



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Ošetrovatelská péče u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Karolína Růžičková

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Podpis

Poděkování

V první řadě bych touto cestou chtěla velice poděkovat paní Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, její cenné rady, připomínky, věnovaný čas a podporu při zpracování práce. Velké poděkování patří také všem sestřám z agentur domácí péče, které byly ochotné se zúčastnit rozhovorů a poskytnout mi tak potřebné informace pro zpracování výzkumné části bakalářské práce.

Ošetrovatelská péče u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí

Abstrakt

Má bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí. Hlavním cílem práce bylo popsat poskytovanou ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí, dále zjistit spolupráci sester a rodinných příslušníků u těchto pacientů a jak sestry hodnotí soběstačnost u pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí. Aby došlo k naplnění uvedených cílů, zvolily jsme následující výzkumné otázky. Jakou ošetrovatelskou péči poskytují sestry pacientům po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí? Jak spolupracují sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí pacientům po amputaci dolní končetiny s jejich rodinnými příslušníky? Jakým způsobem hodnotí sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí pacientům po amputaci dolní končetiny jejich soběstačnost?

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvalitativního výzkumu, konkrétně formou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek byl složen z 10 respondentek. Vybranými respondentkami byly sestry z agentur domácí péče Jihočeského kraje pečující mimo jiné právě o pacienty po amputaci dolní končetiny. Na základě výzkumného šetření jsme zjistili, že ošetrovatelská péče poskytovaná v domácím prostředí amputovaného pacienta se téměř neliší od ošetrovatelské péče poskytované v nemocničním zařízení. Sestry se při péči zaměřují na velice obdobné činnosti jako jsou především převazy ran a bandážování pahýlu. Pro některé sestry pracující v domácí péči hraje důležitou roli při poskytování ošetrovatelské péče i psychická podpora pacienta. Zjištěné výsledky také poukázaly na to, že spolupráce sester a rodinných příslušníků je převážně efektivní. Rodina o svého amputovaného člena rodiny pečuje především v rámci osobní hygieny a stravování či mu poskytuje každodenní pomoc při chůzi a pohybu. Nejen v nemocničním, ale i v domácím prostředí sestry hodnotí soběstačnost amputovaných pacientů. Díky výzkumnému šetření jsme odhalili, že některé sestry hodnotí soběstačnost dle hodnotících škál, pro některé je zásadní mobilita amputovaného pacienta nebo zohledňují celkový stav pacienta.

Klíčová slova: amputace; dolní končetina; amputovaný pacient; domácí péče; agentura domácí péče; ošetrovatelská péče; spolupráce; soběstačnost

Nursing care for patients after amputation of the lower limbs in the home environment

Abstract

My bachelor thesis deals with nursing care in patients after amputation of lower limbs in the home environment. The main objective of the thesis was to describe the provided nursing care in patients after amputation of the lower limb in the home environment, to find out the cooperation of nurses and family members in these patients and how nurses evaluate self-sufficiency in patients after amputation of the lower limb in the home environment. In order to meet these goals, we have chosen the following research questions. What nursing care do nurses provide to patients after lower limb amputation in the home environment? How do nurses providing nursing care in a home environment to patients after lower limb amputation cooperate with their family members? How do nurses providing nursing care in the home environment evaluate patients after amputation of the lower limb their self-sufficiency?

The research was carried out using qualitative research, specifically in the form of a semi-structured interview. The research sample was consisted of 10 respondents. The selected respondents were nurses from home care agencies of the South Bohemian Region, caring, among other things, for patients after amputation of the lower limb. Based on a research investigation, we found that nursing care provided in the home environment of an amputated patient is almost no different from nursing care provided in a hospital facility. Nurses focus on very similar activities such as wound dressings and stump bandaging. For some nurses working in home care, psychological support for the patient also played an important role in the provision of nursing care. The results also showed that cooperation between nurses and family members is largely effective. The family took care of its amputated family member primarily as part of personal hygiene and eating or provides daily assistance with walking and movement. Not only in the hospital, but also in the home environment, nurses evaluated the self-sufficiency of amputated patients. Thanks to the research investigation, we have revealed that some nurses evaluate self-sufficiency according to evaluation scales, for some the mobility of the amputated patient is essential or they take into account the general condition of the patient.

Key words: amputation; lower limb; amputated patient; home care; home care agency; nursing care; cooperation; self-sufficiency

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Anatomie a fyziologie dolní končetiny	9
1.2 Amputace	10
1.2.1 Historický vývoj amputací.....	10
1.2.2 Druhy amputací.....	11
1.2.3 Příčiny a indikace k amputaci	12
1.2.4 Komplikace amputací	13
1.3 Ošetrovatelská péče u pacienta podstupujícího amputaci dolní končetiny	15
1.3.1 Předoperační a intraoperační období	15
1.3.2 Pooperační období	16
1.4 Domácí péče.....	17
1.4.1 Agentury domácí péče	20
1.5 Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí	21
1.5.1 Ortopedická protetika	22
1.5.2 Spolupráce sestry a rodiny při péči o pacienta po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí	23
1.5.3 Soběstačnost pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí	24
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	25
2.1 Cíl práce	25
2.2 Výzkumné otázky.....	25
3 Metodika	26
3.1 Použité metody.....	26
3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru	26

3.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku	27
4	Výsledky	28
4.1	Kategorizace rozhovorů s respondenty	28
5	Diskuse.....	42
6	Závěr	49
7	Seznam literatury	51
8	Seznam příloh a obrázků.....	56
9	Seznam zkratk	60

Úvod

Má bakalářská práce se zabývá tématem Ošetrovatelská péče u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí. Amputace znamená nevratné odstranění periferní části těla od celku s přerušением celistvosti kosti. Řadí se mezi nejstarší, historicky doložené výkony. Amputace mohou pomoci i ke změně zdravotního stavu pacienta, a proto je důležité mimo jiné dbát také na ošetrovatelskou péči v domácím prostředí. Těmto klientům zabezpečují potřebnou péči právě sestry pracující v domácí péči. Jedním z hlavních cílů nejen samotných pacientů, ale i ošetrojícího personálu je navrácení nezávislosti a soběstačnosti v běžných každodenních činnostech. V rámci základní ošetrovatelské péče po amputaci dolních končetin je rozvoj soběstačnosti pacienta nedílnou součástí kompletního ošetrovatelského procesu.

V teoretické části se nejprve zabývám anatomií a fyziologií dolní končetiny. V další kapitole popisují amputace, jejich historický vývoj, druhy, příčiny a komplikace. Dále se věnuji ošetrovatelské péči po amputaci dolní končetiny obecně a následně i ošetrovatelské péči konkrétně v domácím prostředí pacienta. Jedna kapitola je věnována také domácí péči jako takové. Empirická část bakalářské práce je zaměřena na poskytovanou ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí, dále na spolupráci sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domácím prostředí u pacientů po amputaci dolní končetiny a jejich rodinných příslušníků a v neposlední řadě na způsob hodnocení soběstačnosti u pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí.

Nejen že jsem se s amputovanými pacienty setkala během odborné praxe v nemocničním zařízení, ale takovou nemilou příležitostí jsem zažila i se členem své rodiny. Ošetrovatelská péče u rodinného příslušníka poté pokračovala i v domácím prostředí a tehdy jsem si nedokázala ani představit, jak vlastně taková péče o pacienta po amputaci dolní končetiny v domácnosti probíhá a co vše obnáší. Z tohoto důvodu jsem se zmíněné problematice chtěla věnovat ve své bakalářské práci. K vypracování empirické části mi velice pomohly vybrané sestry z agentur domácí péče, které mimo jiné pečují právě o pacienty po amputaci dolní končetiny.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie dolní končetiny

Dolní končetiny jsou přizpůsobeny k lokomoci, tedy k pohybu z místa na místo. Nesou hmotnost celého těla, proto jsou jejich kosti velice silné. Kostra dolní končetiny je spojena ke kostře trupu pletencem pánevním, který je tvořen dvěma kostmi pánevními. K pletenci je kyčelním kloubem připojena kostra volné končetiny (Machová, 2016). Kost pánevní (os coxae) se stává pevnou a celistvou kostí až v dospělosti. Je složena ze tří kostí – kosti kyčelní (os ilium), stydké (os pubis) a sedací (os ischii). Všechny tři kosti se setkávají v jamce kyčelního kloubu (acetabulum). Dělí je chrupavka, která se drží asi do 15. – 16. roku života a až po jejím úplném vymizení se teprve vytvoří celistvá pánevní kost (Čihák, 2011). Obě pánevní kosti spojuje vpředu mezi stydkými kostmi tzv. symfýza neboli spona stydká. Společně s křížovou kostí vytvářejí pánev (pelvis). Pánev mužská a ženská se od sebe patrně liší. U mužů je vyšší a užší. Ženy mají pánev rozložitější a otevřenější. Na pánvi rozlišujeme velkou a malou pánev. U ženy je v malé pánvi uložen močový měchýř, děloha, vaječníky a část pochvy (Machová, 2016; Grim, 2014).

Kostru volné končetiny tvoří kost stehenní (femur), kosti bérce, tj. kost holenní (tibia) a lýtková (fibula) a kosti nohy – zánártní (ossa tarsi), nártní (ossa metatarsi) a články prstů (phalanges). Kost stehenní je nejdelší a nejsilnější kostí těla. Na horním konci má kulovitou hlavici, která je krčkem připojena k tělu. Dolní část je zakončena dvěma mohutnými kloubními hrboly. Oba hrboly jsou spojeny hladkou plochou, na níž se nachází česka (patella) (Kachlík, 2018). Česka je součástí kolenního kloubu, díky němuž je možné ohnutí či natažení končetiny. Nacházejí se zde i dvě chrupavčité destičky (menisky), jejichž úkolem je vyrovnávat nepoměr v zakřivení styčných ploch. Na kost stehenní navazuje v kolenním kloubu kost holenní. Dolní část tibie vybíhá ve vnitřní kotník, který je zevnitř vyhloubený pro spojení s kostí hlezenní. Dolní část fibuly pak tvoří zevní kotník (Čihák, 2011; Grim, 2014). Zevní a vnitřní kotník vytvářejí vidlici hlezenního kloubu, ve kterém snadno dochází k distorzi (podvrknutí) nebo luxaci (vymknutí). Tímto kloubem je připojena kostra nohy. Zánártních kůstek je celkem sedm. Ve vnitřním paprsku se nachází kost hlezenní (talus), kost loďkovitá (os naviculare) a tři kosti klínovité. Vnější paprsek je tvořen kostí patní (calcaneus) a kostí krychlovou. Patní kost je největší zánártní kostí, která vybíhá na zadní straně v mohutný patní hrbol. K němu je upnuta silná šlacha trojhlavého svalu lýtkového (Achillova šlacha).

Kosti nártní jsou oproti kostem záprstním na ruce mohutnější, jinak mají téměř stejnou základní úpravu. Články prstů na noze se téměř shodují s články prstů ruky (Machová, 2016).

1.2 Amputace

Amputace je odstranění periferní části těla od celku s přerušením celistvosti kosti vedoucí k funkční či kosmetické změně. Ve většině případů se k tomuto výkonu přistupuje až jako k poslední možné záchráně. Amputace může pomoci ke změně zdravotního stavu pacienta (Janíková, 2013). Periferní část těla může být odstraněna také přímo v místě kloubu. Tento výkon se nazývá exartikulace. Vždy se ale jedná o rekonstrukční výkony, které se provádějí za účelem eliminovat onemocnění či poruchu funkce a následně navrátit schopnost pohybu nebo alespoň částečnou funkci (Dungl, 2014).

Mročková (2011) ve svém článku uvádí, že amputace spočívá v odstranění periferní části těla s porušením skeletu a o její výšce rozhoduje stav tkání, kožní kryt, svaly či cévní zásobení. Půlpán (2011) charakterizuje amputaci jako odstranění distální části některé z periferních částí lidského těla. Nejčastěji se amputace rozděluje dle lokalizace, konkrétně tedy na amputace v oblasti nohy, transtibiální amputace, často prováděné exartikulace v kolenním kloubu, transfemorální amputace, exartikulace v kyčelním kloubu a méně časté hemipelvectomie, které tedy zasahují až nad oblast pánve. Pokud je indikována transtibiální amputace neboli amputace v oblasti bérce, je kladen důraz na dostatečnou délku pahýlu. Blízká vzdálenost kloubu totiž představuje kritickou oblast pro následné technické vybavení. Transfemorální (stehenní) amputace se provádějí zejména u pacientů s diabetem mellitem (dále jako DM) a cévní chorobou. V článku od Farda et al. (2020) je uvedeno, že amputace dolních končetin jsou z více než 90 % následkem onemocnění DM a primárních onemocnění periferních tepen, z tohoto důvodu pak mohou být označovány jako tzv. amputace dysvaskulární.

1.2.1 Historický vývoj amputací

Amputace se řadí mezi nejstarší, historicky doložené výkony. První zmínky o tomto výkonu jsou zaznamenány již z doby 5000 let před Kristem. Největšího pokroku v technice při provádění amputací se dosáhlo v období válek. Amputace se neprováděly pouze z léčebného důvodu, ale často také z důvodu rituálního či trestního, kdy v tomto případě měly např. znemožnit útěk (Dungl, 2014).

Roubal v knize Hájka (2015) zmiňuje, že více než 70 % obětí jakéhokoli válečného konfliktu mělo poranění právě končetin, i přesto se ale počet amputací od druhé světové války poměrně výrazně snížil, a to ze 40 % na 10 %. Ztráta končetiny u většiny pacientů byla zapříčiněna jednak tedy válečným zraněním, anebo pak musela být amputace provedena při prvním chirurgickém ošetření. Bohužel ale mnoho pacientů s amputovanou končetinou následně zemřelo na vykrvácení. Nejčastějším výkonem byly gilotinové amputace bez anestezie, které se vždy prováděly otevřeně, pouhým přetětím končetiny a krvácení se zastavovalo zaškrcením pahýlu nebo ponořením do horkého oleje. V 19. století pak byly poprvé publikované moderní lalokové amputace s podvázáním cév a následným vytvořením měkkého krytu pahýlu muskulokutánními laloky. Obě techniky se využívají dodnes.

V článku od Uhlíře (2019) je uvedeno, že zásluhou především Dominiquea-Jeana Larreyho, šéf chirurga císařské gardy a zakladatele akutní medicíny, došlo v témže století k mnoha inovacím ve vojenském zdravotnictví. Jednou z nich bylo např. zavedení tzv. létacích ambulancí, tedy speciálních dopravních prostředků s osádkou postupujících za válečnými jednotkami. Jejichž hlavním cílem bylo poskytnout první pomoc raněných ještě před tím, než byli dopraveni na polní obvaziště. V tomto článku je také uvedeno, že konkrétně sám Larrey provedl amputaci DK za jednu minutu a ke stejnému zákroku pak vedl i své podřízené.

1.2.2 Druhy amputací

Jak jsem již uvedla výše, amputace lze rozdělit do dvou skupin, a to na gilotinové (cirkulární) a lalokové. Oba typy lze provést buď otevřeně nebo uzavřeně. Pokud rána není po amputaci primárně uzavřena a ke tvorbě kvalitního pahýlu je potřeba ještě další operace, odstranění bylo provedeno otevřenou technikou. Tato technika je indikována pouze v případech, u kterých se rána sekundárně uzavře bez rizikového a komplikovaného hojení, např. u těžkého zhmoždění dané končetiny či při kontaminaci měkkých tkání (Dungl, 2014). Při gilotinové amputaci je nejprve cirkulárně přerušena kůže, po její retrakci (stažení) dochází v téže úrovni k přerušení svalů, zároveň k podvázání cév a ošetření nervů a teprve po retrakci svalů je přerušen skelet. Před uzavřením rány se provede kontrola a případná úprava pahýlu (Hájek, 2015).

Laloková amputace je platný a standardní operační výkon. V současné době se doporučuje technika obrácených laloků, kdy se nejprve založí delší, buď symetrické nebo i atypické laloky, následně jsou přetaženy přes skelet a sešity k sobě přeloženou plochou. Na vlastní pahýl je poté aplikován mastný tyl a náplast'ová kožní trakce. Pokud po uvolnění laloků, nejméně 2 týdny od výkonu, došlo k vytvoření granulační tkáně, je možná primární sutura rány (Dungl, 2014; Gallo, 2011). Před každou lalokovou amputací se musí naplánovat, kde budou laloky umístěny. Veškerá patologická tkáň musí být vyjmuta a laloky tak musí dostatečně pokrýt skelet, aby se pahýl modeloval do kónického tvaru. Zároveň je také potřeba zachovat motoriku pahýlu. Toho lze docílit, pokud je provedena myoplastika (spojením určité skupiny svalů s jejich antagonisty, nejčastěji flexory s extenzory) nebo myodéza (vytvoření nového svalového úponu) (Dungl, 2014). Amputační jizva se zpravidla umístí mimo nášlapnou plochu pahýlu. Mohlo by dojít například k jejímu roztržení. Kostní pahýl je následně překryt připraveným periostálním lalokem, aby byl dostatečně vyživován. Speciální péče by pak měla být věnována ošetření nervových pahýlů, čímž lze předejít případným obtížím (Gallo, 2011).

