

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O NEMOCNÉ PO AMPUTACI

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

Bc. Alena Polanová

Autorka bakalářské práce:

Pavla Dopitová

2010

Abstract

The amputation is currently quite a common measure, the most common cause of which is complications of people who suffer from diabetes; it is so called a diabetic foot. Another group of people involves people with severe limb injuries. The sick people who are expected to undergo amputation are admitted to hospitals at surgical or traumatology standard wards or intensive care units, and it is necessary that nurses have theoretical knowledge as well as practical nursing skills related to those patients because if a sick person wants to start a full-value life after the amputation, he or she needs to be provided with a quality nursing care. The nursing care is multidisciplinary because it involves care provided not only by medical professionals at emergencies, rehabilitation wards and ambulances but also by technical orthopaedic professionals.

The thesis has two objectives. The first objective was to find out whether the nurses can care of the patients with an amputated limb. The second objective was to find out whether the nurse applies a holistic approach to care. These objectives were given three hypotheses. Hypotheses 1: The nurse follows correct procedures while taking care of the client after the amputation. Hypotheses 2: The nurses have enough information on care of the client after the amputation. Hypothesis 3: The nurses focus on physical needs of the client. All three hypotheses have not been confirmed. The objectives of the thesis have been fulfilled.

The Bachelor's thesis could be used during at the surgery and traumatology wards. Further on it can serve as a material for students of health care or as a standard in nursing care of the sick people after the amputations. This thesis includes an educational material concerned with orthopaedic prosthesis.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Datum

Podpis studenta

Poděkování:

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat paní Bc. Aleně Polanové za odborné vedení, trvalý zájem a cenné rady při psaní bakalářské práce. Zvláštní poděkování za podporu a trpělivost patří také mé rodině.

Obsah:

Úvod	3
1 Současný stav	4
1.1 Anatomie horní končetiny	4
1.2 Anatomie dolní končetiny	5
1.3 Amputace, exartikulace a jejich historie	6
1.3.1 Indikace k amputacím	6
1.3.2 Druhy amputace	7
1.3.3 Výška amputace	8
1.3.4 Komplikace amputací	9
1.4 Ošetření pahýlu	9
1.4.1 Potřeby nemocného	11
1.4.2 Psychologická péče o nemocného po amputaci	12
1.4.2.1 Empatie	14
1.4.3 Bolest u nemocného po amputaci	15
1.5 Rehabilitace u nemocného po amputaci	17
1.5.1 Rehabilitační ústav	19
1.6 Ortopedická protetika	19
1.7 Domácí péče pro nemocné po amputaci	22
1.8 Sportovní kluby pro nemocného po amputaci	23
2 Cíle a hypotézy	24
2.1 Cíle práce	24
2.2 Hypotézy	24
3 Metodika	25
3.1 Metodika práce	25
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	25
4 Výsledky	26
5 Diskuze	47
6 Závěr	52
7 Seznam použitých zdrojů	53

8 Klíčová slova.....	58
9 Přílohy.....	59

Úvod

Amputace je v současné době poměrně častý výkon, jehož nejčastější příčinou bývají komplikace nemocných, kteří se léčí s diabetem tzv. diabetická noha, další početnou skupinu tvoří lidé s devastujícím poraněním končetiny. Nemocní, u kterých je prováděna amputace, jsou přijímáni zejména na chirurgické a traumatologické standardní oddělení nebo na jednotky intenzivní péče a je nutné, aby sestry měly nejen teoretické znalosti, ale i praktické dovednosti v ošetrovatelské péči u těchto nemocných, protože pokud se má nemocný po amputaci opět zapojit do plnohodnotného života, je třeba mu poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči. Ošetrovatelská péče je nutně multidisciplinární, jelikož se na ní musí podílet nejen zdravotničtí pracovníci na akutních lůžkách, rehabilitačním oddělení, na ambulancích, ale i pracovníci technické ortopedie.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jestli sestry umí pečovat o klienta po amputaci končetin a zda sestry přistupují ke klientovi po amputaci holisticky, tedy se zaměřením uspokojit jeho biologické, psychické a sociální potřeby. Výzkum je prováděn pomocí kvantitativního šetření ve vybraných nemocnicích Jihočeského kraje.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Zatímco teoretická část popisuje anatomii končetin, ošetrování pahýlu, rehabilitační a psychologickou péči o nemocného a v neposlední řadě i protetické vybavení, tak praktická část obsahuje výsledky výzkumu.

1. Současný stav

1.1 Anatomie horní končetiny

Horní končetina se skládá z ramenního kloubu (articulatio humeri), který je tvořen pažní kostí, a ta je k lopatce připojena kloubním pouzdem. Jelikož hlavička pažní kosti má kulovitý tvar, je možno provádět pohyby všemi směry. Pažní kost (humerus) je dlouhá kost se dvěma konci. Horní konec se rozšiřuje v polokulovitou hlavičku, zapadající do jamky na lopatce. V blízkosti hlavičky jsou dva hrbolky, na nichž začínají lopatkové a pažní svaly. Pod hlavičkou dochází k zúžení pažní kosti, které se nazývá chirurgický krček. Zde se kost nejčastěji láme. Dolní kloubní konec má klackovitou kloubní plochu, jenž se spojuje s loketní kostí a kulovitý výčnělek pro hlavičku vřetenní kosti. Na okraji dolního konce pažní kosti jsou hmatné vnitřní a zevní nadkloubní hrboly (epikondyly).

Loketní kloub (articulatio cubiti) je složený kloub, ve kterém se spojují kosti pažní, loketní a vřetenní. Kost vřetenní (radius) leží na palcové straně předloktí. Horní část kosti vřetenní je štíhlá a ukončená hlavičkou, která se otáčí v zářezu na sousední kosti loketní. Dolní konec je široký a vybíhá v hmatný a viditelný bodcový výběžek na palcové straně zápěstí. Loketní kost (ulna) je uložena na malíkové straně a její horní konec je rozšířený. Na loketní kosti je kloubní plocha do které zapadá kladka pažní kosti. Tato část loketní kosti je ukončena hmatným loketním výběžkem (olecranon ulnae, „okovec“). Naproti tomu útlý dolní konec ulny je zakončen hlavičkou, která vybíhá v hmatný bodcovitý výběžek. Horní úseky obou předloketních kostí se podílejí na vytvoření loketního kloubu, zatímco dolní úseky se spojují a tvoří jamku zápěstního kloubu. Mezi kostmi předloktí a zápěstními kůstky je vřeteno-zápěstní kloub.

Kostra zápěstí je tvořena osmi drobnými kústkami, jenž jsou seřazeny do dvou řad. Jsou to kost loďkovitá, poloměsíčitá, trojhranná, hrášková, mnohohranná větší, mnohohranná menší, hlavatá a hákovitá. Kost zápěstní (ossa metacarpalia) jsou složeny z pěti kostí, které se kloubně spojují se zápěstními. Na hlavičky metakarpálních kostí navazuje kostra prstů, přičemž palec má dva články a ostatní prsty mají tři články.

1.2 Anatomie dolní končetiny

Dolní končetina se skládá z kyčelního kloubu (articulatio coxae), který připojuje dolní končetinu k pánevním kostem. Stehenní kost (femur) je největší a nejsilnější kostí v těle. Kulovitá hlavice zapadá do kloubní jamky (acetabula) na kosti pánevní. Hlavice je spojena s tělem stehenní kosti krčkem. Nad krčkem stehenní kosti je velký chocholík (trochanter) a pod krčkem je malý chocholík. Na oba výstupky se upínají hýžďové svaly. Dolní konec stehenní kosti je rozšířen ve dva kloubní hrboly (kondyly), které tvoří hlavice kolenního kloubu.

Kolenní kloub (articulatio genus) je největší kloub těla, jeho hlavice je tvořená kloubními výběžky stehenní kosti. Tyto výběžky jsou více zakřivené než téměř rovné kloubní plochy na holenní kosti. Aby bylo vyrovnáno zakřivení kloubních ploch obou kostí, tak mezi holenní a stehenní kost jsou vloženy dvě chrupavčité destičky, menisky. Destičky mají poloměsíčitý tvar a jsou připojené k holenní kosti. Na přední straně kloubu je vložena česka, jenž je vložena do úponové šlachy čtyřhlavého svalu. Kloubní pouzdro je silné a zpevněné postranními vazy, uvnitř kloubu jsou dva samostatné zkřížené vazy.

Holenní kost (tibia), která je na palcové straně bérce, má trojboké tělo, jenž se na horním konci rozšiřuje v kloubní hrboly. Dolní konec je ztlustělý a vybíhá ve vnitřní kotník (malleolus). Lýtková kost (fibula) je štíhlá kost, jenž je na malíkové straně bérce. Dolní výběžek lýtkové kosti se nazývá zevní kotník. Ze spojení holenní a lýtkové kosti a silných vazů vzniká v oblasti kotníků vidlice, jenž nasedá na hlezenní kost.

Hlezenní kloub (articulatio talocruralis) či horní zánártní kloub má velmi slabé pouzdro, které se při špatném došlápnutí často trhá. Klouby nohy jsou uspořádány tak, aby vytvářeli podélnou a příčnou nožní klenbu. Nožní klenba má význam pro pružné našlapování, tedy pro přenos hmotnosti těla.

Zánártních kostí (tarsálních) je celkem sedm. Největší je patní kost (calcaneus), která vybíhá v hrbol patní kosti. Hlezenní kost (talus) naléhá na patní kost. Ostatní zánártní kosti jsou tři klínové kosti, krychlová kost a kost člunková. Poté následuje pět nártních (metatarzálních) kostí, na něž navazují články prstů (falangy). (6,9)

1.3 Amputace, exartikulace a jejich historie

Amputace znamená totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, které vede k funkční či kosmetické změně, kterou je možno proteticky řešit. Amputovat se může horní nebo dolní končetiny, či jejich část. Dále lze provést odstranění (ablaci) prsu nebo také méně známou amputaci rekta (hlavně u nádorů konečníku). Exartikulace je taktéž odstranění části končetiny, ale v kloubu oproti amputaci, která se provádí přerušením kosti.

Odstranění končetiny patří mezi nejstarší historicky doložené prováděné výkony. Tyto výkony měly často kromě léčebného efektu buď rituální účel (oběť bohům) nebo trestní účel. V některých islámských zemích se dodnes používá odnětí ruky jako trest za krádež. Tyto zákroky se v průběhu doby vyvíjely. Nejprve se prováděly gilotinové (cirkulární) a později lalokové amputace. Obě tyto techniky se používají i dnes. (8, 10, 20)

1.3.1 Indikace k amputacím

Ačkoliv lze amputaci považovat za rekonstrukční výkon, někdy však vede k nezvratné ztrátě části kontinuity vlastního organismu. Můžeme říci, že amputace je tedy poslední možností, když už jsou vyčerpány všechny možné terapeutické výkony vedoucí k zachování končetiny. Důvody k amputaci se v současné době zúžily na šest základních.

U traumatu je častou indikací devastující poranění. Dnes se nám naskytuje možnost záchrany končetiny pomocí mikrochirurgie a cévní chirurgie, která je poměrně novým oborem, jenž dříve patřil do všeobecné chirurgie.

Infekce – nejčastěji se jedná o napadení končetiny plynatou snětí, což je závažná infekce vznikající působením klostridií. Klostridie po proniknutí do měkkých tkání produkují za nepřítomnosti kyslíku plyny a toxiny, které poškozují tkáň. Léčba této infekce musí být včasná a vyžaduje chirurgický zákrok a podání antibiotik. V tomto případě mluvíme o výkonu život zachraňující.

Maligní nádorová onemocnění pohybového aparátu jsou vzácná. Nádory napadají kost, chrupavku a kostní dřeň. Nejčastějším nádorem je osteosarkom, který

tvoří 1/3 zhoubných kostních nádorů a na druhém místě je chondrosarkom. Kromě onkologické léčby je důležitá i ortopedická péče zaměřená především na vznik patologických zlomenin. Chirurgická léčba často přináší zlepšení stavu nemocného, možnost lokomoce, relativně aktivního života a minimalizace bolestí. Odstranění končetiny tedy může být radikálním řešením nebo také paliativním výkonem. (13)

Mezi chorobami končetinových cév se nejčastěji vyskytuje akutní arteriální insuficience, při které dojde k náhlému přerušení toku krve a končetina je ohrožena, nebo chronická arteriální insuficience, u níž dochází k postupnému zhoršování průtoku krve končetinou. Další nemocí je diabetická angiopatie, ze které může vzniknout diabetická gangréna. Diabetická angiopatie je postižení cév aterosklerózou v důsledku hyperglykémie při dlouhotrvajícím diabetu mellitu. (31, 37)

Jinou příčinou je nekróza končetin projevující se fialově červeným zbarvením okrajů kůže, které později zčerná. Nekróza může být způsobená fyzikálními vlivy, jako jsou popáleniny, omrzliny nebo poranění vzniklá elektrickým proudem. U této příčiny je nutné rozhodnout o výši amputace až do vymezení nekróz. (27)

Nebo to mohou být afunkce (bránění zlepšení funkce). U nich se může jednat o následky po zraněních, operacích anebo o malformaci končetiny, u které nelze pomoci protetikou. (8, 30, 38)

1.3.2 Druhy amputace

Amputace se dělí na gilotinové, lalokové, totální a subtotální.

Gilotinové amputace se provádějí otevřenou technikou. To znamená, že rána není primárně uzavřena a je nutná nejméně ještě jedna další operace pro vytvoření kvalitního pahýlu. U gilotinové amputace se začíná cirkulárním přerušením kůže, poté se v její úrovni přeruší svaly (podvaz cév a ošetření nervů) a po retrakci (stažení, zkrácení) svalů se v další nejproximálnější linii přeruší skelet. Poté následuje náplast'ová kožní trakce. Pahýl lze upravit buď pomocí reamputace, což znamená že končetinu znovu amputujeme proximálněji, nebo revizí pahýlu, při níž je odstraněna granulační a zjizvená tkáň, kost je zkrácena a jsou vymodelovány laloky k vytvoření měkkého krytu pahýlu. Také lze použít plastickou úpravu, při které jsou vymodelovány

měkké tkáni bez zásahu na kosti. Tyto amputace jsou platným a standardním operačním výkonem.

Lalokové amputace mohou být provedeny jako uzavřené, při kterých je nutné dávat pozor na tenodézu (chirurgické připevnění, fixace) přerušených svalů, nebo také jako otevřené, které jsou v současné době doporučovanou technikou invertovaných kožních laloků. Ty jsou později překlopeny (invertovány) a na přechodnou dobu přešity přeloženou plochou k sobě. Vlastní pahýl je kryt mastným tylem a náplast'ovou kožní trakcí. Po opakovaných převazech odhadem po 2 týdnech dochází ke vzniku granulační plochy a je možno přistoupit k primární sutuře po uvolnění a „rozbalení“ laloků. U těchto amputací je nutné dopředu naplánovat vhodné umístění laloků měkkých tkání, aby mohla být bezpečně odstraněna patologická tkáň. Laloky musí dostatečně krýt skelet měkkými tkáněmi, které lze později vymodelovat do kónického pahýlu. Současně je snaha zachovat motoriku pahýlu. Jizvu je vhodné umístit mimo nášlapnou plochu pahýlu. (8)

Totální amputace znamená přerušení všech struktur. V případech, kdy by bylo zachováno spojení, i kdyby jen minimální tkáňovou strukturou, se musí poranění hodnotit už jako subtotální amputaci. Subtotální amputace je poranění, při němž jsou přerušeny cévy a nejsou žádné známky prokrvení periferie. Pokud by nedošlo k obnovení prokrvení pomocí cévních anastomóz, vznikla by nekrotizace. (20)

1.3.3 Výška amputace

Výška amputace u dolních končetin je dělena na nízkou, což je 10-15 cm pod kolenem, střední, která zasahuje do 1/3 stehna a vysokou. Správné stanovení výšky amputace má důležitý význam pro zhojení operační rány, mobilizaci nemocného, průběh rehabilitace a kvalitu života. O výši amputace rozhodují nejen příčiny, které k ní vedly, ale také stav jednotlivých tkání. Standardizované postupy pro určení výšky amputace neexistují. Při rozhodování je třeba vzít v úvahu rozsah poranění, přítomnost hematomu, lokalizaci cévních poruch, nádorové onemocnění, eventuálně rozšíření gangrény a infekce a v neposlední řadě také chirurgické možnosti.

Pokud je amputace plánovaným výkonem je vhodné výšku pahýlu konzultovat s pracovníkem technické ortopedie kvůli následnému protetickému vybavení. Díky vývoji amputační techniky a protetiky došlo k sestavení různých amputačních schémat, jako je např. schéma podle Zur Vertha. (Příloha 2), (26, 30, 39)

1.3.4 Komplikace amputací

Mezi komplikace amputací se řadí hematoma, který může vést ke vzniku infekce či nekrózy. Jeho vzniku však můžeme předejít správnou drenáží rány. Další komplikací je kožní nekróza a dehiscence rány. Pokud je nekróza menšího rozsahu, je možné ji nechat zhojit per secundam, což znamená, že se pomalu vytvoří granulační tkáň na ráně a po několika týdnech vzniká tuhá jizva, nebo je nekróza většího rozsahu a je tedy nutná operační revize. Dehiscence čili rozpad rány vyžaduje revizi, nekrektomii, drenáž a znovusešití rány. Následující komplikací je otok a gangréna pahýlu. Gangréna vzniká ischemií končetiny a může ji způsobit řada příčin, mezi které patří špatná úroveň amputace nebo arteriální uzávěr. Vzniku otoku pahýlu může sestra zabránit správnou bandáží, kterou přiloží již na operačním sále. Časným pooperačním polohováním a cvičením může zabránit kontrakturám, které mohou představovat jsou další komplikací a později znesnadňují nasazení protézy a chůzi. To je plně v kompetenci sestry. Poslední komplikací jsou fantomové obtíže, které se rozdělují do dvou typů. Jsou to fantomové pocity, které jsou časté a považujeme je za normální stav po amputaci. Znamená to, že nemocný má stále pocit přítomnosti končetiny. A potom jsou to fantomové bolesti o jejichž ústup se snažíme pomocí medikamentózní terapie, aplikací fyzikálních procedur, případně neurochirurgickou revizí nervového pahýlu. Nejlepší prevencí všech těchto komplikací je šetrná a rychlá operační technika při správné indikaci výše amputace. (8, 29)

1.4 Ošetření pahýlu

„Pahýl je tou nejdůležitější částí, na které záleží další úspěch celé léčby.“ (12)

Při ukončení operace lékař zavede Redonovy drény – aktivní sání do podkoží nemocného. Jejich účelem je odvádění krve a sekretu z operační rány. Jejich odstranění

bývá za 48-72 hodin dle množství odvedeného sekretu a také dle ordinace lékaře. Na operačním sále sestra překryje ránu mastným tylem a sterilní gázou a nakonec přes ni dá obinadlo.

Nemocný je po ukončení operace přeložen na jednotku intenzivní péče nebo na standardní chirurgické či traumatologické oddělení na pooperační pokoj, kde je pod intenzivním dohledem sestry, dokud nemá stabilizovaný krevní oběh, dostatečně spontánně nedýchá a nejsou u něho patrné obranné reflexy (kašel, polykání). Sestra měří a sleduje jeho fyziologické funkce (krevní tlak, puls, dech, tělesnou teplotu a stav vědomí) v pravidelných intervalech dle ordinace lékaře. V pooperačním období může u nemocného dojít ke zvracení či pocitu nauzey, jako následek narkózy, proto by sestra měla mít nachystanou emitní misku a buničinu. Pokud nemocný bude zvracet, tak mu sestra otočí hlavu na stranu, aby mu zabránila vdechnout zvratky. Rovněž je důležité sledovat stav vyprazdňování moči, protože nemá-li nemocný zavedený permanentní močový katétr, musí se do 6-8 hodin vymočit. Dle ordinace lékaře sestra provádí i odběry krve na biochemické a hemokoagulační vyšetření, podává analgetika, hypnotika a další léky a zároveň sleduje jejich účinky. V pooperační péči musí sestra dbát na prevenci vzniku tromboembolické nemoci, které zabrání správnou bandáží dolní končetiny, dechovým cvičením a včasnou mobilizací. Je nutné postarat se i o dostatečný příjem tekutin nemocného, aby nedošlo ke vzniku dehydratace a zácpy. Sestra zhodnotí úroveň soběstačnosti nemocného v hygieně, výživě a vyprazdňování pomocí různých testů. Sestra také pravidelně kontroluje nemocného, aby u něj včas zaznamenala možné příznaky infekce, mezi které patří zvýšená tělesná teplota, zvýšený počet bílých krvinek či zarudnutí operační rány a samozřejmě kromě toho kontroluje a pečuje o pahýl. (19,27)

Celých 24 hodin od výkonu by lůžko nemocného mělo zůstat rovné a pahýl by měl být bez podložení, protože tím se zabrání poruše prokrvení končetiny. Později už sestra končetinu elevuje, aby zabránila vzniku otoku. Sestra musí mít u lůžka nemocného připravené Esmarchovo škrtidlo a kompresivní obvaz pro případ náhlého krvácení z operované končetiny. Pahýl je nutné bandážovat, aby vznikl kónický tvar. (Příloha 3) Kónického tvaru se dosáhne tím, že obvaz musí působit větší tlak na dolním

konci pahýlu a menší tlak na horním konci. Správné vytvarování končetiny je důležité pro následné nasazení protézy. První převaz provádí sestra většinou třetí den po operaci, ale záleží na rozhodnutí lékaře. Sestra musí převaz provádět za aseptických podmínek. Obvaz musí být vždy suchý, pružný a čistý. Okolí pahýlu na operované končetině musí být teplé, prokrvené. Stehy sestra odstraní za 10 - 14 dní od zákroku, dle ordinace lékaře. Po odstranění stehů začíná u pahýlu fáze otužování, masírování a sprchování.

Při bandážování pahýlu je důležité, aby obvaz působil pevný, stabilní tlak po celých 24 hodin (mimo mytí a prohlídky kůže) a správně tvaroval pahýl do kónického tvaru. To je zárukou úspěšného uchycení protézy. Sestra bandáže provádí rovnoměrně, bandáž musí být hladká a nesmí se uvolňovat, proto je důležité, aby sestra přelepila proužky náplasti tak, aby nedocházelo ke sklouzávání a rolování obinadla. Rovněž nesmí natahovat elastické obinadlo na maximum, tím se naruší jeho elasticita. Ale pokud naopak bude pnutí malé, tak může dojít k poranění pahýlu. Sestra musí bandážovat osmičkovým tahem a ne cirkulárním, ten totiž zamezuje proudění krve. Dvakrát až třikrát denně sestra promasíruje pahýl před dalším bandážováním. Masáž by měla trvat asi 10 minut. (19, 26, 27, 28)

1.4.1 Potřeby nemocného

V ošetrovatelské péči musí brát sestry nemocného jako celek, tedy bytost bio-psycho-sociální. Každý nemocný je individualita, má své názory, postoje a také potřeby. Potřeba je projevem chybění něčeho, jehož odstranění je pro nemocného žádoucí, protože prožívání nějakého nedostatku ovlivňuje jeho psychickou činnost jako je pozornost, myšlení a emoce. Vyjádření pojmu potřeba může být biologické, ekonomické i psychologické. Biologické vyjádření znamená stav narušené fyziologické rovnováhy (homeostázy) některé biologické potřeby. A pokud má význam ekonomický, tak značí nutnost či žádost vlastnit nebo užívat určitý objekt (boty, šaty) a poukazuje spíše na to, že potřeba je myšlena jako prostředek k dosažení nějakého cíle. Za třetí je to psychologický význam, vyjadřující psychický stav, který je spojen se sociálními potřebami. Potřeby startují proces motivace, tedy motivační napětí. Motivace je proces,

určující směr, sílu a trvání určitého chování a jednání. Potřeby člověka se stále mění, vyvíjejí se.

