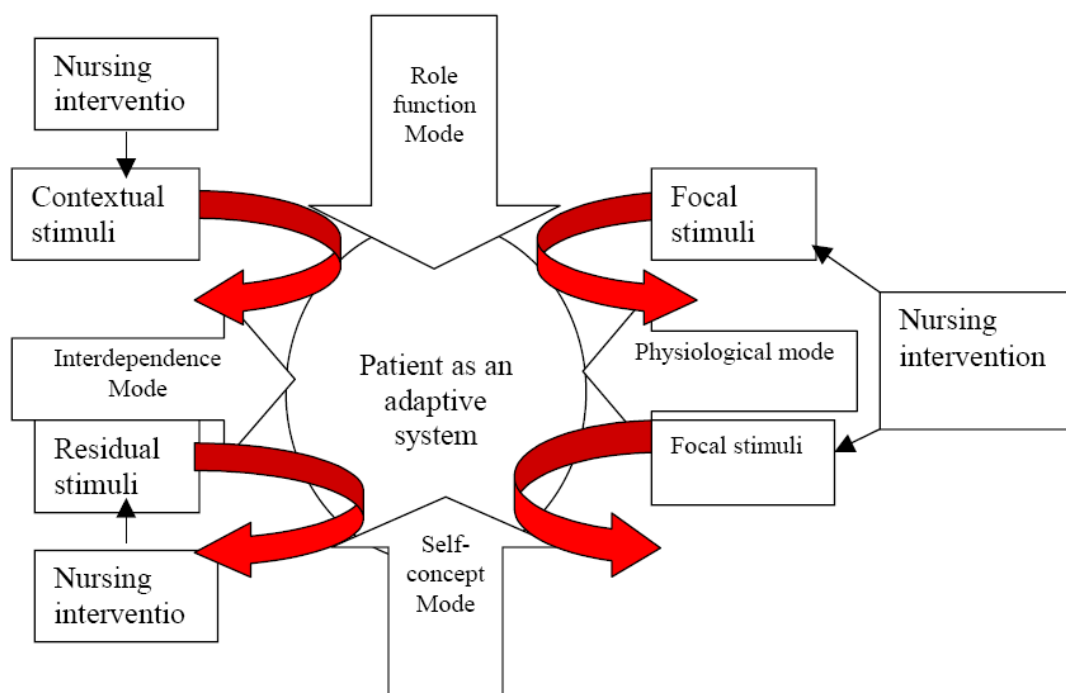


Fig. 3. Adaptation Process as viewed from writer's perspective

Zdroj: ARRACH, M. Roy's Adaptation Model: Demonstration of Theory Integration into Process of Care in Coronary Care Unit. *ICUs and nursing web journal*, 2001, vol. 17 ISSN 1108-7366

Příloha 8 - Ošetřovatelská dokumentace dle C. Royové

Příloha 8 je uložena v elektronické podobě na zadních deskách práce.

Příloha 9 - Průvodce pro sestry při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny dle modelu Royové



Vážené sestřičky,

Tento průvodce – pomocník Vám bude nápomocen při realizaci péče o nemocné po amputaci dolní končetiny dle modelu Royové po dobu naší nepřítomnosti. V případě jakýchkoli nejasností, problémů můžete kdykoli zavolat na telefonní číslo, které jste při úvodním setkání obdržely.



Jak začít?

Nejprve si něco málo sdělíme o ošetrovatelském modelu C. Royové. C. Royová vidí osobu jako adaptační systém, jako celek, který je složený z jednotlivých částí a jeho fungování má určitý účel. Cílem ošetrovatelské péče je podpora adaptace ve všech jejích čtyřech způsobech adaptace: fyziologickém, sebekoncepcce a identifikace ve skupině, pomocí rolové funkce a vzájemné závislosti. Úlohou sestry je identifikovat maladaptivní chování a stimuly (podněty), které k němu vedly a následně nemocnému pomoci k adekvátní adaptaci.

