



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebepéči

Vypracoval: Jitka Černíková

Vedoucí práce: Mgr. Klára Kubartová

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

### **Teoretická východiska**

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

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

Ošetrovatelská péče u klienta po amputaci dolní končetiny je rozsáhlá. V časném období po operaci sestra klienta učí dechová a posléze i kondiční cvičení. Sestra klienta po amputaci dolní končetiny edukuje především v oblasti nácviku péče o pahýl amputátu, nácviku chůze o berlích s dopomocí druhé osoby a posléze chůze o berlích bez opory druhé osoby a v závěrečné fázi i chůze s přiloženou protézou. Nácvik chůze o berlích je pro klienta po amputaci dolní končetiny velice důležitý k tomu, aby klient dokázal být soběstačný a uměl se sám o sebe postarat a vykonávat základní denní potřeby běžného života jako je například hygiena, stravování, oblékání apod. V oblasti péče o pahýl se sestra v rámci edukace zaměřuje především na edukaci správné techniky bandážování pahýlu do kónického tvaru, který je nezbytně důležitý pro následné přiložení protézy. S přiložením protézy se u klienta po amputaci dolní končetiny začíná v co možná nejkratší době po operaci, aby se klient stal co nejdříve soběstačný. Klient nejprve dostává prozatímní protézu a teprve po několika měsících,

kdy dojde k definitivnímu vytvarování amputovaného pahýlu, dostává klient definitivní protézu. Schopnost jedince pečovat o sebe samého vychází ze základních potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví.

## **Cíle práce**

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

## **Použitá metodika**

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

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

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

## **Výsledky**

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že došlo ke splnění předem stanoveného cíle. Také na výzkumnou otázku byla získána potřebná odpověď. Z výzkumu vyplynulo, že sestry při edukaci klienta po amputaci dolní končetiny při nácviku péče o pahýl a nácviku

chůze o berlích využívají metody ústní instruktáže a praktické ukázky. Instruktáž a praktickou ukázkou sestry provádí pomocí mluveného slova, výjimečně pomocí písemného slova.

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

### **Závěr**

Bakalářská práce byla zpracována na téma "Sestra a její pomoc při edukaci pacienta k sebedpěči. Cílem práce bylo zjistit metody edukace klientů při nácviu sebedpěče. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka "Jaké edukační metody využívají sestry při nácviu sebedpěče?"

Ke zjištění výsledků výzkumné části byl použit kvalitativní sběr dat pomocí rozhovoru. Tento rozhovor obsahoval dvanáct otázek. Bylo uskutečněno šest rozhovorů se sestrami v nemocnici České Budějovice, které pracují na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče. Z výsledků je zřejmé, že došlo ke splnění předem stanoveného cíle a na výzkumnou otázku jsme získali potřebné odpovědi. Na základě výsledků výzkumu byl vytvořen informační materiál, určený sestram pracujícím v nemocnici České Budějovice, které pečují o klienty po amputaci dolní končetiny. Tento edukační plán byl vytvořen především kvůli ne vždy dostatečnému vzdělávání sester v oblasti edukace pacienta po amputaci dolní končetiny, což bylo zjištěno ve výzkumné části bakalářské práce. Tento edukační plán by mohl napomoci k lepší edukaci pacientů po amputaci dolní končetiny k sebedpěči díky edukovanějším sestram.

### **Klíčová slova**

pacient, sestra, edukace, sebedpěče, amputace dolní končetiny

## **Abstract**

### **Theoretical background**

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

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

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

In the educative care of a stump are nurses focused on the education of proper bandaging techniques stump into a conical shape, which is very important for subsequent attaching the prosthesis. Attaching the prosthesis to the client after leg amputation begins in the shortest possible time after the operation that the client becomes self-sufficient as soon as

possible. The client receives the first provisional prosthesis and after several months, when there is a definite shaping amputee stump client receives the final prosthesis. Individual's ability to care for oneself is based on the basic needs to maintain normal functions of the body, maintaining life and health.

### **Aim of thesis**

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

### **Used methodology**

To meet the objectives of the thesis on "Nurse Assistant in Patients Self-Care Education" was chosen qualitative investigation. Data collection was chosen semi-structured interview, containing twelve questions. The interview was conducted with randomly selected nurses who work in a hospital of České Budějovice. Six interviews were carried out.

The research sample was consisted of nurses working in a hospital of České Budějovice. These nurses work at the surgical department and department of aftercare and were asked to their objective data: age, length of experience.

The research was conducted in the period from February 2013 to March 2013. Research was conducted with the approval of the head nurse of České Budějovice hospital. After reaching the head nurse, followed cooperation with the senior department nurse of surgical department and department of aftercare. The data were processed into schemes in the Microsoft Word using SmartArt diagrams and subsequently these schemes comments.

### **Results**

The results of the research investigation are clear to show that there was to meet the predetermined goal. The research question was to acquire the necessary response. The

research showed that nurses in educating clients, after lower limb amputation during training stump care and practice walking on crutches, use the oral methods of instruction and practical demonstrations. Instruction and practical demonstration is performed by nurses using the spoken word, exceptionally, a written word.

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

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

## **Conclusion**

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

To determine the results of the research was used qualitative data collection by interview. The interview contained twelve questions. There were six interviews carried out with the nurses from the hospital of České Budějovice, working in the surgical ward and aftercare department. The results show that there has been compliance with predetermined objectives and the research question we got the answers you need. An information material was developed, based on the results of the research, designated to nurses working in the hospital of České Budějovice, taking care of clients after leg amputation. This educational plan was created mainly due to not always adequate training of nurses in patient education after lower limb amputation, which was revealed in the research part of the thesis. This educational plan could help to better educate patients after lower limbs amputation due to self-care when nurses educated.

## **Keywords**

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

## **Prohlášení**

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

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

Datum .....

.....

Jitka Černíková



## **Poděkování**

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

# Obsah

ÚVOD .....	12
1. SOUČASNÝ STAV .....	13
1.1 Sestra .....	13
1.1.2 Osobnost sestry.....	13
1.1.3 Vlastnosti sestry .....	14
1.1.4 Role sestry .....	15
1.1.5 Vztah mezi sestrou a pacientem .....	18
1.2 Amputace dolních končetin.....	19
1.2.1 Amputace.....	19
1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny .....	21
1.3 Sebepéče.....	22
1.3.1 Pojem sebepéče .....	22
1.3.2 Požadavky sebepéče .....	24
1.3.3 Faktory ovlivňující sebepéči.....	26
1.3.4 Deficit sebepéče .....	26
1.3.5 Měření sebepéče .....	27
1.4 Edukace .....	29
1.4.1 Základní pojmy edukace.....	29
1.4.2 Fáze edukace ve zdravotnickém zařízení .....	32
1.4.3 Metody edukace .....	35
1.4.4 Dokumentace v edukačním procesu .....	38
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	40
2.1 Cíl práce .....	40
2.2 Výzkumný problém.....	40
3 METODIKA PRÁCE.....	41
3.1 Metodika a technika šetření.....	41
3.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	41

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	43
5 DISKUZE.....	58
6 ZÁVĚR.....	63
7 POUŽITÁ LITERATURA.....	64

## ÚVOD

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

Amputace dolní končetiny je pro klienta velice náročná životní situace, se kterou se musí vyrovnat a zvyknout si na ni. Proto je velice důležitá, kromě odborné ošetrovatelské péče, i psychická podpora, jak ze strany zdravotnického personálu, tak především rodiny klienta, která v této těžké životní situaci může klientovi pomoc překonat nejtěžší chvíle.

Při edukaci klientů po amputaci dolní končetiny lze využít několik edukačních metod. Jde především o metodu insrtuktáže a vysvětlování. Pro včasnou soběstačnost je také důležitá včasná mobilizace s nasazenou dočasnou protérou, kterou pro klienty zajišťuje protetická ortopedie. S dočasnou protérou odcházejí klienti do domácího ošetrování. Ještě než klienti z nemocnice odcházejí do domácího ošetrování musí se klient postupně naučit zvládat i běžné činnosti. Mezi které patří oblékání, stravování a hygiena. Tyto základní dovednosti musí klient zvládnout při propuštění do domácí péče společně s nácvikem péče o pahýl a protézu. Nevládne li klient některý z těchto úkonů, přebírá následnou činnost za klienta rodina popřípadě je možno domluvit agenturu domácí péče, která by klientovi pomáhala.

Toto téma jsem si vybrala, jelikož mě zajímá, jak sestry edukují při hospitalizaci klienty k sebeképeči a to konkrétně klienty po amputaci dolní končetiny. Jelikož se domnívám, že edukace nácviku sebeképeče u těchto klientů je rozsáhlá a tudíž časově i psychicky náročná. A to nejen pro klienty samotné ale i pro zdravotnický personál a rodinu klienta. I přesto by měly být klientovi a jeho rodině poskytnuty ze strany dostatečné a kvalitní informace v oblasti edukace klienta.

# 1. SOUČASNÝ STAV

## 1.1 Sestra

Osobnost je jedinečnou, neopakovatelnou bytostí. Jedná se o spojení duševních a tělesných vlastností, kterými se člověk liší od ostatních lidí. Člověk je společenská bytost, která plní určité společenské role a má určitou společenskou pozici a funguje jako integrovaný celek. Osobnost je dynamická, to znamená, že se neustále mění v souvislosti s vlastním vývojem, získáváním nových zkušeností a působením nových podnětů. Osobnost se vyvíjí jako interakce vnitřních a vnějších faktorů. Vývoj lidské psychiky je závislý na interakci dědičných dispozic a vlivů zevního prostředí a to především sociálních. Vlastnosti osobnosti ovlivňuje věk, pohlaví a sociální prostředí. Jednání osobnosti ovlivňuje její prožívání a chování. Její vrozené vlastnosti jsou temperament a vlohy (dispozice). Během života získává osobnost určité schopnosti, zájmy a charakter. (Čechová, 1998).