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému dle své naléhavosti. Seznam potřeb vede k tomu, že pokud nemocný nemá uspokojené „nižší“ potřeby nemohou se uspokojovat „vyšší“ potřeby. Americký psycholog Abraham H. Maslow sestavil pyramidu potřeb člověka. (Příloha 6) Tato hierarchie je rozdělena na potřeby „nižší“ a „vyšší“. Mezi „nižší“ potřeby se řadí fyziologické (pohyb, vyprazdňování, spánek) a potřeby jistoty a bezpečí (touha po důvěře, spolehlivosti). Do „vyšších“ potřeb patří láska a sounáležitost (milovat a být milován, náklonnost), potřeba uznání, ocenění a sebeúcty (touha po respektu ostatních). Na samém vrchu pyramidy je seberealizace, kdy pacient chce realizovat své schopnosti a záměry, chce být tím, kým podle sebe může být. K vyšším potřebám Maslow řadí i tzv. metapotřeby nebo-li potřeby růstu, které upřesňují specifické tendence seberealizující se osoby. Patří sem potřeby poznání a porozumění, jednoty, rovnováhy, harmonie, individuality nebo smysluplnosti. Tyto metapotřeby jsou sice ve srovnání se základními potřebami méně důležité, ale jejich uspokojení vede ke štěstí a radosti člověka.

Existuje mnoho faktorů znemožňujících či znesnadňujících uspokojování potřeb nemocného, které zahrnují nemoc, osobnost člověka, mezilidské vztahy a okolnosti, za kterých nemoc vznikla.

Nemoc či úraz brání nemocným v uspokojování jejich potřeb a určuje způsob jejich vyjádření. Sestra napomáhá nemocnému v realizaci fyziologických a psychických potřeb. S postupem uzdravování nemocného klesá potřeba pomoci od sestry. Nemocný většinou zaměřuje svou pozornost na základní potřeby („přežití“) a potřebami následné úrovně se nezabývá. Je třeba také zvážit emoční labilitu nemocného a jeho odolnost proti zátěži, protože nemocný s narušenou sebekontrolou není schopen si samostatně poradit a bude pravděpodobně vyžadovat pomoc od sestry. (34)

1.4.2 Psychologická péče o nemocného po amputaci

Jelikož amputace znamená pro nemocného velký duševní otřes, je nutné, pokud se jedná o plánovaný výkon, zajistit psychologickou přípravu nemocného.

Psychologická příprava v předoperačním období pomáhá nemocnému proti následným psychickým reakcím. Příprava se zaměřuje na zmírnění nebo odstranění duševního otřesu z blížící se ztráty končetiny, na boj proti budoucímu vzniku deprese, vyřazení ze společnosti a pocitu mrzáctví.

Nemocný se ocitá v těžkém psychickém stavu a na ztrátu končetiny reaguje 5 fázemi. První je fáze šoku, kdy je nemocný velmi otřesen a zmaten. Snaží se popřít nebo ignorovat tuto situaci, tím že se odpoutá od reality a je tzv. duchem nepřítomný. Druhá je fáze reaktivní, v níž je pacient naplněný zklamáním, úzkostí či vztekem. Může být také agresivní nebo odmítavý nebo pociťuje vinu, zoufalství a selhání. Třetí fáze je adaptace, která se projevuje uklidněním a smlouváním. Zde nemocný už hodnotí situaci reálně a snaží se získávat informace. Čtvrtá fáze je reorientace, kdy nemocný začíná jednat a vyhledává pomoc. Někdy v této fázi dochází k rozpadu jeho rodiny, protože nemocný může trpět depresí. Poslední fáze je překonání krize, kdy se s danou situací smíří. Tady nemocný postupně začíná fungovat v upravených poměrech a režimu.

Někteří nemocní setrvávají určitou dobu ve smutku, ale později se začnou přizpůsobovat nové situaci a pak se bohužel vrátí opět do smutku. Jiní zase přeskakují z jedné fáze do druhé a nebo v jedné uvíznou (deprese, pocit bezmoci). Sestra by měla respektovat tyto reakce nemocného. Měla by být empatická, zařídit mu kontakt s příbuznými, dát mu možnost hovořit o svých potížích, zajistit pomoc psychologa a rovněž kontakt se stejně postiženými lidmi, pokud si to bude přát.

Úkol klinického psychologa v první řadě spočívá v doplnění vyšetření lékařů, aby zahrnovalo i neuropsychické údaje, a to zejména informace o charakteristické osobnosti nemocného, jeho emocionalitě, zvládání těžkostí a také o jeho stresech a celkovém psychickém stavu. Při rozhovorech nemocného s klinickým psychologem je nutné vytvořit bezpečné prostředí, kde bude nemocný moci bez obav mluvit o svých pocitech a obavách. Psycholog by se při rozhovoru měl přizpůsobit výšce nemocného, aby si hleděli do očí. Rozhovory psychologa a nemocného by se neměli týkat jenom nemocného, ale také jeho rodiny, protože nemocní často hledají podporu a motivaci u rodiny a přátel.

Nemocní, kteří přišli o končetinu z důvodu nemoci, se většinou smiřují lépe s tím, že nemají dokonalé tělo. Amputace je pro ně úlevou od bolesti, ale na druhou stranu ji také mohou chápat jako přiblížení ke smrti. Pro nemocného, který přišel o končetinu následkem úrazu je změna jeho vzhledu nečekaná a šokující. Obtížně se vyrovnává s faktem, že jeho tělo, které bylo zdravé je nyní „neúplné“. Nemocný může pociťovat velký strach z pobytu na veřejnosti a obavy z reakcí ostatních lidí, kteří uvidí jeho odhalenou amputovanou končetinu. Nemocný může mít také obavy a odpor ekonomické závislosti a výskytu možných potíží v sexuálním životě. (5, 16, 28, 32, 36)

1.4.2.1 Empatie

V ošetrovatelství činí lidský vztah významnou součást profese, proto je důležité disponovat rozvinutými empatickými schopnostmi, a z tohoto důvodu se empatie stává nedílnou součástí dovedností sester.

Empatie čili vcítění je složitý proces spojený s ochotou vnímat a schopností vžít se do pocitů a situace daného nemocného. Vyžaduje vnímání vlastní identity, úctu a ohled k druhému člověku a schopnost představit si situaci jeho očima, protože každý člověk prožívá svoje onemocnění naprosto odlišně. Aktivní spolupráce nemocného se sestrou závisí na pochopení a respektování pacientových individuálních potřeb, proto čím je nemocný člověk křehčí a zranitelnější, tím více očekává porozumění a pomoc ze strany ošetrovatelského týmu. K tomu, aby se komunikace sestry s nemocným stala empatickou, je potřeba ji cvičit a rozvíjet.

Empatii ale nelze zaměňovat za soucit. Soucit totiž nevyžaduje aktivní jednání, jelikož je to pasivní zkušenost podílení se na strachu či starostech druhého. Ale i přes velkou empatii k pocitům nemocného si sestra musí vždy zachovat určitý odstup od jeho duševních problémů, aby u ní nedošlo ke vzniku syndromu vyhoření.

Empatie je získávána zejména v rodině, protože od rodičů přebíráme jejich citlivost k druhému člověku a jeho potřebám a také se učíme, jak pochopit a vyjádřit myšlení a pocity toho druhého. Je důležité pečovat a rozvíjet svou empatii a hlavním předpokladem je uvědomování si vlastních pocitů, umění opravdového vyjádření svých pocitů teoretické znalosti. Aby se sestra dokázala správně vcítit do pocitů nemocného

je nezbytné umět aktivně naslouchat a parafrázovat, neboť tím opakuje, co už slyšela a dává najevo svůj zájem. I osvojování teoretických znalostí může sestře pomoci lépe pochopit některé pocity nemocného, například bolest. Tím, že sestra bude znát důvody vzniku bolesti, typy bolesti, její lokalizaci a intenzitu, dokáže lépe porozumět pocitům nemocného, kterého bolest sužuje.(5, 21)

1.4.3 Bolest u nemocného po amputaci

Bolest je důležitým příznakem mnoha onemocnění, její smysl je upozornit a signalizovat, že hrozí poškození tkáně nebo orgánu. Je to obranná reakce. Její prožívání a hodnocení síly je vždy subjektivní a na to by sestra měla pamatovat. Sestra musí věřit každému nemocnému, že má potíže. A měla by usilovat, aby bolest byla co nejvíce zmírněna. Rozlišujeme čtyři typy bolestí. Je to bolest pooperační, bolest po hojení, bolest způsobená protézou a fantomová bolest.

Pooperační bolest je ostrá, lokalizovaná, kterou nemocný pociťuje běžně v prvním až čtvrtém týdnu po operaci. Bolest se zvyšuje s pohybem končetiny, tlakem v oblasti rány nebo otokem. Po zhojení rány obvykle zmizí. Bolest můžeme regulovat podáváním medikamentů a použitím fyzikálních metod. Je důležité kontrolovat otok a hojení rány. Sestra by měla polohovat končetinu do zvýšené polohy dvakrát až třikrát denně, na 1-2 hodiny a přikládat kompresivní elastickou bandáž.

Bolest při hojení pahýlu se obtížně diagnostikuje a léčí. Proto je velmi důležitý přesný popis bolesti, jejího charakteru, umístění, intenzity, trvání a také určení faktorů, které ji zvyšují či snižují. Mezi možné příčiny vzniku bolesti patří absces, tvorba jizev nebo podráždění nervu. Léčba závisí na příčině vzniku bolesti. U abscesů je nutný chirurgický zákrok a u bolesti způsobené artritidou, zjizvením a podrážděním nervu se podávají analgetika orálně i lokálně.

Bolest způsobená protézou bývá mnohem lépe diagnostikována i léčena. Často je způsobená mechanicky, tedy třením, tahem kůže anebo tlakem na ni. Vznikají tak otoky provázené mírným otokem a zarudnutím kůže, oděrky nebo puchýře. Pokud vzniknou tyto obtíže, tak by nemocný neměl užívat protézu a měl by kontaktovat svého protetika. (22)

Bolest fantomová vychází z chybějící končetiny. Nemocní ji často popisují jako drtivou či trhavou, někdy jako šokující nebo vystřelující. Někteří nemocní pociťují pálení, křeče, stahující pocit či pocit zkroucené končetiny. Nemocní si většinou nechtějí takové pocity přiznat. Myslí si, že se jim to zdá. Je nutné, aby je sestra informovala o tom, že se tyto pocity mohou vyskytnout a že je lze zmírnit pomocí farmakologických i nefarmakologických metod. Velmi obtížně se léčí a proto vyžaduje přesnou diagnózu. Léčbu bolesti můžeme řešit několika způsoby. Mezi možnosti léčby patří podání léků, TENS, biofeedback, chirurgické řešení či nervové blokády.

Dle ordinace lékaře může sestra bolesti zabránit i pomocí tzv. předoperační infuze, ve které se epidurálně podávají opiody v kombinaci s lokálním anestetikem. Sestra infuzi podává 1 až 3 dny před operací, a tím zabraňuje nebo minimalizuje pooperační a fantomové bolesti. Rovněž lze využít opioidní analgezie (dříve se používal název opiáty) a to především silných opiátů, jejichž zástupcem je například morphin nebo dolsin. Je důležité, aby si sestra pamatovala, že tyto léky mohou mít nežádoucí účinky jako je zácpa, zvracení, ospalost či celkový útlum. Negativní stránkou opioidů je také možnost návyku na ně a s tím související zvyšování dávek či jejich vliv na snižování kvality kognitivních schopností pacienta. Morphin lze aplikovat injekčně či perorálně a existuje ve formě s rychlým uvolněním, a tím pádem i s rychlejším nástupem účinku nebo s řízeným uvolňováním, které působí až 12 hodin.

TENS nebo-li transkutánní elektrická stimulace nervu je další způsob léčby, který můžeme aplikovat na pahýl. TENS je přenosný přístroj na baterie, který přenáší bezbolestný střídavý proud do periferních nervů nebo přímo do bolestivé oblasti. Pokud je tato léčba úspěšná, tak se může snížit množství analgetik. Nemocnému to pak dá pocit kontroly nad bolestí. Tato terapie musí být předepsána lékařem a trvá 3 až 5 dní. Jedna procedura může trvat několik minut, hodin anebo může být kontinuální. Úleva se dostavuje ihned během léčby a přetrvává ještě několik hodin po ukončení této léčby. Má pozitivní výsledky a je méně invazivní než chirurgické metody nebo nervové blokády. Tento druh léčby je však kontraindikován u pacientů se srdečním stimulatorem a měl by se používat velmi opatrně u nemocných se srdečním onemocněním.

Kombinace farmakologické a nefarmakologické léčby, jejíž příkladem je biofeedback nebo-li biologická zpětná vazba, se rovněž ukázala jako účinná. Používají se buď myorelaxancia, která se kombinují s biofeedbackem svalového napětí, ty pomáhají v léčbě křečí. Nemocný je s přístrojem spojen pomocí elektrod, které vnímají signály ze svalů, anebo jsou to vazodilatátory v kombinaci s biofeedbackem teploty a ty potlačují pálivou bolest. Léčba pomocí této metody je kontraindikována u nemocných s hypotenzí nebo s psychiatrickými poruchami.

Ke snižování bolesti se také využívají chirurgické techniky a nervové blokády. Chirurgické techniky jsou tou nejdrastičtější formou tlumení bolesti a navíc bohužel nejsou při snižování fantomových bolestí příliš účinné. Lze provést buď odstranění další části pahýlu nebo rizotomii, což je chirurgické přetětí míšního kořene, nebo sympatektomii (tj. chirurgické přetětí sympatických nervových vláken). Tyto zákroky však poskytnou většinou jen dočasnou úlevu s dlouhodobými komplikacemi. Naproti tomu nervové blokády a injekce lokálního anestetika aplikované do pahýlu mohou být účinné. (5, 14, 25, 35)

1.5 Rehabilitace u nemocného po amputaci

Zahájení rehabilitační péče u nemocného po amputaci začíná ihned poté, kdy to jeho klinický stav umožní, aby nedošlo ke vzniku imobilizačního syndromu, a z tohoto důvodu je fyzioterapeut součástí ošetrovatelského týmu, který pečuje o nemocného již na jednotce intenzivní péče. Nejprve fyzioterapeut začíná učit nemocného dechové cvičení a posilování zdravých částí těla, protože právě na zachovanou končetinu budou kladeny značné, zejména statické nároky, jelikož ponese hmotnost těla při vertikalizaci a následné výuce chůze o protéze. Později, po zvládnutí těchto úkolů, nemocný cvičí rovnováhu, přesun na lůžku a nakonec nácvik soběstačnosti a lokomočních funkcí. V rehabilitačním ošetrovatelství je velmi důležitá prevence kontraktur, a proto musí být nemocný i sestra seznámeni s tím, jak pahýl polohovat. Jakmile sestra odstraní stehy a kůže pahýlu je zahojena, zahajuje fyzioterapeut činnosti, které mají zásadní význam pro nemocného. Jsou to způsoby otužování, mezi které patří kartáčování nebo tření, masáž pahýlu nebo míčkování.

Míčkování je reflexní metoda, při níž se molitanovým míčkem masíruje určitý kožní úsek. Dochází při něm ke snížení napětí příčně pruhovaných svalů, které napomáhá ke zlepšení jeho zdravotního stavu. (17)

Otužování pahýlu fyzioterapeut nebo sestra z oddělení provádí několikrát denně a nejlepší způsob je sprchování nebo ponořování do vody, která je nejprve vlažná, kolem 26 °C a posléze studená. Toto střídání opakuje za sebou asi 10-20 minut. Vyšší teplotou vody zlepšuje prokrvení tkání a chladnější vodou způsobuje vazokonstrikci a kvůli tomu by jako poslední proud vody měla použít studenou.

Vlhkou i suchou kůži je vhodné dráždit jemným kartáčkem, který však nesmí mít příliš tvrdá vlákna, protože ta by mohla pokožku poranit. Naopak jemné škrábání plní požadavek periferní senzomotorické stimulace, ta dráždí nervová zakončení a napomáhá tím ke zlepšení citlivosti, poněvadž citlivost pahýlu je nezbytná k vnímání přítomnosti protézy. Kartáčování může provádět sestra na oddělení i samotný nemocný.

Masáž pahýlu provádí většinou nemocný sám, nebo za asistence sestry, pokud mu to umožní délka a pohyblivost pahýlu, ale předtím je nutná instruktáž rehabilitační sestrou. Masáž spočívá v lehkém poklepávání konečky prstů a je důležitá pro zajištění správného napětí měkkých tkání a napomáhá i zlepšení prokrvení. Rehabilitační pracovníci ji doporučují využít k odstranění pooperačního otoku pahýlu, který může být přítomen. Dlouhodobě se masáž provádí poklepem, hnětením nebo vlnovými pohyby kůže. Největší význam má však u tuhých jizev.

Významná role sestry spočívá v aktivizaci nemocného. Je velmi důležité nemocného motivovat k plnění rehabilitačního plánu. Trpí-li nemocný fantomovými bolestmi, tak rehabilitační pracovník zařazuje cvičení pomocí představ a relaxaci.

Po oprotézování nemocného pokračuje rehabilitační péče nácvikem správného nasazování protézy a nácvikem lokomoce. Nácvik stoje provádí nemocný s fyzioterapeutem vždy u lůžka a za pomoci berlí. Později mu pomáhá s chůzí do schodů a ze schodů, poté nacvičuje chůzi po nerovném terénu a nakonec vstávání ze země. U starších nemocných se doporučuje, aby i nadále používali invalidní vozík při některých sebeobslužných činnostech.

Jestliže je nemocný po amputaci horní končetiny, musí rehabilitační pracovník musí věnovat velkou pozornost držení těla - zvláště pak svalstvu šíje a ramenních pletenců, u kterých může lehce dojít k přetížení. Cvičení s protézou je velmi náročné a vyžaduje obrovské úsilí a trpělivost. (12, 15, 22, 26)

1.5.1 Rehabilitační ústav

Rehabilitační ústav je odborný léčebný ústav, který poskytuje specializovanou rehabilitační péči nemocným po úrazech nebo operacích pohybového a nervového ústrojí. K největším rehabilitačním ústavům v České republice patří Kladruby, Hrabyně a Brandýs nad Orlicí.

Rehabilitační ústav Kladruby je odborný léčebný ústav určený k poskytování ústavní celodenní komplexní rehabilitační léčby nemocným po úrazech a operacích pohybového a nervového systému. Cílem rehabilitační péče je návrat nemocného k plnohodnotnému způsobu života a je zajišťován celodenní intenzivní nebo ambulantní péčí, uskutečňovaný v bezbariérovém prostředí.

Rehabilitace probíhá ve vybavených cvičebnách, velké tělocvičně či menších tělocvičnách. Je zde bazén pro individuální fyzioterapii, 2 bazény pro skupinové cvičení, plavecký bazén, fitnesscentrum a oddělení ergoterapie. Rehabilitační program rovněž zahrnuje péči logopedickou, psychologickou, služby socioterapeutické a protetické. V rámci rehabilitačního programu mají také nemocní možnost absolvovat kurzy autoškoly pro tělesně postižené.

Rehabilitační ústav pořádá kurzy autoškoly pro tělesně postižené, které probíhají v květnu, červenci a eventuálně v září. Kurs probíhá zároveň s rehabilitační léčbou a doba trvání je 5 týdnů. Kurs je prováděn v automobilu upraveném na ruční řízení.

(2)

1.6 Ortopedická protetika

Je to obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz. Protézy jsou technické pomůcky, které mají nahradit chybějící končetinu kosmeticky i funkčně (Příloha 4,5). Protézy se vyrábí individuálně podle typu pahýlu a dle celkového stavu nemocného.

Ortopedická protetika sídlí například v Českých Budějovicích - Centrum technické ortopedie nebo v Plzni - Protetika Plzeň. Další firmy existují i v jiných krajích.

Protézy jsou v současné době zhotoveny z lehkých, ale zároveň pevných a pružných slitin kovů a z umělé hmoty. Z kovů je nejvhodnější titan a z umělých hmot to jsou termoplasty a lamináty.

Výběr vhodné protézy pro nemocného je možný podle tzv. funkční indikace protézy, což je návrh na stavbu protézy dle očekávaného stupně aktivity v závislosti na celkovém zdravotním stavu. To znamená, že určuje, jaké má nemocný fyzické a psychické předpoklady pro budoucí pohyb s pomůckou, přihlíží se také k jeho profesi a podmínkám v prostředí, ve kterém bydlí. Potom podle určeného stupně aktivity lze vytvořit takovou protézu, aby plně vyhovovala svému uživateli. Existuje pět stupňů aktivity, jimiž jsou:

Stupeň aktivity 0 - nechodící nemocný, který nemůže pro svůj zdravotní stav využívat protézu pro bezpečný pohyb nebo přesun a proto mu protéza slouží jako kosmetický doplněk při pohybu na vozíku

Stupeň aktivity 1 - nemocný užívá protézu k pomalému pohybu na rovném povrchu při normální rychlosti chůze. Doba používání protézy je však dočasná, a tak k pohybu na delší trasu užívá invalidní vozík.

Stupeň aktivity 2 - nemocný je schopen chůze i po malých terénních nerovnostech a může překonávat různé bariéry. U tohoto stupně je doba užívání omezena zdravotním stavem postiženého.

Stupeň aktivity 3 - uživatel dokáže chodit rychle i v terénu a vykonávat tak všechny běžné fyzické aktivity a to včetně práce v zaměstnání.

Stupeň aktivity 4 - u nemocného, který má na protézu zvláštní požadavky, zejména na zatěžování. Uživatel může vykonávat všechny aktivity bez jakéhokoli omezení, což zahrnuje i vrcholový sport.

Protetická pomůcka je vydána na předpis, který vystavuje odborný lékař. Ten by měl nemocnému zprostředkovat kontakt s ortopedickým protetikem již v nemocnici. Protetik při první návštěvě u nemocného prohlédne jeho pahýl a informuje se u lékaře o jeho celkovém stavu.

Nemocný se po domluvě s pracovníkem technické ortopedie dostaví na protetické pracoviště, kde pracovník odebere nemocnému míry k vytvoření sádrového odlitku. Při tomto sádrování by měl být nemocný v dobré fyzické kondici, aby mohl stát s oporou berlí. Po zhotovení protézy jde nemocný na další kontrolu k protetikovi kvůli zkoušce protézy a po dohodě s nemocným následuje poslední sezení, kdy dojde k jejímu předání. Při předání protézy by měl pracovník technické ortopedie informovat nemocného o její údržbě a záruce. Naopak nemocný by měl informovat pracovníka technické ortopedie o důležitých změnách, které mají vliv na užívání pomůcky, jako jsou například změny zdravotního stavu, změny tělesné hmotnosti nebo změny pohybové aktivity. (12,15, 18, 22, 28, 32, 33).