U kterých nemocných máte poskytovat péči a pracovat s dokumentací dle modelu Royové?

- u nemocných po amputaci dolní končetiny v bérce na podkladě chronického onemocnění (ICH DK, diabetická gangréna, ...)

Kdy začít a jak postupovat?

- postupujte dle jednotlivých kroků:



1. začněte **sběrem ošetrovatelské anamnézy** dle modelu Royové (viz první část ošetrovatelské dokumentace) ve všech čtyřech způsobech adaptace (fyziologický, sebekoncepcce a identifikace ve skupině, pomocí rolové funkce a vzájemné závislosti) **v den operace** u výše uvedených nemocných

2. Na základě sběru anamnézy **stanovte stimuly** – podněty, které působí na nemocného
- pro vysvětlení: stimuly jsou faktory, které mají vliv na chování nemocného – působí na nemocného jak z vnějšího, tak vnitřního prostředí
 - důležité je rozdělit stimuly na fokální, kontextuální a reziduální

FOKÁLNÍ STIMULY (PODNĚTY):

- nebo také ohniskové, centrální, jsou podněty, které aktuálně, okamžitě ovlivňují a působí na jedince v určitém momentu, ovlivňuje člověka, na který okamžitě reaguje a co nejrychleji se mu musí přizpůsobit
- *Například:* samotná amputace dolní končetiny, stres, onemocnění, bolest či strach z budoucnosti.



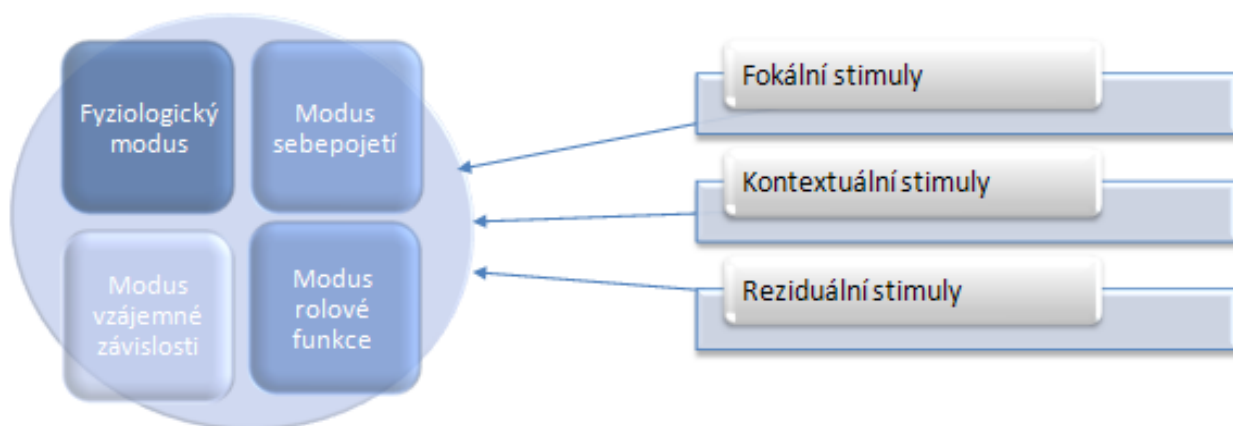
KONTEXTUÁLNÍ STIMULY (PODNĚTY)

- vycházejí z vnějšího prostředí, působí náhodně v době vlivu fokálního stimulu, ke kterému mají vztah. To znamená, že kontextuální stimul může v daném okamžiku ovlivnit účinek a odpověď na fokální stimul.
- *Například:* rodinné či nemocniční prostředí, oblast příjmu potravy či způsob poskytování ošetrovatelské péče,

REZIDUÁLNÍ STIMULY (PODNĚTY):

- nemají rozhodující vliv na aktuální odpověď organismu - jsou poměrně stálé. Jedná se o podněty z osobnostní oblasti jedince.
- *Například:* vlastnosti, hodnoty, postoje, názory, které se vyvinuly z předchozích zkušeností, víry, povahových rysů.