Dle Rozsypalové můžeme osobnost vymezit takto: “Osobnost je člověk, se všemi svými biologickými, psychickými a sociálními znaky. Jednotlivé vlastnosti jsou navzájem spojeny a uspořádány určitým způsobem a navzájem na sebe působí (celek osobnosti). Psychické vlastnosti osobnosti jsou nedílně spjaty s jejími vlastnostmi biologickými i společenskými“ (Průcha, Walterová, Mareš, s.38)

### 1.1.2 Osobnost sestry

Osobnost sestry, která chce dobře vykonávat své povolání, má mít nezbytné profesní předpoklady. Tyto předpoklady lze rozdělit na senzomotorické, estetické, intelektuální, sociální, autoregulační a komunikační. Mezi senzomotorické předpoklady řadíme šikovnost, zručnost či pohybové nadání. Předpoklady estetické zahrnují smysl pro úpravu vlastního zevnějšku a smysl pro úpravu zdravotnického prostředí. Předpoklady intelektuální vyjadřují schopnost řešit proměnlivé situace. Předpoklady sociální zahrnují pozitivní vztah k lidem, schopnost navázat kontakt, schopnost vézt dialog a schopnost empatie. Předpoklady komunikační řadíme schopnost naslouchání, mlčení, sumarizování a stimulace hovoru. (Nichols, 2006). Ve své práci má zdravotnický pracovník dodržovat zásady takzvaného profesního chování, které by mělo vztah mezi personálem a nemocným posílit. Patří mezi ně například znalost práv pacienta, jejich respektování a dodržování, korekce chování, tak aby se projevilo v klidném působení na nemocného. (Čechová, 1998)

Chování zdravotníka lze rozdělit na produktivní a neproduktivní. *Produktivní chování*

zahrnuje podporu a pomoc nemocného, jistotu, projev zájmu o klienta, aktivní úsilí o spolupráci, trpělivost a zájem vyslechnout klienta a udržování kontaktu s nemocným. *Neproduktivní chování* se u sestry projevuje nepřátelstvím, neochotou ke spolupráci. Toto chování sestry může poškodit nemocného psychicky i fyzicky. (Čechová, 1998 - Fráně, 2000)

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

### **1.1.3 Vlastnosti sestry**

Každá sestra, která chce správně vykonávat své povolání, by měla být vyrovnaná, mít klidné vystupování, přiměřené sebevědomí, ale ne však povýšené, a měla by mít pohotové reakce v naléhavých situacích. Měla by se umět ovládat a být trpělivá. Sestra by měla být schopna navázat kontakt a umět komunikovat s klientem a jeho rodinou. Měla by působit povzbudivě, projevovat smysl pro humor, ale bez náznaku ironie. Musí mít smysl pro povinnost a odpovědnost. Sestra by měla být sociálně zralý jedinec, tzn. umět se orientovat na potřeby druhých, být tolerantní, přizpůsobivá, mít nezávislý vztah k autoritám a mít přiměřené sebehodnocení. Sestra by měla být schopna spolupráce, mít pozitivní vztah klidem a schopnost vést odpovědnost za druhé. Mít tvůrčí přístup, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost. V neposlední řadě by měla dodržovat etiku a být odolná proti stresu. Povolání sestry obnáší stále na sobě pracovat a zlepšovat své kvality. Tyto předpoklady by měla mít každá sestra. Předpokladem těchto aspektů je sebekritičnost vlastního jednání a schopnost vcítit se do pocitů trpícího člověka. Důležité ale je, aby sestra udržovala určitý profesionální odstup. (Magurová, 2012)

Dalšími předpoklady, které by sestra měla mít, jsou především profesionální adaptace, sebereflexe a sebevýchova. *Profesionální adaptace* znamená umět se ovládat, neprožívat věci příliš intenzivně a nedávat příliš najevo negativní emoce. Sestra by měla preferovat zájem o klienta a chovat se ke všem klientům stejně. Sestra by neměla opomenout respektování práv

pacientů. Profesionální adaptace také zahrnuje přisvojení si profesních standardů. *Maladaptace* je nedokonalé přizpůsobení novým pracovním podmínkám, získání špatných pracovních návyků a nepřizpůsobení se profesním standardům. *Sebereflexí* se rozumí uvědomění si výsledků svého jednání a konfrontaci s morálními normami nebo alespoň ideálního já. Svým myšlením kriticky posuzujeme určitou osobní problémovou situaci z různých úhlů. *Sebevýchovou* rozumíme naučit se sebereflexi a snažit se na sobě pracovat. Pokud se sestra naučí naslouchat sobě, dokáže posléze naslouchat druhým. (Skalková, 2007).

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

#### **1.1.4 Role sestry**

Dle Plevové a kol. je role očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením člověka ve společnosti. Role sestry se liší dle toho, s kým je sestra v kontaktu. Zda se jedná o lékaře, pacienta nebo sestry mezi sebou. (Nemcová, 2010 s.81) Mastiliáková definuje poslání sester takto "Poslání sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují. To vyžaduje, aby sestry rozvíjely a vykonávaly takové činnosti, které podporují a uchovávají zdraví a zabraňují vzniku onemocnění. Mezi úkoly sester patří rovněž plánovaná a poskytovaná péče v průběhu onemocnění a rehabilitace". (Magurová, 2012)

K tomu, aby sestra mohla plnit úspěšně svoji roli, je zapotřebí, aby byly realizovány čtyři důležité rolové znaky. Mezi tyto znaky patří funkční specifika, kolektivní orientace (sociocentismus), univerzalismus a emociální neutralita. *Funkční specifika* vyjadřují nutnost odborné kompetence pro výkon povolání sestry. Tato kompetence je vymezena odborným vzděláním a následným specializačním vzděláváním. V nemocničním prostředí jsou

kompetence sestry omezeny horizontálně, tzn. na jakém oddělení sestra pracuje a vertikálně dle struktury organizace, jiné kompetence má vrchní sestra staniční sestra nebo primární sestra. (Nichols, Wilson-2006- Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

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

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

Dalším důležitým předpokladem pro úspěšné vykonávání role sestry je *Emocionální neutralita*. Ta vyjadřuje očekávání, že sestra je ochotna svoji emocionalitu podřídit rozumové kontrole. Povolání sestry představuje vysokou zodpovědnost za život ošetřovaného člověka, které může být zdrojem napětí. V náročných situacích nesmí sestra propadnout panice a měla by se stále chovat profesionálně, aby mohla úspěšně plnit svoji roli sestry. Jedná se o stav bez vnitřních a vnějších konfliktů. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007- Nichols, Wilson, 2006- Farkašová, Erbová, Olivierová, 2004) Dle Farkašové se lze rozdělit role sestry na následující podskupiny. Jedna z nejdůležitějších rolí sestry je *Sestra jako poskytovatelka ošetrovatelské péče*. Ta poskytuje ošetrovatelskou péči klientovi v nemocničním prostředí i v terénu. Měla by mít dostatečné vědomosti a ochotu pomáhat druhým. Zjišťuje ošetrovatelské problémy a zajišťuje plán jejich řešení. Z hlediska právního musí setra poskytovat "ošetrovatelskou péči v souladu se svou pracovní náplní a podle pokynu nadřízeného zaměstnance, dle své kvalifikace bez dozoru nebo pod dohledem. Ošetrovatelskou péči poskytuje lege artis, což v praxi znamená v souladu s předpisy, které upravují poskytování zdravotní péče a se standardy upravujícími konkrétní postup při provádění konkrétního ošetrovatelského výkonu. Sestra je oprávněna odmítnout provést výkon, jehož ordinace je nečitelná, nebo který je ve zřejmém rozporu s postupem lege artis, nebo který by pacienta evidentně poškodil nebo pokud je lék chybně ordinován." (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007 str.11-Nichols, Wilson, 2006 - Farkašová, 2005). *Sestra mentorka* zodpovídá a dohlíží na studenty ošetrovatelství a vykonávající odbornou praxi na klinickém pracovišti.



Sestra mentorka by měla mít pedagogické znalosti a zralou osobnost. *Role sestry jako výzkumnice* předpokládá dostatečné vzdělání sester, jak v oblasti ošetrovatelství, tak i výzkumu. Sestra výzkumnice získává nové informace z odborných článků. Výzkum v ošetrovatelství je součástí oboru ošetrovatelství a má být zaměřen na získávání nových poznatků pro zlepšení péče o občany. Je důležitý nejenom pro sestry, ale i pro ty, kteří ošetrovatelství organizují, financují a působí v oblasti profesní přípravy“ (Fráně 2000, s.182). Cílem výzkumu je zkvalitnění ošetrovatelské péče. (Farkašová, 2005 - Nichols, Wilson, 2006). *Sestra jako nositelka změn* provádí změny v ošetrovatelském procesu. V ošetrovatelství jsou změny nezbytné. Beze změn by se ošetrovatelství nemohlo rozvíjet. Změny může navrhnout jedinec nebo skupina lidí. Může je provádět na sobě samém nebo v systému ošetrovatelství. Změny v ošetrovatelství provází všechny fáze ošetrovatelského procesu. Od fáze posuzování až po vymezení cílů. Nositel změny může být formálně či neformálně určený nositel změn, v ošetrovatelství je to nejčastěji sestra, která není pověřena provádět změny v ošetrovatelském procesu, ale svými schopnostmi dokáže změny realizovat. Nositelé změn mohou být vnitřní nebo vnější. *Vnitřní činitelé* jsou sestry, které danou situaci znají a jsou s ní dobře seznámeni. Jsou to sestry, vykonávající službu na ošetrovatelské jednotce. *Externí nositelé* změn jsou sestry, které nepracují v dané nemocnici, a proto situaci posuzují objektivně. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004 - Farkašová, 2005) *Sestra – advokátka* je sestra, která obhajuje práva nemocného. Sestra se stává obhájkyň pacienta, reprezentuje jeho práva, vysvětluje mu je, předkládá a tlumočí jeho názory a požadavky. V neposlední řadě obhajuje také jeho zájmy. Sestra nerozhoduje za pacienta, pouze ho vyslechne a v názoru ho podporuje. Zodpovědná sestra advokátka by měla projevovat o pacienta projevovat zájem a zabývat se jeho celkovou situací. Tato role je projevem zájmu sestry o klienta. (Farkašová, 2005 - Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

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

(Farkašová, 2005 s.182) Sestra edukátorka by měla mít určité předpoklady. Jsou to především předpoklady charakterové (trpělivost, tolerance, důslednost, zodpovědnost, svědomitost), intelektové (analýza edukačních potřeb), senzomotorické (zručnost, obratnost) a sociální pozitivní vztah k lidem, umění komunikace), odborné znalosti a dovednosti z oblasti edukace. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004 - Farkašová, 2005 - Juřeníková, 2010).