Pahýlové lůžko je kontaktní část protézy, v níž je uložen pahýl a nemocný o něj pečuje dle typu materiálu, ze kterého je vyrobeno. Plastové materiály nemocný omyje pomocí vlhkého hadříku a mýdla a kožená místa musí nechat vysušit. Vnitřní mechanické části neomývá. Tyto součástky jsou konzervovány výrobcem, kdyby však došlo ke korozi, tak je důležité, aby vyhledal ortopedického protetika. Molitanový kosmetický kryt také nečistí. Pokud by však byl silně prosáklý vodou, tak jej vysuší vymačkáním a nechá ho oschnout. Kosmetickou punčochu vyčistí jednoduchým přepráním ve vlažné vodě za použití normálních saponátů. Je vhodné, aby pravidelně kontroloval spoje, kdyby došlo k nějakému uvolnění je nutné kontaktovat protetika. Většina protéz je voděodolná, ale málo jich je vodotěsných. Pokud chodidlo promokne, nemocný botu vyzuje a nechá protézu dobře vyschnout. Je nezbytné dávat velký pozor na otevřený oheň, protože většina částí je vyrobena z různých plastů a mohlo by dojít k poškození.

Pokud nemocný zjistí závadu na protéze, je potřeba, aby se dostavil na protetické pracoviště s předepsaným poukazem na opravu od lékaře, kartičkou pojišťovny, lékařskou zprávou a protetickým průkazem, který obdržel na protetickém pracovišti. Z tohoto důvodu má každý nemocný nárok na dvojí funkční protetické vybavení. Jelikož záruční lhůta na protetickou pomůcku je 24 měsíců, je třeba, aby nemocný po skončení této doby navštívil pracovníka technické ortopedie a ten provedl

kompletní prohlídku s případnou opravou nebo výměnou některého dílu protézy a zároveň doporučil další termín kompletní prohlídky.

Protetické návleky slouží pacientovi jako ochrana mezi pokožkou a protetickým lůžkem a rovněž slouží k dobrému uchycení pahýlového lůžka. Jelikož se velikost a tvar pahýlu časem může změnit vlivem zhojení otoku nebo ochabnutím svalů končetiny, a tím dochází ke zmenšení objemu pahýlu. Proto je třeba, aby nemocný přidal více punčošek a tím zbývajícím prostor vyplnil. Naopak, dojde-li k nárůstu jeho váhy nebo k otoku pahýlu, počet punčošek se musí snížit.

Protézu i punčošky musí mít vždy před nasazením očištěné a dobře vysušené. Na každý den by měl použít čistou punčošku. Je nutné, aby pahýl udržoval čistý a suchý a kontroloval, zda se mu na něm neobjevily červené skvrny nebo podráždění. Před nasazením nejprve přetáhne přes pahýl punčošku, protože ta chrání pokožku před poraněním a otoky. Švy punčošky musí být na venkovní straně a nesmí naléhat na kostnatá místa. Punčošky mu musí dobře padnout a měl by je mít natažené bez záhybů a překladů. Potom přes ně pomalu a jemně nasazuje protézu. (18, 22, 27)

1.7 Domácí péče pro nemocné po amputaci

Domácí zdravotní péče (Home Care) je považována za systém zdravotní péče, který udržuje rodinu pohromadě i v době nemoci, zároveň zlepšuje psychický stav nemocných, protože vylučuje hospitalismus, urychluje hojení a umožňuje trvalou podporu rodiny.

Lidé se po dlouhou dobu léčili v kruhu rodiny, teprve v poslední desetiletí se léčba přenesla do ústavů. Dnešní doba však umožňuje nemocným léčit se doma, kde se o ně starají kvalifikované zdravotní sestry. Významnou část domácí zdravotní péče využívají nemocní, kteří jsou propouštěni z nemocnice domů, ale vyžadují ještě nějakou dobu péči zdravotní sestry. Domácí hospitalizace v podstatě navazuje na hospitalizaci v nemocnici. Pobyt doma je pro nemocného příjemnější, protože je v přímém kontaktu s rodinou. Tato péče umožňuje brzké propuštění z nemocničního prostředí do pohodlí domova, poněvadž o nemocného pečuje zkušená zdravotní sestra a je o něj postaráno stejně jako v nemocnici. Domácí péči ordinuje lékař, který nemocného propouští z

nemocnice. Tento předpis má platnost 14 dní po propuštění a péče je hrazena zdravotní pojišťovnou, a to až do rozsahu 3 hodin za den. Péče je poskytována na základě ordinace lékaře v rozsahu, který je stanoven lékařem.

Agentura domácí péče má právo odmítnout poskytnutí péče, pokud prostředí nebo sám nemocný ohrožuje zdraví zdravotní sestry, nebo když rozsah péče překračuje možnosti agentury domácí péče, anebo z jiných závažných důvodů. V případě odmítnutí péče však nesmí být vážně ohroženo zdraví nebo dokonce život nemocného. (7)

1.8 Sportovní kluby pro nemocné po amputaci

V roce 1992 vznikl Mezinárodní paralympijský výbor (IPC), který dnes slučuje mezinárodní federace mentálně postižených sportovců, spasticky postižených sportovců (lidé ochrnutí převážně následky dětské mozkové obrny), tělesně postižených sportovců (zejména poúrazové stavy) a zrakově postižených sportovců.

Mezinárodní paralympijský výbor je reprezentativním mezinárodním subjektem, který určuje, dohlíží a koordinuje organizaci paralympijských her pro zdravotně postižené sportovce. Také prosazuje integraci sportu zdravotně postižených do mezinárodního hnutí nepostižených sportovců při zachování a chránění bezpečnosti a identity zdravotně postižených sportovců. Rovněž pomáhá a podporuje vzdělávací a rehabilitační programy, výzkumy a podpůrné aktivity a prostřednictvím sportu usiluje o rozšiřování příležitostí pro zdravotně postižené osoby, tréninkové programy jsou jedním z prostředků ke zvýšení jejich schopností a dovedností.

V České republice existuje mnoho sportovních klubů, do kterých se nemocný po amputaci může přihlásit. Je to například CATHS (česká asociace handicapovaných sportovců), atletika vozíčkářů, handisport, Hvězda SKP Pardubice, oddíl tělesně postižených sportovců (Příloha 7). Také má na výběr z poměrně velkého množství sportů, které může provozovat. Patří sem atletika, lukostřelba, běžecké a sjezdové lyžování, šerm, tenis, plavání, golf, sledge hokej, cyklistika a jiné. (3, 4, 14)

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit zda sestry umí pečovat o klienta po amputaci

Cíl 2: Zjistit zda sestry přistupují ke klientovi holisticky

2.2 Hypotézy

H1: Sestry dodržují správné postupy při péči o klienta po amputaci

H2: Sestry mají dostatek informací o péči o klienta po amputaci

H3: Sestry se zaměřují pouze na fyzické potřeby klienta

3. Metodika

3.1 Metodika práce

Ke sběru dat byla použita metoda dotazování technikou dotazníku. Dotazník byl určen sestrám pracujících na klinicky zaměřených pracovištích. Byl rozdán sestrám na chirurgickém a traumatologickém standardním oddělení a jednotkách intenzivní péče v Nemocnici České Budějovice, a. s., v Nemocnici Tábor a.s., a také v Nemocnici Písek a.s. v průběhu měsíce května 2010. Celkem bylo o spolupráci požádáno 150 sester. Návratnost byla 102 dotazníků. K výzkumnému šetření jich plně vyhovovalo 95. Výzkumný soubor tak tvořilo 95 sester (100 %).

Dotazník byl anonymní, obsahoval 24 otázek, z toho 16 otázek bylo uzavřených, 7 otázek polootevřených a 1 otázka otevřená. V úvodu dotazníku byly zařazeny identifikační otázky, dále pak následovaly konkrétní otázky, vztahující se k tématu práce. Sestry označovaly jednu jimi vybranou odpověď, u některých otázek mohly označit více odpovědí. U jiných otázek byla možnost uvést vlastní názor, pokud nevyhovovala žádná z nabízených odpovědí. U otevřené otázky sestry uvedly vlastní názor.

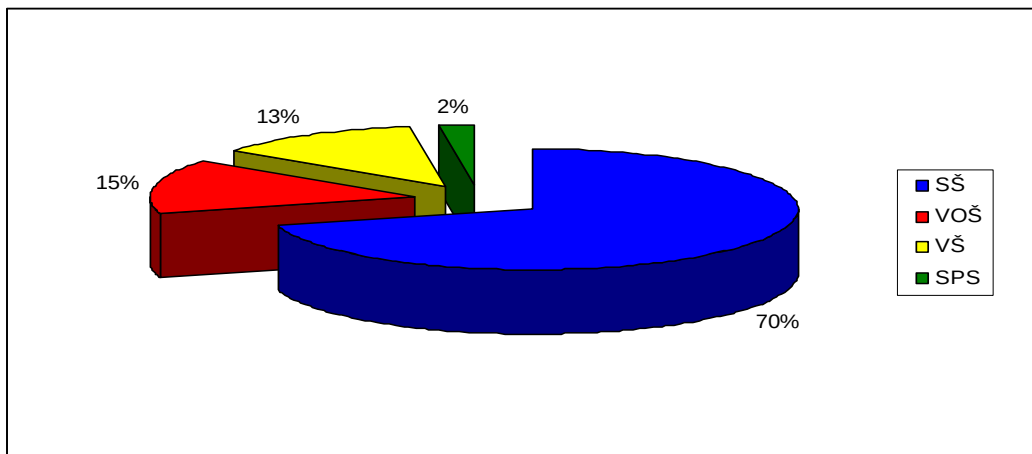
3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily sestry pracující na klinicky zaměřených odděleních v nemocnicích České Budějovice, Tábor a Písek. Celkem bylo rozdáno 150 dotazníků, z toho 60 dotazníků v Českých Budějovicích, 10 sestrám na chirurgické jednotce intenzivní péče, 20 dotazníků sestrám na standardním chirurgickém oddělení, 10 na traumatologické jednotce intenzivní péče a 20 na standardním traumatologickém oddělení v Českých Budějovicích, 50 dotazníků sestrám v Táboře, kde bylo rozdáno 20 na chirurgickou jednotku intenzivní péče a 30 dotazníků na chirurgické oddělení a 40 dotazníků v Písku, 15 na chirurgické jednotce intenzivní péče a 25 sestrám na chirurgickém oddělení. Návratnost dotazníků byla 102 dotazníků, z toho musely být pro neúplnost údajů vyřazeno 7 dotazníků. Celkem bylo ke zpracování práce použito 95 dotazníků.

4. Výsledky

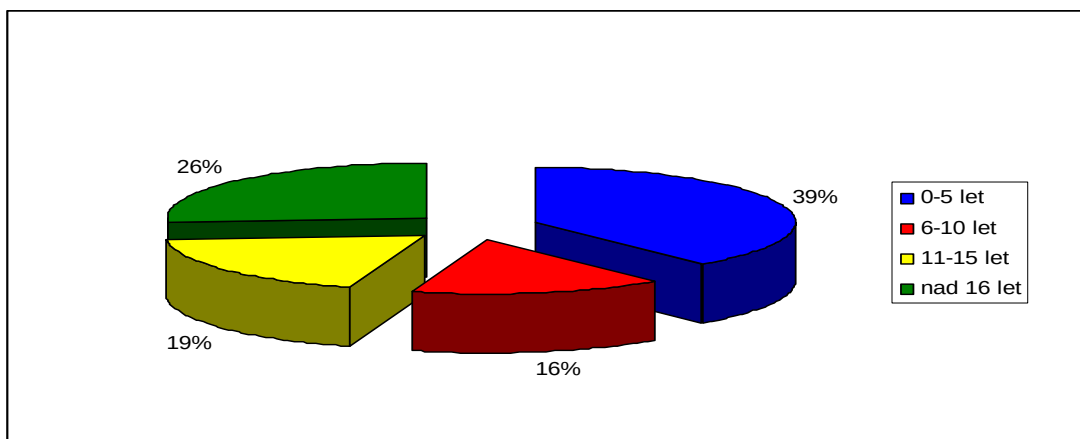
4.1 Souhrnné výsledky

Graf 1 *Vzdělávání sester*



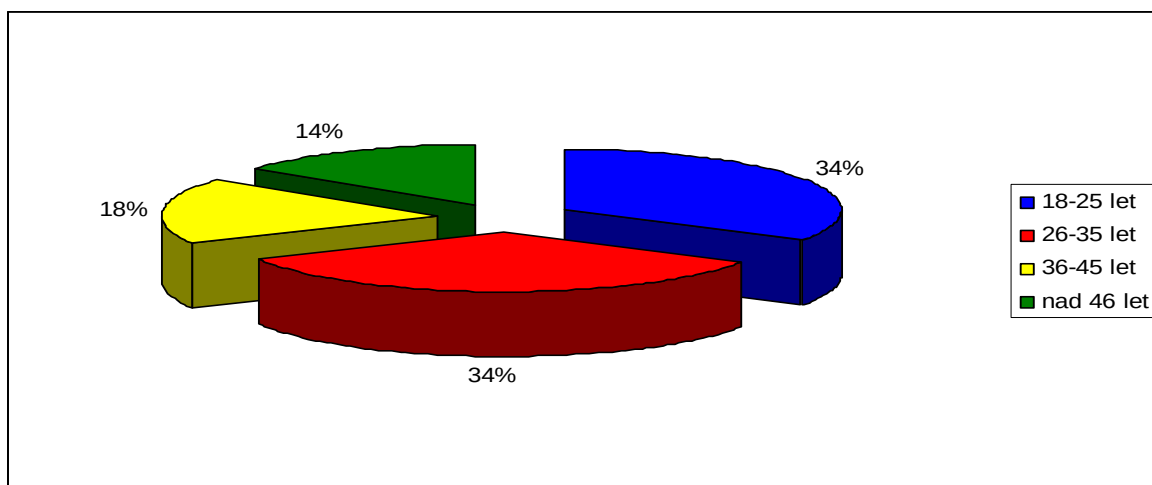
Z celkového počtu 95 dotazovaných sester (100 %) má 67 (70 %) středoškolské vzdělání, 14 (15 %) vyšší odborné vzdělání, 12 (13 %) sester vysokoškolské vzdělání a 2 (2 %) sestry absolvovaly specializační pomaturitní studium.

Graf 2 *Délka zdravotnické praxe*



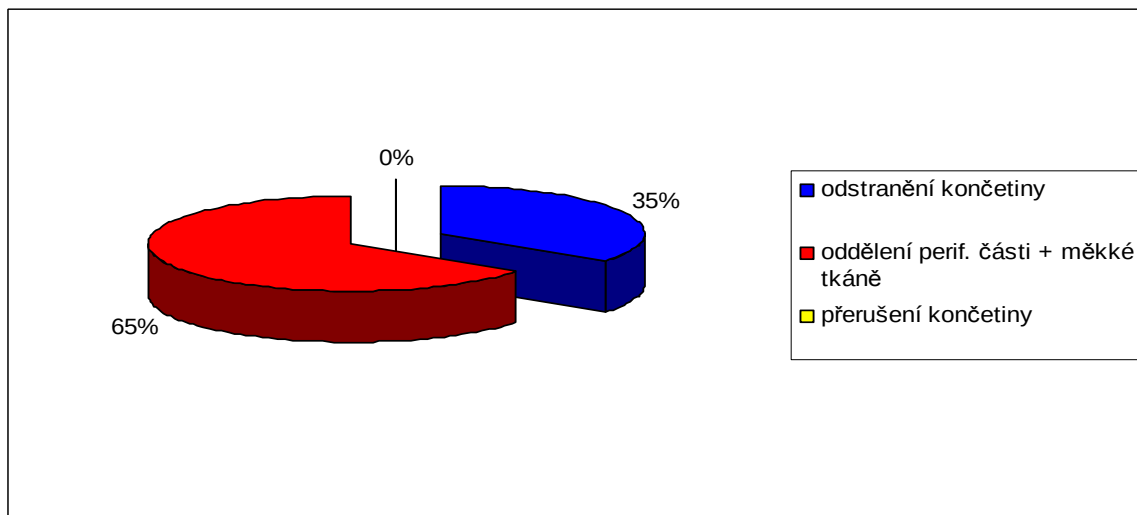
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester jich, na chirurgickém nebo traumatologickém standardním oddělení či jednotce intenzivní péče, pracuje méně než 5 let 37 (39 %) sester, 6-10 let pracuje 15 (16 %) sester, 11-15 let pracuje 18 (19 %) sester a více než 16 let pracuje 25 (26 %) sester.

Graf 3 Věková kategorie sester



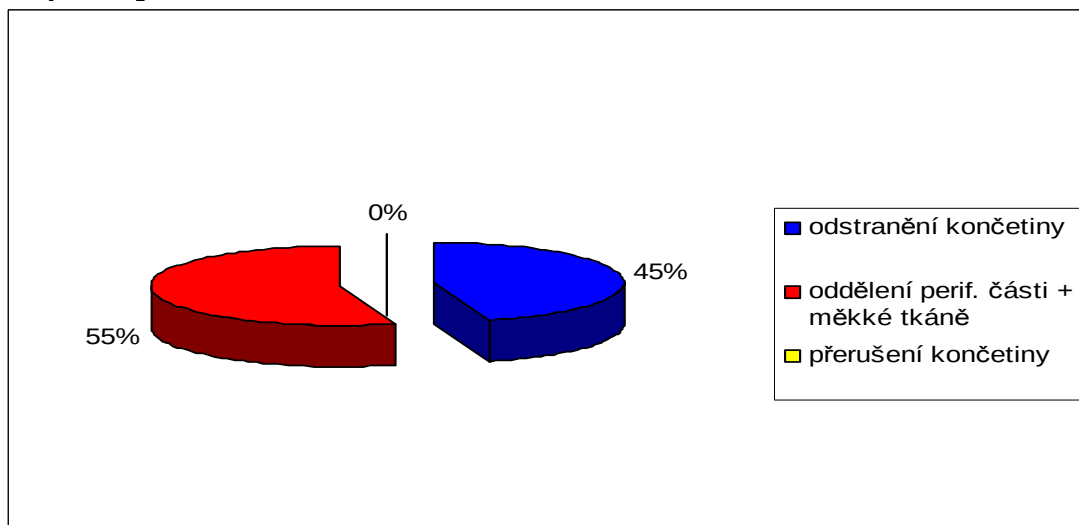
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester bylo ve věkové kategorii 18-25 let 32 (34 %) sester, 32 (34 %) sester bylo ve věkové kategorii 26-35 let, 17 (18 %) sester bylo ve věkové kategorii 36-45 let a 14 (14%) sester bylo starších než 46 let.

Graf 4 Amputace



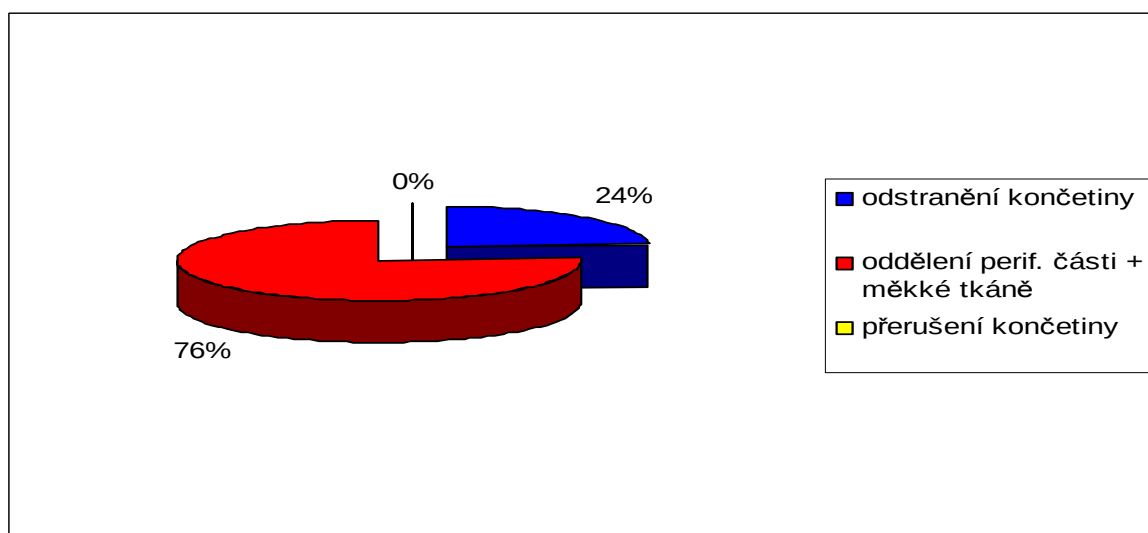
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 33 (35 %) sester, že amputace je odstranění končetiny, 62 (65 %) sester uvedlo, že amputace je totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že je to přerušení končetiny.

Graf 5 Amputace - Nemocnice Tábor a.s.



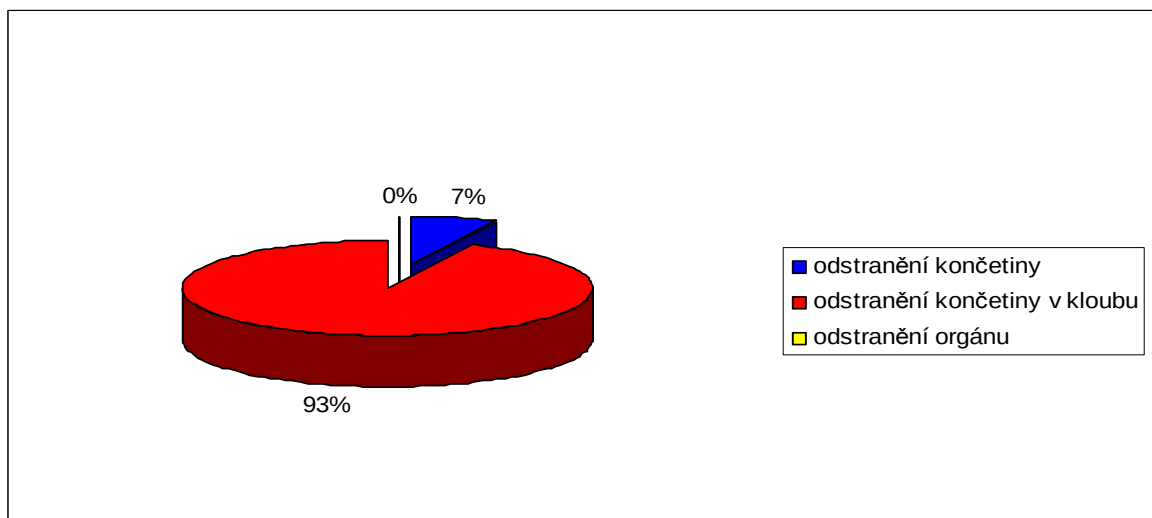
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 19 (45 %) sester, že amputace je odstranění končetiny, 23 (55 %) sester uvedlo, že amputace je totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že je to přerušení končetiny.

Graf 6 Amputace –Nemocnice České Budějovice, a. s.