1.2.3 Příčiny a indikace k amputaci

I přesto, že se v podstatě jedná pouze o rekonstrukční výkon, pacient ztratí část kontinuity vlastního organismu. Pro snížení rizika vlastní operace je tedy důležité, aby byl pacient před výkonem v co nejlepším nutričním stavu (Dungl, 2014). Amputace může být indikována z různých příčin. Mezi nejčastější příčiny patří porucha prokrvení dolních končetin, tedy ischemická choroba DK a diabetická noha. Zbývající část těla je tak velmi zatěžována a tyto stavy mohou vést až k ohrožení života (Janíková, 2013). Dále může být amputace indikována z důvodu traumatu. Dříve patřil úraz mezi časté indikace. Traumatická amputace může být následkem nejen nehod motorových vozidel, ale také např. elektrických, chemických či tepelných popálenin (The rehabilitation of individuals with lower limb amputation work group, 2017).

V dnešní době je ale převážně využíváno možností mikrochirurgie či chirurgie cévní, z tohoto důvodu tedy k amputaci ani nemusí dojít. Amputace se provádějí v případě dlouhodobé lokální infekce nebo naopak při akutní sepsi, tedy v život ohrožujícím stavu. Další možnou indikací je nekróza, způsobená mimo jiné také fyzikálními vlivy, popáleninami, omrzlinami či po poranění elektrickým proudem (Roubal, 2015).

Nejčastějším důvodem pro amputaci u pokročilých nebo opakovaně se vyskytujících zhoubných chorobných stavů jsou tumory. V neposlední řadě je možné amputaci indikovat také z důvodu afunkce nebo např. při defektu měkkých tkání. Existuje ale absolutní indikace k amputaci a tou je otevřená zlomenina tibie, při které se kompletně přeruší tibiální nerv nebo dojde k rozdrčení měkkých tkání a vzniklá ischemie bude přetrvávat déle než 6 hodin (Dungl, 2014).

V rámci snahy omezit subjektivní faktory týkající se rozhodování o indikaci k amputaci byly vytvořeny bodovací systémy a různá schémata, které slouží k posouzení možné záchrany končetiny. Za nejužitečnější schéma je považováno tzv. MESS skóre (Mangled extremity severity score), které hodnotí rozsah rozdrčení končetiny, a to dle úrazové energie, tlakové stability, ischemického postižení a věku pacienta (viz příloha 1). Amputace je zde konečným řešením tehdy, pokud pacient dosáhne skóre 7 a více bodů. Pokud dosáhne 6 bodů a méně, předpokládá se, že bude končetina zachráněna. Faktem je, že klinická zkušenost a perioperační nález stále převládá nad veškerými bodovými systémy. I tak ale může taková amputace zachránit mnoha životů, obzvláště starších pacientů a pacientů s multiorgánovým postižením. Jiné, časově náročnější výkony pak mohou zapříčinit např. celkové selhání organismu (Dungl, 2014; Hájek, 2015).

1.2.4 Komplikace amputací

Komplikace po amputaci lze obecně rozdělit do dvou skupin, a to na lokální a celkové. Mezi lokální komplikace se řadí hematomy neboli krevní výrony, které mohou způsobit také infekci, a proto jim nejlépe předejdeme správnou drenáží rány. Dále může dojít k tzv. dehiscenci, tj. rozpadu rány. Tato komplikace pak vyžaduje revizi, popřípadě odstranění nekrotické tkáně, drenáž a znovu sešití rány (Tobolková, 2014). Velmi nepříjemnou lokální komplikací bývá gangréna pahýlu, kdy došlo k totálnímu odumření a následným změnám tkáně a končetinu je tak nezbytné reamputovat proximálněji, tedy ještě blíže k trupu. S touto komplikací může souviset i další, kterou je kožní nekróza. V případě jejího vzniku není zásah tak akutní a do půl centimetru se ponechává ke granulaci. Časným pooperačním polohováním a cvičením pahýlu lze předejít další komplikaci – kloubní kontraktuře pahýlu. V neposlední řadě je důležité zmínit také otok, který nejčastěji vzniká chybnou obvazovou technikou, a proto je zapotřebí dbát na správné bandážování pahýlu již na operačním sále (Dungl, 2014).

Za celkové komplikace se považují především komplikace psychologické. Člověk je individuum, a proto se každý se ztrátou končetiny vyrovnává jiným způsobem. Tato nešťastná situace tak může výrazně ovlivnit život nemocného. Vhodným řešením je v tomto případě návštěva psychologa (Janíková, 2013). Každý ošetřující lékař by měl pacienta co nejreálněji seznámit s možností následného využití protetického vybavení (Dungl, 2014). V rámci celkových komplikací nelze opomenout morbiditu (nemocnost) a mortalitu (úmrtnost). Vysoká míra morbidity či mortality je často způsobena polytraumaty, proto je nezbytné dbát zejména na včasnou indikaci, správnou chirurgickou techniku, možnost kvalitního ošetření či potřebnou antibiotickou léčbu (Tobolková, 2014).

Neojedinělou komplikací, charakteristickou pro pacienty po amputaci končetiny jsou fantomové obtíže. Fantomové pocity se po amputaci vyskytují velice často, jsou tak převážně považovány za běžný stav (Dungl, 2014). Pacient má pocit přítomnosti amputované části těla. Může pociťovat např. teplo, chlad, dotyk. Dále pak komplexní pocity jako je délka a objem končetiny nebo také pocity pohybu končetiny (Post Acute Medical Health, © 2021). Fantomovou bolest pacient popisuje jako bolestivý vjem na amputované části končetiny. Většinou se objevuje po prvním týdnu od operace. Bolest je charakterizována pálením, štípáním, někdy až křečemi či svíráním. Končetina může být vnímána jako nepřírozená nebo překroucená (Tobolková, 2014).

Fantomovou bolest je možné vnímat až po dobu 2 let, dokud nedojde k úplnému vymizení. Tento typ bolesti se obvykle neléčí, ovšem existuje poměrně úspěšný způsob, jakým lze fantomovou bolest alespoň snížit, tzv. terapie odklonu. Tato terapie spočívá v tom, kdy se snažíme odvést pacientovu mysl od bolesti a zaměřit jeho pozornost na něco pozitivnějšího, jemu příjemného, např. obyčejný dotyk, protažení či masáž zbytkové končetiny (Managing Pain, © 2021). Amreet (2018) v článku zmiňuje mimo této ještě další účinnou terapii fantomových bolestí, kterou je terapie adjuvantní. Adjuvantní terapie zahrnuje transkutánní nervovou stimulaci (TENS), zrcadlovou terapii, biofeedback, elektrokonvulzivní terapii či akupunkturu.

1.3 Ošetrovatelská péče u pacienta podstupujícího amputaci dolní končetiny

1.3.1 Předoperační a intraoperační období

Amputace bývá pro většinu pacientů stresujícím výkonem, který s sebou přináší mnoho důsledků ovlivňujících následný život a zajisté zasáhne i jejich psychický stav. Proto je v první řadě velice důležité tento výkon pečlivě zvážit a poskytnout dostatek času a podpory při rozhodování. V této situaci je důležité posoudit mimo jiné také rodinné zázemí nemocného či technické vybavení bydlení, které bude možná muset projít určitou přeměnou a přizpůsobit se tak pacientovým možnostem (Janíková, 2013).

Amputační výkon je převážně výkonem plánovaným, a proto se provádí standardní předoperační příprava s posouzením přidruženého onemocnění, diabetu a jeho případným komplikacím. Pacient je tedy přijat na kliniku či oddělení cévní chirurgie a jsou zkontrolována veškerá screeningová a případná speciální vyšetření odvíjející se od individuálního stavu každého pacienta (Libová, 2019). U pacientů s diabetem je cílem předoperační přípravy především snížit riziko perioperačních komplikací, kterými jsou tyto pacienti ohroženi poměrně častěji v souvislosti s povahou onemocnění. Proto je zde vhodná těsná spolupráce diabetologa a ostatních odborníků multidisciplinárního týmu, aby byla zajištěna co nejvhodnější kompenzace diabetu. Jelikož je DM II. typu často doprovázen hypertenzí, provádí se také kardiologické vyšetření včetně pravidelného měření EKG a monitorování vitálních funkcí. Je důležité věnovat pozornost i jaterním a renálním funkcím (Janíková, 2013).

Nedílnou součástí celkové předoperační přípravy každého pacienta by měl být nácvik sebeobsluhy a chůze o berlích, popř. jízdy na invalidním vozíku. V rámci rehabilitace pak kondiční cvičení zaměřené konkrétně na posílení svalů druhé dolní končetiny, horních končetin, cviky podporující rovnováhu a obratnost či dechová gymnastika (Janíková, 2013). Následuje spolupráce anesteziologa s operátorem, kteří na základě operačního výkonu a celkového stavu pacienta stanoví vyhovující techniku anestezie a vhodnou premedikaci. Krátkodobá příprava je obdobná jako u ostatních operací (zajištění periferního žilního vstupu, zavedení permanentního močového katétru, aplikace farmakoterapie a ATB profylaxe apod.), pouze s výjimkou pravidelné kontroly laboratorních hodnot glykemie (Libová, 2019). Bezprostřední příprava před operací zahrnuje přípravu operačního pole včetně označení strany a výšky amputace, aplikace premedikace ordinované anesteziologem a záznam jejího podání.

V neposlední řadě by měla být provedena celková kontrola zdravotnické dokumentace – kontrola výsledků z průběžných vyšetření, podepsaného informovaného souhlasu či kontrola identifikace pacienta. Předoperační příprava je ukončena bezpečným transportem pacienta na operační sál s příslušnou dokumentací (Janíková, 2013).

Následuje intraoperační období, jinými slovy období bezprostředně před operací, samotné operace a bezprostředně po ní. Zde přebírá veškerou péči operační tým. Amputace se zpravidla provádějí v poloze na zádech, a to buď v celkové nebo svodné anestezii. Po samotné operaci se pacient překládá na příslušné oddělení a zde začíná období pooperační (Janíková, 2013).

1.3.2 Pooperační období

Pacienti po amputaci se nejčastěji překládají na jednotku intenzivní péče (JIP), v případě možných komplikací po tomto výkonu také na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO). Pokud byla provedena např. amputace prstu pouze v lokální anestezii, je možný návrat na standardní ošetrovatelskou jednotku. Nejvíce však záleží na pooperačním stavu pacienta. Po překládání se pacient ukládá do polohy na záda, pahýl zůstává bez podložení s možnou zátěží sáčku s pískem a poté je nezbytné zahájit včasnou monitoraci základních fyziologických funkcí (TK, P, D, TT, saturaci kyslíku, stav vědomí) (Libová, 2019).

Dalším důležitým faktorem, který sestra sleduje, je bolest, a to především její lokalizace, charakter a intenzita. Zprvu je tlumena předchozími anestetiky, jejichž účinky ale postupně odeznívají, a tak se mohou aplikovat léky na tlášení bolesti dle ordinace lékaře. V souvislosti s bolestí nelze opomenout ani bolesti fantomové, které se po amputačním výkonu vyskytují velice často. Do té doby, než je obnoven perorální příjem potravy je pacientovi podávána infuzní terapie a příslušná dieta (Janíková, 2013). Po operaci je také podstatné sledovat laboratorní hodnoty glykemie, nejméně čtyřikrát denně, dále krevní obraz, v rámci biochemického vyšetření jaterní a renální funkce nebo příjem a výdej tekutin. Zpočátku by sestra měla každé dvě hodiny zkontrolovat funkčnost odsávajícího drénu, prosakování krycích vrstev rány a bandáž pahýlu. Dvakrát za den se u pacienta zaznamenává barva kůže, celkový vzhled, mravenčení prstů a periferní pulzování (Libová, 2019).

V rámci pooperační péče po amputaci je žádoucí, aby byla realizována časná mobilizace nemocného, nejlépe již první nebo druhý den po výkonu, kdy se postupuje od zvládnutí samoobslužných činností na lůžku, pasivního cvičení pahýlu, přes nácvik sedu, přesunu na invalidní vozík až po trénování stoje a následně i chůze o berlích. To vše se samozřejmě uskutečňuje za pomoci fyzioterapeuta či rehabilitační sestry. Tyto aktivity zcela jistě vyžadují dostatek času, trpělivosti, podpory a klidnou atmosféru. Smířit se se ztrátou končetiny je v mnoha případech poněkud náročné, a proto je správné vycházet z aktuálního stavu a potřeb nemocného a poskytnout tak individuální přístup dle stupně jeho soběstačnosti (Janíková, 2013; Tobolková, 2014).

Teprve tehdy, je-li pacient alespoň částečně schopen základní sebekpéče a amputační rána je zcela zhojená, je možný překlad na oddělení rehabilitační či úplné propuštění do domácího ošetřování. Před propuštěním by měly pacienta navštívit ještě dvě důležité osoby, kterými jsou protetik a sociální pracovník (Janíková, 2013). Úkolem protetika je v této chvíli obstarat zhotovení co nejpřesnější protetické pomůcky dle tvaru, délky, obvodu a jizvy pahýlu (Půlpán, 2011). Sociální pracovník pak může pacientovi poskytnout informace o možnosti využití zdravotnických služeb jako je lázeňská péče, následná domácí péče či nárok na finanční podporu v rámci hmotného zabezpečení (Janíková, 2013). Nejen sám pacient, ale i jeho rodina či jiná ošetřující osoba, by měli být před propuštěním řádně edukováni o následné péči o pahýl a zbylou DK, zavedené farmakologické terapii a nutnosti pravidelných kontrol u praktického lékaře a v cévní ambulanci. Během edukace by sestra neměla opomenout ani zásadní informaci o možné změně psychického stavu nemocného v souvislosti s povahou onemocnění (Libová, 2019).

1.4 Domácí péče

„Zkušenosti s domácím pečováním má málokdo. Jen málokdo z nás se doma účastnil dennodenní péče o někoho z rodiny. Kdo to zažil, ušel již důležitý kus cesty. Zkušenost se nahradit nedá, ale můžete se poučit ze zkušenosti jiných.“ (Pochmanová, 2018, s. 12).

Tuto část z publikace od Pochmanové (2018) jsem zvolila na úvod do této kapitoly proto, jelikož krásně vystihuje, kde se tento druh péče odehrává a že ne každý má s jejím poskytováním vlastní zkušenost. Také z názvu již vyplývá, že se jedná o péči poskytovanou především v domácím prostředí nemocného.

Dle Koncepce domácí péče vydané Ministerstvem zdravotnictví (2020) ji lze definovat jako nezastupitelnou, vysoce kvalifikovanou odbornou formu zdravotní péče, jejímž cílem je především prevence, udržení, podpora a navrácení zdraví jednotlivců žijících ve vlastním sociálním prostředí.

Kožuchová (2014) definuje ve své publikaci domácí péči jako péči poskytovanou pacientovi v domácím prostředí profesionálními organizacemi, které obsahují dvě disciplíny – domácí ošetřování (Home nursing) a domácí pomoc (Home help). Domácím ošetřováním se podle ní rozumí rehabilitační, podpůrná, preventivní a technická ošetřovatelská péče využívající se při ošetřování a vyžadující přiměřené vzdělání a praxi. Domácí pomoc je součástí sociálních služeb, které zahrnují např. nakupování, úklid, socializaci, pomoc při osobní hygieně či při administrativních pracích.

Dle Kalvacha (2012) je domácí péče (anglicky Home care) nelékařská, převážně ošetřovatelská a rehabilitační zdravotní péče, poskytovaná na základě doporučení od registrujícího praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost či ošetřujícího lékaře při propuštění z nemocničního zařízení. Pokud ošetřující lékař rozhodne o potřebnosti DP na základě posouzení celkového zdravotního stavu a sociální zázemí pacienta, pak na ni má nárok každý občan ČR, a to bez rozdílu věku, pohlaví či diagnózy. V zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, se domácí péčí rozumí zdravotní péče ošetřovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Za takové prostředí se dle zákona považuje domov pacienta nebo prostředí, které domov nahrazuje – zařízení sociálních služeb, zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, školská zařízení pro výkon ústavní či ochranné výchovy nebo také věznice pro výkon vazby, výkon trestu odnětí svobody, aj. Domácí ošetřovatelská péče je ambulantní forma zdravotní péče zaměřující se na poskytování multidisciplinární péče pacientům, jejichž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizaci v ústavním zdravotnickém zařízení (Kožuchová, 2019). Dle Geneta et al. (2012) může být domácí péče obecně chápána jako jakákoli péče poskytovaná za něčími dveřmi, tedy jako péče umožňující lidem zůstat ve svém domácím prostředí. „*Domácí zdravotní péče je zdravotní služba vykonávaná zdravotní sestrou v domácím prostředí. Pokud je to možné, je dobré potřebu domácí péče předvídat a plánovat, zejména pokud má být poskytována v malém městě, vesnici či na samotě.*“ (Slavíková et al., 2020, s. 39).