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

### **1.1.5 Vztah mezi sestrou a pacientem**

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

„Kvalitní ošetrovatelská péče je nemyslitelná bez komunikace mezi zdravotníkem a nemocným. V mnoha studiích bylo prokázáno, že nedostatečná či špatná komunikace je nejvýznamnějším zdrojem nespokojenosti pacientů, ale v této souvislosti také platí, že efektivní komunikace zvyšuje kvalitu péče o pacienty“. (Vyhnálek, 2003) Vzájemný vztah mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje pro zdravotníka nejenom psychologické znalosti, ale také schopnost empatie a schopnost umět psychologicky jednat s nemocným. Sestra se pro pacienta stává důležitým bodem a je pro něj nadějí během nemoci. Pacient se na sestru obrací s potřebami a čeká, že ho sestra trpělivě vyslechne a dokáže mu pomoci. Sestra a pacient jsou v neustálém vzájemném kontaktu od ranního probuzení nemocného až po pacientovo večerní usínání. Povolání sestry vyžaduje profesionální jednání, které zahrnuje schopnost empatie, tzn. vcítit se do potřeb klienta, porozumění problémů nemocného a v neposlední řadě ochota pomoci. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007 - Vyhnálek 2003 -Nichols, Wilson, 2006)

Vzájemné dobré vztahy mezi sestrou a pacientem jsou velice důležité. Mohou příznivě ovlivnit celý průběh pacientovi hospitalizace. Klient, který má dobrý vztah s ošetřující sestrou, má pocit, že je o něj dobře postaráno a v případě potřeby se má na koho obrátit. Jako

příklad lze uvést klienta, který nemá dobrý vztah s ošetřující sestrou, má velké bolesti, ale bojí se sestru oslovit a světit se jí. Klient tak trpí bolestí, i když by nemusel. (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007) Aby měl klient během své hospitalizace správnou ošetřovatelskou péči, zpracovává sestra ošetřovatelský proces. Sestra od pacienta získává potřebné informace, sepisuje tzv. sesterskou anamnézu. Sesterská anamnéza se neshoduje s lékařskou anamnézou, ale měly by se společně navzájem doplňovat. Sestra sbírá údaje o klientovi systematicky a nepřetržitě během celé jeho hospitalizace. Sběr dat sestra získává metodou pozorování či rozhovorem přímo od klienta či od jeho rodiny. (Vyhnálek, 2003)

Na základě získaných informací od klienta sestaví sestra ošetřovatelské diagnózy, kterými stanoví pořadí priorit ošetřovatelských problémů. Po sestavení diagnóz sestra naplánuje řešení problémů a určí jejich priority. Na realizaci ošetřovatelského plánu a naplňování stanovených cílů se poté podílí sestra i pacient. Je nezbytné, aby sestra při realizaci maximálně spolupracovala s klientem, jelikož je klient při realizaci tím nejdůležitějším účastníkem. (Janáčková, Weiss, 2008 - Vyhnálek, 2003). Po skončení realizace sestra vyhodnocuje a posuzuje, jak byla ošetřovatelská péče účinná a zda ji může ukončit. Vyhodnocování ošetřovatelského procesu se provádí ve všech jeho fázích. Na jeho základě může sestra upravovat ošetřovatelský plán tak, aby klientovi co nejvíce vyhovoval. Ošetřovatelský plán hodnotí klient i sestra. Spolupráce sestry a pacienta při vytváření ošetřovatelského procesu je velice důležitá. (Janáčková, Weiss, 2008 - Vyhnálek, 2003)

## **1.2 Amputace dolních končetin**

### **1.2.1 Amputace**

"Amputací rozumíme odstranění periferní části těla nejčastěji končetiny." (Farkašová, 2005 s.272) Amputace končetiny je pro pacienta velice náročná životní situace. Jak z hlediska psychického, tak somatického. Lékař musí ke každému klientovi přistupovat individuálně. Bere ohled na stav končetiny, pracovní zařazení a celkový stav klienta. Náročnost vyrovnávání se s těžkou situací je ovlivněno především rozsahem amputace, amputace nízká (10-15 cm pod kolenem), střední (v polovině stehna) či vysoká (odstranění končetiny v kloubu). V neposlední řadě amputace oboustranná či jednostranná. Dalšími faktory, které ovlivňují zvládnutí dané situace je věk, pohlaví a fyzická kondice postiženého. (Doenges, Moorhouse, 2008 - Janáčková, Weiss, 2008) Lékař se snaží zachovat co největší část z postižené končetiny. Zbylá část ale musí vyhovovat funkční protéze. Dle Zur Verba bylo sestaveno amputační schéma, které znázorňuje kde lze části končetiny klasifikovat jako

důležité, méně důležité, bezcenné a překážející (příloha Dušová s.273) Mezi indikace amputace patří těžká traumatická poranění, těžká infekce, poruchy výživy (žilní gangrény), zhoubné nádory kostní tkáně a vrozené deformity, záněty kostí (osteomyelitis). Lékař provádí amputaci většinou v bezkrevním terénu. Výjimku tvoří těžké infekce, kdy lékař přiloží pouze škrtidlo nad úroveň řezu. (Dušová, 2005)

Při nejtěžších infekcích lékař provádí tzv. gilotinovou (válečnou, urgentní) amputaci. Při této amputaci vede lékař řez ve stejné rovině až ke kosti. Rána se nešije, zůstává otevřená. Poté se provádí téměř vždy reamputace neboli zkrácení s úpravou pahýlu. Tento výkon byl využíván ve válečné chirurgii. V dnešní době se využívá jen zřídka. (Dušová, 2005)

Běžně lékař provádí při amputacích lalokové řezy s postupným schodovitým prolínáním jednotlivých vrstev. Při propichové amputaci vytváří lékař dva muskulokutánní laloky. Při osteoplastické amputaci lékař přiklápí osteomyokutánní lalok, který je tvořen kostí, periostem a měkkými tkáněmi. (Dušová, 2005)

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

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

Aby replantace byla co nejuspěšnější je nutné po úrazu amputát zabalit do sterilního mulu navlhčený fyziologickým roztokem a uložit do sáčku, který musí být vodotěsně uzavřený. Teprve poté se sáček s amputátem vloží do ledové tříště. Teplota sáčku, kde je amputát uložen by neměla překročit čtyři stupně Celsia. Během transportu se krvácení staví kompresí. Z tohoto důvodu by měl být transport do replantačního centra co nejrychlejší. Operační výkon by měl být proveden do osmi hodin po úrazu. Na operačním sále pracují dva

týmy chirurgů, aby se zkrátila doba operace. Jeden operační tým připravuje amputační pahýl, druhý operační tým připravuje amputát. Jako každá operace i reamputace obnáší pooperační komplikace. Mezi nejčastější komplikace patří vznik venózní a arteriální trombózy. (Dušová, 2005) Při snesení končetiny je vždy důležité zachovat klientovi pahýl, na který je možné nasadit funkční protézu. Funkční protézu klientovi obstará ortopedická protetika. (Vondráček, Wirtlová, 2008)

### **1.2.2 Ošetrovatelská péče o pacienty po amputaci dolní končetiny**

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

Nejnáročnější rehabilitace je u klientů, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny z příčiny cévního postižení, neboť se většinou jedná především o starší klienty, kteří nejsou tak fyzicky zdatní, aby se mohli učit chodit s přiloženou protézou. V tomto případě lékař volí možnost nabídnout klientovi místo protézy invalidní vozík. Vozík je pro staršího klienta bezpečnější nejen při vykonávání některých činnostech sebepéče. (Doenges, Moorhouse, 2008 -38) V časném období po amputaci končetiny klient provádí dechová cvičení, posléze i kondiční cvičení. Především posiluje horní končetiny a zbývající klouby a svaly. Provádí nácvik sedu, stojí na jedné končetině, aby udržel rovnováhu. Když klient zvládne stoj na jedné noze a udržení rovnováhy začíná s nácvikem vstávání z lůžka a ze židle pomocí berlí a s nácvikem krátké chůze o berlích. Klient by měl se setrou nacvičovat i pád na zem s odhozením berlí stranou pro případ pádu při chůzi. V některých případech se doporučuje i nácvik nástupu a výstupu z dopravních prostředků. Chůze o berlích s protézou je pro pacienta fyzicky náročná a bolestivá. Na to by sestra neměla během rehabilitace zapomínat (Doenges, Moorhouse, 2008- Marečková, 2006). Velice důležitá je péče u klientů po amputaci dolní končetiny péče o pahýl. Snaha lékařů a sester je zhojení pahýlu per primam, kdy se pahýl hojí bez komplikací.