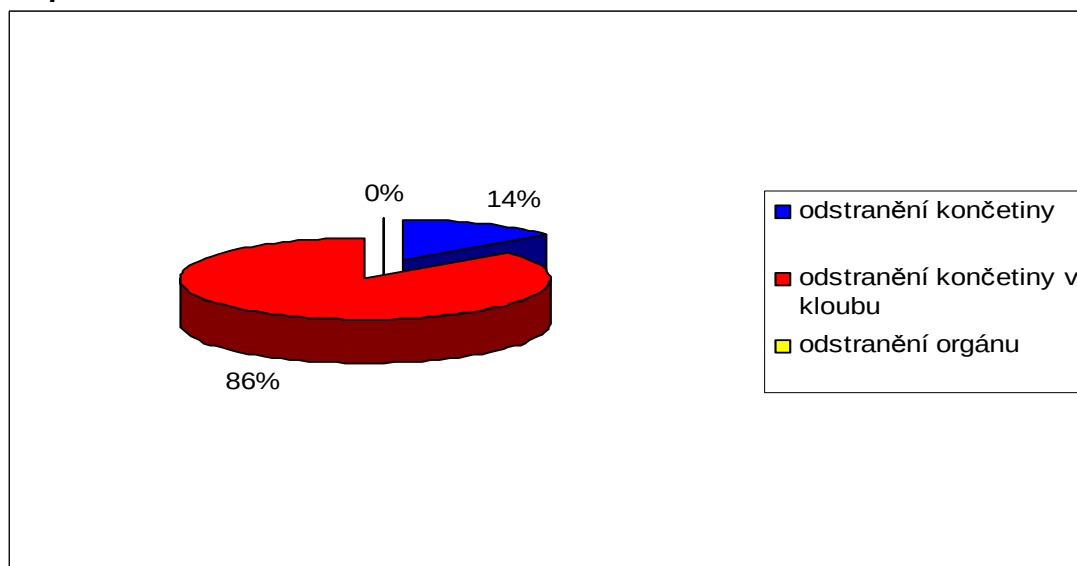
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 11 (24 %) sester, že amputace je odstranění končetiny a 35 (76 %) sester, že je to totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že je to přerušení končetiny.

Graf 7 Exartikulace



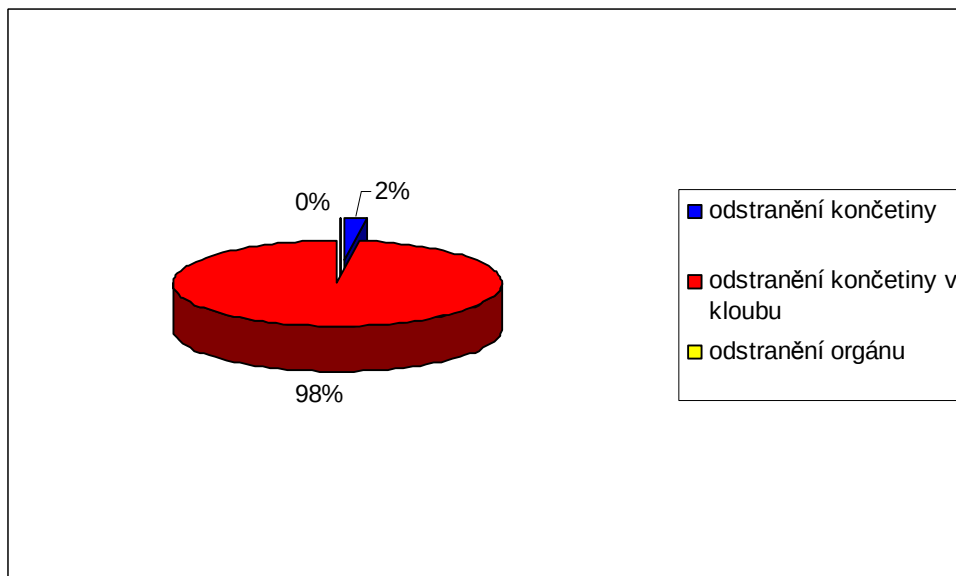
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 7 (7 %) sester, že exartikulace je odstranění části končetiny, 88 (93 %) sester uvedlo, že je to odstranění končetiny v kloubu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že se jedná o odstranění části orgánu.

Graf 8 Exartikulace - Nemocnice Tábor a.s.



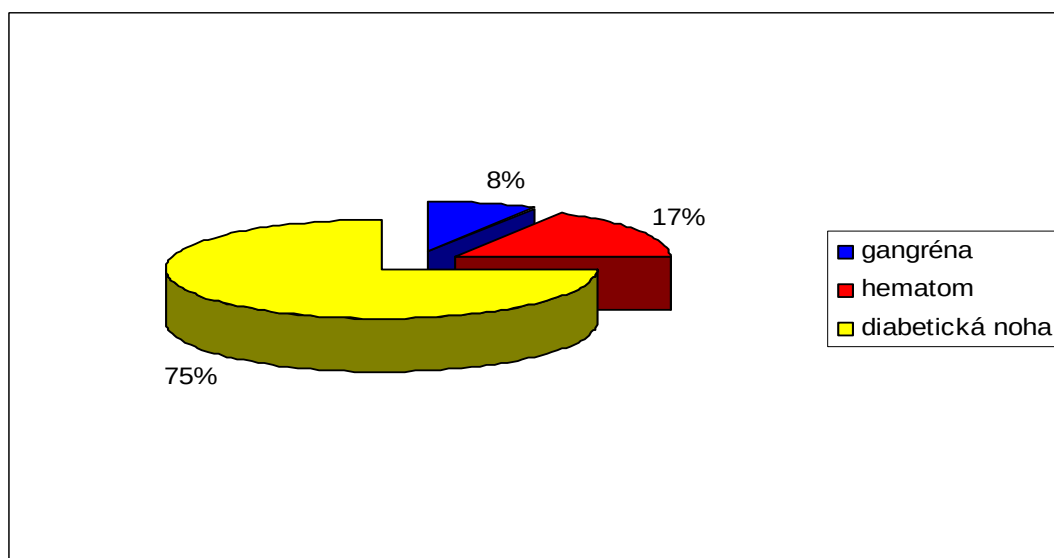
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 6 (14 %) sester, že exartikulace je odstranění končetiny a 36 (86 %) sester uvedlo, že je to odstranění končetiny v kloubu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že se jedná o odstranění části orgánu.

Graf 9 Exartikulace - Nemocnice České Budějovice, a. s.



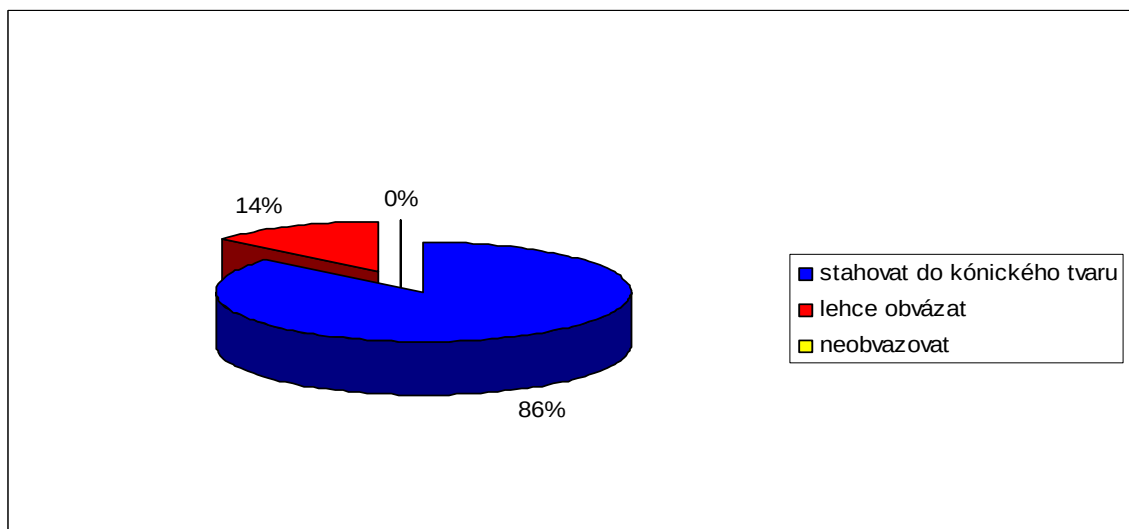
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedla 1 (2 %) sestra, že exartikulace je odstranění končetiny a 45 (98 %) sester, že je to odstranění končetiny v kloubu a žádná sestra (0 %) neuvedla, že se jedná o odstranění části orgánu.

Graf 10 Mezi komplikace amputace nepatří



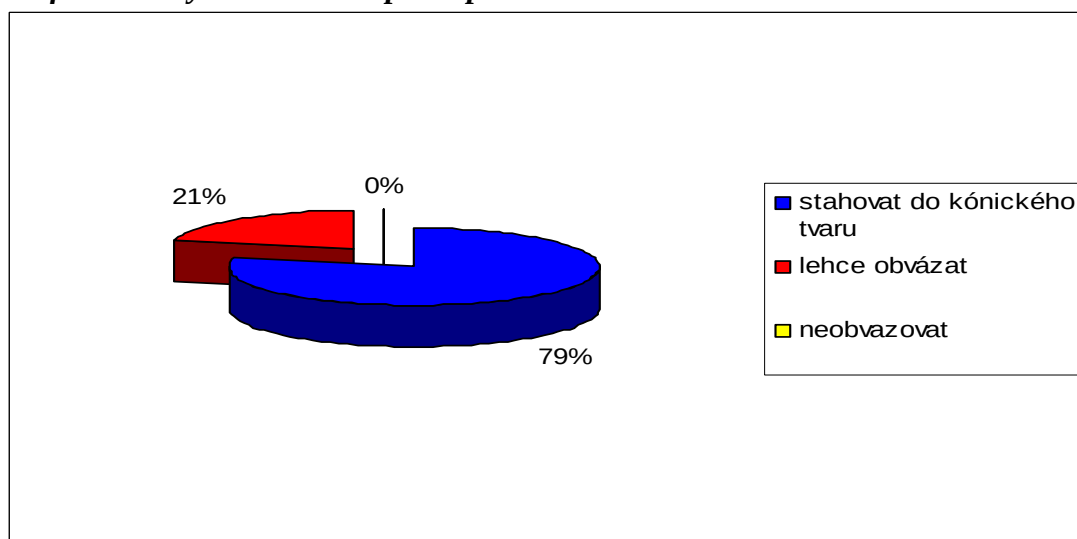
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 8 (8 %) sester, že mezi komplikace po amputaci nepatří gangréna, 16 (17 %) sester hematoma a 71 (75 %) diabetickou nohu.

Graf 11 Zásady bandážování po amputaci



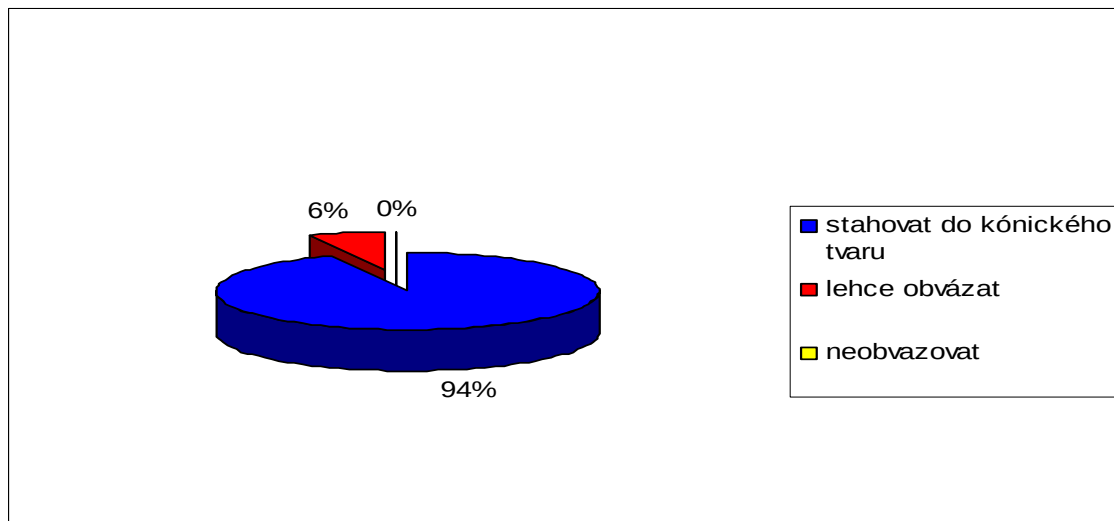
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 82 (86 %) sester, že mezi zásady bandážování po amputaci patří stahovat končetinu do kónického tvaru, 13 (14 %) sester uvedlo, že mezi zásady patří nestahovat, jen lehce obvázat. A žádná sestra (0 %) neuvedla, že končetina se nemá vůbec obvazovat.

Graf 12 Zásady bandážování po amputaci - Tábor Nemocnice Tábor a.s.



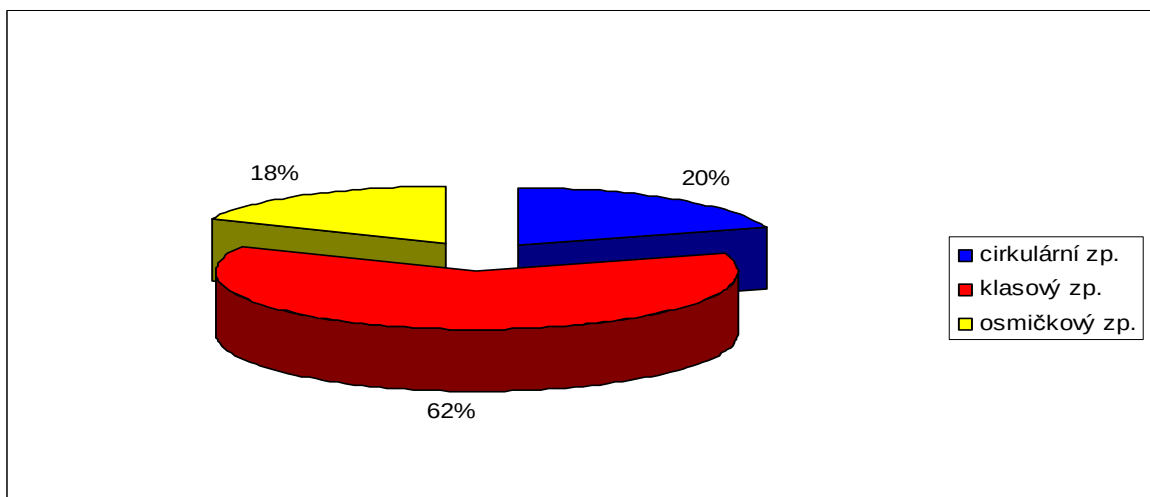
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 6 (21 %) sester, že mezi zásady bandážování po amputaci patří stahovat končetinu do kónického tvaru, 36 (79 %) sester uvedlo, že mezi zásady patří nestahovat, jen lehce obvázat. A žádná sestra (0 %) neuvedla, že končetina se nemá vůbec obvazovat.

Graf 13 Zásady bandážování po amputaci - Nemocnice České Budějovice, a.s



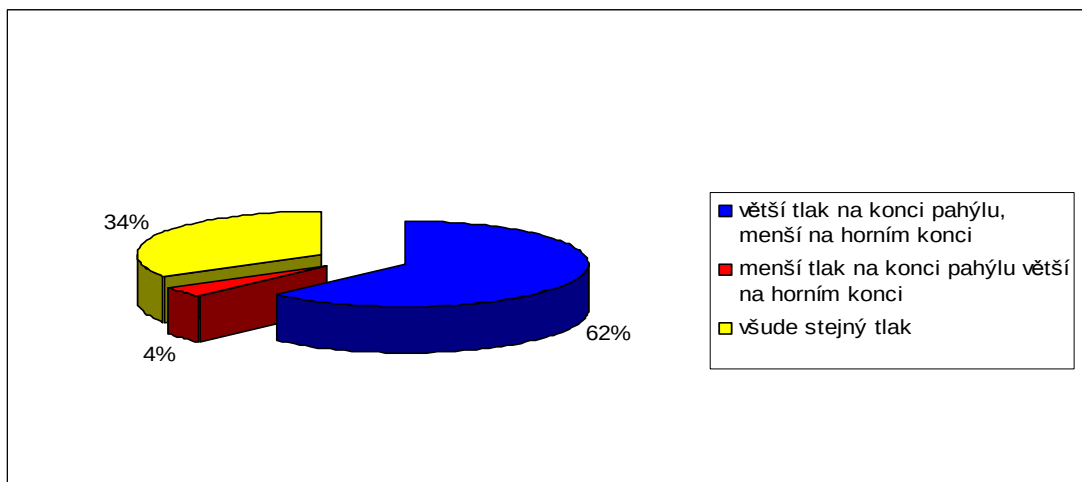
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 43 (94 %) sester, že mezi zásady bandážování po amputaci patří stahovat končetinu do kónického tvaru, 3 (6 %) sestry uvedly, že mezi zásady patří, nestahovat, jen lehce obvázat. A žádná sestra (0 %) neuvedla, že končetina se nemá vůbec obvazovat.

Graf 14 Bandáž po amputaci



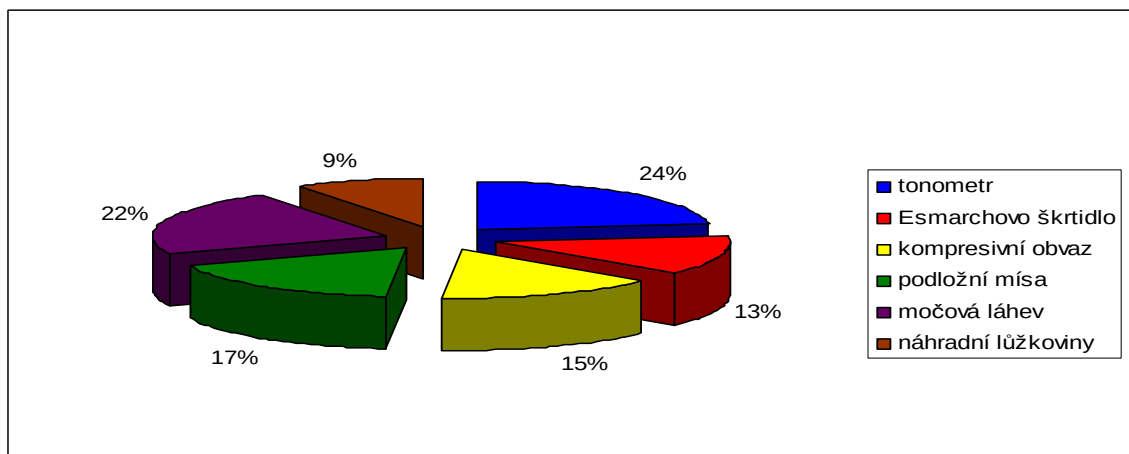
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 19 (20 %) sester, že bandáž po amputaci se provádí cirkulárním způsobem, 59 (62 %) sester klasovým způsobem a 17 (18 %) sester osmičkovým způsobem.

Graf 15 Obvaz po amputaci



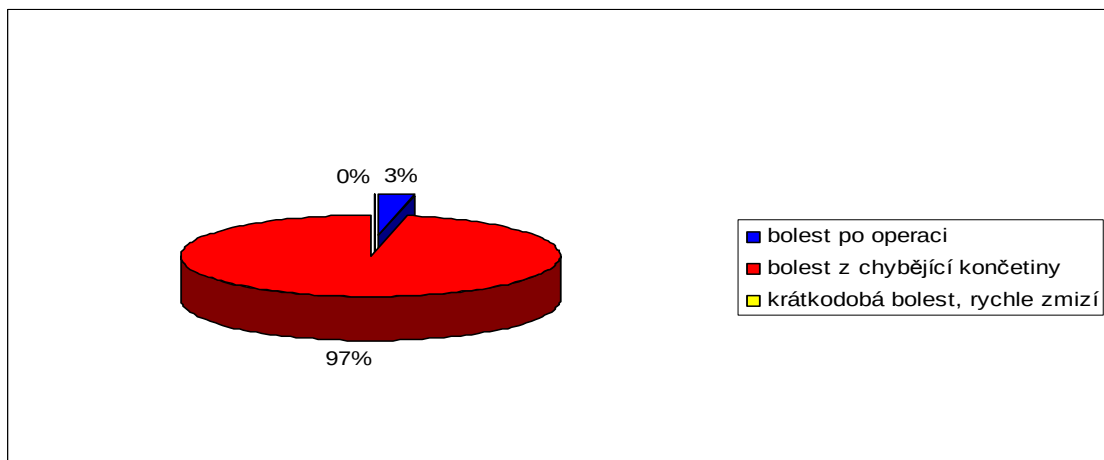
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester 59 (62 %) sester uvedlo, že obvaz po amputaci má působit větší tlak na konci pahýlu a menší tlak na horním konci pahýlu, 4 (4%) sestry uvedly menší tlak na konci pahýlu a větší tlak na horní konci a 32 (34 %) sester si myslí, že má působit všude stejný tlak.

Graf 16 Pomůcky ihned po amputaci



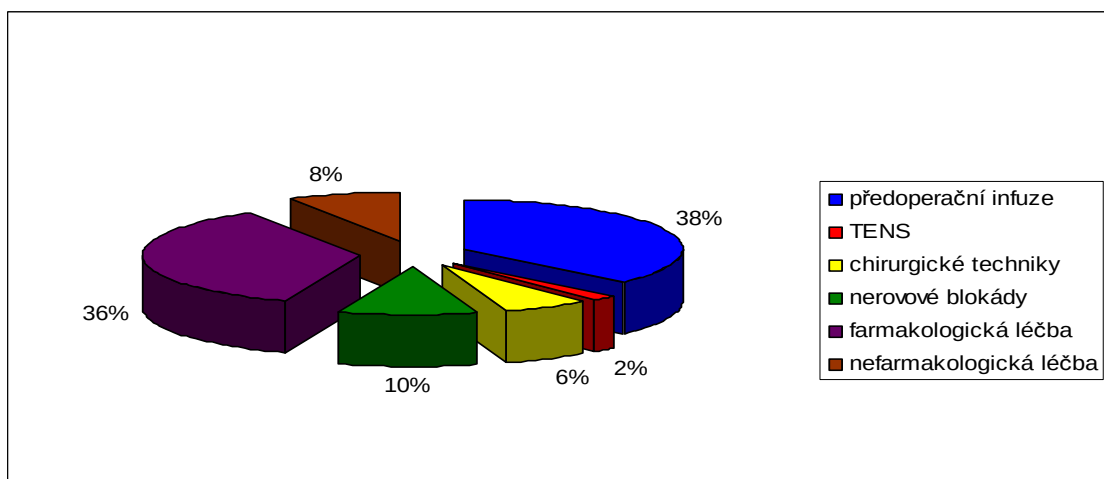
Z celkové počtu 334 (100 %) odpovědí od sester, kterých jsem se ptala, jaké pomůcky mají být připravené ihned po amputaci u lůžka nemocného. Zde sestry mohly zaškrtnout libovolný počet odpovědí. 77 x (24 %) odpověděly tonometr, 44 x (13 %) Esmarchovo škrtidlo, 51x (15 %) kompresivní obvaz, 58 x (17 %) podložní mísa, 74 x (22 %) močová láhev, 30 x (9 %) náhradní lůžkoviny.