Působení stimulů na člověka je znázorněno ve schématu:



3. **Vyplňte stupnici** dle Northonové, Barthelův test, záznam bolesti – pracujte s nimi a neopomeňte zaznamenat i fantomové bolesti a vjemy.

4. **Stanovte** v ošetrovatelské dokumentaci **problémy (ošetrovatelské diagnózy)** nemocného. Následně nezapomeňte stanovit - označit, eventuálně dopsat:


- cíl = čeho se má u nemocného dosáhnout
- výsledná kritéria = co udělá pro dosažení cíle nemocný
- intervence = činnosti, které provádí sestra



5. **Realizujte** ošetrovatelskou péči a následně zapište do dokumentace

- provádějte stanovené intervence
- manipulujte se stimuly a zaznamenávejte do dokumentace:

Podpora – udržování 

Snižování 

Zvyšování 



- pamatujte: identifikace a práce se stimuly napomáhá v procesu adaptace nemocného po amputaci dolní končetiny ve všech čtyřech adaptačních modech (způsobech)

- zapisujte vše, co u nemocného uděláte

6. Zápis v kolonce „**hodnocení**“

- hodnocení se vždy vztahuje k cíli – zda jej bylo dosaženo či nikoli

- zapisujte proto vždy naplnění či nenaplnění cíle následovně:

Cíl byl splněn

Cíl nesplněn, oš. diagnóza pokračuje

Cíl splněn částečně, oš. diagnóza pokračuje)



- nezapomeňte připojit svůj podpis

- pokuste se vyhodnotit chování nemocného ve všech čtyřech způsobech adaptace

- péči o nemocného dle modelu C. Royové realizujte po dobu 8 dnů (0. – 7. den po OP)

Příloha 10 - Struktura rozhovoru pro sestry – záznamový arch

1. Kolik je Vám let?

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru všeobecná sestra?

3. Jak dlouho pracujete na chirurgickém oddělení?

4. Jakým způsobem poskytujete ošetrovatelskou péči nemocným při ranní směně?

- a. všem pacientům na oddělení
- b. výhradně přidělené skupině pacientů
- c. přidělené skupině pacientů + vypomáhám sestřám v případě potřeby
- d. jiné:

5. Jakým způsobem odebíráte anamnézu u nemocných na vašem oddělení?

6. Setkal/a jste se někdy s termínem ošetrovatelský model?

- a. ano
- b. ne

pokud jste uvedl/a ANO – znáte některý? – doplňte:

7. Jaká pozitiva vidíte při poskytování ošetrovatelské péče dle Royové?

8. Jaké překážky (problémy) vidíte při poskytování péče dle modelu Royové?

9. Jaký přínos (možnosti) vidíte ve využití modelu Royové při poskytování ošetrovatelské péče nemocným po amputaci dolní končetiny?

10. Vnímáte rozdíl ve výsledku poskytované péče nemocným po amputaci dolní končetiny tradičním způsobem a modelem dle Royové?

- a. Ano
- b. ne

pokud ANO – uveďte jaký:

Příloha 11 – Formulář pro pacienty

Vážený paciente/tko, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto formuláře, který je anonymní. Jde pouze o vybrání a označení křížkem jedné kolonky v každém řádku pod číslem 1 – 5, kdy 1 – znamená kladné pocity a 5 záporné pocity. Informace budou využity ke zpracování rigorózní práce. Za vyplnění Vám děkuji.