Proto je důležité používat na převazy suchý, pružný, čistý obvaz a dodržovat při převazu přísný aseptický postup. Okolí pahýlu by stále mělo zůstat teplé a prokrvené. Po zhojení pahýlu a odstranění stehů a redonova drénu očistí sestra pahýl od nečistot a začíná klienta učit jak správně pahýl otužovat. Otužování pahýlu spočívá v poklepu prsty, poklepu pěstí, tření a kartáčování. Zhojený pahýl je nutné denně omývat, suchou kůži promazávat

krémem či mastí a pečlivě bandážovat. (Doenges, Moorhouse, 2008). Správným bandážováním se pahýl formuje do kónického tvaru, který je nezbytný pro snadné přiložení protézy (viz. příloha Doenges, Moorhouse, 2008 str. 63,64,65 ). Již po několika dnech po zákroku se u klienta mohou vyskytnout kontraktury, které se velice těžko rozcvičují. Aby klient zabránil kontrakturám, měl by dodržovat správné polohování pahýlu, o kterém by ho měla sestra pečlivě poučit. Jedna ze zásad správného polohování je nepodkládat pahýl polštářem, příliš dlouho neseďet a neopírat pahýl o berle ve flexi a abdukci. (Farkašová, 2005 - Doenges, Moorhouse, 2008). Častou chybou klientů, kteří podstoupili amputaci ve stehně je snaha udržovat pahýl přitažený k břichu. Klienti s amputací v bérce mají tendenci udržovat pahýl ohnutý v kolenou v 90 st. Oba tyto způsoby polohování pahýlu klientovi neprospívají. Sestra dále zabraňuje otokům končetiny, doporučí klientovi sprchování, střídání teplé a studené vody, které slouží jako jemný způsob otužování. Je-li kůže suchá, promašťuje ji klient krémem. Potí-li se, použije pudr či kafrovou pleťovou vodu. (Mičková, 2009 - Pittnerová, Klusoňová, 2000)

Aby se stal klient co nejdříve soběstačný, je důležité včasné přiložení protézy. Protézu klientovi obstarává protetická ortopedie ve spolupráci fyzioterapeutem po třech měsících od operace. Klient nejprve dostává prozatímní protézu a teprve po několika měsících, kdy dojde k definitivnímu vytvarování amputovaného pahýlu, dostává klient definitivní protézu. Sestra učí nejprve klienta stoj u lůžka, aby si na protézu pomalu zvykal a poté až chůzi po rovině o berlích s oporou. Pacient je poučen sestrou, že nejprve vykročí zdravou nohou, pak přisune protézu a současně s ní přisune berle. Po té, co klient zvládne chůzi po rovině s oporou a bez opory může začít s chůzí do schodů a ze schodů. Ze schodů vykročí klient nejprve protézou, přisune berle a poté teprve následuje zdravá noha. (Mičková, 2009 - Gulášová, 2004) Po propuštění klienta do domácí péče odchází klient po zvládnutí základních úkonů sebepéče, kdy je schopen se o sebe sám postarat. Musí být schopen správně ošetřovat a bandážovat pahýl. Pro zotavení lékař klientovi doporučí léčebný pobyt v lázních v Kladrubech či Velkých Losinách. (Mičková, 2009)

## **1.3 Sebepéče**

### **1.3.1 Pojem sebepéče**

Nemoc pro člověka představuje velice náročné životní období. Člověk se během života dostává do situace, kdy se o sebe nedokáže sám postarat a vyžaduje pomoc druhé osoby. Péči druhého člověka potřebuje především v době stárnutí, které doprovází různá

onemocnění, nedodržování vhodného způsobu života nebo náhle vzniklá porucha zdraví. Cílem sestry je naplňovat potřeby nemocného a pomoci mu, aby si své potřeby dokázal sám uspokojovat. V době nemoci je klient může vykonávat odlišným způsobem, než byl zvyklý dříve. S pomocí kompenzačních pomůcek či dopomocí druhé osoby. (Průcha, 2005 - České ošetrovatelství, 2005 – Magurová, 2012)

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

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

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

Ztráta soběstačnosti během nemoci je pro pacienta velkou zátěží, jak fyzickou, tak psychickou. Pacient těžce snáší, že sám nemůže vykonávat běžné denní činnosti. Pacientům, kteří jsou zcela nesoběstační, je potřeba věnovat ošetrovatelskou péči v oblasti uspokojování potřeb. Mezi základní potřeby patří péče o výživu, hygienu, vyprazdňování atd. Velice náročné je uspokojování potřeb klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo klienti s poruchou hybnosti. Aby tito klienti mohli samostatně vykonávat běžné denní činnosti a být soběstační, je nutné zajistit vhodné podmínky, jako např. poskytnout klientovi kompenzační pomůcky nebo pro klienta připravit bezbariérový přístup. (Trachtová, 2001)

"Jedním ze základních cílů moderního ošetrovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný, být nezávislý bez pomoci druhých". (Staňková, 2001 s. 32). Nemocní, kteří jsou odkázáni na pomoc druhých, jelikož nedokážou vykonávat aktivity běžného života, těžce snáší nezájem sestry. Každý jedinec chce být autonomní. "Být autonomní znamená zůstat pánem svého možného způsobu života. Pacientská autonomie znamená zachování identity,

tzn. ponechat pacienta tím, kým je a kým chce být, tzn. nebýt pohlčen patientskou rolí." (Vyhnálek, 2003 s. 62)

Autonomii člověka poskytne sestra tím, že respektuje vyslovená přání, názory a předchozí zkušenosti s nemocí pacienta. "Autonomie ve smyslu být svobodný znamená, že i člověk, který je částečně nebo plně fyzicky závislý na druhých může být zároveň psychicky zcela autonomní." (Vyhnálek, 2003 s. 62). To docílíme tím, že klienta zapojíme do plánování své léčby. Autonomie výrazně pomáhá při léčbě a péči o nemocného. Opakem autonomie je heteronomie. V tomto případě je klient veden a kontrolován sestrou bez možnosti, aby se sám podílel na dané situaci, ať ve zdraví či nemoci. (Vyhnálek, 2003)

### **1.3.2 Požadavky sebedpěče**

Schopnost jedince pečovat o sebe samého vychází ze základních potřeb udržení normální funkce organismu, udržení života a zdraví. I Oremová označila tři druhy požadavků sebedpěče, které ovlivňují schopnost sebedpěče jedince. Požadavky sebedpěče jsou univerzální požadavky sebedpěče, vývojové požadavky sebedpěče a terapeutické požadavky sebedpěče. Požadavky na sebedpěči existují v každé věkové skupině. Rozlišují se svojí intenzitou a délkou trvání. (Slezáková, 2010 - Čechová, Rozsypalová, 1998)

Univerzální požadavky sebedpěče představují požadavky, které souvisejí se základními procesy a funkcemi. Jsou to například rovnováha mezi aktivitou a odpočinkem, správná funkce vylučování stolice a moči, dostatečný příjem vzduchu, potravin a tekutin, rovnováha mezi sociálními interakcemi a rovnováha mezi bezpečím a rizikovými činnostmi, které ohrožují zdraví a život jedince. (Bekel, Halmer, 2004 - Trachtová, 2001)

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

Terapeutické požadavky sebedpěče jsou požadovány při poruchách zdraví či odchylkách od normy. Tyto požadavky souvisejí s diagnostickými, terapeutickými a rehabilitačními výkony, adaptací organismu, edukací při trvalých vlivech nemocí a při terapeutických opatřeních. (Průcha, 2005 - Trachtová, 2001)

Při plánování ošetrovatelské péče je důležité udržování a podpora zdraví. Při realizaci denních aktivit se sestra snaží udržovat či zvyšovat nezávislost jedince. V oblasti hygieny se klientům po amputaci dolní končetiny se doporučuje otužovat pahýl. Toho klient docílí sprchováním se střídavě teplou a studenou vodou. Koupel ve vaně se klientům nedoporučuje,



jelikož by klientovi mohl hrozit pád při přemísťování z vany. Při sprchování zajistí sestra vhodné prostředí nejlépe tiché, ne v blízkosti toalety, které má přiměřenou teplotu. Pro zpříjemnění atmosféry může sestra klientovi pustit tichou a pomalou hudbu. V neposlední řadě sestra klientovi připraví hygienické pomůcky, které bude klient potřebovat k hygieně. Velice důležité je mít připraveno v koupelně signalizační zařízení pro případ, že by klient potřeboval pomoc sestry. Koupelna je vybavena pro bezpečnost klienta madly, protismykovou podložkou a dalšími pomůckami, které zabraňují pádu klienta. Klientovi dávají pocit bezpečí a jistoty. Mezi důležité opatření při zajištění bezpečnosti klienta při hygieně a kompenzační pomůcky, které zároveň pomáhají klientovi být soběstačný. (Trachtová, 2001)

Při koupání klienta je nutné zajistit jeho bezpečí po celou dobu koupání. Sestra zhodnotí soběstačnost klienta, zda li se zvládne vysprchovat sám či potřebuje pomoc. Dbá na to, aby nedošlo k podráždění pokožky. Klienti po amputaci dolní končetiny jsou poučeni sestrou používat po koupeli nedráždivý krém, který promazává pokožku a zároveň slouží jako prevence proti odřeninám a opruzeninám. Časté koupání může způsobit suchost kůže a rušit účinek kožního mazu. Proto se doporučuje obzvláště seniorům koupání maximálně jednou či dvakrát týdně. Někteří pacienti dávají přednost ranní koupeli, která působí na organismus člověka velice povzbudivě. Jiní upřednostňují večerní koupel, která navazuje pocit pohody a odpočinku. Po koupeli dbát na to, aby klient neuklouzl po mokré podlaze a nepřivodil si úraz. (Kálal, 2000 - Trachtová, 2001)

Při stravování servíruje sestra jídlo klientům vždy vkusně a tepelně upravené. Imobilního pacienta sestra uloží do vhodné zvýšené (Fowlerovy) polohy, kdy klient leží v poloze na zádech, horní panel lůžka je zvednutý o 30 st. až 90 st. dle potřeby. Aby se nemocný cítil v této poloze pohodlně, může sestra použít i několik polštářů k vypodložení hlavy. Pacientům, které je potřeba krmit, dopřeje sestra dostatek času na přijímání stravy. U klientů po operaci dbá lékař na dostatečný přísun energie v podobě zvýšeného množství bílkovin, tuků a vitamínů, jelikož může u klienta vzniknout nerovnováha mezi energetickými zásobami a požadavky. (Nemcová, 2010 - Trachtová, 2001)