Graf 17 Fantomová bolest



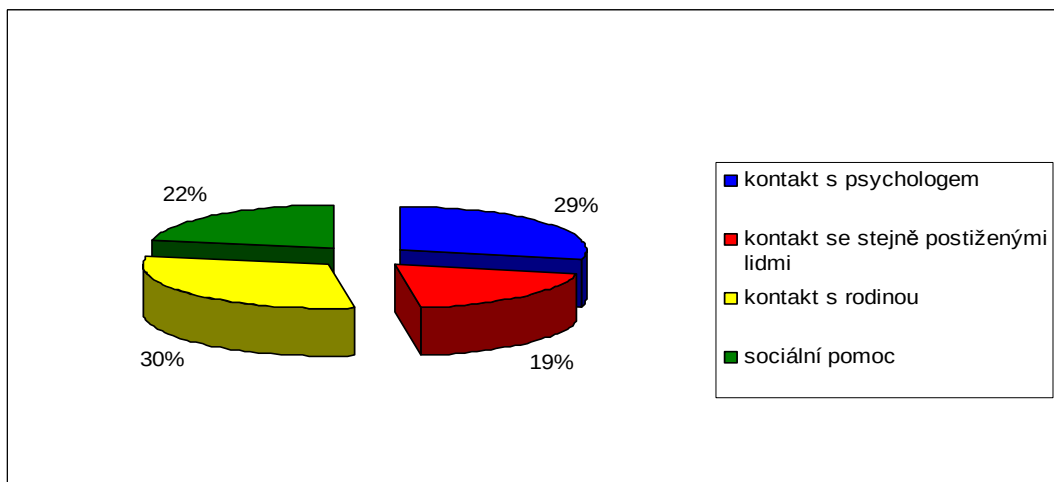
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester 3 (3%) sestry uvedly, že fantomová bolest je bolest, která vznikne po operaci, 92 (97 %) sester uvedlo, že se jedná o bolest vycházející z chybějící končetiny a žádná sestra (0 %) neuvedla krátkodobou bolest, která rychle zmizí.

Graf 18 Metody tlumení bolesti po amputaci



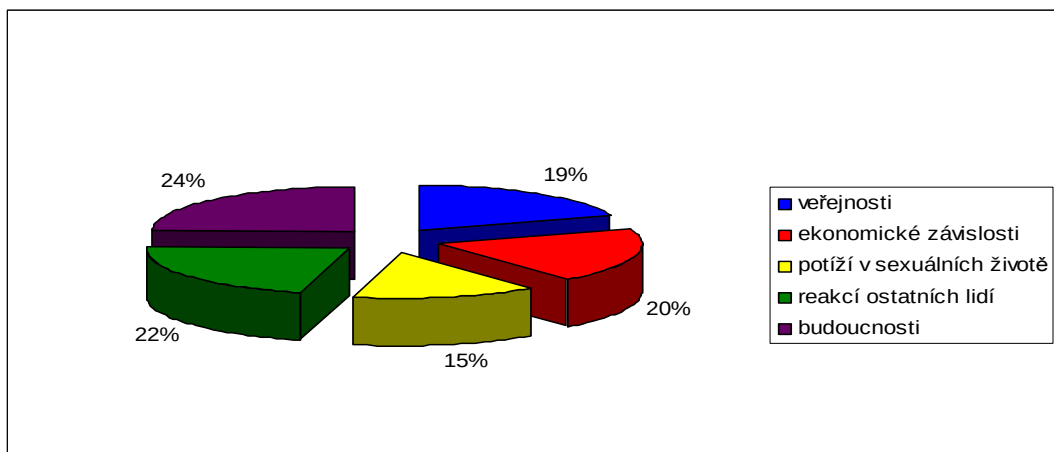
Na otázku jaké používáte metody tlumení bolesti u nemocného po amputaci bylo dohromady 108 (100 %) odpovědí. Sestry opět mohly zaškrtnout víc možných odpovědí. 40 (38 %) sester uvedlo předoperační infuzi, 2 (2 %) TENS, 7 (6 %) chirurgické techniky, 11 (10 %) nervové blokády, 39 (36 %) farmakologická léčba, 9 (8 %) nefarmakologická léčba.

Graf 19 Sestra pro nemocného po amputaci může zajistit



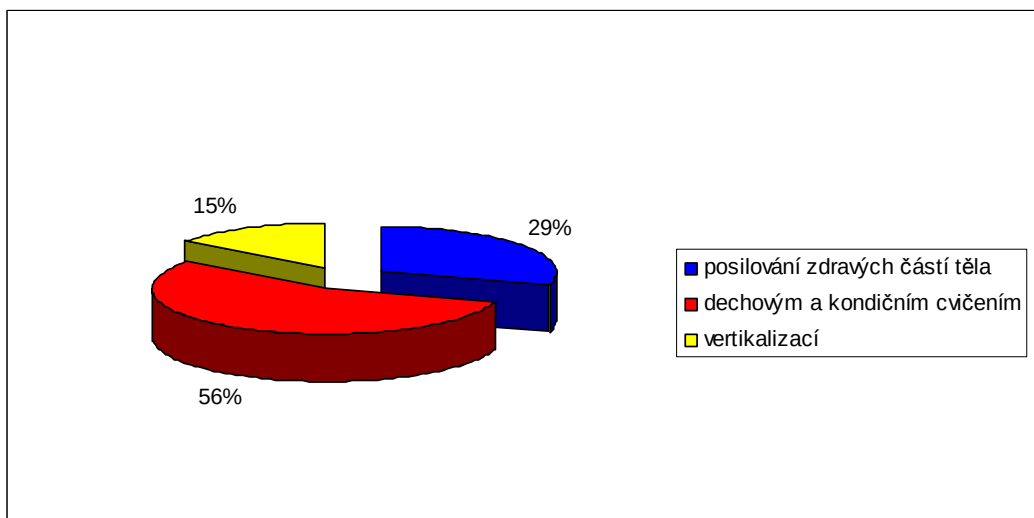
Na otázku co může sestra pro nemocného po amputaci zajistit bylo 280 (100 %) odpovědí. Sestry mohly zaškrtnout více možných odpovědí. 80 (29 %) sester uvedlo kontakt s psychologem po domluvě s lékařem, 54 (19 %) sester kontakt se stejně postiženými lidmi, 85 (30 %) sester kontakt s rodinou, 61 (22 %) sester sociální pomoc.

Graf 20 Nemocní po amputaci pociťují strach z



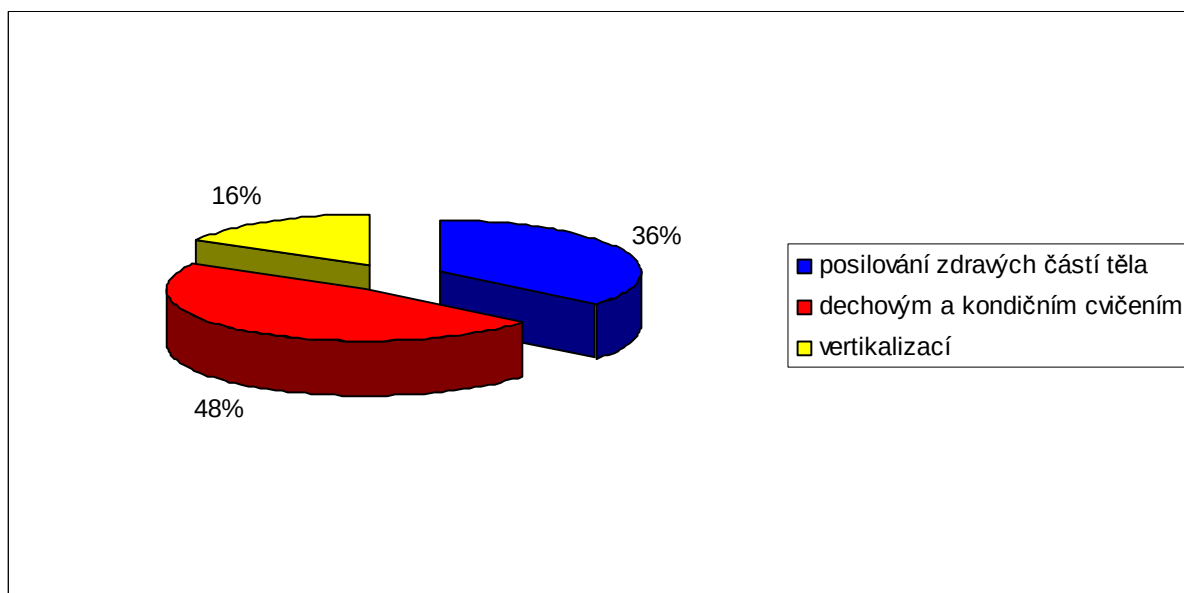
Na otázku z čeho pociťují nemocní po amputaci strach, bylo 375 odpovědí. Sestry mohly zaškrtnout více odpovědí. 73 (19 %) sester uvedlo strach z veřejnosti, 74 (20%) sester strach z ekonomické závislosti, 55 (15 %) sester strach z možných potíží v sexuálním životě, 81 (22 %) sester strach z reakce ostatních lidí a 92 (24 %) sester strach z budoucnosti.

Graf 21 Začátek rehabilitace



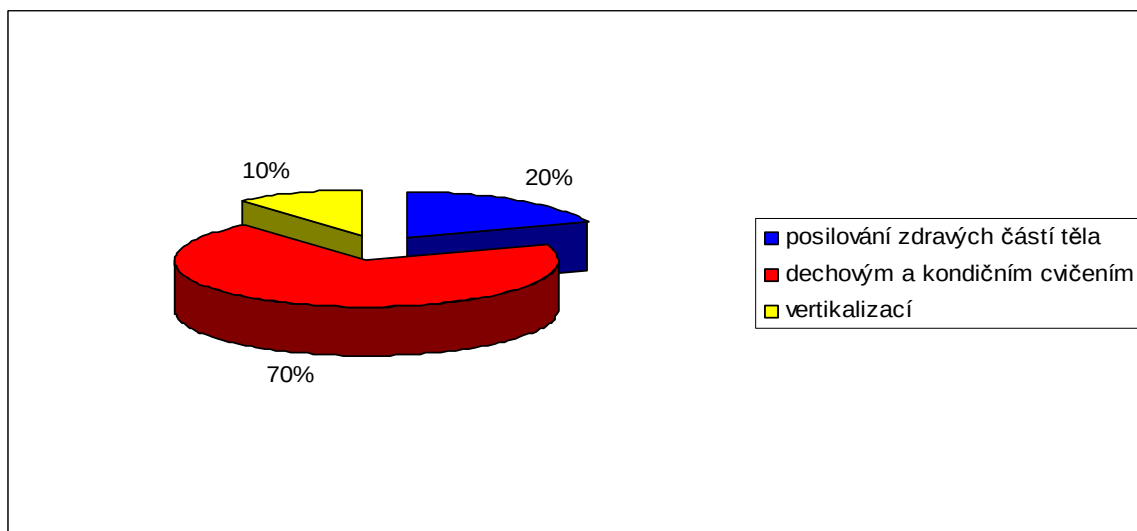
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 28 (29 %) sester, že rehabilitace u nemocného po amputaci začíná posilováním zdravých částí těla, 53 (56 %) sester dechovým a kondičním cvičením a 14 (15 %) sester vertikalizací.

Graf 22 Začátek rehabilitace - Nemocnice Tábor a.s.



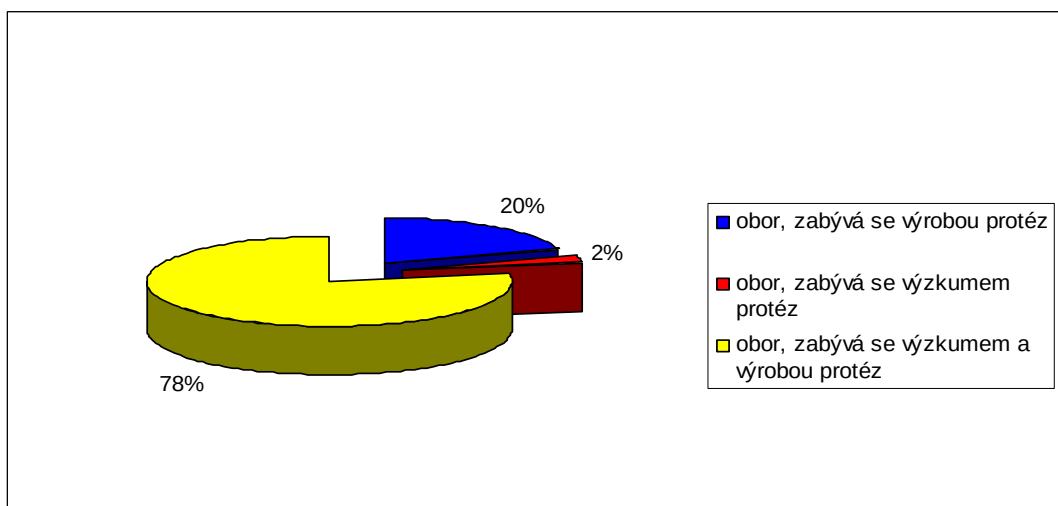
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 15 (36 %) sester, že rehabilitace u nemocného po amputaci začíná posilováním zdravých částí těla, 20 (48 %) sester dechovým a kondičním cvičením a 7 (16 %) sester vertikalizací.

Graf 23 Začátek rehabilitace - Nemocnice České Budějovice, a. s.



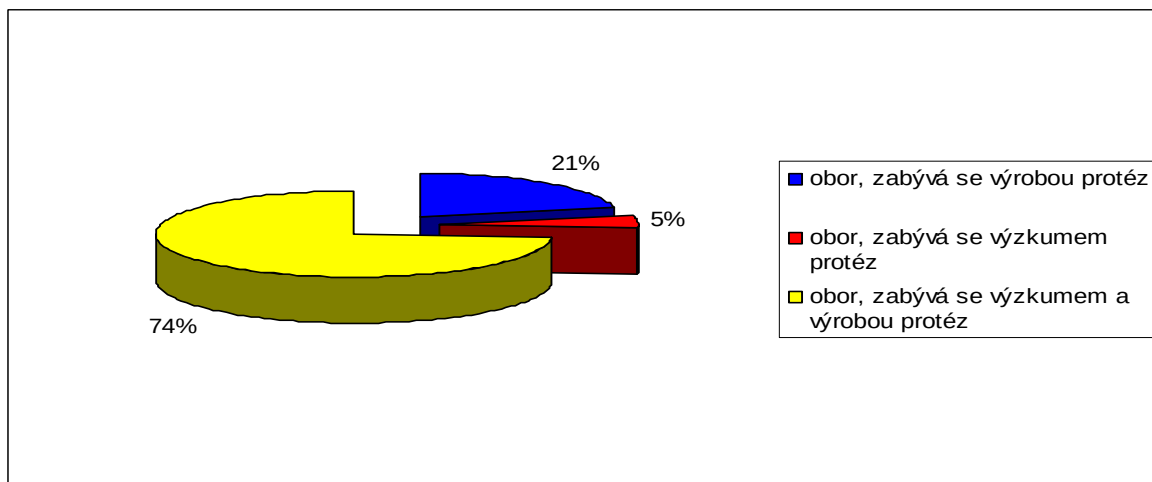
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 9 (20 %) sester, že rehabilitace u nemocného po amputaci začíná posilováním zdravých částí těla, 32 (70 %) sester dechovým a kondičním cvičením a 5 (10 %) sester vertikalizací.

Graf 24 Ortopedická protetika



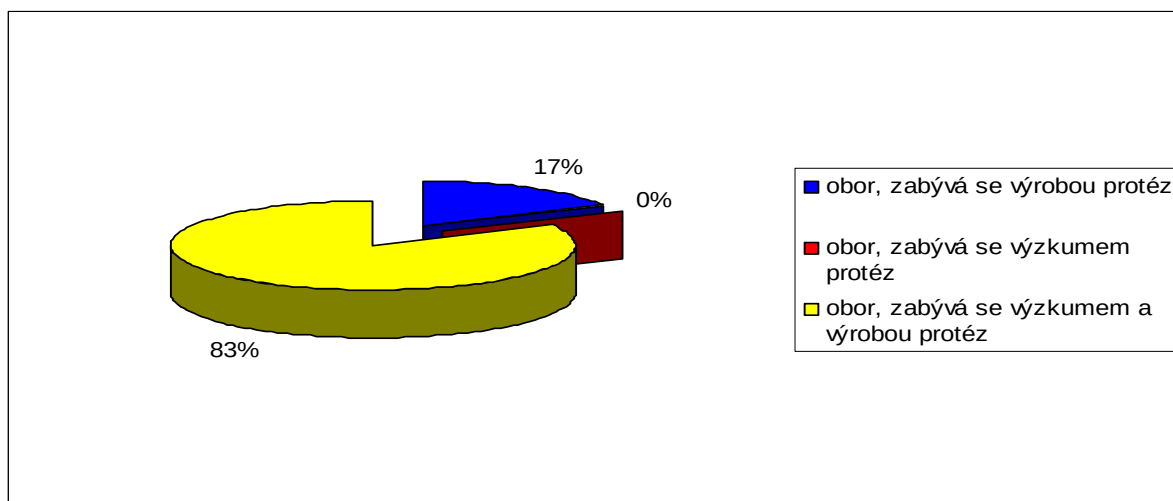
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 19 (20 %) sester, že ortopedická protetika je obor, který se zabývá výrobou protéz, 2 (2 %) sestry, že je to obor, který se zabývá výzkumem protéz, a 74 (78 %) sester, že se jedná o obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz.

Graf 25 Ortopedická protetika - Nemocnice Tábor a.s.



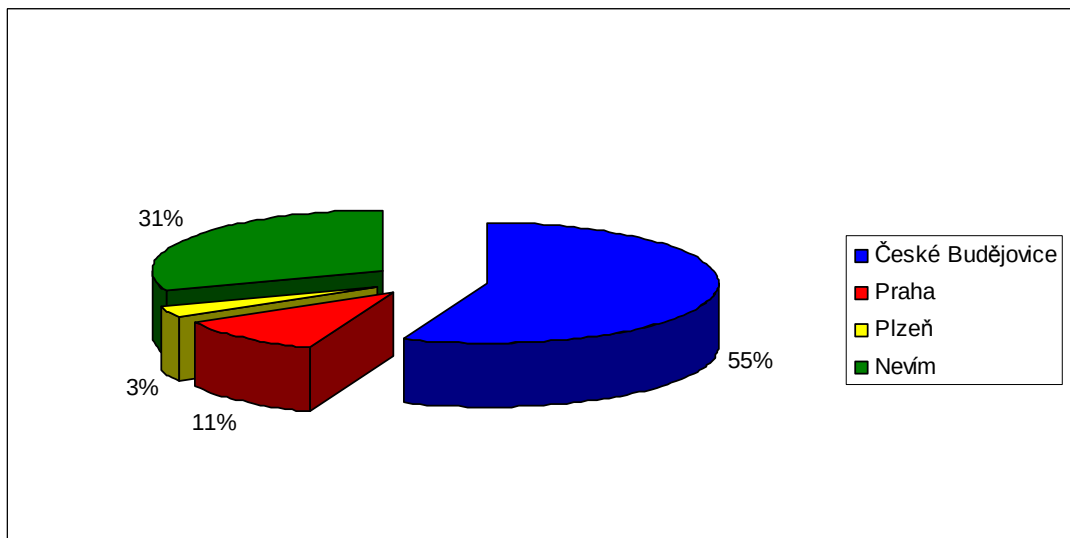
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 9 (21 %) sester, že ortopedická protetika je obor, který se zabývá výrobou protéz, 2 (5 %) sestry, že je to obor, který se zabývá výzkumem protéz, a 31 (74 %) sester, že se jedná o obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz.

Graf 26 Ortopedická protetika - Nemocnice České Budějovice, a. s.



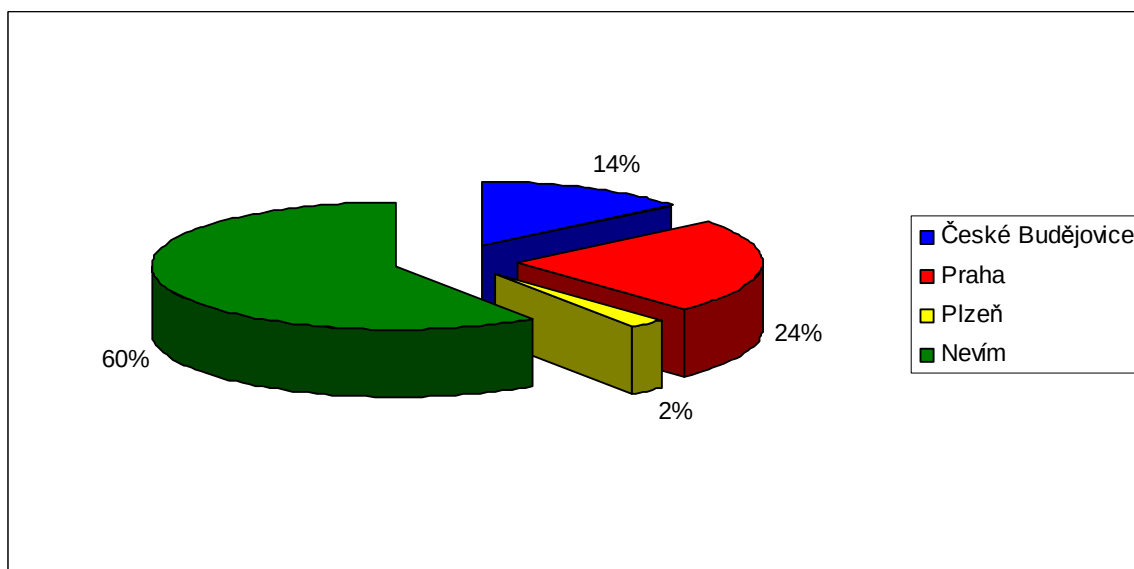
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 8 (17 %) sester, že ortopedická protetika je obor, který se zabývá výrobou protéz, žádná (0 %) sestra, že je to obor, který se zabývá výzkumem protéz, a 38 (83 %) sester, že se jedná o obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz.

Graf 27 Sídlo ortopedické protetiky



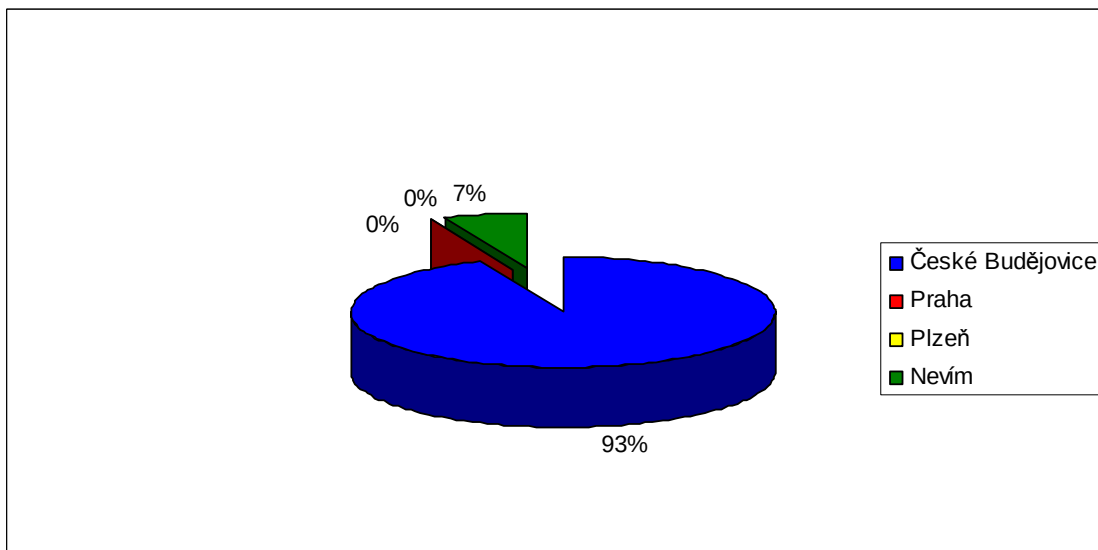
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 53(55 %) sester, že zná sídlo ortopedické protetiky v ČB, 10 (11%) sester v Praze, 3 (3 %) sestry v Plzni a 29 (31 %) sester neví o žádném.