Hamplová (2019) uvádí, že domácí péče patří od roku 1990 do moderního systému zdravotní a sociální péče v ČR a jejím hlavním posláním je zajištění takového rozsahu a kvality potřebné zdravotní péče v domácím prostředí, aby docházelo k hospitalizaci pouze tehdy, je-li to nezbytně nutné. DP je zaměřena především na rozvoj soběstačnosti a snižování utrpení člověka s nevyléčitelným onemocněním. Navazuje většinou na zdravotní péči poskytovanou jinými zdravotnickými zařízeními. Z toho vyplývá, že díky ní je tak možné zkrácení hospitalizace pacienta ve zdravotnických zařízeních. DP je indikována zejména takovým pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou, následnou či paliativní péči. Péče se odvíjí od potřeb každého pacienta, proto je zcela individuální. Základem DP je fungující multidisciplinární tým nejen lékařů, ale i nelékařských zdravotnických pracovníků, jejichž role jsou zde nezastupitelné. Neodmyslitelnou roli v tomto týmu hrají také blízcí rodinní příslušníci, kteří pacientovi poskytují mimo jiné i péči sociální (Plevová, 2018; Koncepce domácí péče, 2020). „*Zdravotní ošetrovatelská péče, kterou poskytují sestry či další zdravotníci v domácím prostředí pacienta, patří do péče hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného zdravotního pojištění. Může se jednat o krátkodobou i dlouhodobou péči o seniory, dlouhodobě nemocné, osoby se zdravotním postižením, umírající či pacienty vyžadující péči navazující na hospitalizaci.*“ (Já praktik, 2020).

Nejen Slámová et al. (2018), ale i Hamplová (2019) říká, že poskytování služeb DP je plně financováno z veřejného zdravotního pojištění, kdy se jedná zpravidla o zdravotní péči v rozsahu maximálně tří jednohodinových návštěv za den. Tento fakt ovšem platí pouze tehdy, pokud je pacient pojištěn a příslušná zdravotní pojišťovna má uzavřenou smlouvu se zařízením poskytujícím domácí péči. V případě, že pacient pojištěn není, jsou u něj prováděny výkony nehrazené zdravotním pojištěním či on sám vědomě a záměrně zvolil nesmluvní zařízení, pak je veškerá péče poskytována za přímou úhradu od pacienta. Na financování péče se mohou podílet také různé sponzorské dary, dotace, prostředky nadací, grantů apod. (Kalvach, 2012). V Koncepci domácí péče (2020) jsou uvedené základní principy DP. Každý z nich vychází z filozofie domácí péče a je nezbytné je při poskytování péče vždy respektovat. Mezi základní principy patří bezpochyby holistický přístup, dále podpora soběstačnosti a autonomie pacienta, komunitní přístup, multidisciplinarita, aj. Historický vznik DP se uvádí v období druhé světové války ve Velké Británii a za její hlavní průkopnici je považována geriatrička M. Warrenová (Kalvach, 2012).

Naopak v článku paní doktorky Grycové (2015) je uvedeno, že první zmínky o moderním konceptu domácí péče jsou spojovány se jménem W. Rathbone VI, liverpoolský politik, mecenáš a filantrop, který nejenže stál u zrodu konceptu moderního ošetrovatelství, ale v roce 1862 se také podílel na založení školy pro ošetrovatelky v domácím prostředí v Liverpoolu. Domácí péče hraje v rámci zdravotní péče velice podstatnou roli. Přáním mnoha nemocných je právě dožít v jejich domácím prostředí. Ne vždy by to ale bez návštěv zdravotnického personálu bylo reálné (Asociace domácí péče ČR, 2018).

„I když máte málo času, cítíte se být pod tlakem a mnohdy si říkáte, že dříve to bylo všechno lepší, přinášíte světlo do domovů všech svých pacientů.“ (Messer, 2016, s. 8).

1.4.1 Agentury domácí péče

Agentury domácí péče jsou součástí zdravotnických zařízení ambulantní zdravotnické péče poskytujících zdravotní péči takové osobě, jejíž zdravotní stav nevyžaduje nepřetržitou péči delší než 24 hodin (Vyhláška MZ SR č. 770/2004 Z. z., § 1). Ve vyhlášce je také uvedeno, že agentury poskytují komplexní domácí péči mimo jiné i osobám odmítajícím ústavní zdravotní péči. Agentury jsou tedy poskytovateli zdravotnických a ošetrovatelských výkonů v domácím prostředí nemocného (Pochmanová, 2018). V rámci ošetrovatelské péče není poskytována péče pouze pacientům v terminálním stádiu, ale jedná se např. i o diabetické pacienty, pacienty po hospitalizaci či špatně pohyblivé pacienty vyžadující rehabilitaci apod. (Asociace domácí péče ČR, 2018). V agenturách domácí péče (dále jako ADP) by měl být zaměstnaný kvalifikovaný personál, který tuto koordinovanou činnost provádí v požadovaném rozsahu, přičemž každý zdravotnický pracovník ADP musí dodržovat podmínky pro výkon zdravotnického povolání dle Zákona č. 578/2004 Z. z. (§ 31). Těmito podmínkami jsou především způsobilost na právní úkony v celém rozsahu, dále zdravotní a odborná způsobilost, bezúhonnost a důvěryhodnost (Kožuchová, 2014).

Pochmanová (2018) ve své publikaci pouze zmiňuje, že ošetrovatelskou péči v ADP poskytují zdravotní sestry, oproti Kožuchové (2014), která popisuje personální vybavení mnohem podrobněji. Usiluje se o poskytování co nejkvalitnější a nejefektivnější ošetrovatelské péče v domácím prostředí, a proto mezi zdravotníky pracující v agenturách řadí na první místo zdravotní sestru se specializací v oboru ošetrovatelská péče v komunitě nebo v příslušném oboru spojeném s ošetrovatelskou péčí, ochranou, podporou a udržováním zdraví.

Dále porodní asistentku, která získala odbornou způsobilost na výkon odborných pracovních činností a tyto činnosti vykonává samostatně. V rámci domácí péče může být poskytována také fyzioterapie, kterou zde realizuje fyzioterapeut. Zaměřuje se konkrétně na udržení, podporu a obnovu maximální funkční zdatnosti. Nelze opomenout spolupráci s administrativními pracovníky, kteří zde zodpovídají za práci související s ekonomikou, účetnictvím, výkaznictvím a administrativou. Zdravotnický personál pracující v ADP se tak setkává nejen s pacienty, ale i s jejich rodinnými příslušníky. Proto by součástí domácí ošetrovatelské péče měla být i edukace, zaměřená nejen na pacienta samotného, ale i na jeho příbuzné či opatrovníky. Základní cíl edukace v domácí ošetrovatelské péči tvoří zpracování a realizace efektivních edukačních intervencí a následné posouzení jejich dopadu na zdravotní stav pacienta nebo rodinných příslušníků. Je zaměřena především na získání vědomostí, zručností a motivace na vedení nového způsobu života (Kožuchová, 2019).

1.5 Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí

Nový život začínající po propuštění z nemocničního zařízení bývá zpočátku obtížný a omezení mnoha činností může představovat určitou zátěž jak pro pacienta, tak pro jeho pečovatele či ošetřující personál. Mohou zaznamenávat určité nedostatky v rámci správného a bezpečného poskytování péče, a proto již zmíněná edukace zde hraje velmi důležitou roli (Kurichi et al., 2013). Před propuštěním pacienta z nemocničního zařízení se obvykle setkává multidisciplinární tým s jeho rodinnými příslušníky, aby vypracovali plán služeb následné péče. Během prvních týdnů v domácím prostředí se lékaři zaměřují především na péči o ránu a léčbu bolesti (Best care, 2013).

V domácím prostředí v souvislosti s ošetrovatelskou péčí bude hrát důležitou roli bezpochyby také rehabilitační terapeut, který bude mimo jiné pracovat i na zlepšení kardiovaskulární kondice a vytrvalosti horní části těla (The Rehabilitation Journey After Lower Limb Amputation, 2018). Fyzioterapeut či ergoterapeut vypracuje rehabilitační program, který bude nápomocný k návratu do práce a dalších aktivit. Program je možné zahájit již několik dní po operaci, jelikož díky němu se lze naučit, jak se dostat na i z invalidního vozíku. Dále zde může být obsažený i návod, jak používat protetickou končetinu, aj. Použití protetické končetiny bude vyžadovat mnoho úsilí a náročné práce, a proto bývá zapotřebí hodně přípravy, fyzioterapie a rehabilitace.

Protetika nemusí být vhodná pro křehké pacienty či pacienty s velmi závažným zdravotním stavem (Healthdirect, 2019).

V ošetrovatelské péči nastavené u pacienta po amputaci již při hospitalizaci je důležité pokračovat i v domácím prostředí. Největší pozornost je třeba věnovat zbytkové končetině, tedy amputačnímu pahýlu. Tvarování pahýlu je realizováno bandážemi, masážemi, otužováním a zatěžováním. Než pahýl dosáhne požadovaného definitivního tvaru, může tento proces trvat až 6 měsíců (Libová, 2019). Bandáž pahýlu je prováděna do mírně kónického tvaru, a to až nad nejbližší kloub, přičemž by pacienta neměla v žádném případě příliš stahovat či se zarývat do kůže a vytvářet tzv. varhánky. Takto zhotovená bandáž se ponechává po dobu 24 hodin, pokud se tedy nejedná o dysplazie kyčelního kloubu postižené ischemií. Ať už tyto výkony provádí sestra či pečující osoba, vždy by se mělo dbát také na polohování pahýlu. Aby bylo zabráněno vzniku kontraktur, je nutné polohovat do extenze a addukce. Ke tvorbě kvalitního pahýlu zaručeně přispívá jeho pravidelné promazávání. (Janíková, 2013). Masírování zbytkové části končetiny podpoří nejen prokrvení, ale i postupné vstřebávání otoku a celkové zlepšení stavu kůže a podkoží (Mročková, 2011).

Některým pacientům může být zaveden invazivní vstup jako je periferní či centrální venózní katétr, do kterého sestra aplikuje medikaci dle ordinace lékaře i v domácím prostředí. Jedná se zejména o antibiotickou léčbu v rámci prevence infekce. Mezi další invazivní vstupy, které lze zavést v rámci domácího péče a v souvislosti se zdravotním stavem pacienta jsou žádoucí, patří např. permanentní močový či epidurální katétr (Janíková, 2013).

1.5.1 Ortopedická protetika

Jedním z hlavních cílů ošetrovatelské péče po amputaci je dosažení funkčního amputačního pahýlu právě proto, aby mohl pacient následně využít možnost protetické pomůcky. Setkání s protetikem by se tedy mělo uskutečnit ještě před propuštěním pacienta z nemocničního zařízení (Janíková, 2013). Ortopedická protetika je v dnešní době jedním z neustále se vyvíjejících oborů technické ortopedie. Tento obor se zaměřuje na léčbu pacienta zevně aplikovanými protézami. Protéza zde tvoří náhradu chybějící části těla, a to jak funkční, tak kosmetickou (Gallo et al., 2011). O využití protetické pomůcky si pacient rozhoduje sám, není přípustné ho nutit, aby se protéze přizpůsoboval.

Ne každý pacient se s protézou sžije natolik, aby byl vytvořen tzv. biomechanický celek. Každá protéza se vždy zhotovuje na základě individuálních potřeb nemocného. Musí zcela vyhovovat nejen fyzickým předpokladům pacienta, ale nelze opomenout ani předpoklady psychické, mentální, profesní či sportovní. Proto velice záleží mimo jiné i na správném návrhu a postavení protézy. V rámci protetického ošetření je zapotřebí zhodnotit mnoho faktorů, v případě protetické pomůcky dolní končetiny zejména schopnost nemocného chůze o dvou francouzských holí. Protetické vybavení pacienta je vhodné až tehdy, pokud již uplynulo minimálně 6 týdnů od amputace, amputační pahýl je výborně zhojený a amputační jizva je zcela klidná (Dungl, 2014).

„Za úspěch léčby považujeme správné usazení pomůcky a spokojenost pacienta, který si časem ani neuvědomuje, že pomůcku nosí. Problémy nastávají zejména u pacientů po amputaci v oblasti dolních končetin, kde často dochází k otlakům nebo nekrotickým vředům v oblasti pahýlu. Tento pahýl se někdy musí i opakovaně upravovat, a tak je třeba i několikrát protetickou pomůcku odměřit a upravit. Za neúspěch léčby je považována nespokojenost pacienta a přetrvávání deficitu, který si protetickou péčí vynutil.“ (Gallo et al., 2011, s. 89).

1.5.2 Spolupráce sestry a rodiny při péči o pacienta po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí

Rodina starající se o chronicky nemocného člena rodiny je považována za integrální součást ošetrovatelské péče o nemocného. I přesto pochopení povahy jejich role a jejich vztahu s odborníky, jak v zdravotnické, tak i v sociální sféře, často uniká. Poskytování ošetrovatelské péče v rodině je složitým procesem vyžadujícím velké úsilí a zodpovědnost. Zdravotní stav člena rodiny a následná péče v domácím prostředí neovlivňuje jen konkrétní osobu, ale i členy, kteří péči poskytují. Role a povinnosti, které předtím vykonával sám nemocný, se najednou přesouvají na ostatní členy rodiny, případně zůstávají nezastoupené (Kožuchová, 2014).

„Sestra dochází pravidelně za nemocným, kontroluje jeho stav, sleduje účinky léků proti bolesti, podává mu léky, injekce, infuze, provádí převazy, stará se o stomie, radí nemocným a pečujícím s jejich problémy. Učí pečující, jak se o nemocného starat a jak používat zdravotnické pomůcky.“

Předem upozorňuje na možnost předvídatelných i nepředvídatelných změn zdravotního stavu nemocného a dává praktický návod, jak se v těchto mnohdy kritických situacích chovat. Pečující tak získávají větší jistotu a odvalu tyto situace zvládnout.“ (Holíková, 2012, s. 56).

Práce s rodinnými příslušníky může probíhat jednak přímo v domácím prostředí nemocného, ale také i ambulantně (v pracovně pomáhajících procesí) nebo rezistentně (v sociálním či zdravotnickém zařízení). V tomto případě pak může být do ústavní péče zapojen pouze jeden člen rodiny (Gabura, 2012). Osvědčeným způsobem pro zlepšení kvality života pacientů v domácím ošetřování je bezpochyby domácí péče ve spojení s fungující rodinou. *„Návštěvy sester domácí péče ve spojení s péčí rodiny významně zmírňují dopad zdravotních potíží nemocných, kteří jsou ve svém vlastním sociálním prostředí a netrpí hospitalismem.*“ Právě z tohoto důvodu má domácí péče nezastupitelnou úlohu v oblasti primární péče o chronicky nemocné (Pospíšilová, 2011, s. 101).

1.5.3 Soběstačnost pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí

Pacient po amputaci dolní končetiny ztrácí jednu z opěrných částí těla, a proto se u něj může vyskytnout deficit soběstačnosti, tedy nízká míra samostatnosti vlastní sebezpěče, při dříve běžných každodenních činnostech, např. chůze, osobní hygiena, oblékání, použití WC či přesun z židle na lůžko a naopak. Jednou z velmi podstatných oblastí, na kterou by se tedy zdravotní sestra v rámci ošetřovatelské péče nejen v domácím prostředí měla zaměřit je právě hodnocení soběstačnosti pacientů. *„Vyjádření, monitorování a hodnocení soběstačnosti je základní intervencí ošetřovatelského personálu. V rámci ošetřovatelského procesu dochází v každé jeho fázi k potřebě objektivního vyjádření míry/úrovně sebezpěče jedince pro vhodný individuální plán ošetřovatelských intervencí.*“ (Pokorná, 2013, s. 124). K hodnocení soběstačnosti je využíváno různých hodnotících nástrojů. Nejčastěji využívaným nástrojem v ošetřovatelské praxi je Barthelův test neboli test základních všedních činností. Tento test byl zpočátku vytvořen pro určení soběstačnosti u pacientů s neuromuskulárním a myoskeletárním onemocněním. Nyní se test využívá ke zhodnocení míry soběstačnosti obecně (Pokorná, 2013).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

Pro mou bakalářskou práci jsme si zvolili následující cíle a z nich vyplývající výzkumné otázky, které budou náplní této kapitoly.