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

Při nácviu ergoterapie se pacient po amputaci dolní končetiny aktivizuje po stránce fyzické, psychické i kognitivní. Cílem ergoterapie je dosáhnout za pomoci reedukace maximální soběstačnost klienta. Sestra se snaží docílit zvýšení kvality klientova života. Pomocí ergoterapie se ošetřující personál snaží zachovat, posílit či navrátit funkční potenciál (rozsah pohybu klienta). Mezi hlavní činnosti ergoterapie patří nácvi instrumentálních dovedností. (Trachtová, 2001). Činnosti, které klient každodenně provádí jako například oblékání, úprava zevnějšku, koupání či stravování, by měl klient vykonávat v době, kdy je oddychnutý a odpočatý. Při vykonávání denních aktivit dbáme na soukromí klienta. Zbytečně nevystavujeme klienta nepříjemného pocitu studu, například při použití toalety či provádění hygieny. Pocit klientova uspokojení je důležitá motivace k samostatnosti a pochvala za každodenní úspěchy. (Trachtová, 2001 - Venglářová, 2006)

### **1.3.3 Faktory ovlivňující sebepěči**

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

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

### **1.3.4 Deficit sebepěče**

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

D.Orem vyjadřuje "deficit sebepěče vztah mezi kompetencí sebepěče a situativní potřebou sebepěče jednotlivců, u nichž schopnosti k sebepěči neumožňují vyplnění některých

nebo všech komponentů jejich situativní potřeby sebezpečí“ (Bekel, Halmer, 2004, s. 33)

Při zjištění dysfunkce potřeby sebezpečí používá sestra následné ošetrovatelské diagnózy, které řadíme do třídy sebezpečí. Třída sebezpečí je určena ošetrovatelským diagnózám, které jsou standartním pojmenováním ošetrovatelství. (Trachtová, 2001)

Mezi tyto ošetrovatelské diagnózy řadíme deficit sebezpečí při oblékání a úpravě, kdy se jedná o pacienta, který má zhoršenou schopnost obléknout se a svléknout nebo tuto danou činnost nedokáže sám dokončit a potřebuje pomoc druhé osoby. Mezi další deficit sebezpečí řadíme deficit při koupání a hygieně. Tato diagnóza vzniká, pokud má klient zhoršenou schopnost sám se vykoupat či osprchovat. V neposlední řadě lze do poruchy sebezpečí uvést deficit sebezpečí při jídle, kdy je klient omezen poruchou schopnosti se sám najíst bez pomoci druhé osoby. Poslední diagnóza, která patří do třídy sebezpečí je deficit sebezpečí při vyprazdňování. Klient není schopen sám provést a dokončit vyprazdňování a je odkázán na pomoc druhé osoby (Linhartová, 2007)

D.Orem uvedla tři ošetrovatelské systémy. Podpůrně výchovný ošetrovatelský systém, částečně kompenzační ošetrovatelský systém a plně kompenzační ošetrovatelský systém. Podpůrně výchovný systém se uplatňuje u klienta, který jeví zájem, aby se naučil pečovat sám o sebe. Částečně kompenzační ošetrovatelský systém lze aplikovat v situacích, kdy pacient spolu se sestrou vykonávají péči. Některé snadnější činnosti vykonává klient zcela sám, s jinými mu pomáhá sestra. Plně kompenzační ošetrovatelský systém se uplatňuje v situacích, kdy je klient zcela nesoběstačný a vyžaduje úplnou péči sestry. (Průcha, 2005)

### **1.3.5 Měření sebezpečí**

Sestra začíná posuzovat klienta a jeho schopnost soběstačnosti již od prvního okamžiku, kdy se s ním poprvé setká. Hodnocení úrovně soběstačnosti by mělo být základní součástí vyšetření každého pacienta, již při příjmu klienta na oddělení, chceme-li dobře definovat problémy při uspokojování lidských potřeb a plánovat potřebné intervence. V době nemoci se řadí soběstačnost klienta k nejdůležitějším hodnotám v poskytování ošetrovatelské péče. Proto i ošetrovatelské plánování musí odpovídat stavu a soběstačnosti klienta. Způsob, jak nejlépe ohodnotit soběstačnost klienta je použití ověřených testovacích škál. Testovací škály soběstačnosti jsou vytvořeny tak, aby byly srozumitelné všem členům zdravotnického týmu sestrám i lékařům. (Magurová - České ošetrovatelství, 2005).

Sestra během hospitalizace nemocného sleduje jeho soběstačnost při základních denních činnostech. Jako jsou například schopnost se najíst, napít, vykonávat osobní hygienu,

být schopen přemístit se na toaletu apod. Schopnost sebepečce klienta může sestra zhodnotit odhadem již při příjmu klienta na oddělení či pozorováním během celé hospitalizace klienta. Sestra během klientovi hospitalizace využívá možnosti použití měřicí techniky, které hodnotí stupeň soběstačnosti sebepečce nemocného. (Staňková, 2001). K rychlému zhodnocení soběstačnosti klienta slouží rozdělení do čtyř skupin. Do 1. stupně soběstačnosti jsou zařazeni klienti, kteří jsou zcela soběstační a nepotřebují dopomoc sestry ani jiného ošetřujícího personálu. Do 2. stupně soběstačnosti patří klienti, kteří jsou částečně soběstační a jsou schopni sebepečce i mimo lůžko, ale s dopomocí druhé osoby. Do 3. stupně soběstačnosti patří klienti, kteří jsou úplně či částečně soběstační, ale jsou upoutáni na lůžko a potřebují dopomoc sestry při běžných denních úkonech. Do 4. stupně soběstačnosti jsou zařazeni nemocní, kteří jsou zcela nesoběstační (imobilní). Nebo pacienti v bezvědomí, kteří potřebují úplnou pomoc sestry a ošetřujícího personálu. (Staňková, 2001)

V ošetřovatelství se nejčastěji hodnotí soběstačnost nemocných v 8 až 10 základních položkách. Tyto položky informují lékaře a zdravotnický personál (sestry) o zdravotním a psychickém stavu a následné soběstačnosti člověka nemocného, starého nebo sociálně opuštěného. Pro vykonávání denních aktivit je typická pravidelnost, automaticnost a provádění bez pomoci jiné osoby. Při měření soběstačnosti nemocného je důležité pravidelné opakování testů, které napomáhají celkovému hodnocení stavu pacienta i plánování lékařské i ošetřovatelské péče. (Staňková, 2001)

Hodnocení úrovně sebepečce je zahrnuto v ošetřovatelských modelech (Royová, Oremová, Gordonová), které slouží jako ucelený propracovaný systém pro hodnocení sebepečce klienta. M. Gordonová hodnotí úroveň soběstačnosti nemocného do 5 klasifikací. 0- nezávislý, soběstačný pacient, 1- nemocný, který potřebuje nepatrnou pomoc druhé osoby. Sám zvládá 75% činností. 2 - nemocný, který potřebuje menší dopomoc a dohled druhé osoby. Sám zvládá 50% běžných denních činností. 3 - nemocný, potřebující pomoc druhé osoby, sám zvládá pouze 25 % denních činností. 4 - nemocný, který je zcela závislý na pomoci druhé osoby. 5- klient, který trpí úplným deficitem sebepečce a zcela mu chybí aktivní účast při běžných denních činnostech. Nemocný je zcela závislý na pomoci druhé osoby. Převážně se jedná o klienty v těžkém stavu bezvědomí. (Staňková - Trachtová, 2001) K měření soběstačnosti klienta existuje mnoho testů. Mezi nejznámější a nečastěji používaný patří Barthel index test, který měří schopnost sebepečce v následujících činnostech. Přijímání stravy, osobní hygiena, do které lze zahrnout mytí obličeje, čištění zubů, holení a koupání. Mezi další činnosti, které Barthelův test hodnotí, patří přemísťování z lůžka do kolečkového

křesla a zpět, chůze po rovném povrchu, chůze do schodů a ze schodů, oblékání a svlékání, kontinence stolice a kontinence moči. Tento test ukazuje, zda-li klient vykonává běžné denní aktivity sám, nebo potřebuje dopomoci druhé osoby. (Magurová-Trachtová, 2001) Dalším test, který hodnotí úroveň soběstačnosti je Katz index, který byl sepsán autorem v roce 1963 a byl používán především v zahraničí. Tento test hodnotí tzv. instrumentální aktivity. Do instrumentálních aktivit lze zařadit domácí práce, nakupování, spravování osobních financí, používání telefonu, přijímání potravy, schopnost sám se obléknout a svléknout, včetně výběru vhodného oblečení a vyndání oblečení ze skříně. (Magurová, 2005)

Často používaný test k posouzení a měření sebepéče je Rivemead ADL Scale, který také hodnotí již uvedené činnosti ale i činnosti rozšířené. Mezi tyto činnosti patří příprava horkého nápoje a svačiny. Hodnotí se pohyb klienta na lůžku i mimo lůžko, přemisťování klienta z lůžka do křesla, chůze po pokoji, chůze po chodbě a chůze mimo oddělení, oblékání, stravování, používání toalety a osobní hygiena. (Magurová, 2005) (Příloha Staňková, s.35,37). Kromě techniky měřících nástrojů lze úroveň soběstačnosti využít i kódy funkční úrovně, pomocí kterých se hodnotí a posuzují kognitivní funkce klienta. Kognitivní funkce určují schopnost zapamatovat si určitou věc či situaci a řídit se instrukcemi. V případě mírné poruchy kognitivních funkcí se snižuje vykonávání denních aktivit. (Trachtová, 2001)