Graf 28 Sídlo ortopedické protetiky - Nemocnice Tábor a.s.



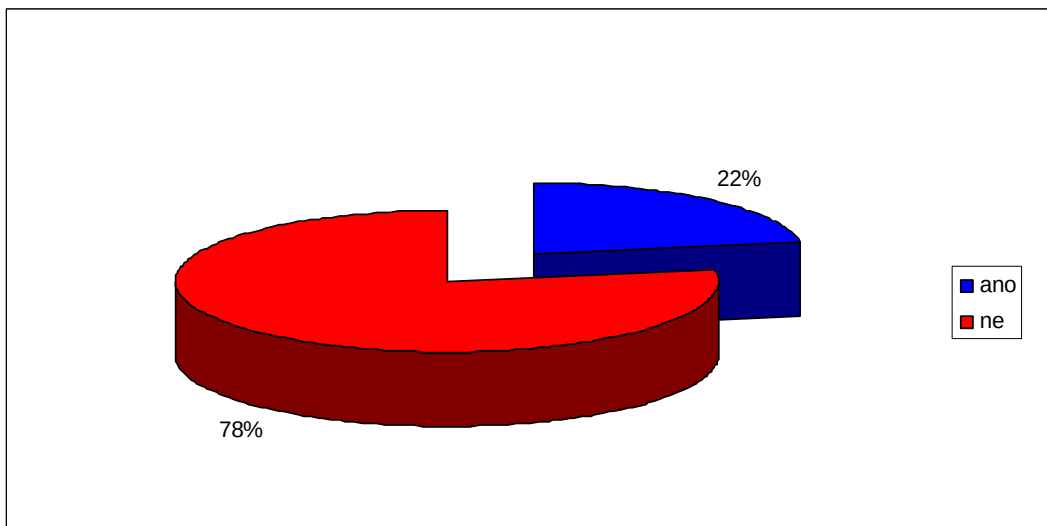
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 6 (14 %) sester, že zná sídlo ortopedické protetiky v ČB, 10 (24 %) sester v Praze, 1 (2 %) sestra v Plzni a 25 (60 %) sester neví o žádném.

Graf 29 Sídlo ortopedické protetiky - Nemocnice České Budějovice, a. s.



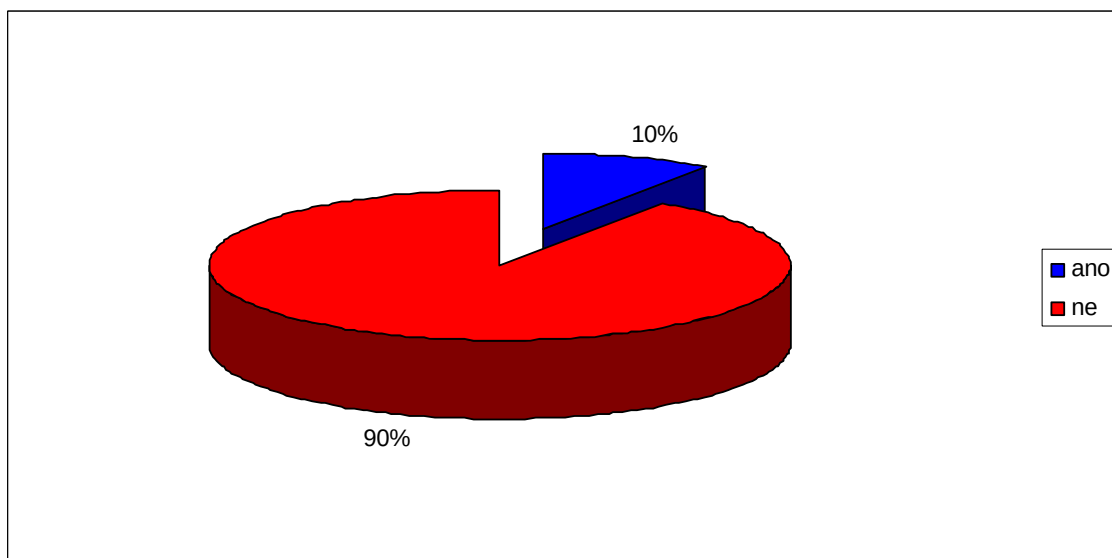
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 43 (93 %) sester, že zná sídlo ortopedické protetiky v ČB, žádná (0 %) sestra nezná sídlo v Praze a v Plzni a 3 (7 %) sestry neví o žádném.

Graf 30 Znalosti o funkci a ovládání protézy



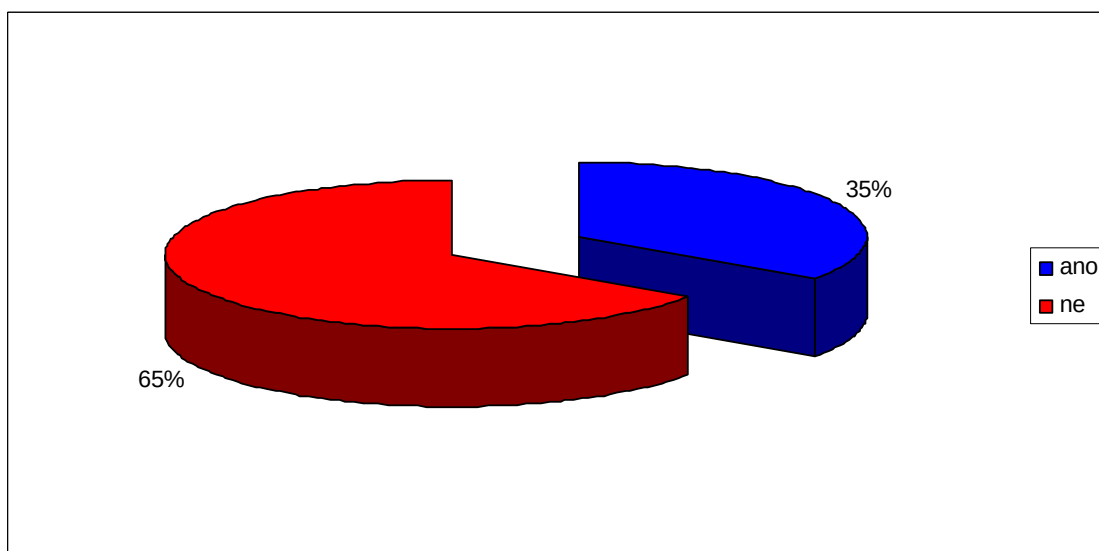
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 21 (22 %) sester, že mají dostatek informací o funkci a ovládání protézy, 74 (78 %) sester naopak nemá dostatek informací.

Graf 31 Znalosti o funkci a ovládání protézy - Nemocnice Tábor a.s.



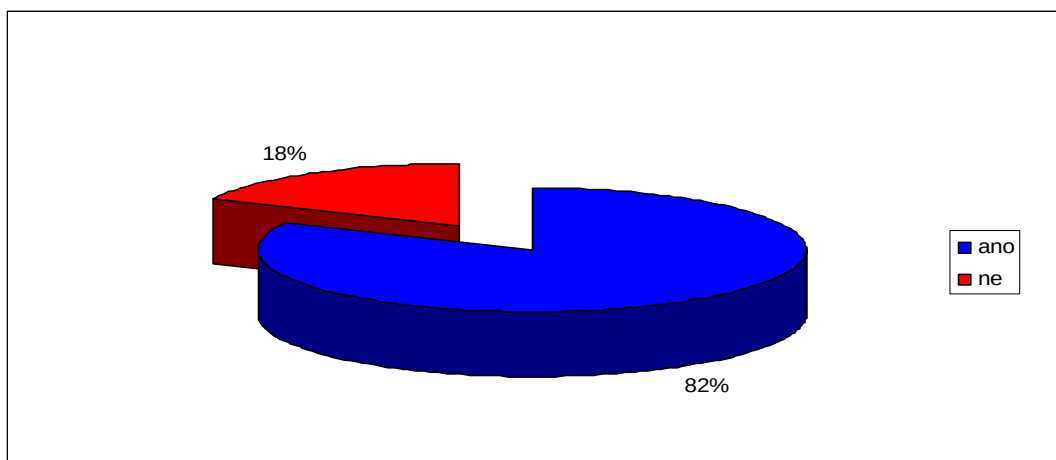
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 4 (10 %) sestry, že mají dostatek informací o funkci a ovládání protézy, 38 (90 %) sester naopak nemá dostatek informací.

Graf 32 Znalosti o funkci a ovládání protézy - Nemocnice České Budějovice, a. s.



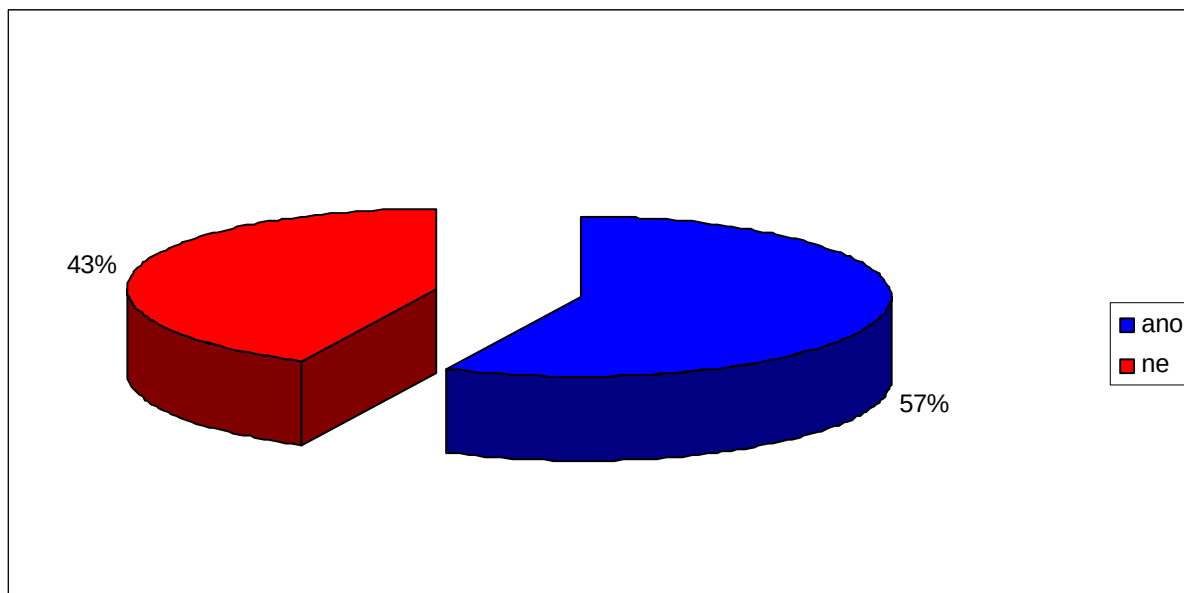
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 16 (35 %) sester, že mají dostatek informací o funkci a ovládání protézy, 30 (65 %) sester naopak nemá dostatek informací.

Graf 33 Přístup k novým informacím



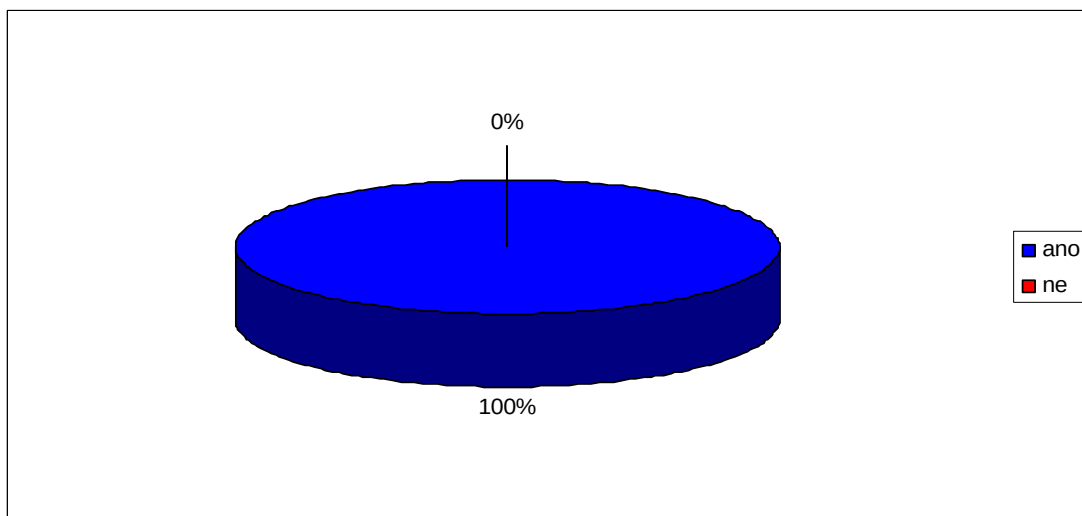
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 78 (82 %) sester, že mají přístup k novým informacím, a 17 (18 %) sester naopak nemá přístup k novým informacím.

Graf 34 Přístup k novým informacím - Nemocnice Tábor a.s.



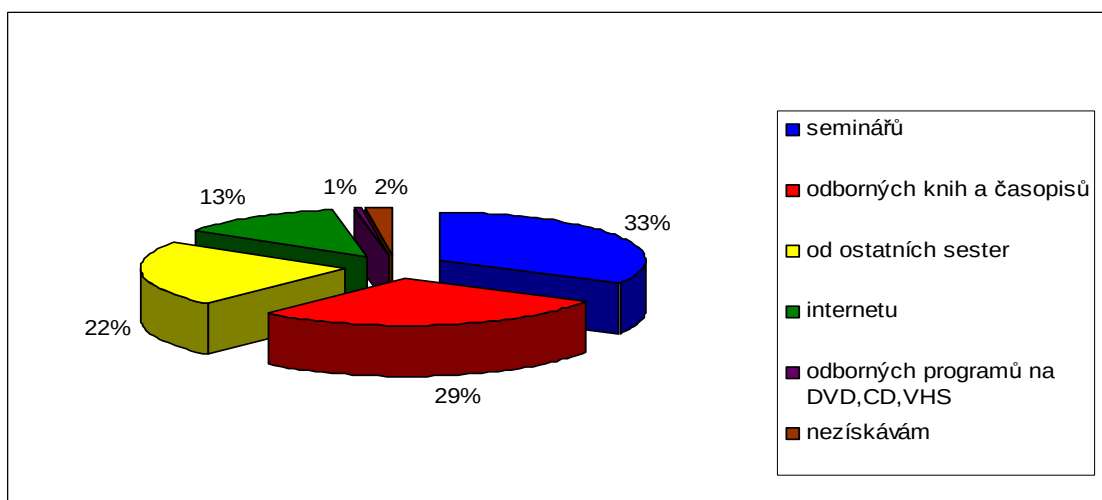
Z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 24 (57 %) sester, že mají přístup k novým informacím a 18 (43 %) sester nemá přístup k novým informacím.

Graf 35 Přístup k novým informacím - Nemocnice České Budějovice, a. s.



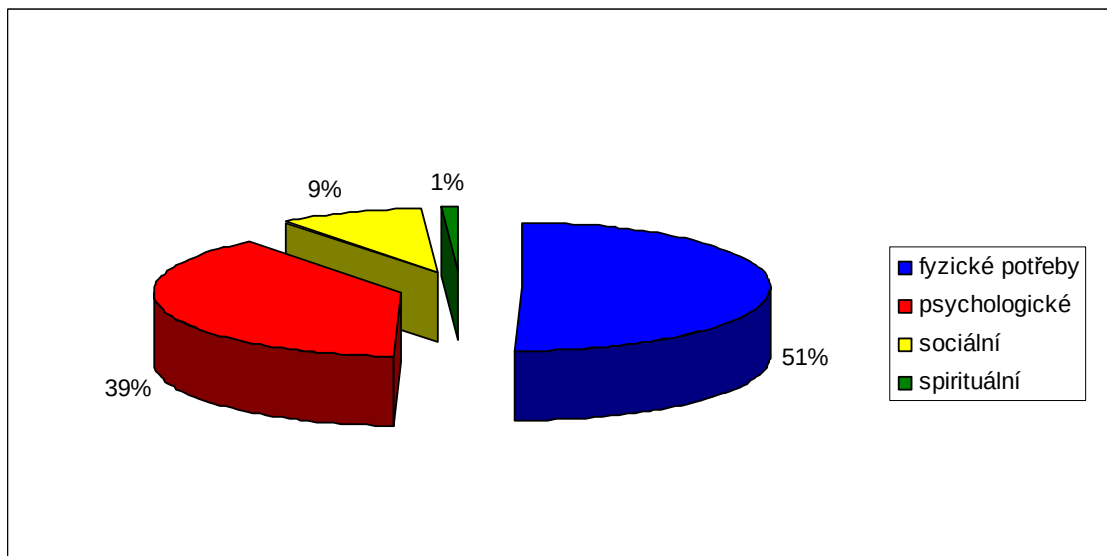
Z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester uvedlo všech 46 (100 %) sester, že mají přístup k novým informacím a žádná (0 %) sestra, že nemá přístup k novým informacím.

Graf 36 Nové informace



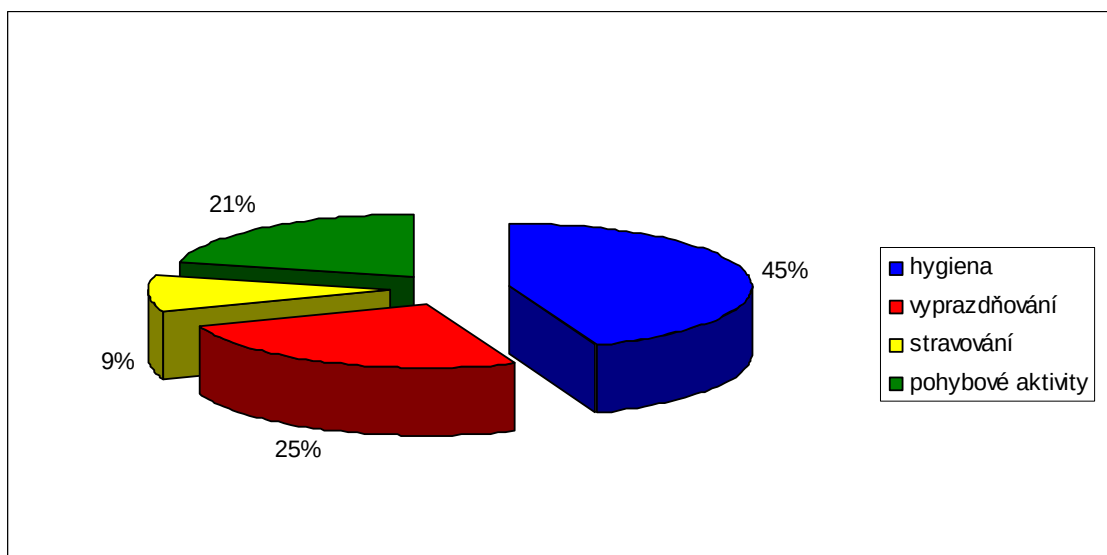
Na otázku z čeho sestry získávají nové informace o péči po amputaci bylo 227 (100 %) odpovědí. Sestry mohly zaškrtnout více možných odpovědí. 75 (33 %) sester uvedlo semináře, 65 (29 %) sester odborné knihy a časopisy, 51 (22 %) od ostatních sester, 30 (13 %) sester z internetu, 1 (1 %) sestra z odborných programů na DVD, CD a VHS a 5 (2 %) sester nezískává informace.

Graf 37 Zaměření na potřeby



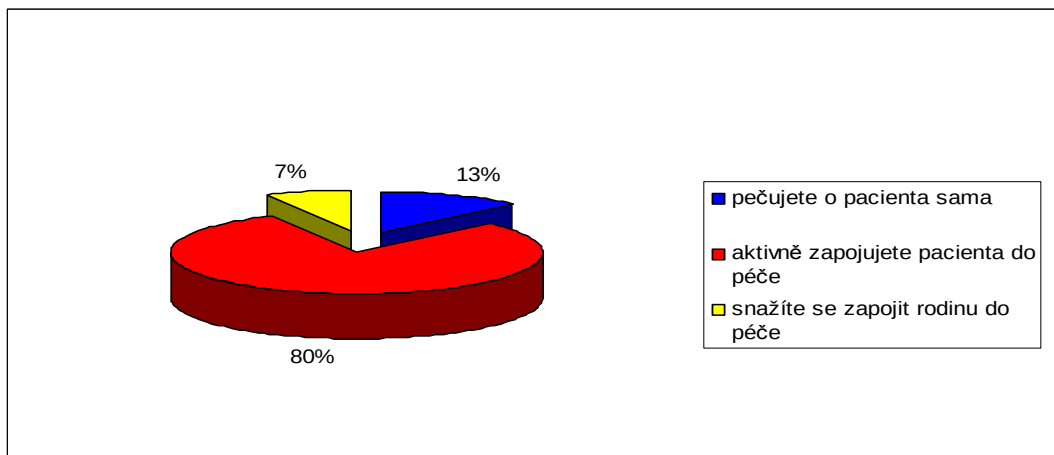
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 48 (51%), že se u nemocného po amputaci zaměřují zejména na fyzické potřeby, 37 (39 %) sester na psychologické potřeby, 9 (9 %) na sociální potřeby a 1 (1 %) sestra na spirituální.

Graf 38 Fyzické potřeby



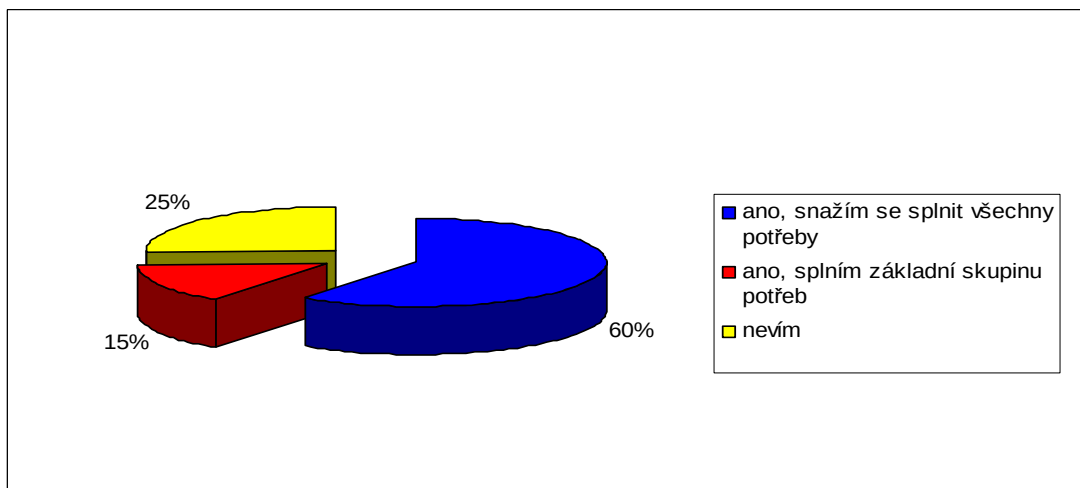
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 42 (45 %) sester, že se u fyzických potřeb zaměřují zejména na hygienu, 24 (25 %) sester na vyprazdňování, 9 (9 %) sester na stravování a 20 (21 %) sester na pohybové aktivity.