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Popsat poskytovanou ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí.

Cíl 2: Popsat spolupráci sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domácím prostředí u pacientů po amputaci dolních končetin a jejich rodinných příslušníků.

Cíl 3: Zjistit, jakým způsobem sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí hodnotí soběstačnost pacientů po amputaci dolních končetin.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakou ošetrovatelskou péči poskytují sestry pacientům po amputaci dolních končetin v domácím prostředí?

Výzkumná otázka 2: Jak spolupracují sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí pacientům po amputaci dolních končetin s jejich rodinnými příslušníky?

Výzkumná otázka 3: Jakým způsobem hodnotí sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí pacientům po amputaci dolních končetin jejich soběstačnost?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Výzkumná část mé bakalářské práce byla na základně předem stanovených cílů zpracována kvalitativní metodou, konkrétně využitím polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo zrealizováno v několika agenturách domácí péče Jihočeského kraje, konkrétně v Agentuře domácí péče IVAS, Agentuře domácí péče Českého červeného kříže Alice, Domácí zdravotní péči Městské charity v Českých Budějovicích a v Agentuře domácí péče Ledax. Výzkum byl proveden vždy se souhlasem vrchních sester příslušných agentur.

3.1.1 Charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Pro výzkumnou část mé bakalářské práce byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Tato metoda byla zvolena proto, abychom zjistili co nejvíce informací v dané oblasti s možností vyjádřit se vlastním názorem. Rozhovorů se zúčastnilo 10 respondentek, sester pracujících v agenturách domácí péče a pečujících o pacienty po amputaci dolní končetiny. Před zahájením samotné výzkumné části byly sestaveny otázky k rozhovoru, které vycházely z výše uvedených výzkumných otázek souvisejících se stanovenými cíli. Na základě emailové a telefonické komunikace jsme se spojili s vrchními sestrami všech výše zmíněných agentur domácí péče a požádali o povolení výzkumného šetření právě v jejich zařízení. Vrchní sestry naší žádosti vyhověly a následně zkontaktovaly 1–3 sestry pracující v terénu, které s rozhovorem taktéž souhlasily a ochotně se ho zúčastnily. Z důvodu zachování anonymity nejsou souhlasy s výzkumným šetřením součástí mé bakalářské práce. Před zahájením samotného rozhovoru byla každá z respondentek seznámena s účelem rozhovoru a s informací, že celý rozhovor bude veden v naprosté anonymitě. Některé rozhovory byly prepisovány ručně, některé se souhlasem sester nahrávány na diktafon. Následně byly všechny přepsány do elektronické podoby a nahrávky byly smazány. Každý rozhovor trval přibližně 20 minut. Sestrám bylo položeno celkem 37 otázek, kdy na začátku každého rozhovoru byly položeny základní identifikační otázky. Vybrané respondenty byly dotazovány na to, v čem spočívá ošetrovatelská péče po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí, jakým způsobem sestry spolupracují s rodinnými příslušníky těchto pacientů a jakým způsobem hodnotí sestry u amputovaných pacientů jejich soběstačnost.

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl tvořen 10 respondentkami, kterými byly sestry pracující v domácí péči. Dvě sestry působí v Domácí zdravotní péči Městské charity, tři respondentky pracují v Agentuře domácí péče IVAS a jedna respondentka byla vybrána z Agentury domácí péče Českého červeného kříže Alice. Zmíněné organizace se nacházejí v Českých Budějovicích. Zbylé čtyři respondentky byly vybrány z Agentury domácí péče Ledax, která působí v Trhových Svinech, Kaplici a Českém Krumlově. Výzkumné šetření probíhalo od února do března 2022.

Tabulka 1 – Identifikace sester

Respondent	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková doba práce jako sestry	Doba práce v ADP	Počet aktuálně ošetřovaných amputovaných pacientů
S1	57 let	Středoškolské s maturitou	30 let	17 let	3
S2	56 let	Středoškolské s maturitou	30 let	18 let	1
S3	40 let	Středoškolské s maturitou	15 let	6 let	1
S4	30 let	Vysokoškolské bakalářské	8 let	3 roky	0
S5	42 let	Středoškolské s maturitou	17 let	3 roky	2
S6	39 let	Vysokoškolské magisterské	4 roky	1 rok	6
S7	38 let	Vyšší odborné	20 let	2 roky	4
S8	46 let	Středoškolské s maturitou	29 let	9 měsíců	2
S9	54 let	Středoškolské s maturitou	34 let	17 let	2
S10	49 let	Středoškolské s maturitou	22 let	4 roky	1

Zdroj: vlastní

4 Výsledky

4.1 Kategorizace rozhovorů s respondenty

1. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny
2. Odlišnosti v domácí ošetrovatelské péči po amputaci dolní končetiny
3. Manipulace s amputovaným pacientem
4. Protetické vybavení
5. Spolupráce a edukace rodinných příslušníků
6. Hodnocení soběstačnosti v domácím prostředí

1. Zkušenosti s ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny

V první kategorii byly sestry dotazovány na to, zda mají vůbec nějaké zkušenosti s ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny již z nemocničního zařízení. 7 z 10 sester takové zkušenosti mají, a to konkrétně z chirurgického oddělení, léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) a anesteziologicko-resuscitačního oddělení (ARO). Sestra S2 odpověděla: „*Pracovala jsem nejvíce na „špinavé“ chirurgii, takže tam ta péče byla, ale myslím si, že to je docela velký rozdíl, protože v nemocnici je to akutní péče o tu ránu, zatímco v domácí péči je to péče o to doléčování.*“ Velmi podobně odpověděly i sestry S5 a S9, které mají zkušeností s ošetrovatelskou péčí po amputaci na chirurgii také až dost. Sestry S8 a S10 získaly nejvíce zkušeností taktéž praxí na chirurgickém oddělení. Sestra S4, která dříve pracovala v LDN, má zkušenosti následující: „*Pracovala jsem na LDN, takže mám zkušenosti spíše s dohazováním ran, ne s akutními ránami.*“ Sestra S3 uvedla: „*Zkušenosti mám, pracovala jsem na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a tam jsem se s amputacemi setkala často.*“ Zbývající sestry (S1, S6 a S7) uvedly, že oproti ostatním sestrám žádné zkušenosti s ošetrovatelskou péčí po amputaci DK nemají. Sestra S1 pracovala před agenturou domácí péče na dětském oddělení, Sestra S6 na psychiatrickém oddělení a sestra S7, taktéž jako sestra S4, na LDN. Na těchto odděleních se s pacienty po amputaci DK bohužel ani jedna z nich nesešla.

Dále byla sestřám položena otázka, kde získaly nejvíce informací o ošetrovatelské péči po amputaci dolní končetiny a zda by bylo vhodné v rámci obohacení jejich znalostí uskutečnit stáž na rehabilitačním či chirurgickém oddělení. Odpovědi na první otázku se u všech sester (S1 – S10) téměř shodovaly. Nejvíce informací získaly v rámci své praxe. Takto stručně a jasně odpovědělo 7 sester (S2, S4, S5, S6, S7, S8 a S9). Sestra S1 doplnila: „*Asi na těch seminářích, co jsme absolvovali, taky na internetu nebo v literatuře, a pak u těch pacientů, kteří přijdou z nemocnice a je to taková typická chirurgická rána, u které už máme praxi.*“ Toto tvrzení potvrdila také sestra S10, která navíc doplnila, že informace získala také od svých kolegů. Sestra S3 odpověděla takto: „*V nemocnici jsem získala zkušenosti s péčí po akutním výkonu, v ADP se potom hlavně jedná o tu péči následnou. A samozřejmě je nejdůležitější ta praxe.*“ Vzhledem k tomu, že většina sester pracovala dříve na odděleních, kde znalosti v rámci ošetrovatelské péče po amputaci získaly, uskutečnění stáže proto nepovažují za obohacující a nevidí tak žádný přínos. I přesto se ale objevily 2 sestry (S4 a S10), které by stáž naopak velice uvítaly a nebránily by se získání jakýchkoli nových informací. „*Stáž by byla určitě vhodná.*“, odpověď sestry S4. „*Já bych se nebránila jakémukoli vzdělání, jelikož se zdravotnictví posouvá stále dopředu, takže by bylo určitě vše přínosem. Jde o to, kdo by nás školil. Co se týče sester, tak ty jsou málokdy ochotné něco přednášet.*“, naopak uvedla sestra S10.

Na otázku, zda někdy absolvovaly nebo absolvují kurz v rámci hojení ran či manipulace s pacientem po amputaci dolní končetiny, sestry odpověděly následovně. Například sestra S1 se takovýchto kurzů v rámci svého zaměstnání účastní průběžně. „*Ano, absolvujeme průběžně, vyhledává nám to i naše vrchní sestra, takže i ve volném čase.*“ uvedla. Sestra S2 odpověděla velice obdobně. I přesto, že kurz nebyl zaměřený konkrétně jen na amputace, tak i takové otázky zde byly zmíněny a zodpovězeny. Kurz na téma hojení ran absolvovaly sestry S3, S5 a S7, kurzu vlhkého hojení se zúčastnila sestra S6 a S9. Z odpovědi sestry S8 je zřejmé, že někteří zdravotničtí pracovníci musí před nástupem na určité oddělení absolvovat vstupní kurz na určité téma. „*Většinou jsme to měli daný, když jsem začínala na chirurgii, tak jsem musela mít nástupní praxi, a já jsem měla přímo amputace.*“ Jediná sestra S10 uvedla, že se nikdy žádného kurzu neúčastnila a z jakého důvodu. „*Já bych určitě zájem měla, mluvilo se o kurzu vlhkého hojení ran, to by se mi moc líbilo, ale v covidové době se nic nedělalo.*“

Z výpovědí některých z respondentek lze také vyvodit, že tyto nadstandardní příležitosti jsou zřizovány přímo jejich zaměstnavatelem. „Absolvovala jsem kurz v rámci manipulace s pacientem právě po amputaci, který jsme měli přímo od zaměstnavatele.“ odpověď sestry S4. S předchozí otázkou velice úzce souvisí i poslední otázka zařazená do této kategorie, zda mají sestry pro tyto nadstandardní možnosti podporu právě z vedení dané organizace. 10 z 10 respondentek odpovědělo zcela jednoznačně. Podporu z vedení samozřejmě mají, dokonce sestra S5 dodává: „*Určitě! Máme tady úžasný kolektiv i vedení.*“

2. Odlišnosti v domácí ošetrovatelské péči po amputaci dolní končetiny

V této kategorii se budeme zabývat otázkami týkajícími se poskytování domácí ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny. Nejprve byly sestrám položeny otázky, jaké jsou vůbec nejčastější důvody amputace u jejich pacientů a zda se jedná spíše o vysoké amputace ve stehně či nízké amputace se zachovanou hybností kolenního kloubu. 80 % respondentek se shodlo, že nejčastějším důvodem amputace je metabolické onemocnění diabetes mellitus neboli cukrovka. Sestra S1 k diabetu dodává ještě uzávěr cév, stejně tak i sestra S4 a S10. Druhým důvodem, který zmínily sestry S3 a S9, je nehojící se rána, defekt. Sestra S8 odpověděla: „*Oba jsou diabetici, a byla tam ještě sepse, a jeden má ještě ischemickou chorobu.*“ Žádná ze sester momentálně nepečuje o pacienta po amputaci z důvodu traumatu. Sestry S1, S3, S4, S6 a S9 uvedly, že alespoň jeden z pacientů má vysokou amputaci ve stehně. Sestry S5, S7 a S9 momentálně pečují o pacienty jak s vysokou, tak i nízkou amputací. Sestra S6 pečuje taktéž o pacienty s vysokou i nízkou amputací, u té nízké jde konkrétně o amputaci v nártu a prstů DK. Sestry S8 a S10 se naopak starají pouze o pacienty s amputací nízkou. „*Oba jsou po amputaci palce na dolní končetině, takže nízká.*“, uvedla sestra S8. „*Tento pacient má amputaci v lýtku.*“, odpověď sestry S10. Respondentka S2 odpověděla následovně: „*Konkrétně můj pacient má zachovalou hybnost jednoho kolenního kloubu, ale za ty roky těch lidí bylo spousta, je to většinou půl na půl, i vysoká amputace, i ta nízká.*“

Dále byly sestry dotazovány na to, co je jejich úkolem u pacientů po amputaci dolní končetiny. Odpovědi sester byly velice rozdílné, každá z nich považuje za důležité něco jiného. Sestry S5, S6 a S9 stručně uvedly, že ošetrovatelská péče u těchto pacientů spočívá téměř jen v převazování pahýlu a dohojení. Veškerá další péče je již na samotném pacientovi či rodině.

Sestra S7 považuje za nejdůležitější taktéž převaz rány, navíc ale uvedla i jeho podrobný popis. „Při otevřené ráně tedy vydezinfikujeme Prontosan roztokem, necháme chvilku působit, aby se to vypláchlo a poté se aplikuje co předepíše doktor z chirurgie, např. Prontosan gel nebo Silvercel gel. Cokoliv, co nám napíše pan doktor, nejvíce se zkrátka zaměříme na ty převazy.“, odpověděla. Obdobný popis uvedla i sestra S1: „Začínáme návštěvou rodiny, dále ošetření a dezinfekce pahýlu, nanesení zdravotnického materiálu, často máme i vynětí stehů, když přijdou z nemocnice. V případě infekce provádíme čištění rány, podáme antibiotika a dohojíme tu ránu. Následně ten pacient vlastně může docházet na tu protetiku a dostává třeba tu protézu ...“ Sestra S10 odpověděla spíše obecně, a to tak, že provádí vše dle ordinace lékaře. „Záleží na tom, co vyžaduje lékař. Pokud požaduje hojení, tak hojíme ránu. Pokud má třeba močový katétr, vyměním močový katétr. Všímám si i např. proleženin, poté se domluví s lékařem. Vše je ve spolupráci s lékařem.“ Sestra S2 pojala otázku z širšího úhlu pohledu a zaměřila se i na jiné důležité oblasti. „U mého pacienta je už jen rehabilitace. Protože už ho máme v péči ale docela dlouho, tak samozřejmě bylo ošetřování rány, bandážování a rehabilitace. Dále určitě vysvětlování, co ten člověk má dělat, aby mu seděla dobře protéza, jak má cvičit, co je a není vhodné, takže takové to všechno kolem. Ten můj pacient už má protézu, se kterou zvládá vše dobře.“ uvedla. Respondentka S3, která momentálně pečuje pouze o jednoho pacienta odpověděla, že amputační pahýl je již zcela zhojený, tudíž u něj provádí v rámci ošetrovatelské péče pouze výměnu permanentního močového katétru. Jednu z dalších důležitých oblastí při poskytování ošetrovatelské péče po amputaci, kterou již ve své odpovědi naznačila i sestra S2, zmínila například sestra S4: „Zaměřuji se hlavně na edukaci toho pacienta. Dále se věnuji převazům, správnému bandážování ...“ Sestra S8 se kromě sterilního ošetření pahýlu a předcházení zanesení infekce zaměřuje na další důležitou složku. Na tu se zaměřují v rámci poskytování péče amputovaným pacientům pouze 2 z 10 respondentek (S8 a S4). „Důležitá je pro mě mimo jiné také psychická podpora pacienta.“ (S4). S tím, jakým způsobem a s jakými prostředky sestry ošetrovatelskou péči poskytují, 8 z 10 sester souhlasí a považují ji takto za správnou. Pokud by ovšem s postupem péče či ošetřujícími prostředky sestra nesouhlasila či se jí něco nelíbilo, ihned by tento problém konzultovala s lékařem. Takto se vyjádřily například sestry S7 a S10. Sestra S1 odpověděla, že pokud by došlo k nedostatku vhodného materiálu, v každém případě si ho musí sehnat. Sestry S2, S3 a S5 uvedly obdobnou odpověď. Vždy provedou vše, co je po nich žádáno ze strany lékaře a taktéž s tím souhlasí.