## **1.4 Edukace**

### **1.4.1 Základní pojmy edukace**

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

Edukaci lze rozdělit na základní, reedukační a komplexní. Za základní edukaci považujeme edukaci, při které se jedinec učí novým vědomostem a dovednostem. Klient získává od sestry základní informace o onemocnění. Klient po amputaci dolní končetiny získává od lékaře základní informace v oblasti předoperační přípravy a průběhu operace i následné ošetrovatelské péče. Od sestry pak klient získává užitečné rady, jak správně pečovat o pahýl a nacvičovat chůzi o berlích. Úkolem sestry, která pečuje o klienta po amputaci dolní končetiny je snaha být mu oporou v těžké životní situaci. Při edukaci klienta se jedná o

polohování pahýlu, bandážování pahýlu, nasazování protézy, sejmутí protézy a stoj a chůze s protézou. (Juřeniková, 2010)

Při reedukační edukaci může sestra navázat na předchozí zkušenosti, vědomosti a dovednosti jedince (edukanta). Získané vědomosti a dovednosti klient prohlubuje a informace rozšiřujeme o nové poznatky. Reedukace má za úkol opakovat a obnovovat již získané vědomosti a dovednosti klienta z předešlé edukace. Tato edukace je pro klienta vhodná, již po podstoupené operaci amputované dolní končetiny. Klient sám nacvičuje chůzi o berlích a pečuje o pahýl. Na závěr sestra provádí komplexní edukaci. Tato edukace je rozšířená o nové poznatky, které klient a jeho rodina postupně získává. Klientovi a jeho rodině jsou poskytnuty komplexnější informace týkající se klientovi edukace. Tato edukace může probíhat v kurzech či ambulancích. (Juřeniková, 2010 - Křivohlavý, 2002 - Kuberová, 2010) Sestra může edukaci klienta po amputaci dolní končetiny vést individuálně či skupinově. Výhodou individuální edukace je vzájemná zpětná vazba mezi sestrou a klientem. Je však časově i ekonomicky náročná. Naopak skupinová edukace není tak časově náročná, ale sestra nemá možnost respektování individuálních potřeb každého zúčastněného klienta. (Křivohlavý, 2002)

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

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

Velice důležitý prvek v edukačním procesu je edukační prostředí, které se vzájemně ovlivňuje typem zúčastněných subjektů, obsahem, formami a intenzitou procesů. Edukaci také

ovlivňuje, v jakém prostředí edukace probíhá. Vliv na edukaci má prostor, barva osvětlení pokoje, rušivé vzruchy během edukace, nábytek a celková atmosféra během edukace. Edukační prostředí lze rozdělit do dvou skupin. Vnitřní a vnější. Vnitřní prostředí lze dále rozdělit na fyzikální, psychosociální a proměnlivé. Fyzikální představuje osvětlení, prostorové dispozice, využití barev, nábytek a vybavení místnosti aj. Mezi psychosociální patří klima a kvalitní vztahy mezi účastníky. Jedná se o vztahy mezi sestrou a klientem. Mezi proměnlivé patří atmosféra. (Juřeníková, 2010 - Kuberová, 2010 - Pittnerová, Klusoňová, 2000)

Význam v ošetrovatelství má také edukační standard, který hodnotí kvalitu vzdělávacích institucí, kde edukace probíhá. "Edukační standardy jsou dohodnutou normou, měřítkem, kritériem pro zjištění profesionální kvality edukace." (Juřeníková, 2010 s.71) . Edukační standard má zpravidla obsahovat téma edukace, charakteristiku standardu a cíl edukace, pro koho je standard závazný, kdo se jím musí řídit, dobu platnosti standardu, jak často bude standard kontrolován a kdo bude standard kontrolovat a kritéria, která zabezpečí plnění standardu. Edukační standard lze uplatnit v následujících edukačních činnostech. Ovlivňuje kvalitu edukace, vyzdvihává požadavky, které je nutno při edukaci splnit a umožňuje objektivní hodnocení kvality edukace. Edukační standard obsahuje téma edukace, charakteristiku standardu, cíl edukace, pro koho je standard závazný, dobu platnosti standardu, jak často bude standard kontrolován, kdo bude standard kontrolovat a kritéria, která zabezpečí plnění standardu. (Juřeníková, 2010)

Každá edukace má svůj cíl. Jako cíl edukace lze chápat představu toho, čeho bychom chtěli dosáhnout v dané činnosti. U klienta po amputaci dolní končetiny se jedná především o návyk soběstačnosti a péči o pahýl, který zahrnuje polohování pahýlu, bandážování pahýlu, otužování pahýlu, přikládání protézy a nácvik chůze o berlích. Čím přesněji jsou vzdělávací cíle formulované, tím efektivněji může sestra plánovat, motivovat a řídit edukační činnost klientů. Při vymezování vzdělávacích cílů slouží taxonomie, které jsou hierarchicky uspořádány. Taxonomie rozlišuje cíle kognitivní (poznávací), psychomotorické a afektivní. Kognitivní cíle znázorňují osvojení si vědomostí a rozumových schopností. Psychomotorické cíle označují pohybové dovednosti a cíle afektivní představují získávání názorů a postojů. (Žilková, 2009 - Kuberová, 2010). Edukační cíle lze rozdělit dle psychického vývoje na cíle blízké a vzdálené, etapové a z hlediska obsahové struktury na obecné, speciální a specifické. Obecné cíle jsou základní kategorií cílů v edukaci v ošetrovatelství. Zahrnují výchovu a vzdělávání člověka umět se zapojit do společenského života. Správně a moudře žít a v neposlední řadě zachování obnovy zdraví. Cíle specifické se dále dělí na cíle kognitivní,

afektivní a behaviorální. *Cíle kognitivní* zahrnují oblast poskytování informací, vysvětlování intelektuálních dovedností a vědomostí, řešení problémů a zapamatování si nových poznatků. Pro klienta po amputaci dolní končetiny je cílem zájem a snaha získat vědomosti při nácviku sebepečce, ošetřování pahýlu a nácviku chůze o berlích. *Cíle afektivní* zahrnují oblast postojů a citů. V ošetřovatelství představují hodnocení postojů ve vztahu k nemoci nebo ke zdraví. Klient po amputaci dolní končetiny získává během edukace dostatek informací o onemocnění a následné ošetřovatelské péči. *Cíle behaviorální* zahrnují oblast motorických dovedností, při kterých člověk využívá psychických procesů. Při uplatňování behaviorálních cílů sestra usiluje o změnu chování jednotlivce či skupiny. Soustřeďuje se na aktuální chování a odnaučení špatných návyků v oblasti zdraví. Cílem klienta po amputaci dolní končetiny je být zcela soběstačný umět sám ošetřovat pahýl. Na základě specifických vědomostí je schopen klient jednat v zájmu ochrany vlastního zdraví. (Průcha, Walterová, Mareš, 2009 - Kuberová, 2010 - Žilková, 2009)

#### **1.4.2 Fáze edukace ve zdravotnickém zařízení**

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

Edukační proces je záměrný, cílevědomý, řízený. Představuje určitou formu podávání konkrétních informací. Edukační proces zahrnuje všechny činnosti, při nichž se klient učí novým poznatkům. Je tvořený záměrně na to, aby se jedinec mohl učit. Edukační proces probíhá ve třech fázích a to diagnostika, realizace a hodnocení edukace. (Kuberová, 2010 - Pokorná, 2008)

V první fázi edukačního procesu sestra edukátorka zjišťuje důvod edukace, vědomosti a dovednosti edukanta a následně si stanovuje cíle edukace. V průběhu edukace hodnotí sestra faktory, které mohou ovlivňovat proces učení. Mezi hlavní faktory, které mohou přispět ke správné volbě edukace je věk edukanta, pohotovost, motivace učení, ochota učit se a v neposlední řadě také společensko-ekonomické faktory a styl učení a názory klienta na zdraví a



vzdělání. Mezi faktory napomáhající učení patří motivace. Motivace je neúčinnější tehdy, cítí-li klient potřebu edukace a věří, že daná potřeba bude uspokojena prostřednictvím získání vědomostí. Sestra musí tuto potřebu rozpoznat a slovně ji formulovat a hlavně by jí měl pocítit i klient. Aktivní účast klienta na procesu učení je velice důležitá a smysluplná. Klient se učí rychleji a získané vědomosti si déle uchová v paměti. Pasivní účast klienta na procesu učení nezaručí optimální výsledek učení. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Mezi faktory, které překážejí učení, patří velká úzkost klienta či jeho rodiny z důvodu těžké životní situace. Odstranění úzkosti docílíme dostatečným poskytnutím informací v dané problematice. Dostatečným poskytnutím informací se dá snížit obava z nejistoty a zvýšit motivaci klienta. Pro účinnou edukaci je také důležitá spolupráce klienta s edukátorem (sestrou).