Graf 39 Uspokojování fyzických potřeb



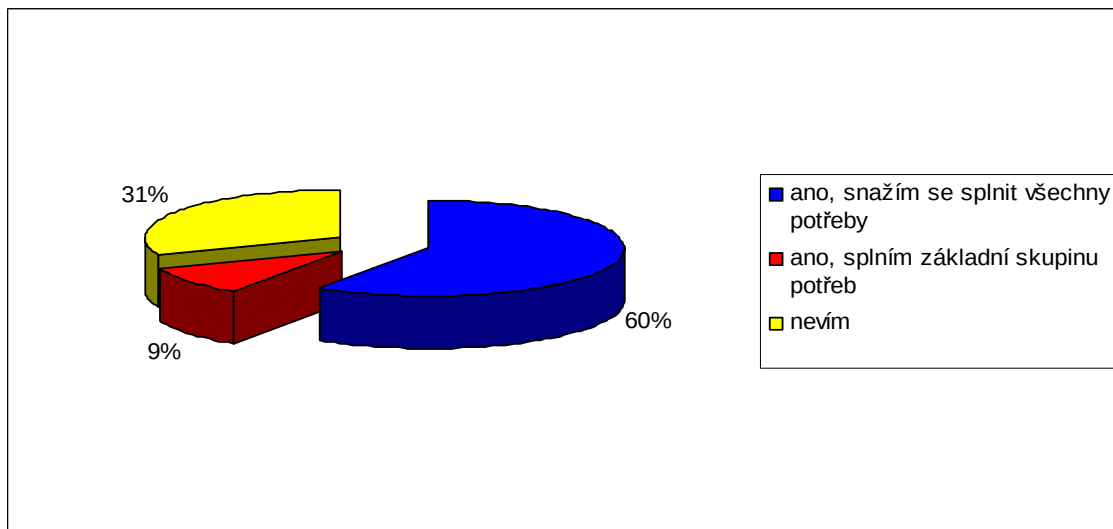
Z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester uvedlo 12 (13 %) sester, že při uspokojování fyzických potřeb u pacienta po amputaci pečují o pacienta samy, 76 (80 %) sester aktivně zapojuje pacienta do péče a 7 (7 %) sester se snaží zapojit do péče rodinu.

Graf 40 Maslowova pyramida



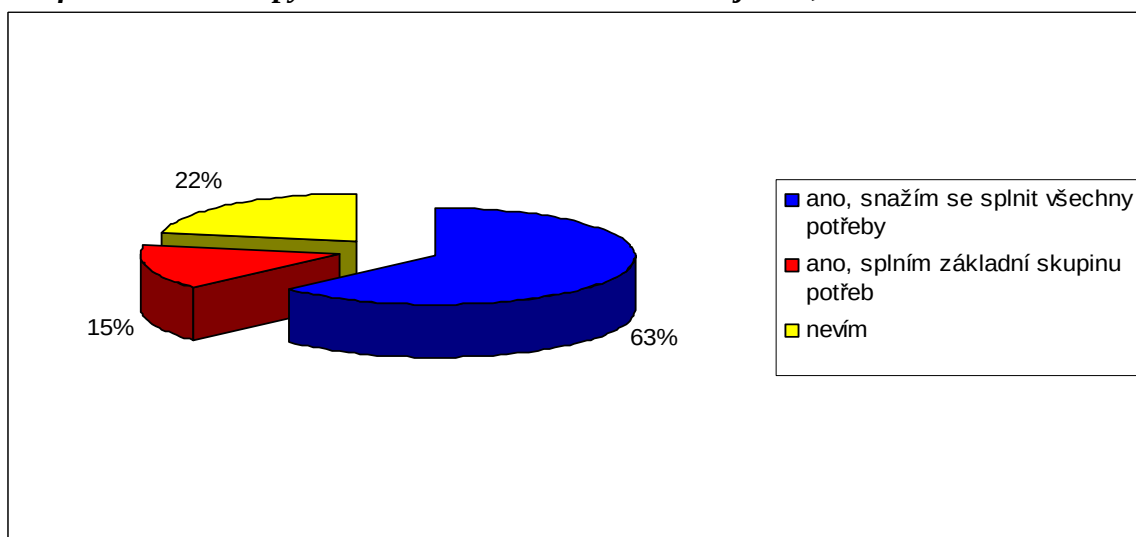
Na otázku zda při péči o nemocného po amputaci postupují sestry podle Maslowovy pyramidy potřeb odpovědělo z celkového počtu 95 (100 %) dotazovaných sester 57 (60 %) ano, snažím se splnit všechny potřeby, 14 (15 %) sester ano, snažím se splnit základní skupinu potřeb a 24 (25%) neví.

Graf 41 Maslowova pyramida - Nemocnice Tábor a.s.



Na otázku, zda při péči o nemocného po amputaci postupují sestry podle Maslowovy pyramidy potřeb, odpovědělo z celkového počtu 42 (100 %) dotazovaných sester 25 (60 %) ano, snažím se splnit všechny potřeby, 4 (9 %) sestry ano, snažím se splnit základní skupinu potřeb, a 13 (31%) neví.

Graf 42 Maslowova pyramida - Nemocnice České Budějovice, a. s.



Na otázku, zda při péči o nemocného po amputaci postupují sestry podle Maslowovy pyramidy potřeb odpovědělo z celkového počtu 46 (100 %) dotazovaných sester 29 (63 %) ano, snažím se splnit všechny potřeby, 7 (15 %) sestry ano, snažím se splnit základní skupinu potřeb, a 10 (22 %) neví.

5 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli sestry umí pečovat o klienta po amputaci a zda sestry přistupují ke klientovi holisticky. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování, technikou anonymního dotazníku, který byl rozdán ve vybraných nemocnicích. Výzkumný soubor tvořilo celkem 95 (100 %) sester pracujících na chirurgickém standardním oddělení a jednotce intenzivní péče a traumatologickém standardním oddělení a jednotce intenzivní péče. Sběr dat probíhal v Nemocnici České Budějovice, a.s., v Nemocnici Tábor a.s., a také v Nemocnici Písek a.s. Srovnávací grafy probíhaly pouze mezi nemocnicemi České Budějovice a.s. a Tábor a.s., poněvadž z nemocnice Písek a.s. bylo vyhodnoceno pouze 7 dotazníků.

V úvodu dotazníku jsme zjišťovali věk sester (graf 2), kdy odpovědi ukázaly, že nejvíce sester je ve věkové kategorii 18-25 let (34 %) a stejný počet je i ve věku 26-35 let (34 %). Z toho vyplývá, že na odděleních standardní chirurgie a traumatologie a jednotkách intenzivní péče pracují převážně mladší sestry.

V anonymním dotazníku jsme se pro kontrolu ptali sester, co je to amputace (graf 4) a exartikulace (graf 7). Sestry v 65 % uvedly, že amputace je totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu a 93 % sester napsalo, že exartikulace je odstranění končetiny v kloubu. Přestože jsou tyto hodnoty poměrně vysoké, je pro mě trochu zklamáním, že 35 % sester netuší, co je to amputace. Jak tedy mohou ošetřovat pacienta po amputaci, když netuší, co to je?

První hypotéza, která zní, že **sestry dodržují správné postupy při péči a pacienta po amputaci**, a druhá hypotéza, že **sestry mají dostatek informací o péči o pacienta po amputaci**, potvrzují či vyvracejí výsledky anonymního dotazníku. Skutečností však je, že pokud sestra nemá dostatek informací a nezná správné postupy při ošetřování, čili nemá praktické dovednosti, tak nemůže nemocnému poskytnout kvalitní ošetrovatelskou péči.

Graf 1, který souvisí s oběma hypotézami znázorňuje nejvyšší dosažené kvalifikační vzdělání sester. Nejvíce dotazovaných sester (70 %) uvedlo, že mají středoškolské vzdělání a pouze 13 % sester má získané vzdělání vysokoškolské. Byla jsem udivena malým zastoupením vysokoškolsky vzdělaných sester, protože toto šetření

probíhalo v nemocnicích České Budějovice a.s., nemocnice Písek a.s., a nemocnicí Tábor a.s. Právě ve městech České Budějovice a Písek je sídlo nebo pobočka Zdravotně sociální fakulty a sestry tudíž mají možnost po úspěšném složení přijímacích zkoušek studovat při svém zaměstnání a nemusí dojíždět nikam daleko.

Délka praxe sester na daném oddělení (graf 2) má také vliv na poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. V tomto šetření jsme zjistili, že převážná část sester 39 % pracuje na oddělení 0-5 let a 26 % sester nad 16 let. Myslím si, že je dobré, když na oddělení pracují sestry s menší a delší dobou praxe, protože se od sebe mohou navzájem učit. Sestry s kratší dobou praxe mají více teoretických znalostí a ty s delší dobou praxe naopak mají více praktických zkušeností.

Amputace končetin je poměrně náročný výkon jak pro sestru z hlediska poskytování fyzické a psychické péče, tak hlavně pro nemocného, a proto je nutné, aby sestra měla dostatek znalostí o ošetrovatelské péči. Většina sester uvedla, že mají středoškolské vzdělání a jsou ve věku od 18-25 let, a tak si myslím, že nemohou mít příliš teoretických ani praktických dovedností. Proto naše další otázka zněla, od koho sestry získávají nové informace o péči po amputaci. Většina jich, tedy 34 % uvedla, že informace získávají ze seminářů a 29 % pak z odborných knih a časopisů.

V následujících otázkách jsme zjišťovali, zda si sestry myslí, že mají dostatek vědomostí a dovedností o ošetrovatelské péči o nemocného po amputaci. Otázky zahrnovaly správné bandážování (graf 14, 15), pomůcky, které mají být připravené ihned po amputaci u lůžka nemocného (graf 16), fantomovou bolest (graf 17) a informace o funkci a ovládání protézy (graf 30, 31, 32) a s tím související znalost nějakého sídla ortopedické protetiky (graf 27). Nejprve jsme se dotazovali na bandážování pahýlu a na pomůcky, které mají být připravené u lůžka nemocného ihned po amputaci. Podle knihy L. Slezákové Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. (25) má být bandáž provedena osmičkovým způsobem s větším tlakem na dolním konci pahýlu a menším tlakem na horním konci pahýlu. V obou otázkách mě odpovědi sester zaskočily, protože pouze 18 % sester odpovědělo, že se bandáž provádí osmičkovým způsobem, ale na druhou stranu jich 62 % vědělo, že má působit větší tlak na dolním konci pahýlu a menší tlak na jejím horním konci. Kniha L. Slezákové Ošetrovatelství

v chirurgii (26) udává, že mezi pomůcky, které mají být připravené u lůžka nemocného ihned po amputaci patří Esmarchovo škrtidlo a kompresivní obvaz. Sestra má vždy znát a mít připravené tyto pomůcky pro případ náhlého krvácení z operační rány, protože krvácení z pahýlu je vážná komplikace a sestra při tomto stavu musí ihned zavolat lékaře. Přesto však pouze 13 % sester uvedlo Esmarchovo škrtidlo a 15 % kompresivní obvaz. Takový výsledek je podle mého názoru nedostačující. Dále jsme se sester ptali na to, co je to fantomová bolest. Většina jich, tedy 97 % odpověděla, že se jedná o bolest vycházející z chybějící končetiny. K mému údivu také otázky týkající se funkce a ovládání protézy a sídla protetického pracoviště znamenaly pro sestry pohromu. Ačkoli M. Nejedlá ve své knize Ošetrovatelství III/ 2 (19) uvádí, že sestra pomáhá nemocnému s nasazováním a ovládáním protézy, podle výsledků šetření má znalosti o funkci a ovládání protézy pouze 22 % sester. U této otázky jsme ještě provedli srovnání mezi nemocnicí České Budějovice a.s. a nemocnicí Tábor a.s., jelikož v Českých Budějovicích se nachází centrum technické ortopedie, avšak v Táboře nikoli. Vyhodnocení této otázky mě velmi překvapilo, protože v nemocnici Tábor a.s. má tyto znalosti pouze 10 % sester a v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. 35 %. Čím je způsobené, že nemají potřebné znalosti? Myslím si, že sestry to asi nepovažují za důležité, poněvadž touto problematikou se zabývají pracovníci technické ortopedie. Výsledek v nemocnici Tábor a.s. se dá do „jisté míry“ pochopit, neboť ve městě není žádné sídlo technické ortopedie, zatímco v Českých Budějovicích se toto sídlo nalézá. Ale i tak, pokud sestra pracuje na chirurgickém nebo traumatologickém oddělení, pak by měla mít alespoň základní znalosti. A co dotaz týkající se sídla ortopedické protetiky? Tady výsledky ukázaly, že 31 % sester nezná žádné sídlo. Tento výsledek mě rovněž udivil, jelikož pokud sestry neznají žádné sídlo protetického pracoviště, jak tedy mohou nemocnému poradit a odpovědět na jeho otázky týkající se protetiky? Tyto otázky určitě budou nemocného zneklidňovat a nedostane-li na ně od sestry odpovědi, bude to mít vliv na jeho psychický stav a celkově se to projeví na jeho zdravotním stavu.

Výsledky anonymního šetření ukázaly, že sestry zcela neznají správné postupy při péči o pacienta po amputaci a bohužel také nemají dostatek informací o péči o

nemocné po amputaci. Tyto hypotézy spolu úzce souvisí, protože sestra nemůže dodržovat správné postupy při péči, když o nich nemá dostatek informací. **Obě hypotézy se nepotvrdily.**

Poslední hypotéza zněla, **sestry se zaměřují pouze na fyzické potřeby klienta.** Je podstatné, aby se sestra dívala na všechny nemocné z holistického hlediska, tudíž jako na celek se všemi jejich biologickými, psychologickými a sociálními potřebami, jak je uvedeno v knize Potřeby nemocného v ošetrovatelství (33). Má-li sestra poskytovat nemocnému kvalitní ošetrovatelskou péči, musí být empatická a umět komunikovat s nemocným, což může být někdy velmi obtížné, zejména jedná-li se o nemocného po neplánované amputaci. Takové doporučení zmiňuje M. Venglařová ve své knize Komunikace pro zdravotní sestry.

V první otázce jsme se sester dotazovali, na jaké potřeby se u nemocného obzvláště zaměřují (graf 37). Šetření ukázalo, že 51 % sester se zaměřuje zejména na fyzické potřeby a 39 % na potřeby psychologické. Takový výsledek mě mile překvapil, protože jsem se obávala, že mnohem více sester uvede možnost fyzické potřeby a na potřeby psychologické zapomenou. Jsem velice ráda, že tento výsledek nepotvrdil mé zkušenosti z praxe.

V následující otázce nás zajímalo, co může sestra zajistit pro nemocného po amputaci (graf 19) a z čeho může mít nemocný po amputaci strach (graf 20). Kniha od M. Smutného Informace pro pacienty po amputaci (28) říká, že sestra může pro nemocného zajistit kontakt s psychologem po domluvě s lékařem, kontakt se stejně postiženými lidmi, kontakt s rodinou či sociální pomoc. Proto mě potěšilo, že výsledky byly vyrovnané a sestry neupřednostnily pouze jednu odpověď. Výsledky týkající se strachu, který nemocný pociťuje, mě rovněž udivily, poněvadž počet všech uvedených možností byl také téměř shodný. Sestry měly na výběr z možností cítění strachu z veřejnosti, ekonomické závislosti, reakce ostatních lidí, budoucnosti či možných potíží v sexuálním životě.

Naší další otázkou jsme se sester tázali, na které fyziologické potřeby se zaměřují (graf 38). Z uvedených eventualit – oblast hygieny, vyprazdňování, stravování a pohybové aktivity byla nejvíce zmiňovaná oblast hygieny a to 45 % sester.

Výsledky šetření zaměřených na potřeby nemocného jsou sice pozoruhodné, ale otázkou je, zda sestry vědí, jaké všechny potřeby může mít nemocný neuspokojené a jak se řadí dle své hierarchie v Maslowově pyramidě potřeb? Podle knihy od E. Trachtové *Potřeby nemocného v ošetrovatelství* (33) slouží Maslowova pyramida potřeb jako pomůcka k uspokojování potřeb nemocného a je sestavena od základních potřeb (biologických) až po seberealizaci nemocného. Výsledky ukázaly, že 60 % sester se snaží uspokojit všechny potřeby nemocného dle Maslowovy pyramidy potřeb, 15 % sester plní pouze základní skupinu potřeb a 25 % neví, jestli plní potřeby podle této pyramidy. Tyto výsledky mě však poněkud zaskočily, protože si nejsem jistá, že by skutečně 60 % sester plnilo všechny potřeby dle Maslowovy pyramidy. Myslím si, že spíše plní fyziologické potřeby a potřeby jistoty a bezpečí, jelikož na ostatní potřeby se sestra zaměřuje až po úplném uspokojení těchto potřeb. A později, když nemocný pocítí nedostatky v následujících potřebách, může být již dávno v domácím ošetření.

Díky vyhodnocení těchto grafů jsme i **třetí hypotézu vyvrátili**, přestože v grafu 37 uvedlo 51 % sester, že upřednostňují plnění potřeb fyzických, tak s přihlédnutím ke grafům 19 a 20 vyplývá, že sestry se nezaměřují pouze na fyzické potřeby nemocného. Z výsledků plyne, že sestry opravdu vidí v nemocném celek, který má své biologické, psychologické a sociální potřeby.

6 Závěr

Amputace je závažný stav, který představuje pro nemocného změny biologické, psychické i sociální. S tímto výkonem se můžeme setkat při dopravních nehodách, v rámci sportu nebo jako následek neléčeného diabetu mellitu. Ošetrovatelská péče o tyto nemocné je velmi důležitá a náročná jak po fyzické stránce, tak i po stránce psychické.

V práci byly stanoveny 2 cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda sestry umí pečovat o klienta po amputaci. Druhým stanoveným cílem bylo zjistit, zda sestry přistupují ke klientovi holisticky. K těmto cílům byly zvoleny tři hypotézy. Hypotéza 1: Sestry dodržují správné postupy při péči o klienta po amputaci. Hypotéza 2: Sestry mají dostatek informací o péči o klienta po amputaci. Hypotéza 3: Sestry se zaměřují pouze na fyzické potřeby klienta. Všechny tři hypotézy se nepotvrdily. Cíle práce byly splněny.

Tato práce by mohla být použita při seminářích na oddělení chirurgie či traumatologie dále může sloužit jako materiál pro studenty zdravotnictví anebo k vytvoření standardu v ošetrovatelské péči o nemocné po amputacích. Jako součást práce byl vytvořen edukační materiál zabývající se ortopedickou protetikou (Příloha 8).

7. Seznam použité literatury

1. *Angiologie* [online], [cit. 2010-05-10]. Dostupné z:
<<http://www.angiologie.cz/odborne-informace.html>>.
2. *Autoškola pro TP* [online], [cit. 2010-05-21]. Dostupné z:
<<http://www.rehabilitace.cz/open/autoskola-tp.htm>>.
3. *Atletika vozíčkářů* [online], [cit. 2010-05-24]. Dostupné z :
<<http://www.atletikavozickaru.cz>>.
4. *CATHS* [online], [cit. 2010-06-12]. Dostupné z: <<http://www.caths.cz>>.
5. ČECHOVÁ, V., NEKLANOVÁ, A., KUČEROVÁ, H. *Psychologie a pedagogika II*. 1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 148 s.
ISBN 80-7333-028-8.
6. ČIHÁK, R. *Anatomie I*. 2.přepřac. vyd. Praha: Grada, 2001. 516 s.
ISBN 80-7169-970-5.
7. *Domácí péče* [online], [cit. 2010-06-12]. Dostupné z:
<<http://www.domaci-pece.eu/co-je-domaci-pece/>>.
8. DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 1280 s.
ISBN 80-247-0550-8.
9. DYLEVSKÝ, I. *Základy anatomie funkční anatomie člověka*. 1.vyd. Praha: Manus, 2007. 194 s. ISBN 978-80-86571-00-3.
10. GESENHUES, S., ZIESCHÉ, R. *Vademecum lékaře: všeobecné praktické lékařství*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 976 s. ISBN 80-7262-444-X.

11. *Handisport* [online], [cit. 2010-05-24]. Dostupné z:
<<http://www.paralympic.cz/cs/history/Default.aspx cz>>.
12. KÁLAL, J. *K současným problémům lokomoce amputovaných na dolní končetině* [online]. [cit. 2010-05-20]. Dostupný z:
<<http://www.rehabilitacia.sk/images/rehabilitacia/casopis/sk/1REH2005.pdf>>.
13. KOFRÁNEK, I. *Onkologie pohybového ústrojí* [online]. [cit. 2010-05-20].
Dostupný z: <<http://www.cls.cz/dokumenty2/postupy/t209.rtf>>.
14. KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006.
356 s. ISBN 80-247-1720-4.
15. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1.vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 107 s.
ISBN 80-7013-319-8.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002.
200 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. *Míčkování* [online],[cit. 2010-06-05]. Dostupné z:
<<http://www.rehabro.com/?p=productsList&iCategory=31&sName=Mickovani>>.
18. *MS-protetika* [online], [cit. 2010-03-18]. Dostupné z:
<<http://www.ms-protetik.cz/view.php?cislocclanku=2006100004>>.
19. NEJEDLÁ, M., SVOBODOVÁ, H., ŠAFÁŘOVÁ, A. *Ošetřovatelství III/2* .
1.vyd. Praha: Informatorium, 2004. 158 s. ISBN 80-7333-031-8.

20. NEJEDLÝ, A., et al. *Základy replantační chirurgie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2003. 166 s. ISBN 80-247-031-7.
21. POLÁCHOVÁ, E . *Empatie v ošetrovatelském kontextu* [online], [cit. 2010-06-12]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/sestra/empatie-v-oseetrovatelskem-kontextu-447334>>.
22. *Protetika* [online],[cit. 2010-06-12]. Dostupné z: <<http://www.maprotetika.cz/navod.html>>.
23. *Protetika Plzeň* [online],[cit. 2010-04-25]. Dostupné z: <<http://www.protetika-plzen.com/>>.
24. *Protézy* [online],[cit. 2010-06-12]. Dostupné z: <http://www.ottobock.cz/cps/rde/xchg/ob_cz_cs/hs.xsl/3170.html>
25. ROKYTA, R. *Bolest a jak s ní zacházet*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-3012-7.
26. SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II. : pediatrie a chirurgie*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. 200 s. ISBN 978-80-247-2040-1.
27. SLEZÁKOVÁ, L., et al. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010. 264 s. ISBN 978-80-247-3129-2.
28. SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 1.vyd. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009. 62 s. ISBN 978-80-254-3820-6.