„Sami pacienti mají skvělé chirurgy, kteří se o ně tak starají a poskytnou jim vždy to nejlepší, co mají, takže já se vším můžu jen souhlasit.“, dodala sestra S5. Sestra S6 například uvedla, že někteří pacienti jsou vybaveni prostředky již z nemocničního zařízení. *„Pokud se jedná o vlhké hojení, tak už jsou vybaveni, protože nám je posílají přímo z nemocnice.“* (S6). Odpovědi sester S4 a S8 se od již zmíněných odpovědí naopak podstatně odlišují. Zmínily se totiž, že opravdu existuje něco, s čím v rámci poskytované ošetrovatelské péče nejsou zcela spokojené. Odpověď sestry S4: *„Musím říct, že nesouhlasím, a to s bandážováním. Myslím si, že používáme nevhodná obinadla, která úplně nemají takovou funkci, jakou by mít měla. Mohli bychom využívat třeba punčochy, ale bohužel je nemáme.“* Sestra S8 ve své výpovědi naopak poukázala na možnou příčinu pozdních komplikací. *„Starám se o pacienta, který je alkoholik a kvůli jeho povaze nechce vyndat stehy, takže se tam stehy ponechaly. Bohužel na naše doporučení nereaguje a myslím si, že by to mohlo dělat za nějakou dobu problém.“* odpověděla.

3. Manipulace s amputovaným pacientem

Třetí kategorie byla zaměřena na manipulaci s pacientem po amputaci DK v domácím prostředí. První otázka zněla, jaké zásady musí sestry dodržovat při takové manipulaci. 10 z 10 sester se téměř shodlo na tom, že právě pečují o pacienty, kteří jsou relativně samostatní, jsou upoutáni na lůžko či s manipulací pomáhají rodinní příslušníci. Z odpovědí tedy vyplývá, že ony s pacienty nemanipulují, pokud je potřeba, poskytnou jen menší dopomoc. Sestra S1 odpověděla: *„Ti, co jsou ležící, tak ten pahýl leží na podložce, takže tam je to bez manipulace. Ti, co jsou na vozíku, tak ten pahýl musíme sklonit, ale není to nijak fyzicky náročné.“* Sestra S2 například uvedla: *„U toho mého už není třeba manipulovat, on už se přesouvá sám. Zásady obecně bych neřekla, ale hlavně takový ten cit, už nad ničím ani nepřemýšlíte, některé věci děláte automaticky, protože je to prostě samozřejmý.“* Sestra S4 dodala, že v rámci manipulace dbají hlavně na řádnou edukaci. Pacienti, o které pečuje sestra S8 bývají často mobilní o jedné francouzské holi, uvádí tedy, že pacientům spíše jen dopomáhá a v případě potřeby jim poskytne oporu. Pro sestru S10 je například důležité, aby imobilní pacient alespoň minimálně spolupracoval. *„Manipuluji samozřejmě podle potřeby. Když přijedu k imobilnímu pacientovi a potřebuji ho otočit, je potřeba aby spolupracoval v rámci svých možností, aby se třeba někde přidržel. Někdy pomáhá i rodina, začne sama otáčet, když já si připravuji věci. Je to velmi individuální.“* (S10).

Vzhledem k tomu, že sestry s pacienty takřka nemanipulují, nemohly zcela jednoznačně odpovědět na otázku, jak se při manipulaci s amputovaným pacientem cítí. Některým sestrám z tohoto důvodu nebyla ani otázka položena. Respondentka S4 udává: „*Necítím se nijak zvláště, nebojím se s ním manipulovat.*“ Velmi podobnou odpověď uvedla také sestra S10: „*Nemám s tím žádný problém. Samozřejmě k němu přistupuji bezpečně tak, aby se nestalo nic pacientovi ani mě.*“

Další otázkou jsme zjišťovali, zda sestry s rodinou nacvičují manipulaci s amputovaným pacientem. Zde byly odpovědi mírně odlišné. Sestra S1 popsala nácvik takto: „*Ukazujeme například, jak se přeseďá z postele na vozík a z vozíku na postel nebo i stojíme s pacientem u lůžka na jedné noze. Pomáháme tak, aby si to mohli hlavně vyzkoušet.*“ Stejný způsob nácviku preferuje i sestra S3. „*Nacvičovala, ukázala jsem manželce, jak manipulovat a poté jsem ji nechala, aby si to sama vyzkoušela.*“, uvedla. Téměř totožně odpověděly taktéž sestry S7, S9 a S10. Sestra S4 říká, že nácvik neprovádí, jelikož je s manipulací s pacientem obeznámena rodina již z nemocničního zařízení. Sestra S6 naopak uvádí, že pokud navštěvují pacienta z důvodu ošetrovatelské rehabilitace, tak nácvik provádějí. Sestra S8 odpověděla, že nácvik manipulace prováděla jen v nemocnici, v rámci domácí péče nikoli.

4. Protetické vybavení

V kategorii Protetické vybavení jsme se sester dotazovali na to, zda měly vůbec možnost vidět práci protetiky či práci v Centru technické ortopedie, dále zda amputovaní pacienti mají protézu DK, jaké kompenzační pomůcky využívají k usnadnění pohybu či chůze a zda sestry pomáhají s výběrem těchto pomůcek. 7 z 10 sester (S1, S3, S4, S5, S6, S9, S10) nemělo příležitost vidět práci protetiky. 3 sestry (S2, S7, S8) takovou příležitost naopak měly. „*Já jsem chodila v rámci praxe na operace, kde se dělaly amputace nohou i rukou, takže ano.*“, odpověděla sestra S7. Sestra S8 uvedla, že navštívila přímo Centrum technické ortopedie v Českých Budějovicích. Respondentky S1, S4, S6, S7 a S9 se shodly na tom, že i když někteří pacienti protézu DK mají, tak ji nevyužívají. Nejčastěji z důvodu, že protéza nesedí. „*Měli jsme u někoho, ale ta protéza byla tak těžká, že to nezvládali ani psychicky, takže radši volí lůžko nebo vozík a jsou úplně bez.*“, uvedla sestra S1. Sestra S4 odpověděla, že protézu víceméně mají, ale bohužel ji nenosí a raději volí například francouzské hole. Odpověď sestry S6: „*Někteří ji mají, ale většinou ji nevyužívají, protože jsou staří a na protézu nemají sílu.*“

Respondentka S7 uvedla: „*Vždy se jim protéza dělala, ale oni to moc nemají rádi, je to na ně moc těžký. Pro ně je lepší fungovat tak, aby tu nohu neměly.*“ Jeden z pacientů sestry S9 protézu dolní končetiny má a snaží se s ní chodit, ale jak sama uvedla, jako oporu ještě využívá chodítko či doprovod její osoby. „*Ta protéza ale pořádně nesedí ... Dále používají invalidní vozík, berle až později.*“, dodala. Amputovaní pacienti, o které pečují sestry S2 a S5 protézu DK mají a plně ji využívají. Dokonce si nedokážou představit bez protézy fungovat. Sestry S3, S8 a S10 uvádějí, že jejich pacienti protézu DK nemají vůbec. „*Můj pacient protézu nemá, nechodí už leta, je upoutaný na lůžko.*“, odpověděla sestra S3. Sestra S10 uvedla: „*Zatím nemá, protéza se bude teprve vyrábět. Je to aktivní člověk a pohybově je na tom dobře, takže protéza bude určitě vhodná.*“ Odpovědi všech sester na třetí otázku byly téměř shodné, pacienti po amputaci využívají k usnadnění pohybu či chůze nejčastěji invalidní vozík a francouzské hole. Sestra S7 a S8 ke kompenzačním pomůckám navíc uvádí tzv. rolátor (chodítko). Sestra S6 zmiňuje, že důležitá je také opora druhé osoby. Sestra S2 ve své odpovědi například dodala: „*Má také činky na posilování rukou, trenážer na chůzi, což bych řekla že je pro něho dobré, protože má takový jistější krok na nerovném terénu, když jdeme ven.*“ Na otázku, zda pomáhají s výběrem kompenzačních pomůcek sestry odpovídaly následovně. Sestry S1, S2, S9 a S10 uvedly, že pacientům přivážejí speciální katalog a z toho si pacienti vybírají a následně sami zařizují, co potřebují. Sestra S3 odpověděla stručně, s výběrem pomůcek nepomáhá. Sestra S6 taktéž s výběrem nepomáhá, ale odkáže přímo na specialistku, která se tím zabývá. Sestra S4 uvedla, že mají i takovou možnost pacientům nějaké pomůcky zapůjčit. „*Doporučujeme, co by bylo vhodné pořídit, ale pokud by měl pacient zájem, tak mu můžeme i něco půjčit, např. chodítko.*“ Respondentka S5 odpověděla: „*Pomáháme. Vždy řekneme, co musí sehnat v rámci materiálu, třeba různé roztoky, gely apod. Jednomu pacientovi neseseděla protéza, tak jsem mu poradila, aby se obrátil na Podiatrii. Také pacientům poskytujeme katalogy.*“ Sestra S7 naopak uvedla, že rodinám spíše doporučují, co mají pořídit a ty vše potřebné vždy zařídí. Sestra S8 říká, že v domácí péči zatím s výběrem pomůcek nepomáhá, jelikož pacienti nemají ránu zhojenou. Také ale dodává, že až to bude aktuální, tak s výběrem určitě pomůže.

5. Spolupráce a edukace rodinných příslušníků

V této kategorii jsme se sester tázali na to, zda v domácnosti spolupracují i s rodinnými příslušníky pacientů po amputaci DK. Všechny 10 respondentek odpovědělo, že s rodinami spolupracují. Sestra S2 jen uvádí, že v případě pacienta, o kterého se momentálně stará, to není nutné vzhledem k jeho soběstačnosti. *„Spolupracujeme i s rodinnými příslušníky, ale v jeho případě ne, on je víceméně soběstačný, svéprávný a není potřeba pracovat s rodinou či ji nějak využívat.“* (S2). Na další otázku, zda rodinní příslušníci mají vůbec zájem zapojit se do ošetrovatelské péče o amputovaného člena rodiny, se odpovědi taktéž velice podobaly. Sestra S1 uvedla: *„Jak kdo, ale většinou chtějí, aby se ten člověk dostal zpátky do života, aby fungoval, takže jsou rádi, když se mohou zapojit.“* Sestra S3 uvádí následující: *„Můj pacient má manželku, která v rámci péče plně funguje a zájem jednoznačně má.“* Sestra S4 taktéž odpovídá, že se vždy setkala s rodinami, které zájem opravdu měli a mají. S takovými rodinami se setkává i sestra S5. Sestra S6 například uvedla, že se setkala i s takovými rodinnými příslušníky, kteří sami dokážou, v případě sesterské nepřítomnosti, převázat i prosáklý pahýl. Naopak sestra S10 se již setkala bohužel i s rodinami, kde je péče z jejich strany téměř nulová. *„Setkávám se s rodinami, kde je o pacienta „přepečováno“, pak kde je péče dostačující, kde je jí málo a kde vůbec nepečují.“* I sestra S1 má jednu nemilou zkušenost s rodinou. *„Máme jednu rodinu, a to je tedy něco strašného, podle mě je to na „sociálku“, ale bohužel nemůžeme nic. Kdybychom jim to oznámili, v jakém stavu ten člověk je, tak oni jim zavolají 3 dny dopředu a ta rodina to dá do pořádku, takže je to zbytečné.“*, odpověděla. Dále sestry odpovídaly na otázku týkající se nejčastěji pokládaných dotazů ze strany rodiny. Sestra S1, S2 a S9 se nejčastěji setkávají s následujícími dotazy: *„Většinou jak s tím člověkem manipulovat, což je podle mě úplně nejzásadnější, protože ty lidi vůbec neví, jak s nimi pracovat. Poradit umíme vždy si myslím.“* (S2). *„Jak mu můžou pomoci, aby se dokázal zvednout, jak s ním manipulovat, aby tomu člověku neublížili apod. Vždy umíme poradit.“* (S9). Sestra S3 uvedla, že se nejčastěji setkává s dotazy, jak to bude s jejich členem rodiny nadále pokračovat. Respondentky S4, S7 a S8 často odpovídají na dotazy ohledně zhojení rány. Konkrétně respondentka S7 uvádí, že takové dotazy se vždy snaží konzultovat nejprve s ostatními sestrami mezi sebou. Teprve když si opravdu nevědí rady, obrátí se na rehabilitační sestru nebo odkážou na konkrétní specializované pracoviště. Sestra S8 ve své odpovědi doplňuje, stejně jako sestra S4, že rodinní příslušníci jsou často netrpěliví, a proto je nejvíce zajímavá, jak rychle se rána zahojí.

Respondentka S5 odpovídá následovně: „Dotazy většinou směřují na stav pahýlu, dále ohledně hygieny, také jak se mají chovat například při komplikacích. Pokaždé jsem si zatím dokázala poradit a věděla, jak jim odpovědět. Jinak bych je odkázala na Podiatrii a tam jim vždy poradí.“ Rodinní příslušníci pacienta, o kterého pečuje sestra S10, se často dotazují mimo jiné také na možnost protézy. „Hodně často se vyptávají na možnost protézy DK, jelikož v nemocnici jim často vůbec nic neřeknou. Také se bojí, jak na ně sahat, jak o ně pečovat. Na otázky, které znám a týkají se zdravotní péče, tak odpovím.“, uvedla. Sestra S6 stručně odpověděla, že rodina žádné dotazy nepokládá. Sestrám byla položena také otázka, do jakých konkrétních činností se rodina zapojuje. Všechny respondentky odpovídaly obdobně. Dvě nejčastěji zmiňované činnosti, do kterých se rodina zapojuje, byly přípravy jídla a osobní hygiena. Respondentka S1 doplňuje, že většina rodin je opravdu šikovných, mají snahu pacienta různě zabavit, navštěvují je například i vnoučata a ta je vždy nejvíce rozptýlí. Sestra S3 udává, že ona sama poskytuje jen potřebnou zdravotní péči, rodinní příslušníci pak poskytují amputovaným pacientům veškerou ostatní péči. Sestra S5 dodala následující: „Péči o pahýl dělám sama, když je potřeba, končetinu třeba jen přidržím. Jsou ale schopni s pacientem sami odebrat glykemický profil.“ Respondentka S7 navíc doplňuje, že někteří rodinní příslušníci se zapojují i do rehabilitace či dechového cvičení. Respondentka S8 je s rodinou před každou návštěvou domluvena na určitém postupu. „Většinou jsme domluvený, že než přijedu, tak sundají krytí operační rány a udělají koupel v řepíku, vysuší a do té doby já přijedu.“ (S8). Sestra S10 odpověděla, že jsou i takové rodiny, které se zapojují mimo jiné i do péče zdravotní. „Co se týká převazů, tak je to velice individuální. Některé rodiny se třeba zapojují i do převazu rány a dělají to samostatně. Setkávám se s rodinami různého typu.“, uvádí.

Do této kategorie jsme zařadili i druhou část otázek, které byly zaměřené na edukaci rodinných příslušníků v rámci poskytování ošetrovatelské péče o amputovaného pacienta. Sestry nejprve odpovídaly na otázku, zda byla rodina edukována již v nemocničním zařízení. Polovina respondentek (S1, S2, S4, S6, S9) se v podstatě shodla, že rodinní příslušníci z nemocničního zařízení edukováni nejsou. Sestra S1 přímo říká, že edukaci nechávají přímo až na nich. Toto tvrzení uvádí taktéž sestra S2. Sestra S4 dodává: „Rodiny víceméně neví, co mají s pacientem dělat.“ Sestra S9 odpověděla obdobně: „Myslím si že ne, protože ty lidi chodí nepoučený, v té nemocnici na to není čas.“ Oproti tomu sestry S5, S7 a S8 zastávají opačný názor.