Mezi fyziologické faktory, které brání účinné edukaci, patří např. akutní onemocnění nebo poškození zraku či sluchu. Tyto poruchy a onemocnění mohou narušit pozornost klienta při edukaci a tím i celkovou léčbu klienta. Mezi kulturní bariéry patří například odlišný jazyk nebo odlišné uznávané hodnoty. Pokud je mezi sestrou a pacientem jazyková bariéra lze očekávat, že se pacient naučí velice málo. Klient s opačnými hodnotami může mít také problémy v edukaci. (Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004)

Edukace klienta s amputací dolní končetiny začíná první den po operaci a končí propuštěním klienta do domácího ošetření. U těchto klientů se jedná především o cíl naučit klienta něco nového. Edukace klientů po amputaci dolní končetiny začíná obvykle 5. den po operaci. Sestra edukuje klienta, jak polohovat pahýl, přikládat bandáž, provádět otužování pahýlu a v neposlední řadě společně ve spolupráci s fyzioterapeutem, jak přikládat kompenzační pomůcky. Sestra naplánuje vhodnou dobu a prostředí, kde bude edukace probíhat. Při edukaci klienta, by sestra měla dbát na to, aby probíhala o samotě pouze v přítomnosti sestry a klienta. Sestra před zahájením edukace zhodnotí psychický stav klienta. V případě, že klient ještě není s danou situací smířený, sestra s edukací nějakou dobu počká, až se klientův psychický stav zlepší. (Juřeníková, 2010- Kozierová, Erbová, Olivierová, 2004- Křivohlavý, 2002 - Kuberová, 2010)

V druhé fázi edukačního procesu provádí sestra realizaci edukace a snaží se zapojit klienta do samotné edukace. Sestra klientovi poskytuje specifické informace v oblasti soběstačnosti a péči o amputovaný pahýl. Nejprve se klient učí správně polohovat pahýl vleže na zádech i vleže na břiše. Klient s amputací končetiny ve stehně je poučen sestrou jak správně podkládat pánev polštářem, aby docílil zdvihnutí pahýlu. Oproti tomu klienti s

amputací dolní končetiny pod kolenem jsou edukováni podkládat pouze konce pahýlu malým polštářkem. Po odstranění drénu obvykle kolem 4. dne po operaci se klient začíná učit bandážovat pahýl. Nejprve na modelu, který by sestra měla přinést již při první schůzce s klientem a po zvládnutí bandáže na modelu přechází klient na bandážování vlastního pahýlu. Sestra by v neposlední řadě měla klienta informovat o kontrole prokrvení a teplotě kůže, aby nedošlo k ischemii pahýlu z nadměrného utlačení. Po té, co klient zvládne bandážování pahýlu, začíná sestra s edukací, jak správně pečovat o pahýl po sundání bandáže. Jedná se především o již zmíněné otužování a masírování pahýlu jemným kartáčkem. Předávané informace klientovi sestra opakuje do té doby, než si je klient zapamatuje a je schopný sám popsat a názorně předvést, jak bude pečovat o pahýl. Po dosažení klientovi soběstačnosti přistupuje sestra společně s fyzioterapeutem k nasazování pahýlu a posléze i chůzi o berlích s přiloženou protézou. (Kálal, 2000 - Křivohlavý, 2002 - Kuberová, 2010-Slezáková, 2010)

Poslední fáze edukačního procesu je hodnocení vlastní edukace. Hodnocení cílů může být krátkodobé či dlouhodobé. Sestra hodnotí změnu chování klienta ke svému zdraví a úspěšnost edukace. Sestra především hodnotí soběstačnost klienta v oblasti každodenních činností a péči o pahýl. Při této fázi hodnocení klienta využívá sestra zpětnou vazbu, která je nepostradatelná pro efektivní edukaci. Pozitivní zpětná vazba se dosahuje různými způsoby. Je to například pomocí odměny, projevem za správné chování, či pochvalou. Negativní zpětná vazba představuje zlost či sarkasmus, který dokáže klienta od učení odradit. K urychlení získávání vědomostí slouží učební materiály, které postupují od jednoduchých poznatků ke složitějším. Při zpětné vazbě sestra pokládá klientovi otázky, vztahující k dané problematice, aby zjistila, jestli byla edukace úspěšná. Může použít také jednoduchou křížovku či doplňovačku, tím sestra zjišťuje, zda li byl cíl edukace splněn úplně, částečně či nebyl vůbec. Na základě hodnocení edukace může sestra zhodnotit, zda je klient schopen být propuštěn do domácího ošetření či nikoli. (Juřeníková, 2010 - Křivohlavý, 2002 - Kuberová, 2010)

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

Mezi faktory ovlivňující realizaci edukačního procesu patří zkušenost, věk, pohlaví,

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

### 1.4.3 Metody edukace

Pedagogika využívá podobné metody jako psychologie. Zejména pozorování, experiment a rozhovor. Předpokladem edukace je změna. Můžeme dosáhnout změny v chování či změny v sociální oblasti. Každý klient v každém zařízení a typu péče má právo na edukaci. Je důležité edukovat nejen klienta, ale i jeho blízké a příbuzné proto, aby se zabránilo zbytečným komplikacím a konfliktům. (Juřeníková, 2010)

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

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

Edukace klienta po amputaci dolní končetiny by měla probíhat v krátkých intervalech. Všechny pokyny týkající se edukace pacienta je nutno doplnit vysvětlením, demonstracemi či videozáznamy. U klientů po amputaci dolní končetiny lze využít několik metod edukace. Sestra nejčastěji využívá metodu instruktáž a rozhovor. Pomocí instruktáže sestra nejprve klientovi slovně vysvětlí, jak správně bandážovat a ošetřovat pahýl a jaké pomůcky bude klient k výkonu potřebovat. Poté sestra klientovi předvede prakticky daný postup bandážování. Až posléze se klient učí bandážovat pahýl na modelu, který sestra na edukaci

přinese. Zvládne li klient bandážovat na modelu, může přistoupit k bandážování pahýl a sám na sobě. (Kálal, 2000)

Tato forma edukace je vhodná proložit také psanou formou, kdy sestra zhotoví vhodný a srozumitelný materiál obsahující obrázky, na kterém jsou důležité informace a postup bandážování přesně vyobrazený. Po skončení edukace požádá sestra klienta o zopakování informací a tím se ubezpečí, že klient dané pokyny pochopil. Další způsob jak zjistit, že klient danou problematiku chápe, je položit klientovi několik otázek, na které by měl umět bez zaváhání odpovědět. V případě, že edukátor zjistí, že klient něčemu neporozuměl, je úkolem sestry daný výklad klientovi vysvětlit popřípadě zopakovat. Magurová a Majerníková uvádějí monologické a dialogické metody edukace. Mezi monologické metody edukace řadí výklad, vysvětlování a přednášku. Jako dialogické metody edukace uvádějí rozhovor, či diskuzi. (Juřeníková, 2010 - Křivihlavý, 2002)

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

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

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

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

*Pochvala a sankce* mají velký význam při edukaci pacienta. Častěji se využívá pochvala a to především u malých dětí. Pochvalou může být úsměv, pochvala před ostatními pacienty či zdravotníky. Forma trestu se používá zřídka většinou také u dětí. Trestem může být zamračení nebo důrazné napomenutí sestry edukátorky. (Skalková, 2007)

*Přednáška* v edukaci má tři části, mezi které patří úvod, vlastní výklad a závěr. Úvod seznamuje edukanty s danou problematikou. Vlastní výklad vědecky podložená fakta, vysvětlení pojmů a závěr obsahuje shrnutí celé přednášky. Přednáška využívá techniky dataprojektoru s počítačem. Posluchači, kteří se účastní přednášky mají možnost psát si poznámky. Přednáška má výhodu v možnosti edukovat větší skupinu posluchačů. K nevýhodám edukace pomocí přednášky je malá aktivita edukantů a nemožnosti zpětné vazby. (Skalková, 2007)

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

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

Edukační metody mají několik základních funkcí, motivují klienta, slouží jako názorná pomůcka a propojují teorii s praxí. Mezi učební pomůcky, které pomáhají k lepší edukaci, patří textové učební pomůcky, jako je například leták, brožura či časopis. Mezi vizuální učební pomůcky patří fólie pro zpětný projektor, zdravotnický materiál, jako je například

stomický sáček nebo inzulinové pero. Auditivní pomůcky zahrnují pořady a filmy, týkající se daného tématu. Mezi edukační pomůcky patří také počítačové edukační programy a v neposlední řadě internet. (Juřeníková, 2010)

#### **1.4.4 Dokumentace v edukačním procesu**

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

Součástí vedení zdravotnické dokumentace je v řadách nemocnic i edukační záznam. Každý edukační záznam musí obsahovat informace o schopnostech pacienta se učit, překážkách v učení a cíle, kterých se má pomocí edukace dosáhnout. Dále je nutné zapsat hodnocení, jak se klient učí, jaká je zpětná vazba a je li zapotřebí zpětně demonstrace či slovní vyjádření k dané problematice. Před propuštěním klienta do domácí péče se do dokumentace uvede, zda li byl klientovi poskytnut tištěný materiál nebo jiné pomůcky, které jsou určené k edukaci klienta. (Kozierová, Erbová, Olivierová 2004 - Staňková, Nichols, Wilson 2006)

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

Mohou ale také nastat situace, kdy klient celou navrhovanou léčbu odmítá včetně poskytnutí edukace. V tom případě by sestra měla zjistit, jaký má klient důvod léčbu odmítat. Zda se jedná o rezignaci na svůj zdravotní stav či neochota učit se novým věcem. Klient může mít také strach z nezvládnutí dané činnosti. V případě neochoty klienta je nutné zapojit do edukace rodinu klienta. V takové situaci do dokumentace zapíšeme záznam o odmítnutí klienta být edukován. Sestra se pokusí zjistit důvod odmítnutí a zapíše přesné znění do dokumentace a uvede jméno člena rodiny klienta, který byl poučen namísto klienta. V

neposlední řadě zapíšeme jméno lékaře, který byl informován o odmítnutí edukace klienta. (Hartl, 2007 )

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

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíl práce**

Zjistit metody edukace klientů při nácviku sebeděče

### **2.2 Výzkumný problém**

Jaké edukační metody sestry využívají u klientů při nácviku sebeděče ?



## **3 METODIKA PRÁCE**

### **3.1 Metodika a technika šetření**

Pro toto výzkumné šetření byla použita technika kvalitativního sběru dat. Kvalitativní šetření bylo realizováno formou polostandardizovaného rozhovoru se sestrami pracující v nemocnici České Budějovice na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče prostřednictvím metody dotazování. Účast na výzkumu byla dobrovolná, oslovené sestry byly seznámeny s daným tématem i problematikou výzkumného šetření. Před začátkem každého rozhovoru byly sestry informovány o anonymitě výzkumu. Zároveň byly sestry informovány, že získané poznatky tohoto výzkumného šetření budou využity pouze pro zpracování této bakalářské práce. Celý výzkum proběhl se souhlasem hlavní sestry nemocnice České Budějovice a.s.