29. *Society for Vascular Surgery* [online],[cit. 2009-12-18]. Dostupné z:
<<http://www.vascularweb.org/patients/NorthPoint/Amputation.html>>.
30. SOSNA, A., et al. *Základy ortopedie*. 1.vyd. Praha: Triton s.r.o., 2001. 169 s.
ISBN 80-7254-202-8.
31. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství I*. 1.vyd. Praha:
Grada, 2006. 280 s. ISBN 80-247-1148-6.
32. ŠAMÁNKOVÁ, M., HUŠKOVÁ, M., MATOUŠOVIC, K. *Základy
ošetřovatelství pro studující lékařských fakult. 1. a 2. díl* 1.vyd. Praha:
Karolinum, 2002. 274 s. ISBN 80-246-0477-9.
33. *Technická ortopedie* [online], [cit. 2010-04-25]. Dostupné z :
<<http://www.technickaortopedie.cz/>>.
34. TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetřovatelství* . 1.vyd. Brno:
IDV PZ, 1999. 185 s. ISBN 80-7013-324-4.
35. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* [online], [cit. 2010-06-12].
Dostupné z: <<http://emedicine.medscape.com/article/325107-overview>>.
36. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*.
1.vyd. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.
37. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2.přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006.
302 s. ISBN 80-7315-134-0.

38. VYHNÁNEK, F., et al. *Chirurgie III.*. 2.přeprac. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 135 s. ISBN 80-7333-009-1.
39. ZEMAN, M. *Chirurgická propedeutika*. 2.přeprac. vyd. Praha: Grada, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.
40. ŽĎÁNSKÝ, J. *Protézy horní končetiny* [online], [cit. 2010-06-12].
Dostupné z: <<http://www.ortoprotet-lbc.cz/prod02.htm>>.

8. Klíčová slova

Amputace

Holistická bytost

Ošetrovatelská péče

Potřeba

Protéza

Rehabilitační péče

Sestra

9. Přílohy

9.1. Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Amputační schéma dle Zurt Vertha

Příloha 3 Bandážování končetiny

Příloha 4 Protézy horní končetiny

Příloha 5 Protézy dolní končetiny

Příloha 6 Pyramida potřeb

Příloha 7 Přihláška do CATHS

Příloha 8 Edukační materiál pro sestry – ortopedická protetika

DOTAZNÍK PRO VŠEOBECNÉ SESTRY

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění mého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Ošetrovatelská péče o nemocné po amputaci.“ Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro mou práci. Předem Vám děkuji za spolupráci a za ochotu při vyplňování dotazníku.

Pavla Dopitová

1. Jaké je Vaše nejvyšší kvalifikační vzdělání?
 - a) středoškolské
 - b) vyšší odborná škola
 - c) vysokoškolské
 - d) jiné
2. Jak dlouho pracujete v nemocnici?
 - a) méně než 5 let
 - b) 6-10 let
 - c) 11-15 let
 - d) nad 16 let
3. Jaký je váš věk?
 - a) 18-25
 - b) 26-35
 - c) 36- 45
 - d) nad 46
4. Amputace je:
 - a) odstranění části končetiny
 - b) totální nebo subtotální oddělení periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu
 - c) přerušení končetiny
5. Exartikulace je:
 - a) odstranění části končetiny
 - b) odstranění části končetiny v kloubu
 - c) odstranění části orgánů
6. Mezi komplikace amputace nepatří:
 - a) gangréna
 - b) hematom
 - c) diabetická noha

7. Mezi zásady bandážování patří:
- a) stahovat do kónického tvaru
 - b) nestahovat, jen lehce obvázat
 - c) vůbec neobvazovat
8. Bandáž provádíme:
- a) cirkulárním způsobem
 - b) klasovým způsobem
 - c) osmičkovým způsobem
9. Obvaz má působit:
- a) větší tlak na konci pahýlu a menší tlak na horním konci.
 - b) menší tlak na konci pahýlu a větší tlak na horním konci
 - c) všude stejný tlak
10. Mezi pomůcky, které mají být připravené u lůžka nemocného ihned po amputaci patří: (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) tonometr
 - b) Esmarchovo škrtidlo
 - c) kompresivní obvaz
 - d) podložní mísa
 - e) močová láhev
 - f) náhradní lůžkoviny
11. Fantomová bolest je:
- a) bolest, která vznikne po operaci
 - b) bolest vycházející z chybějící končetiny
 - c) krátkodobá bolest, která rychle zmizí
12. Jaké metody používáte na tlumení bolesti u nemocného po amputaci? (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) předoperační infuze (epidurální podání)
 - b) TENS (transkutánní elektrická stimulace nervu)
 - c) chirurgické techniky
 - d) nervové blokády
 - e) farmakologická léčba
 - f) nefarmakologická léčba (např. biofeedback)
13. Pro nemocného po amputaci může sestra zajistit: (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) kontakt s psychologem po domluvě s lékařem
 - b) zajistit kontakt se stejně postiženými lidmi
 - c) zajistit kontakt s rodinou
 - d) sociální pomoc
 - e) jiné (vypište)

14. Nemocní po amputaci pociťují: (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) strach z veřejnosti
 - b) strach z ekonomické závislosti
 - c) strach z možných potíží v sexuálním životě
 - d) strach z reakcí ostatních lidí
 - e) strach z budoucnosti
 - f) jiné (vypište)
15. Rehabilitace u nemocného začíná:
- a) posilování zdravých částí těla
 - b) dechovým a kondičním cvičením
 - c) vertikalizací
16. Co je to ortopedická protetika?
- a) obor, který se zabývá výrobou protéz
 - b) obor, který se zabývá výzkumem protéz
 - c) obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz
17. Znáte sídlo nějakého centra ortopedické protetiky?
-
18. Máte dostatek informací o funkci a ovládání protézy?
- a) ano
 - b) ne
19. Máte na Vašem oddělení přístup k novým informacím o amputaci?
- a) ano
 - b) ne (uveďte důvod)
20. Získáváte na Vašem oddělení nové informace o péči po amputaci z : (můžete zaškrtnout více odpovědí)
- a) seminářů
 - b) odborných časopisů a knih
 - c) od ostatních sester
 - d) internetu
 - e) odborné programy na DVD, CD, VHS
 - f) jiným způsobem (napište jakým)
 - g) nezískávám

21. U nemocných se zaměřujete zejména na:

- a) fyzické potřeby
- b) psychologické
- c) sociální
- d) spirituální
- e) jiné

22. U fyzických potřeb se hlavně zaměřujete na:

- a) hygienu
- b) vyprazdňování
- c) stravování
- d) pohybové aktivity
- e) jiné

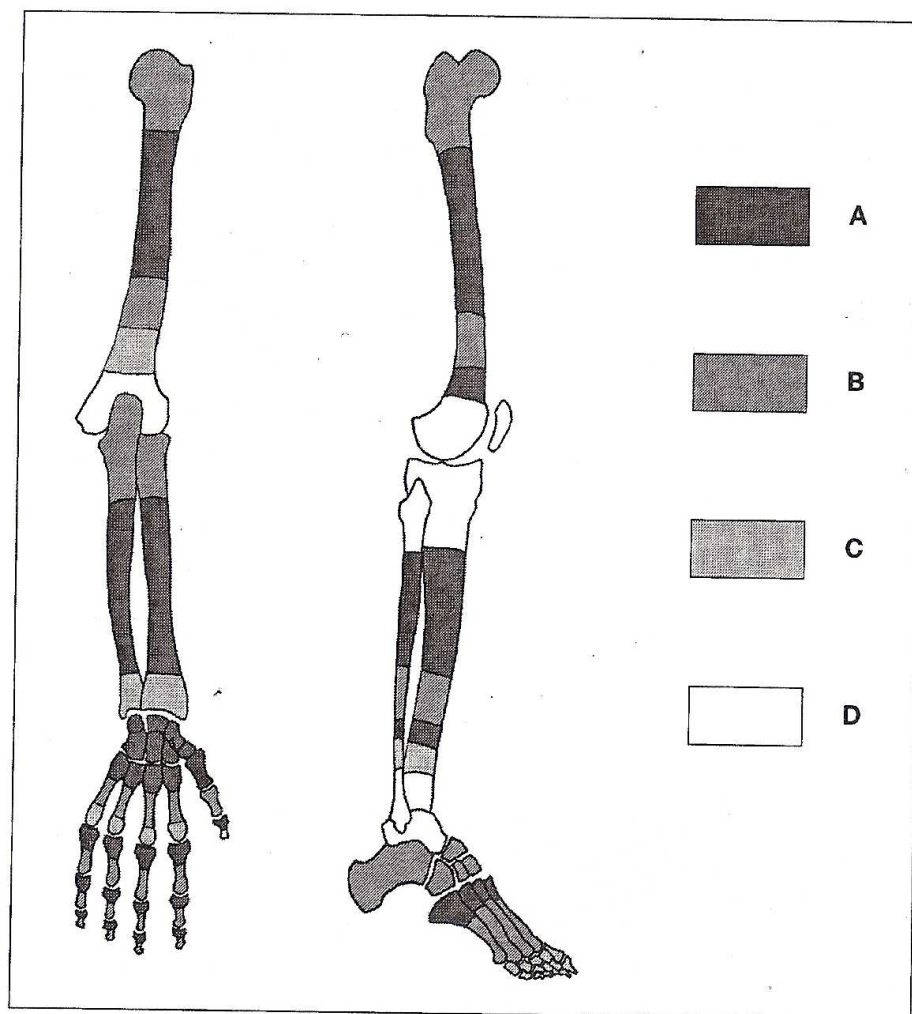
23. Při uspokojování fyzických potřeb u nemocného po amputaci?

- a) pečujete o pacienta sama
- b) aktivně zapojujete pacienta do péče
- c) snažíte se zapojit rodinu do péče

24. Postupujete při péči dle Maslowovy pyramidy potřeb?

- a) ano, snažím se splnit všechny potřeby (nižší i vyšší)
- b) ano, splním základní skupinu potřeb
- c) nevím

Příloha 2 Amputační schéma dle Zurt Vertha



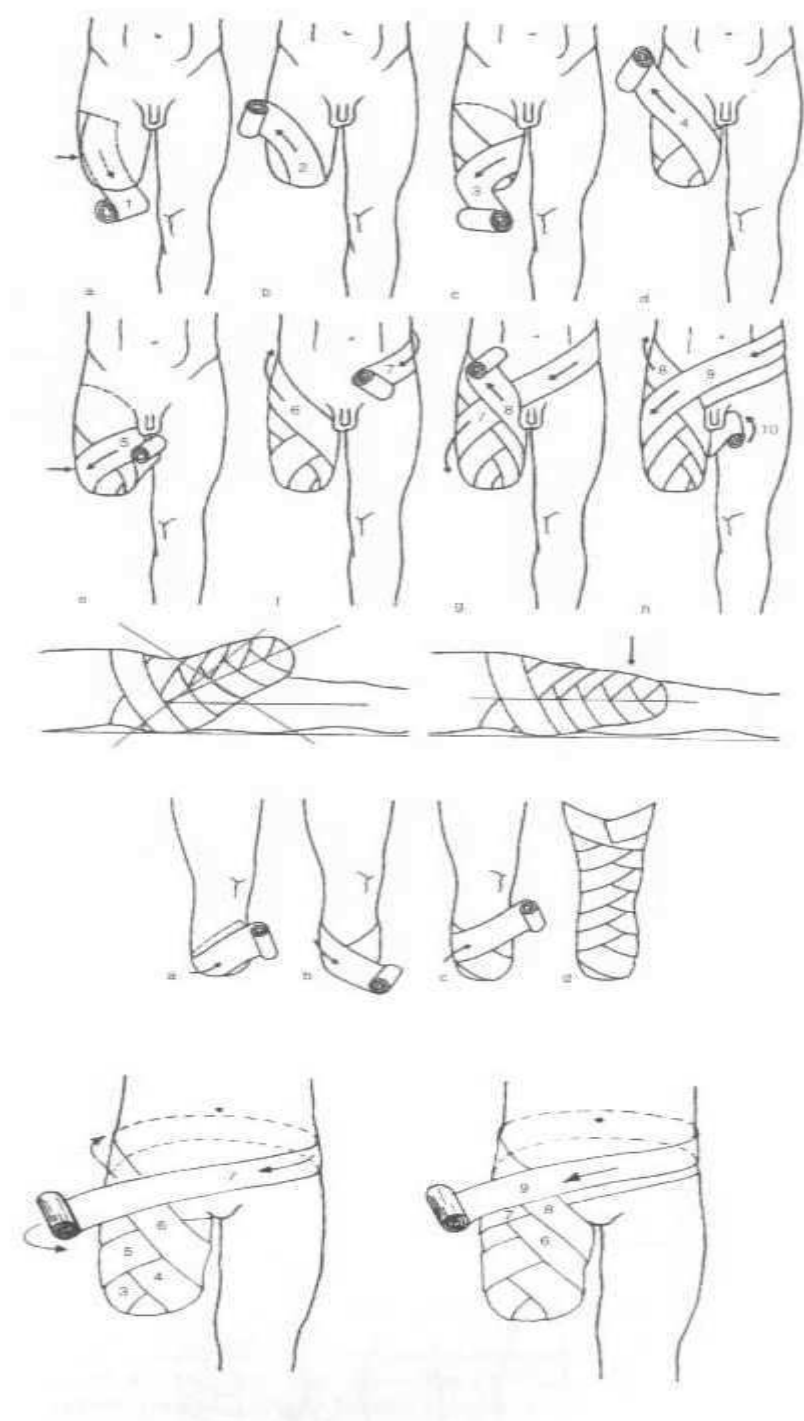
Obr. 9.35 Amputační schéma končetin podle Zur Vertha

A – důležité, B – relativně hodnotné, C – bezcenné, D – překážející části

Zdroj : ZEMAN, M. *Chirurgická propedeutika*. 2.přepřac. vyd. Praha:

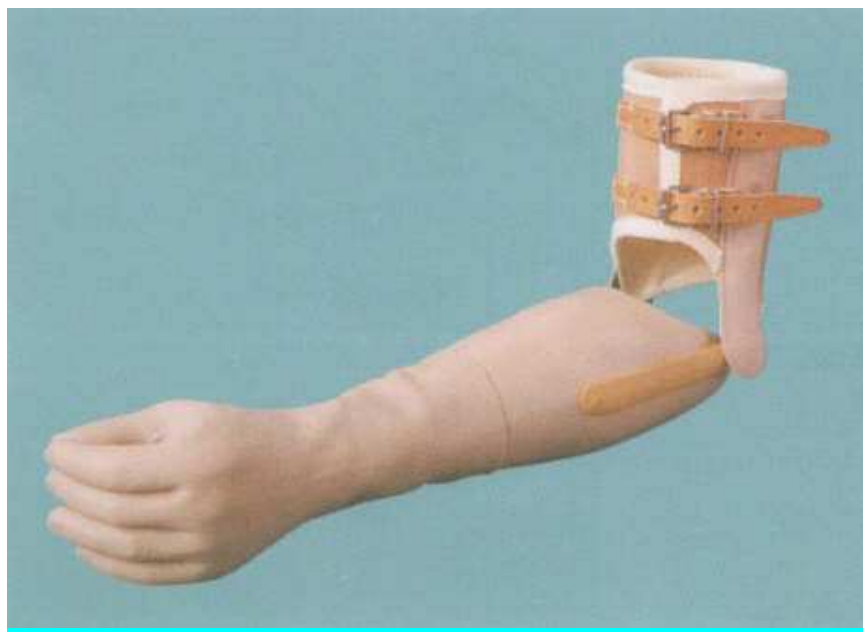
Grada, 2000. 524 s. ISBN 80-7169-705-2.

Příloha 3 Bandážování končetiny



Zdroj: Protetika [online],[cit. 2010-06-12]. Dostupné z:
<<http://www.maprotetika.cz/navod.html>>.

Příloha 4 Protézy horní končetiny





Zdroj : MS-protetika [online], [cit. 2010-03-18]. Dostupné z:

<http://www.ms-protetik.cz/view.php?cisloclanku=2006100004>.

ŽĎÁNSKÝ, J. Protézy horní končetiny [online], [cit. 2010-06-12].

Dostupné z: <http://www.ortoprotet-lbc.cz/prod02.htm>.

Příloha 5 Protézy dolní končetiny



Zdroj : MS-protetika [online], [cit. 2010-03-18].

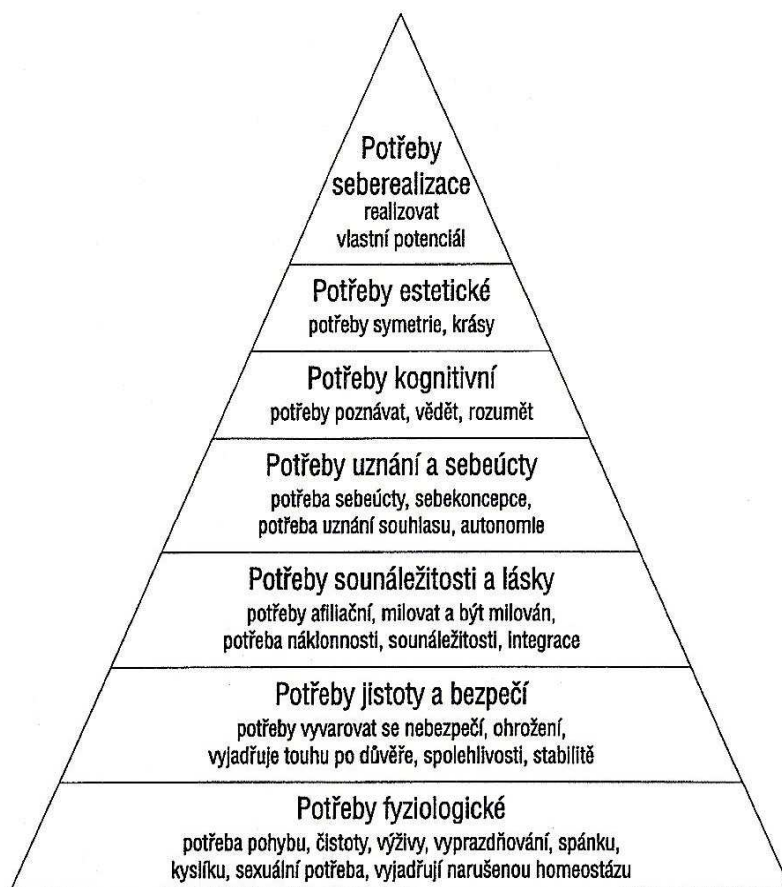
Dostupné z: <<http://www.ms-protetik.cz/view.php?cislocclanku=2006100004>>.



Zdroj: ŽDÁNSKÝ, J. Protézy horní končetiny [online], [cit. 2010-06-12].

Dostupné z: <<http://www.ortoprotet-lbc.cz/prod02.htm>>.

Příloha 6 Pyramida potřeb



Obr. č. 2: Maslowova hierarchie potřeb

Upraveno podle Atkinsonová, Atkinson, Smith, Bem: PSYCHOLOGIE. Praha, Victoria Publishing 1995

Zdroj: TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelství* . 1.vyd.

Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 185

s. ISBN 80-7013-324-4.

Příloha 7 Přihláška do CATHS

PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI DO ČATHS			
Příjmení:	Jméno:		
rodné číslo:	zdravotní pojišťovna:		
ADRESA: _____			
☐ sportovec ☐ nepostiž. sportovec ☐ cvičitel, trenér ☐ rozhodčí ☐ lékař, člen ☐ rodič, ostatní Třída: 			
Tel: _____ Registrován u T/ŠK: _____ Datum: _____			
Podpis člena (u mladších 15ti let podpis rodiče) _____			

Souhlasím s tím, aby ČATHS zpracovávala a evidovala mé osobní údaje poskytnuté jí v souvislosti s mým členstvím a činností. Dále souhlasím s tím, že ČATHS je oprávněna poskytovat mé osobní údaje do centrální evidence ČSTV, ČPV, UZPS ČR a mezinárodních sportovních organizací. Toto oprávnění vyplývá z technické organizačních důvodů (identifikace sportovce při soutěžích apod.). Údaje je ČATHS oprávněna zpracovávat a evidovat i po ukončení členství v ČATHS. Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o všech skutečnostech dle ustanovení §11 zák. č. 101/2000 Sb.

Zdroj: CATHS [online], [cit. 2010-06-12]. Dostupné z: <<http://www.caths.cz>>.

Příloha 8 Edukační materiál pro sestry – ortopedická protetika

Ortopedická protetika

- je to obor, který se zabývá výzkumem a výrobou protéz.
- protéza je technická pomůcka, která funkčně a kosmeticky nahrazuje chybějící končetinu
- jsou vyrobeny z lehkých, ale zároveň pevných a pružných slitin kovů (titan) a umělé hmoty (termoplast, laminát)
- složení protézy:
 - 1) pahýlové lůžko (objímka)
 - 2) nosná část protézy, která nahrazuje chybějící končetinu
 - 3) bandáž udržující protézu na pahýlu

Funkce protézy

- funkční rozdělení protéz horní končetiny
 - 1) kosmetické (estetické)
 - 2) aktivně ovládané - vlastní silou (tahem)
 - vnější silou (myoelektrické)
 - hybridní (kombinace myoelektrického a tahového řízení)
- funkční rozdělení protéz dolní končetiny
 - 1) nechodící
 - 2) pohyb v interiéru
 - 3) pohyb v exteriéru
 - 4) velmi aktivní uživatel (vrcholový sport)

Péče o protézu

- plastové materiály omýt pomocí vlhkého hadříku a mýdla
- kožená místa nechat dostatečně vysušit
- vnitřní mechanické části nikdy neomývat (nebezpečí koroze)

- molitanový kryt také nečistit (bude-li silně promočený, tak vodu vymačkat a nechat vysušit)
- při promoknutí chodidla vyzout botu a nechat vyschnout
- dávat velký pozor na protézu u otevřeného ohně (plastové části)
- pravidelně kontrolovat spoje a šrouby (při uvolnění kontaktovat protetika)
- kosmetickou punčochu měnit každý den, použité přeprat ve vlažné vodě se saponátem
- švy u kosmetické punčochy umisťovat vždy na venkovní stranu

Sídla protetických center:

- 1) Protetika Plzeň, Bolevecká 38 Plzeň, tel: 377 529 060-1
- 2) Centrum technické ortopedie, s.r.o. Riegrova 3 (Mariánské náměstí), 370 01 České Budějovice, telefon: 387 311 727-8
- 3) Ortopedická protetika Praha s.r.o., Kloknerova 1/1245, 148 00 Praha 4 – Chodov, budova MEDICENTRA

Zdroj: SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 1.vyd. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009. 62 s.
ISBN 978-80-254-3820-6.

KÁLAL, J. K současným problémům lokomoce amputovaných na dolní končetině [online]. [cit. 2010-05-20]. Dostupný z:
<<http://www.rehabilitacia.sk/images/rehabilitacia/casopis/sk/1REH2005.pdf>>.

Protézy [online],[cit. 2010-06-12]. Dostupné z:
<http://www.ottobock.cz/cps/rde/xchg/ob_cz_cs/hs.xsl/3170.html>