Uvádějí, že jak pacient, tak i rodina odchází z nemocnice edukováni dostatečně. Sestra S5 konstatuje, že z nemocnice jsou edukováni dokonce perfektně. Sestra S10 odpověděla, že její pacient edukován zřejmě byl, ale vzhledem k jeho soběstačnosti nebyla ani edukaci potřebná. Dodává ale následující: „...*Obecně si ale myslím, že velice často rodiny edukovány nejsou, propustí je, dají papíry, a to je vše.*“ Respondentka S3 má názor neutrální. „*Nedokážu úplně posoudit, zda jsou nebo nejsou, nevím. Ale řekla bych, že pokud edukováni jsou, tak ne úplně.*“ V neposlední řadě jsme se sester dotazovaly také na to, zda mají dostatek informací k tomu, aby mohly rodinu edukovat i ony samy v domácím prostředí pacienta a jakým způsobem by edukaci provedly. I přesto, že se některé respondentky na první otázku vyjádřily mírně nejistě, všech 10 odpovědí bylo v podstatě stejných. Respondentky uvedly, že v rámci získané praxe již mají dostatek informací k tomu, aby rodinu či pacienta mohly edukovat. Naopak na poslední otázku respondentky odpovídaly poměrně odlišně. Sestra S1 by se v rámci edukace zaměřila především na prevenci zanesení infekce a prevenci dekubitů. „*Hlavně aby se do té rány nedostala infekce, všichni mí pacienti mají doma zvířata, která mohou být zdrojem té infekce. Jinak většinou je ta rána tak zahojená, že stačí hlavně prevence dekubitu, podkládání toho pahýlu, formování pahýlu do bandáží apod.*“, uvedla. Sestra S2 popisuje provedení edukace velmi podrobně: „*Úplně od začátku jim začnu říkat všechno, co se toho člověka a té péče týče. Začínám manipulací, hygienou... Kladu důraz na to, aby se ničeho hlavně neděsili, např. když začne prosakovat obvaz. Je důležité je uklidňovat a také jim vysvětlit, že ta péče nesmí být 24hodinová, protože to je špatně jak pro ně, tak i pro toho pacienta...*“ (S2). Respondentka S3 by edukaci provedla například tím způsobem, že by rodině či samotnému pacientovi poskytla důležité kontakty, konkrétně uvádí ambulanci pro hojení ran či fyzioterapii, na které se mohou v případě potřeby obrátit. Sestry S4 a S10 edukaci provádějí tak, že spíše jen odpovídají na to, co rodinu konkrétně zajímá. „*Odpověděla bych spíše na dotazy té rodiny. Každý pacient je jiný a úplně nevím, na co bych se přímo zaměřila. Vždy bych tu edukaci situovala podle toho, jak ten pacient vypadá.*“, odpověď sestry S10. Sestra S5, obdobně jako sestra S2 popsala edukaci z širšího úhlu pohledu, přičemž zmínila i další důležité faktory. „*Popsala bych naší práci, jak pečujeme o pahýl, hodně bych se zaměřila na opatrnost pacienta, na riziko pádu, popřípadě na vhodnou dietu, taky polohování. Možná je také dobré zmínit, že mohou nastat určité změny v celkovém stavu toho pacienta.*“ (S5). Respondentky S6 a S9 se shodly v tom, že by edukaci provedly slovně a poté by rodinným příslušníkům jejich práci také ukázaly. Následně by měli možnost si vše sami vyzkoušet.

Respondentka S7 by se zaměřila konkrétně na problematiku protetiky. „*Důležité je, aby věděli, jak mají používat tu protetiku, ukážu jim stránky, kde se na to mohou podívat a pokud by tomu nerozuměli, tak jim to pak vysvětluji já.*“, uvedla. Pro sestru S8 je v rámci edukace podstatné edukovat všechny rodinné příslušníky. „*Edukace by probíhala hlavně v klidu, abych na to měla čas. Rozhodně bych edukovala všechny rodinné příslušníky, ne jenom jednoho... Vše bych jim ukázala a časem bych vyžadovala asistenci. Byla bych tam do té doby, dokud by to ta rodina nezvládala sama a byla si ve všem jistá.*“ (S8).

6. Hodnocení soběstačnosti v domácím prostředí

Poslední kategorie se věnovala otázkám týkajícím se hodnocení soběstačnosti u amputovaných pacientů v domácím prostředí. Nejprve jsme se sester dotazovali na to, zda vůbec takové hodnocení provádějí a pokud ano, jestli využívají i hodnotících škál. 10 z 10 sester uvedlo, že soběstačnost hodnotí, některé odpovědi se ovšem lišily ve způsobu hodnocení. Sestry S3 a S4 odpověděly velmi podobně. Uvedly, že při první návštěvě pacienta, tedy při příjmu, zhodnotí jeho mobilitu, například jestli sám zvládne přesun z lůžka či opustit domov. Sestra S1 například uvedla, že dělají záznam soběstačnosti pouze v rámci chorobopisu. Taktéž sestry S2 a S6 odpověděly, že soběstačnost vyplňují do ošetrovatelské anamnézy. Sestry S5 a S10 se shodly v tom, že při hodnocení zohledňují celkový stav pacienta. „*Hodnotím. Když přijedu k pacientovi, tak musím zhodnotit celkově, jak na tom je. S čím potřebuje pomoc, co udělá rodina, co zvládne sám apod.*“ (S10). 3 sestry (S1, S6 a S8) uvedly, že hodnotící škály v rámci hodnocení soběstačnosti vůbec nevyžívají. „*To se dělalo v nemocnici, v domácí péči ani tak ne, protože jsme tam každý den a zapisujeme to každou návštěvu.*“, uvedla sestra S8. Zbylé sestry tedy s hodnotícími škálami naopak pracují. Z výpovědí sester je zřejmé, že nejčastěji vyplňují Barthelův test, riziko pádu, Sestra S2 zmínila také stupnici dle Bradenové (hodnocení rizika vzniku dekubitů). Sestra S10 odpověděla, že by škály mohla využít kdykoli, momentálně to ale pro její práci není podstatné. „*Běžně to nedělám, ale mohu je použít, pokud bych chtěla nebo to někdo vyžadoval. Řekla bych, že momentálně je to pro naši práci bezpředmětné. Spíše si to mezi sebou řekneme osobně a také se dělá záznam při každé návštěvě.*“ (S10). Na otázku, zda se řídí pouze výsledky z hodnotících škál či zohledňují nějaké další faktory, které by mohly přispět k efektivnějšímu hodnocení, odpověděly pouze sestry S1, S6, S7 a S8. Respondentky S1 a S6 stručně uvedly, že zohledňují především zlepšení či zhoršení stavu.

Sestra S7 odpověděla: „*Nejdůležitější je můj pohled, koukám na to a vnímám to jako člověk, nekoukám jen na hodnoty. Když se mi něco nelíbí, zkouším něco jiného, najít si k tomu člověku cestu, aby věděl, že mi na něm záleží a že mu chci pomoci.*“ Sestry S2, S3, S4, S5, S9 a S10 žádné jiné faktory nezohledňují či jim otázku nebylo nutné pokládat.

Dále jsme se dotazovali na to, jak často provádějí hodnocení soběstačnosti. Sestry S1 a S2 provádějí celkové zhodnocení soběstačnosti jednou za 3 měsíce. Při každé návštěvě zhodnotí soběstačnost pacienta sestry S3, S5, S7 a S8. Sestra S5 navíc dodává, že celkové zhodnocení pak provedou 1x měsíčně. Při příjmu pacienta a poté až při ukončení provádí celkové zhodnocení sestra S4. Také ale dodala, že informace o pacientech si s kolegyněmi předávají a doplňují průběžně. Sestra S6 uvádí následující odpověď: „*Nejdříve uděláme vstupní ošetřovatelskou anamnézu, a pak si evidujeme zlepšení či zhoršení stavu do záznamu, aby sestra jedoucí za pacientem věděla, jak na tom ten pacient je.*“ Sestra S10 odpověděla: „*Máme anamnézu pacienta, která se dělá při příjmu, obsahuje právě i soběstačnost. Ta se aktualizuje nejčastěji po 3 měsících. Pokud se pak pacient mezi tím dostane do nemocnice, tak při návratu domů se dělá vždy nová.*“ Na otázku, zda sestry hodnotí i bariéry v domácím prostředí pacienta, které by mohly jejich soběstačnost komplikovat, jsme dostali odpovědi následující. Všechny 10 sester uvedlo, že papírově to neevidují. Sestra S2 doplnila: „*Péče u každého pacienta je díky prostředí trochu jiná. Někde jsou krásné dlouhé chodby, někde problematický přístup s vozíkem, chodítkem, takže u každého je individuální péče. Přizpůsobujeme svou péči tomu bytu.*“ Svou péči přizpůsobují zařízení bytu taktéž sestry S4, S5 a S6. Pouze dodaly, že rodinám spíše jen doporučují, co by bylo vhodné v bytě odstranit. Sestra S3 naopak uvedla, že v případě potřeby je možné zajistit i důležité vybavení. „*Řekla bych, že hodnotíme. Zajistíme pacientovi např. polohovací lůžko, doporučíme odstranění prahů, stolů. Většinou se to povede, takže ta péče je pak mnohem jednodušší a provádí se tedy až na základě úpravy bytu.*“ (S3). Respondentka S8 uvedla: „*Doporučujeme rodinám, co by bylo vhodné odstranit. Pokud se jedná o větší změnu, tak někdy jim i doporučíme, aby kontaktovali sociální odbor, kde jim umožní i přestavbu.*“ Sestra S10 doplnila, že bariéry v bytě jsou spíše záležitostí rodiny. „*Hodnotím. Když má pacient malý byt a nemůže provádět chůzi v chodítku v rámci rehabilitace, tak to mohu zaznamenat. Víceméně to ale musí řešit rodina. Vždy jde o ochotu té rodiny.*“ (S10).

Další otázka zněla, v čem podle sester spočívá význam hodnocení soběstačnosti u pacientů po amputaci DK. Pro 2 z 10 sester (S2 a S6) hodnocení soběstačnosti v domácím prostředí žádný význam nemá. „*V domácí péči je to dle mého názoru zbytečné, ale je to nějak dané, takže ty papíry vypsat musíme. Nemyslím si, že by to nějak přispívalo k té péči.*“, uvedla sestra S2. Zbýlých 8 sester v hodnocení soběstačnosti určitý význam vidí. „*Je to důležité, abychom viděli rozdíly mezi těmi pacienty, jak jsme tu práci zvládli, jestli se to zlepšilo, nebo zhoršilo.*“, odpověď sestry S1. Sestra S3 například považuje za důležité zhodnocení mobility, které provádí právě v rámci hodnocení soběstačnosti. Sestra S4 naopak vidí význam pouze v některých případech. „*Myslím si, že je to důležité třeba při zvažování protézy u pacienta. Pokud je pacient ležící, tak je to určitě zbytečné.*“, uvedla. Respondentka S5 odpověděla následovně: „*Hodnocení soběstačnosti je důležité, abychom viděli vývoj těch pacientů. Nejvíce důležitá je podle mě motivace a podpora pacienta.*“ Pro sestru S7 je hodnocení soběstačnosti důležité v případě, pokud by bylo nutné zavolat pacientovi pomoc. Dodala, že na základě hodnocení by mohla ihned poskytnout informace týkající se právě soběstačnosti amputovaného pacienta a posádka záchranné služby by na to byla rovnou připravena. Sestra S8 odpověděla: „*Myslím si, že je to taková podpora, hlavně pro toho pacienta.*“ Obdobnou odpověď uvedly taktéž sestry S9 a S10, přičemž sestra S10 doplnila, že na základě tohoto hodnocení pak sám pacient ví, zda se o sebe dokáže postarat či nikoli. Sestry dále zodpovídaly otázku, zda využívají některých konkrétních činností, které by mohly přispět ke zlepšení soběstačnosti. Sestry S3, S4, S5 a S9 uvedly, že žádné konkrétní činnosti navíc neprovádějí. Sestra S5 k této otázce dodala, že pacienti už jsou většinou rozhybání z nemocničního zařízení. Naopak sestry S1, S2 a S6 s amputovanými pacienty často provádějí ošetrovatelskou rehabilitaci. „*Veškerá rehabilitace je zaměřená na nácvik té soběstačnosti, aby se byli schopni sami učesat, vyčistit zuby, aby byli zkrátka schopni dělat věci každodenní potřeby, to je pro ně důležité.*“ (S2). Odpověď respondentky S7: „*Vždy se pacienta zeptám, co dělá během dne. Když nechťejí nebo nemají náladu, tak je do ničeho nenutím, když naopak zjistím, že mají dobrou náladu, tak jim třeba ukázu nějaké rehabilitační pomůcky jako je např. masážní ježek.*“ Respondentka S8 uvedla: „*Poradím jim, aby se pořád nezabývali tou nemocí, aby se koukali na televizi, poslouchali rádio, četli. Spíš se snažím je odreagovat od té nemoci.*“ Sestra S10 odpověděla, že pokud pacienti nejsou chodící, tak doporučuje především kondiční cvičení na posílení svalstva. Také dodala, že ze všeho nejdůležitější je snaha.

Na závěr jsme se sester tázali na to, zda pečují spíše o pacienty mající zájem o to být co nejvíce soběstační či naopak o pacienty, kteří takový zájem nemají. Odpovědi na tuto otázku byly opět rozdílné. Sestry S1, S3, S4, S7, S9 a S10 uvedly, že to většinou bývá „padesát na padesát“. Sestra S3 dodala, že zřejmě záleží na věku pacienta. „*Řekla bych, že starší pacienti raději zůstanou imobilní, oproti těm mladším, kteří zájem opravdu mají.*“ S tímto faktem souhlasí taktéž sestry S6 a S8. Tento dodatek ale popírá sestra S4: „*Určitě podle mě nezáleží na věku, i mladí pacienti jsou kolikrát odevzdání a zájem nemají. Většinou jsou rádi, že o ně někdo pečuje, a to se jim líbí.*“ (S4). Ani sestra S10 nepovažuje věk za rozhodující faktor. „*Nemyslím si, že by to byla otázka věku. Starší člověk to může mít třeba těžší z důvodu více onemocnění, ale není to určitě pravidlem. Velkým problémem jsou třeba obézní lidé, kteří jsou ve stádiu, že zájem nemají a není jim pomoci.*“, uvedla. Sestra S2 má zkušenosti s různými typy pacientů. „*Převažují ti, co chtějí, ale samozřejmě jsou i ti, co nechtějí. To je pak hrozná a náročná práce. Důležité je, když se dostaví nějaký úspěch, ty lidi to pak namotivuje. Je třeba na to upozornit, povzbudit je.*“ (S2). Respondentka S5 odpověděla, že oba její pacienti jsou šikovní a zájem rozhodně mají. Dodala, že jsou vyrovnaní i po stránce psychické a chtějí se o sebe sami postarat.

5 Diskuse

Má bakalářská práce se věnuje ošetrovatelské péči u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí. Výzkumné šetření bylo zrealizováno formou polostrukturovaného rozhovoru s 10 sestrami pracujícími v agenturách domácí péče, které pečují mimo jiné právě o pacienty po amputaci dolní končetiny. Nejprve jsme se v rámci výzkumného šetření zaměřili na zkušenosti sester s ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny. Dále jsme zjišťovali, jaká je těmto pacientům poskytována ošetrovatelská péče konkrétně v domácím prostředí. Zaměřili jsme se také na manipulaci s amputovaným pacientem, protetické vybavení, spolupráci a edukaci rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny a v neposlední řadě bylo šetření zaměřeno na hodnocení soběstačnosti amputovaných pacientů v domácím prostředí.

První kategorie byla zaměřena na zkušenosti sester s ošetrovatelskou péčí po amputaci dolní končetiny. Sestry nám zodpovídaly otázky, zda mají takové zkušenosti již z nemocničního zařízení, kde získaly nejvíce informací o tom, jakým způsobem o amputované pacienty pečovat, zda absolvovaly nějaký kurz týkající se hojení ran či manipulace s pacientem po amputaci, zda mají pro tyto nadstandardní možnosti podporu z vedení a jestli by bylo vhodné v rámci obohacení jejich znalostí uskutečnit stáž na chirurgickém či rehabilitačním oddělení. Vzhledem k tomu, že 5 z 10 sester (S2, S5, S8, S9 a S10) pracovalo před agenturou domácí péče na chirurgickém oddělení, předpokládali jsme, že zkušenosti s pacienty po amputaci mít budou. Sestry S3 a S4 taktéž určité zkušenosti mají, a to konkrétně z LDN a ARO. Můžeme tedy říci, že 70 % sester má zkušenosti s péčí o pacienty po amputaci dolní končetiny již z nemocničního zařízení. Náš předpoklad, že většina sester bude mít určité zkušenosti s ošetrovatelskou péčí o amputované pacienty, zjištěné výsledky tedy potvrdily. Překvapil nás ale fakt, že v agentuře domácí péče pracuje sestra z dětského oddělení. Přeci jen je to poměrně rozdílné zaměření, a proto jsme ani nepředpokládali, že se v domácí péči s dětskou sestrou setkáme. Nejvíce zkušeností a informací o tom, jakým způsobem ošetrovatelskou péči poskytovat, získáme jednoznačně praxí. To mohu potvrdit i já jakožto student zdravotnického oboru Všeobecná sestra ze svých dosud získaných zkušeností. Tento fakt nám potvrdilo i všech 10 sester, kterých jsme se na tuto otázku taktéž dotazovali. Sestra S1 doplnila, že informace získává také ze seminářů či z internetu.