Mgr. Věra Stasková, ZSF JU Č. Budějovice

SESTRA						
KLADNÉ POCITY	1	2	3	4	5	ZÁPORNÉ POCITY
Každý výkon mi podrobně VYSVĚTLILA						NEVYSVĚTLILA mi podrobně každý výkon
Při servírování stravy i ochotně POMÁHALA						NEPOMÁHALA mi při servírování stravy
POMOHLA mi vždy při vyprazdňování						NEPOMOHLA mi při vyprazdňování
ZABEZPEČILA mi hygienickou péči						NEZABEZPEČILA mi hygienickou péči
Ochotně mi NABÍZELA tekutiny						NENABÍZELA mi tekutiny
PODPORILA mě v samostatnosti						NEPODPORILA mě v samostatnosti
STARALA se o můj spánek						NESTARALA se o můj spánek
Včas TLUMILA bolest						NETLUMILA bolest
OCHOTNĚ se mnou komunikovala						NEOCHOTNĚ se mnou komunikovala
IHNED PŘIŠLA po zazvonění						NEPŘIŠLA IHNED po zazvonění
PŘIŠLA pravidelně mimo zvonění						NIKDY nepřišla mimo zvonění
Aktivně se sama ZAJÍMALA o mé problémy						NEZAJÍMALA se o mé problémy
NABÍDLA mi pomoc při navázání kontaktu s ostatními pacienty						NENABÍDLA mi pomoc při navázání kontaktu s ostatními pacienty
SDÍLELA se mnou moje těžkosti						NESDÍLELA se mnou moje těžkosti
NASLOUCHALA mým problémům						NENASLOUCHALA mým problémům
ZAJÍMALA se jak vidím sám/sama sebe						NEZAJÍMALA se jak vidím sám/sama sebe

Příloha 12 – Žádost o umožnění realizace výzkumného šetření

Vážená paní,
Mgr. Jiřina Otásková, MBA, R.M., R.N.
Náměstek pro ošetrovatelskou péči – Hlavní sestra
Nemocnice České Budějovice a. s.
Boženy Němcové 858/54
370 87 České Budějovice

České Budějovice 20.5. 2008

Žádost o povolení výzkumného šetření na chirurgickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s.

Vážená paní náměstkyně,

obracíme se na Vás se žádostí o povolení spolupráce s chirurgickým oddělením Nemocnice České Budějovice a.s. za účelem získání dat pro výzkumné šetření rigorózní práce „Překážky a možnosti ve využití adaptačního modelu Royové u nemocných po amputaci dolní končetiny“.

Šetření proběhne metodou kvaziexperimentu a rozhovoru. Sledovaným souborem budou hospitalizovaní pacienti a sestry pracující na chirurgickém oddělení.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována anonymita respondentů.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí.

S pozdravy


.....
Mgr. Věra Stasková


.....
doc. PhDr. Gabriela Sedláková, Ph.D.

Vyjádření:




Přílohy: Ošetrovatelská dokumentace, otázky pro rozhovor.

Příloha 13 – Shrnutí stanovených stimulů u nemocných po amputaci dolní končetiny

STANOVENÉ PŮSOBÍCÍ STIMULY SESTRAMI PŘI POSKYTOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DLE ADPATAČNÍHO MODELU ROYOVÉ PACIENTŮM PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY OD 0. – 7. POOPERAČNÍHO DNE		
STIMULY		
FOKÁLNÍ	KONTEXTUÁLNÍ	REZIDUÁLNÍ
amputace dolní končetiny	zájem začlenit se do společnosti	trpělivý
bolest	podpora přítelkyně	snaživý
nesoběstačnost	pomoc rodiny	optimista
snížená chuť k jídlu	snaha o dosažení soběstačnosti	víra
únava	snaha při plnění rolových funkcí	dřívější zkušenost s hospitalizací
	podpora přátel a rodinných příslušníků	introvert
	znalost nemocničního prostředí	zhoršená přizpůsobivost
	znalost situace	schopnost zvládat zátěž
	donáška tekutin a domácí stravy	depresivní stav
	slabost	nezájem zapojit se do denních činností
	nedobrý tělesný stav	ochota dodržovat léčebný režim.
	nerespektování léčebného režimu	
	omezení v pohybu	
	závislost manželky	
	dlouhodobá hospitalizace	
	nevyvětraný pokoj	