Sestra S10 své znalosti v rámci problematiky ošetrovatelské péče po amputaci obohacuje poznatky od svých kolegů. Výsledky nám tedy v tomto případě taktéž potvrdily náš předpoklad, že nejvíce informací sestry získávají v rámci své praxe. Všechny 10 sester má na základě našeho zjištění podporu z vedení pro různé kurzy, které by znalosti a dovednosti sester pouze obohatily. Před zahájením výzkumného šetření jsme nedokázali posoudit, jak sestry budou na tuto otázku odpovídat. Proto nás velice překvapilo zjištění, že téměř všechny sestry těchto možností využívají, účastní se jich či je dokonce vyhledávají ve svém volném čase. Pouze jediná sestra S10 se z důvodu covidové situace žádného kurzu prozatím nezúčastnila. Co ale naopak 80 % sester nepovažuje za důležité, obohacující, je možnost stáže v rámci obohacení jejich znalostí na chirurgickém či rehabilitačním oddělení. Pouze 2 z 10 respondentek uvedly, že by za tuto možnost byly rozhodně rády. Vzhledem k tomu, že 70 % dotazovaných dříve pracovalo na chirurgickém oddělení, předpokládali jsme, že tyto či obdobné výsledky získáme. Proto jsme tedy očekávali, že pokud bude mít některá ze sester o stáž zájem, nebude se jednat o sestru z chirurgického oddělení, ale právě například o sestry S1, S6 či S7, které zkušenosti s amputacemi nemají. Dle získaných výsledků se naše očekávání tedy nenaplnilo, jelikož v obou případech se jedná o sestry chirurgické.

V další kategorii jsme se zabývali otázkami týkajícími se ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí. Janíková (2013) ve své publikaci uvádí, že jednou z nejčastějších příčin amputace DK je DM a na základě tohoto onemocnění dochází právě k syndromu diabetické nohy. Tento fakt, taktéž i náš předpoklad, nám potvrdilo 8 z 10 sester, které také uvedly, že nejčastějším důvodem je právě diabetes. S tímto tvrzením souhlasí i Jindra (2014), který ve svém článku uvádí, že v České republice dochází k amputacím převážně v důsledku DM. V důsledku DM může pacient o končetinu přijít v jakékoli její části. Z výpovědí našich respondentek jsme zjistili, že 8 z 10 sester pečuje minimálně o jednoho pacienta s vysokou amputací, tedy amputací ve stehně. 2 sestry (S8 a S10) se starají o pacienty s amputací nízkou, sestra S8 o pacienta s amputovaným palcem nohy, sestra S10 o amputovaného v oblasti lýtka. Tito pacienti tedy mají zachovalou hybnost kolenního kloubu. Vzhledem k tomu, že nemáme pro naše výsledky porovnání z důvodu prozatím nezpracovaného šetření dané problematiky, zjištěné výsledky nás proto nijak nepřekvapily. Osobně se v rámci své praxe setkávám taktéž spíše s pacienty po vysoké amputaci.

Zaměříme-li se nyní na ošetrovatelskou péči po amputaci v domácím prostředí, tak z výsledků nám vyplynulo, že téměř pro každou sestru je prioritou něco jiného. Libová (2019) ve své knize uvádí, že v domácím prostředí by se mělo mimo jiné dbát především na zbytkovou část těla, tedy na pahýl, a to konkrétně na jeho bandážování, masírování či otužování. Odpovědi sester nám ale ukázaly, že se těmito důležitými prvky sestry spíše nezabývají. Pouze 2 respondentky (S2, S4) zmínily bandážování pahýlu. Masáž či otužování neuvedla ani jedna z dotazovaných. V tomto případě tedy zjištěné výsledky s Libovou (2019) víceméně nekorespondují. Co se ale naopak naprosto shoduje jsou výpovědi sester S1, S3 a S10 s tvrzením Janíkové (2013). Ta uvádí, že pacienti mohou být propuštěni do domácího ošetřování s jakýmkoli invazivním vstupem, ať už žilním za účelem doléčení antibiotiky či například s permanentním močovým katétrem. Vyjmenované činnosti tyto 3 sestry u svých pacientů právě provádějí. Jednou z důležitých oblastí, kterou by měly sestry v domácím prostředí taktéž zohledňovat, je dle mého názoru psychická stránka pacienta. Proto mne velice překvapilo, že tato oblast není v žádné z mých použitých publikací zmíněna. S mou domněnkou přesto souhlasí alespoň 2 z dotazovaných sester (S4 a S8). Předpokládali jsme, že na psychickou stránku se zaměřuje rozhodně větší počet sester, než jsme zjistili. Pokud bychom tedy shrnuli zjištěné výsledky, došli bychom k závěru, že ošetrovatelská péče poskytovaná pacientům po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí, se téměř neliší od péče poskytované v nemocničním zařízení. Pouze s tím rozdílem, že některé sestry se v rámci domácího ošetřování zaměřují ještě na další oblasti, které se během nemocniční péče dle mého názoru často z časových důvodů opomínají. Toto tvrzení takřka potvrzuje i Židková (2015) ve své diplomové práci, která na základě výzkumného šetření dospěla k výsledkům, že nejčastější překážkou při poskytování ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny je právě nedostatek času.

Třetí kategorie byla zaměřena na manipulaci s amputovaným pacientem. Z našeho výzkumného šetření jsme dospěli k velmi překvapujícím výsledkům. A to takovým, že ani jedna z 10 dotazovaných sester momentálně nepečuje o pacienty, se kterými by nějakým způsobem manipulovaly. Jak jsem již uvedla, zjištěné výsledky nás překvapily, tudíž vyvrátily i náš předpoklad. I přesto, že většina sester ve svých výpovědích uvedla, že momentálně pečují o poměrně samostatné či naopak ležící pacienty ve vyšším věku, předpokládali bychom, že i tak se sestra na manipulaci u amputovaných pacientů podílí.

Pro Kolébalovou (2014) je v rámci jakékoli manipulace podstatné, aby pacient dle svých možností alespoň minimálně pomohl. S tím souhlasí i dotazovaná sestra S10, která uvedla ve své podstatě totéž. Jak se sestry při manipulaci cítí jsme se dozvěděli konkrétně pouze od sester S4 a S10, kterým tato otázka z důvodu jejich předchozích odpovědí položena byla. Uvedly, že pokud k manipulaci dojde, necítí se nijak zvláště a nebojí se s pacientem manipulovat a přistupují k němu vždy bezpečně tak, aby ochránily jak pacienta, tak i sebe. Ostatním sestřám nebylo nutné tuto otázku v souvislosti s otázkou předchozí pokládat. Já osobně pohlížím na manipulaci s amputovaným pacientem s obavami vzhledem k jeho handicapu. Z tohoto důvodu jsem očekávala jiné výsledky. Co se týče poslední otázky, jaké musí sestry dodržovat zásady při manipulaci s amputovaným pacientem, výsledky jsou taktéž poněkud překvapující. Pouze 2 sestry, konkrétně S2 a S4 dokázaly na tuto otázku alespoň nějakým způsobem odpovědět. Sestra S2 si není vědoma, že by bylo nutné dodržovat nějaké zásady, udala, že je pouze důležité manipulovat šetrně, s citem. Pro sestru S4 je zásadní, aby byl pacient v rámci manipulace řádně edukován. Zbylým 8 sestřám buď nebyla otázka položena nebo žádné zásady nedodržují. Pokud bychom celou kategorii zabývající se manipulací shrnuli, dospěli bychom k závěru, že dotazované sestry s pacienty po amputaci DK v domácím prostředí spíše nemanipulují, a proto nemají důvod dodržovat určité zásady při manipulaci.

V další kategorii bylo žádoucí zjistit, zda měly sestry možnost vidět práci protetiky, zda jejich pacienti mají a využívají protézu DK, jaké další pomůcky využívají k usnadnění pohybu či chůze a zda pomáhají rodině s výběrem kompenzačních pomůcek pro amputovaného pacienta. První otázka pro nás byla spíše doplňující, zajímalo nás, zda sestry mají vůbec představu o práci protetiky či procesu vyhotovení protetické pomůcky. Z výsledků nám vyplynulo, že 30 % z celkového počtu dotazovaných mělo možnost vidět protetickou práci. Jednalo se konkrétně o sestry S2, S7 a S8, přičemž sestra S8 navštívila přímo Centrum technické ortopedie zde v Českých Budějovicích. Musím konstatovat, že můj předpoklad, co se týče tohoto zjištění, byl spíše nulový. Proto výsledky naopak hodnotím velice pozitivně, jelikož věřím, že vidět na vlastní oči práci protetiky obohatilo výše uvedeným sestřám jejich teoretické znalosti v oblasti protetiky. V návaznosti na tuto otázku jsme zjistili, že přesně polovina dotazovaných uvedla, že pacienti v jejich péči protézy DK mají, bohužel je ale spíše nepoužívají z několika důvodů. Nejčastějším důvodem je nadměrná váha protézy, kterou sami pacienti fyzicky nezvládají, dále nevyhovující zhotovení a v neposlední řadě je to otázka staršího věku.

Poslední důvod (věk) je v tomto případě v rozporu se zjištěním Svobodové (2013), která výzkumným šetřením ve své diplomové práci zjistila, že i v seniorském věku lze být s protetickou pomůckou plně soběstačným. Z našich výsledků tedy vyplývá, že 30 % sester se stará o pacienty, kteří protézu vůbec nemají a pouhých 20 % sester naopak pečuje o amputované pacienty, kteří protézu plně využívají a nedokážou si bez ní život představit. Musíme konstatovat, že jsme i takové výsledky v celku očekávali. I když jsem se během své praxe v nemocničním zařízení setkala s pacienty po amputaci DK, převážně se naučili žít také bez protézy a bylo to pro ně kolikrát pohodlnější. Z tohoto důvodu jsme předpokládali, že i v domácím prostředí to bude podobné. Zjištěné výsledky tedy potvrdily náš předpoklad. Marová (2018) ve své práci uvedla, že všeobecná sestra mimo jiné doporučuje pacientům po amputaci DK vhodné kompenzační pomůcky k zajištění mobility v domácím prostředí. Stejný názor zastávají i námi dotazované sestry, konkrétně S4, S7 a S8. V každém případě pacientovi s výběrem vhodných pomůcek pomohou, poradí a doporučí. Dotazováním jsme ale odhalili i 2 sestry (S3 a S6), které se na výběru nepodílejí. Dle mého názoru by to mělo být v zájmu sester pečujících o amputované pacienty v domácím prostředí. Z výpovědí sester jsme zjistili, že nejčastěji využívanými kompenzačními pomůckami v domácím prostředí jsou invalidní vozík, francouzské hole a chodítko.

Předposlední kategorie byla zaměřena na spolupráci a edukaci rodinných příslušníků v rámci ošetrovatelské péče po amputaci v domácím prostředí. Co se spolupráce týče, tak všechny dotazované sestry se shodly na tom, že vždy alespoň s jedním rodinným příslušníkem jejich amputovaných pacientů spolupracují. Pokud momentálně opomeneme i nemilé zkušenosti sester S1 a S10, opět se 80 % tázaných shodlo, že rodiny dokonce mají i zájem zapojovat se do ošetrovatelské péče jejich člena. Nicméně tyto výsledky se neshodují se zjištěnými výsledky Ševčíkové (2020), která na základě výzkumného šetření na nemocničních odděleních zjistila, že zde se rodiny do ošetrovatelské péče spíše nezapojují. S Ševčíkovou (2020) koresponduje i studie v článku Khosravana (2014), která zjistila, že vzájemná spolupráce rodinných příslušníků a sester u hospitalizovaných pacientů není dostačující. Dokonce studie v článku Abouammoha (2021) zjistila, že jednou z bohužel nenaplněných potřeb pacientů po amputaci dolní končetiny je právě i podpora rodiny. Dle mého názoru v tomto případě hraje velkou roli prostředí. V nemocnici poskytují ošetrovatelskou péči sestry a takto si myslím, že na to rodiny pohlížejí.

Kdežto v domácím prostředí považují svou roli při péči o člena rodina možná dokonce za povinnou. Domnívám se, že z tohoto důvodu je zájem a zapojení se do péče ze strany rodiny v domácím prostředí oproti nemocnici větší. Dle mého názoru Pospíšilová (2011) perfektně vystihuje fakt, že spolupráce sestry s fungující rodinou je ten nejlepší způsob ke zkvalitnění života pacienta. Z výsledků jsme dále zjistili, že rodinní příslušníci se nejčastěji dotazují na to, jakým způsobem mohou pacientovi pomoci, jak s ním manipulovat a za jak dlouho a co bude následovat po zhojení rány. Tyto odpovědi potvrdily náš předpoklad. Co se týče otázky, do jakých činností se rodiny nejvíce zapojují, dozvěděli jsme se následující. Většina sester zmínila dvě nejčastější činnosti, a to konkrétně přípravu jídla a hygienu. Sestra S7 navíc doplnila rehabilitační a dechové cvičení. Sestra S10 uvedla, že je to velice individuální, do jakých činností se rodiny zrovna zapojují, ale některé se sestrami spolupracují dokonce i v rámci péče zdravotní. S tímto výsledkem jsme také předpokládali, jelikož tyto činnosti jsou nejčastějšími jak v domácí, tak ale i v nemocniční péči, což mohu ze své odborné praxe jen potvrdit. Pokud se nyní zaměříme na výsledky týkající se edukace rodinných příslušníků již z nemocničních zařízení, v první řadě jsme zjistili, že ne vždy jsou rodiny edukovány stejně jako samotní pacienti. 50 % respondentek se shoduje, že k edukaci rodinných příslušníků bohužel nedochází. Druhá polovina dotazovaných uvedla pravý opak, dokonce že rodiny jsou edukovány dostatečně. Společně se ale všechny shodly na tom, že mají dostatek informací k tomu, aby popřípadě základní edukaci provedly i ony až v domácím prostředí. Ze svých osobních zkušeností mohu konstatovat, že v nemocničním zařízení k edukaci rodinných příslušníků stran sester právě ve většině případech nedochází, což mi potvrdily i některé z dotazovaných. Proto jsme předpokládali, že zjištěné výsledky budou vyjadřovat větší procento negativních odpovědí v souvislosti s edukací. Naše předpoklady tedy nebyly zcela naplněny.

V poslední kategorii jsme se věnovali hodnocení soběstačnosti amputovaných pacientů v domácím prostředí. Všech 10 sester u svých amputovaných pacientů hodnocení provádí, liší se pouze způsobem. Dvě sestry (S3 a S4) hodnotí při příjmu celkovou mobilitu pacienta, zda zvládá nějakou činnost sám či nikoli. Některé zaznamenávají soběstačnost pouze v rámci ošetřovatelské anamnézy. Dvě respondentky hodnotí celkový stav pacienta, 70 % dotazovaných využívá k hodnocení soběstačnosti mimo jiné také hodnotící škály. Zbýlých 30 % sester škály nevyužívá vůbec.

Pokorná (2013) ve své publikaci uvádí, že nejčastěji využívanou hodnotící škálou, testem je Barthelův test pro hodnocení základních všedních činností. Sestry využívající hodnotících škál se taktéž shodly především na Barthelově testu, ke kterému zmínily i riziko pádu. Náš předpoklad, že bude využíváno zmíněných hodnotících škál, byl v tomto případě potvrzen. Z výzkumného šetření jsme dále zjistili, že nejvíce sester (40 %) provádí hodnocení soběstačnosti při každé návštěvě amputovaného pacienta. 20 % sester provede celkové zhodnocení 1x za 3 měsíce. Dále se pacient hodnotí při jeho příjmu a poté až při ukončení či v rámci vstupní ošetřovatelské anamnézy. Co ale sestry v domácím prostředí naopak papírově neevidují jsou bariéry, které by mohli soběstačnost amputovaných pacientů komplikovat. Na základě výsledných odpovědí jsme tedy zjistili, že většina sester pouze doporučuje pacientům či rodinám, co by bylo vhodné za účelem zlepšení soběstačnosti v domácnosti upravit či úplně odstranit. Zjištěné výsledky jsme takřka předpokládali, jelikož na základě osobní zkušenosti s amputovaným členem naší rodiny vím, že k těmto, pro amputované potřebným úpravám či přestavbám opravdu dochází. Sester jsme se také dotazovali na to, v čem podle nich spočívá hodnocení soběstačnosti amputovaných pacientů v domácím prostředí. Odpovědi byly v celku poměrně rozdílné. Dospěli jsme i k takovým výsledkům, že 20 % sester žádný význam v hodnocení soběstačnosti nevidí. Po shrnutí odpovědí zbylých 8 sester jsme tedy dospěli k závěru, že hodnotit soběstačnost amputovaných pacientů je důležité z důvodu zjištění rozdílů mezi pacienty, zhoršení či zlepšení jejich zdravotního stavu, zhodnocení jejich mobility a také zvažování protézy. V praxi se běžně setkáváme s různými typy pacientů. S těmi, kteří mají zájem o to být co nejvíce soběstační, ovšem bohužel existují i tací, kteří jsou nemoci spíše odevzdaní a tím pádem jejich zájem upadá. Mou domněnku potvrzuje i většina dotazovaných sester (60 %), které uvedly v podstatě totéž. Rozpory byly nejvíce patrné v souvislosti s věkem. Sestry S3, S6 a S8 považují věk za významný faktor ovlivňující zájem pacientů. Sestry S4 a S10 tuto myšlenku naopak popírají. I přesto, že věk zde určitou roli má, domnívám se, že mnohem důležitější je zohlednit celkový zdravotní stav, a především životní styl pacienta. Zdravý mladý amputovaný pacient nemusí mít žádný zájem oproti polymorbidnímu amputovanému pacientovi seniorského věku, který bude za soběstačnost doslova bojovat a naopak.

6 Závěr

Má bakalářská práce se zabývala ošetrovatelskou péčí u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí. Naše stanovené cíle pro tuto práci byly následující: Popsat poskytovanou ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci dolních končetin v domácím prostředí, popsat spolupráci sester poskytujících ošetrovatelskou péči v domácím prostředí u pacientů po amputaci dolních končetin a jejich rodinných příslušníků a zjistit, jakým způsobem sestry poskytující ošetrovatelskou péči v domácím prostředí hodnotí soběstačnost pacientů po amputaci dolních končetin.

Na základě důkladného empirického šetření jsme zjistili, že sestry pracující v domácí péči poskytují pacientům po amputaci dolní končetiny velice obdobnou ošetrovatelskou péči jako sestry v nemocničním zařízení. Sestry se především zaměřují na amputační pahýl, jeho převazování a bandážování. Pokud je ale amputační pahýl po propuštění do domácího ošetřování již téměř zhojený, sestry se věnují i jiným ošetrovatelským úkonům. Někteří pacienti mohou být propuštěni s invazivními vstupy, tudíž práce sestry v domácím prostředí zahrnuje kupříkladu i výměnu permanentního močového katétru nebo aplikaci antibiotické léčby do periferního žilního katétru. Výsledky nám také odhalily, že většina sester se v rámci domácího ošetřování vůbec nezajímá o jednu z velmi důležitých oblastí, kterou je psychická stránka amputovaného pacienta, což nám téměř vyvrátilo naše očekávání. Ze zjištěných výsledků ale vyplynulo, že o tuto oblast se víceméně starají rodinní příslušníci, se kterými všechny dotazované sestry spolupracují. Mimo psychické podpory se rodina stará o osobní hygienu pacienta, stravování či poskytuje veškerou potřebnou pomoc, kterou sám pacient vyžaduje. Ne každý amputovaný pacient se s amputací sžil natolik, aby byl po ni soběstačný stejně tak jako před ní. Proto při poskytování péče v domácím prostředí dochází k hodnocení soběstačnosti, jak nám většina sester potvrdila. Výsledky nám poukázaly na to, že sestry hodnotí soběstačnost právě z důvodu zjištění mobility amputovaného pacienta, jeho celkového stavu či soběstačnost vyplňují pouze v rámci ošetrovatelské anamnézy. Některým sestrám k hodnocení soběstačnosti pomáhají i hodnotící škály, nejčastěji Barthelův test nebo riziko pádu. I přesto, že sestry ve většině případech soběstačnost amputovaných pacientů hodnotí, objevily se i takové, které dle našeho názoru v této podstatné činnosti nevidí žádný význam. Myslíme si, že hodnocení soběstačnosti svůj význam určitě má i v domácí péči.

Nejen že pacientovi po amputaci může sloužit jako určitá podpora a motivace ke zlepšení jeho soběstačnosti, ale minimálně je významné z toho důvodu, jak přesně vystihla i jedna z dotazovaných sester, že pacient na základě hodnocení ví, do jaké míry se o sebe dokáže postarat sám bez dopomoci ostatních.

Stanovené cíle byly splněny. Výzkumné šetření v podstatě odhalilo náplň práce sestry pracující v domácí péči, která poskytuje ošetrovatelskou péči pacientům po amputaci dolní končetiny. Zpracování bakalářské práce mi velice obohatilo dosavadní představu a vědomosti v rámci této problematiky. Práce by proto mohla sloužit jako informační materiál nejen pro sestry, které se rozhodly pracovat právě v agenturách domácí péče, ale i pro laickou i odbornou veřejnost k rozšíření vědomostí o ošetrovatelské péči u pacientů po amputaci dolní končetiny v domácím prostředí.

7 Seznam literatury

ABOUAMMOH, N., ALDEBEYA, W., ABUZOID, R., 2021. *Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: a qualitative study* [online]. p. 1-7. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://applications.emro.who.int/EMHJ/V27/04/1020-3397-2021-2704-407-413-eng.pdf?ua=1&ua=1>

ASOCIACE DOMÁCÍ PÉČE ČR, 2018. *Agentury domácí péče trápí hlavně nedostatek sester a omezení úhrad* [online]. Revue pro sociální politiku a výzkum. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2018/02/agentury-domaci-pece-trapi-hlavne-nedostatek-sester-omezeni-uhrad/>

ANTONOVÁ, B., MARKOVÁ A., KUBÁČKOVÁ, P., 2018. *Praktický průvodce koncem života*. Edika. 160 s. ISBN 978-80-266-1279-7.

BEST CARE, 2013. *New beginnings: Caring for a Family Member after an Amputation* [online]. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://bestcaremn.com/blog/adolescent-home-care/new-beginnings-caring-for-a-family-member-after-an-amputation/>

ČIHÁK, R. et al., 2011. *Anatomie 1. 3.*, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 552 s. ISBN 978-80-247-3817-8.

DOSBABA, F., HARTMAN, M., KRÍŽOVÁ, D., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.

DUNGL, P., 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

FARD, B., GEERTZEN, J. H. B., DIJKSTRA, P. U., 2020. *Return home after dysvascular major amputation of the lower limb: a multicentre observational study in the Netherlands* [online]. p. 1. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <C:\Users\Admin\Downloads\2604.pdf>

GABURA, J., 2012. *Teória rodiny a proces práce s rodinou*. Bratislava: IRIS. 318 s. ISBN 978-80-89256-95-2.

GALLO, J., 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 211 s. ISBN 978-80-244-2486-6.

GENET, N. et al., 2012. *Home care across Europe: current structure and future challenges*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies. p. 145. ISBN 978-92-890-0288-2.

GRIM, M. et al., 2014. *Atlas anatomie člověka: Atlas of human anatomy*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-4012-6.

GRYCOVÁ, L., © 2015. *Domácí péče* [online]. Pharma NEWS. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.pharmanews.cz/clanek/domaci-pece/>

HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 132 s. ISBN 978-80-271-0568-7.

HÁJEK, M., 2015. *Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích*. Praha: Grada. 584 s. ISBN 978-80-247-4587-9.

HEALTHDIRECT, 2020. *Amputation: Prosthetics* [online]. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.healthdirect.gov.au/amputation>

HOLÍKOVÁ, I., 2012. *Nejdůležitější je spolupráce rodiny* [online]. Florence. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/9/nejdulezitejsi-je-spoluprace-rodiny/>

HOLUBOVÁ, J., 2011. Rehabilitační ošetřování. In: VYTEJČKOVÁ, R. et al. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. s. 78–104. ISBN 978-80-247-3419-4.

JANÍKOVÁ, E., 2013. Ošetřovatelská péče u pacienta podstupujícího amputaci dolní končetiny. In: JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., *Ošetřovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. s. 211-223. ISBN 978-80-247-4412-4.

JÁ PRAKTIK, 2020. *Spolupráce s agenturami domácí péče: Jak by měl praktický lékař postupovat?* [online]. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.japraktik.cz/odborne-clanky/spoluprace-s-agenturami-domaci-pece-jak-by-mel-prakticky-lekar-postupovat-56342>

JINDRA, M., VĚCHTOVÁ, B., BIELMEIEROVÁ, J., 2014. *Základní principy a úskali rehabilitace u diabetiků po amputaci* [online]. s. 1-5. [cit. 2022-04-03]. Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/06/27.pdf>

- KACHLÍK, D., 2018. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Karolinum. 154 s. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KALVACH, Z. et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KAUR, A., GUAN, Y., 2018. *Phantom limb pain: A literature review* [online]. Chinese Journal of Traumatology. p. 1-3. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6354174/pdf/main.pdf>
- KHOSRAVAN, S., MAZLOM, B., ABDOLLAHZADE, N. et al., 2014. *Family Participation in the Nursing Care of the Hospitalized Patients* [online]. Iranian Red Crescent Medical Journal. p. 1-6. [cit. 2022-04-07]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964424/>
- KOLÉBALOVÁ, J., POLÁKOVÁ, J., 2014. Amputace dolních končetin. In: KOLÉBALOVÁ, J., POLÁKOVÁ, J., *Rady rehabilitační*. Ostrava: Diakonie ČCE. s. 94-97. ISBN 978-80-87953-01-3.
- KOŽUCHOVÁ, M., 2014. *Domáca ošetrovateľská starostlivosť*. Martin: Osveta. 248 s. ISBN 978-80-8063-414-8.
- KOŽUCHOVÁ, M., 2019. *Manažment domácej ošetrovateľskej starostlivosti*. Martin: Osveta. 206 s. ISBN 978-80-8063-468-1.
- KURICHI, J. E., RIPLEY, D. C., XIE, D. et al., 2013. *Factors Associated With Home Discharge After Rehabilitation Among Male Veterans With Lower Extremity Amputation* [online]. National Institutes of Health Public Access. p. 1-18. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3718007/pdf/nihms477386.pdf>
- LIBOVÁ, L., BALKOVÁ, H., JANKECHOVÁ, M., 2019. *Ošetrovateľský proces v chirurgii*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-2466-4.
- LIMBS4LIFE, © 2022. *Managing pain* [online]. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.limbs4life.org.au/steps-to-recovery/managing-pain>

- LUŇÁČEK, J., 2018. *Rakouské vojenské zdravotnictví za napoleonských válek. K činnosti hlavních polních nemocnic na Moravě v letech 1813-1814*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 326 s. ISBN 978-80-88278-23-8.
- MACHOVÁ, J., 2016. *Biologie člověka pro učitele*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 272 s. ISBN 978-80-246-3357-2.
- MAROVÁ, M., 2018. *Spolupráce sestry a fyzioterapeuta u pacientů po amputaci dolní končetiny*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
- MESSER, B., 2016. *100 tipů pro plánování domácí ošetrovatelské péče*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0215-0.
- MROČKOVÁ, I., 2011. *Rehabilitace po amputacích pro diabetické komplikace*. [online]. Zdraví euro. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/rehabilitace-po-amputacich-pro-diabeticke-komplikace-460359>
- POCHMANOVÁ, K., 2015. *Průvodce domácí péčí: pro ty, kteří péči zvažují, pro ty, kteří ji poskytují*. Praha: Cesta domů. 48 s. ISBN 978-80-905809-2-3.
- PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
- POKORNÁ, A., 2013. *Ošetrovatelství v gerii: Hodnotící nástroje*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5.
- POSPÍŠILOVÁ, A., 2011. *Význam zapojení rodiny do domácí ošetrovatelské péče* [online]. Florence. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2011/12/vyznam-zapojeni-rodiny-do-domaci-zdravotni-pece/>
- POST ACUTE MEDICAL HEALTH, © 2022. *Life After Amputation: What to Expect for the New Amputee* [online]. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://pamhealth.com/index.php/company/company-updates/life-after-amputation-what-to-expect-for-the-new-amputee>
- PŮLPÁN, R., 2011. *Základy protetiky*. Praha: Epimedia. 99 s. ISBN 978-80-260-0027-3.

SALL, J. L., RANDOLPH, B. J., RODGERS, E. et al., 2018. *The Next Step: The Rehabilitation Journey After Lower Limb Amputation* [online]. p. 1-126. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.qmo.amedd.army.mil/amp/Handbook.pdf>

SLAVÍKOVÁ, Š. et al., 2020. *Průvodce pro nevléčitelně onkologicky nemocné a jejich blízké*. Praha: Amelie, z. s. 87 s.

SLEZÁKOVÁ, L., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-2900-8.

STRNADOVÁ, A., HLADÍKOVÁ, L., KNOTKOVÁ HOFŠTETROVÁ, M. et al., 2020. *Koncepce domácí péče* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

SVOBODOVÁ, P., 2013. *Následky amputace na dolních končetinách*. Brno. Diplomová práce. PdF MU.

ŠEVČÍKOVÁ, A., 2020. *Rodina jako poskytovatel ošetrovatelské péče*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.

THE REHABILITATION OF INDIVIDUALS WITH LOWER LIMB AMPUTATION WORK GROUP, 2017. *VA/DoD Clinical Practice Guideline For Rehabilitation Of Individuals With Lower Limb Amputation* [online]. p. 1-123. [cit. 2022-02-13]. Dostupné z: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/amp/VADoDLLACPG092817.pdf>

TOBOLKOVÁ, L., 2014. *Časně a pozdní komplikace po amputaci dolní končetiny*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

ŽIDKOVÁ, J., 2015. *Management ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci dolní končetiny*. Plzeň. Diplomová práce. FZS ZČU.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha 1 – Mangled extremity severity score (Skóre závažnosti pozměnění končetiny)

Příloha 2 – Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 2

OTÁZKY K ROZHOVORŮM SE SESTRAMI

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Jak dlouho pracujete jako sestra?

Jak dlouho pracujete v agentuře domácí péče?

O kolik pacientů s amputací momentálně pečujete?

Pokud jste před agenturou pracovala v nemocničním zařízení, jaké máte odtud zkušenosti s ošetrovatelskou péčí po amputaci?

Absolvovala jste někdy (absolvujete) nějaký kurz v rámci např. hojení ran či manipulace s pacienty po amputaci DK ve svém volném čase?

Máte pro tyto nadstandartní možnosti podporu z vedení?

Bylo by vhodné v rámci obohacení Vašich znalostí uskutečnit stáž na rehabilitačním či chirurgickém oddělení?

Měla jste někdy možnost vidět práci protetiky nebo např. v centru technické ortopedie, kde připravují amputovaným pacientům protetické pomůcky?

O kolik pacientů s amputací momentálně pečujete?

Jaké jsou nejčastější důvody amputace u Vašich pacientů?

Když tedy pečujete o pacienta s amputací, jedná se o vysokou amputaci ve stehně nebo o amputaci se zachovanou hybností kolenního kloubu (nízká amputace ve holeni)?

Co vše je Vaším úkolem v rámci ošetrovatelské péče o pacienty po amputaci DK?

Jaké zásady musíte dodržovat při manipulaci s pacientem po amputaci?

Jak se cítíte při manipulaci s pacientem po amputaci?

Kde jste získala nejvíce informací o tom, jakým způsobem o pacienty po amputaci DK pečovat?

Je něco, s čím v rámci poskytování ošetrovatelské péče o amputační pahýl nesouhlasíte, a přesto to provádíte např. kvůli nedostatku kvalitnějších technologií?

Má pacient protézu DK? Popř. umí na ní chodit?

Využívá nějaké kompenzační pomůcky nebo pomůcky usnadňující chůzi, pohyb?

Spolupracujete s rodinnými příslušníky všech Vašich pacientů?

Má rodina vůbec zájem zapojit se do ošetrovatelské péče o člena rodiny po amputaci DK?

Byla rodina edukována v rámci poskytování ošetrovatelské péče o člena rodiny po amputaci již v nemocničním zařízení?

Jaké dotazy nejčastěji při péči o pacienta s amputací Vám rodina pokládá? Popř. umíte jim vždy poradit?

Myslíte si, že máte dostatek informací k tomu, abyste mohla edukovat rodinu, popř. i Vy v domácím prostředí?

Jakým způsobem byste edukaci provedla (provádíte)?

Do jakých konkrétních činností se rodina zapojuje?

Nacvičovala jste někdy s rodinou manipulaci s amputovaným pacientem?

Pomáháte rodině s výběrem pomůcek pro péči o amputovaného pacienta?

Hodnotíte u pacientů po amputaci DK jejich soběstačnost, popř. jakým způsobem?

Pokud hodnotíte soběstačnost na základě hodnotících škál, jaké využíváte a jakým způsobem sbíráte informace od Vašich pacientů?

Řídíte se pouze výsledky z hodnotících škál nebo zohledňujete ještě další faktory, které by mohly přispět k efektivnějšímu hodnocení?

Jak často provádíte toto hodnocení?

Hodnotíte nějakým způsobem i bariéry v domácím prostředí pacienta, které by mohly jejich soběstačnost komplikovat?

V čem podle Vás spočívá význam hodnocení soběstačnosti pacientů po amputaci DK?

Využíváte některých možných činností, které by mohly přispět ke zlepšení soběstačnosti pacientů po amputaci?

Pečujete spíše o pacienty, kteří mají zájem o to být co nejvíce samostatní nebo naopak jsou odevzdaní jejich postižení a zájem nemají, popř. z jakých důvodů?

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

ADP – Agentura domácí péče

ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení

ATB – antibiotika

D – dech

DK – dolní končetina

DM – diabetes mellitus

DP – domácí péče

EKG – elektrokardiografie

JIP – Jedinotka intenzivní péče

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

P – puls

TK – krevní tlak

TT – tělesná teplota