Pro záznam dat z rozhovorů byl pořízen audiozáznam se souhlasem hlavní sestry, který byl následně přepsán do podoby textu, tzv. transkripce. Poté byla provedena analýza a následně kategorizace získaných dat. Po úspěšné kategorizaci dat byla vytvořena schémata. Jednotlivé otázky jsou v plném znění zobrazeny v příloze. Výzkumné šetření bylo provedeno v období od února 2013 do března 2013. U jednotlivých dotazovaných sester byla zjišťována v malém rozsahu i objektivní data jako je věk, doba praxe a oddělení, kde sestry pracují. Rozhovory byly zaměřeny na edukaci klienta k sebekéči po amputaci dolní končetiny.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

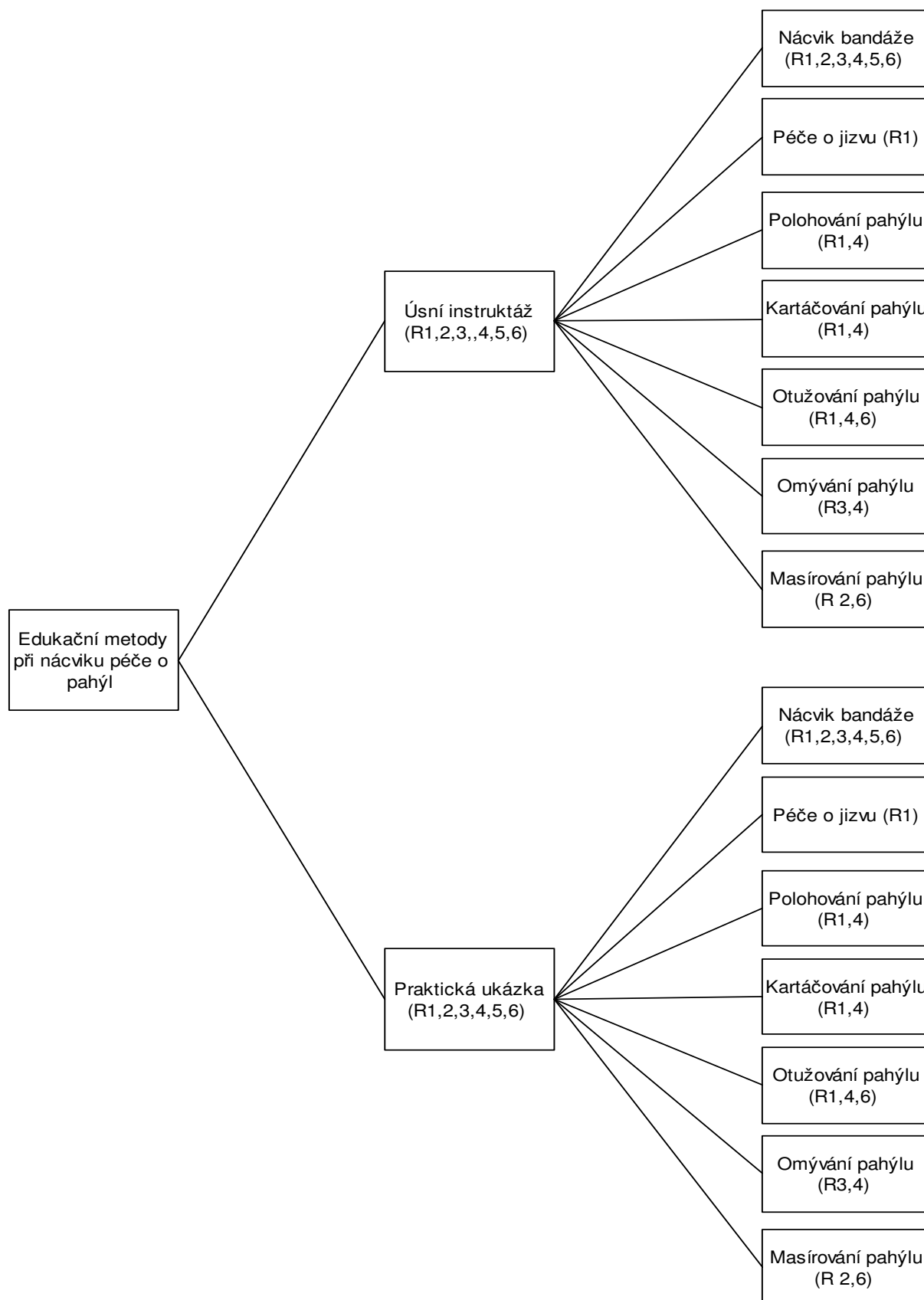
Výzkumný soubor byl tvořen respondenty - všeobecnými sestrami, které pracují na chirurgickém oddělení a oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a.s. se sestrami různého věku a dosaženého vzdělání. Jednalo se celkem o šest dotazovaných sester. Z toho výzkumný soubor tvořily tři sestry pracující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

Tabulka 1: Identifikační údaje respondentek

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

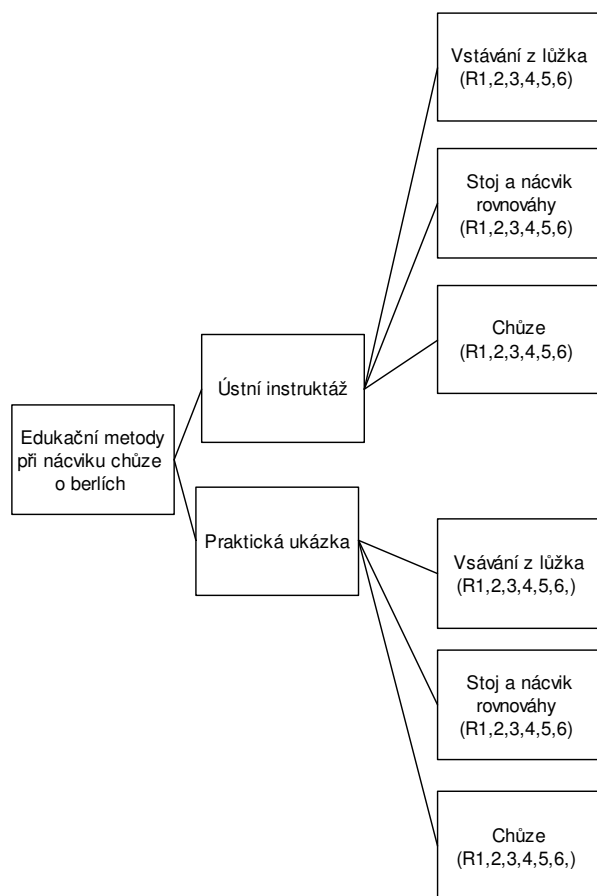
## 4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Schéma 1 Edukační metody při nácviu péče o pahýl



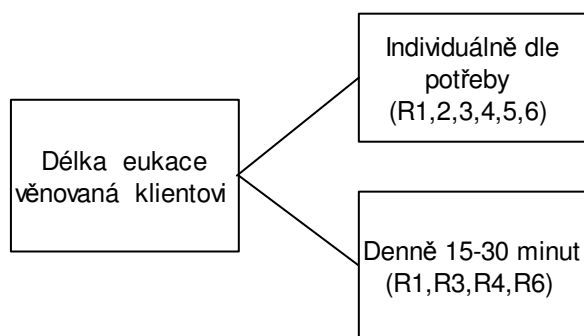
Ze získaných informací vyplývá, že všechny dotazované sestry edukaci klientů provádí sestry na chirurgickém oddělení i oddělení následné péče. " klientovi po amputaci dolní končetiny nejprve názorně předvádíme, jak s berlemi vstávat z lůžka, aby si pacient nepřivodil úraz. Když pacient zvládá vstávání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

Schéma 2 Edukační metody při nácviku chůze o berlích



Ze získaných informací vyplývá, že všechny respondenti uvedli, jako edukační metodu při nácviku péče o pahýl slovní instruktáž a názornou ukázkou. " Klientovi se názorně snažíme ukázat, jak provádět vhodnou bandáž pahýlu, jak pečovat o jizvu a v neposlední řadě klienty učíme polohování, kartáčování a otužování pahýlu, aby následné přiložení protézy bylo pro klienta co nejsnadnější. Způsob edukace péče o pahýl probíhá na našem oddělení pomocí názorné ukázky a posléze i samotného nácviku, kdy klient všechny úkony pečlivě nacvičuje". (R1) I ostatní dotazovaní respondenti uvádí jako metodu edukace péče o pahýl slovní instruktáž a posléze názornou ukázkou. " nejprve klienta učíme jak správně pahýl omývat, a posléze ho učíme správnou techniku bandážování pahýlu, kterou mu nejprve ukážeme a poté se pacient učí pod dohledem sestry sám bandážovat pahýl. Když sestra vidí, že pacient techniku obvazování pahýlu zvládá, může si bandáž provádět sám, bez dohledu sestry". (R3) Názornou ukázkou a slovní instruktáž využívá při edukaci klienta po amputaci dolní končetiny i ostatní z dotazovaných sester (R4,R5,R6)

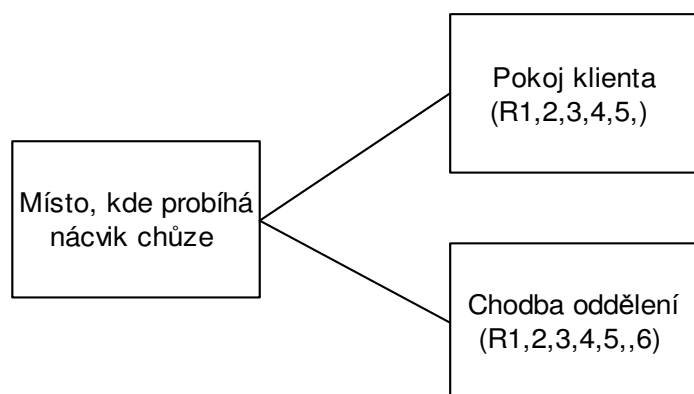
### Schéma 3 - Délka edukace věnovaná klientovi



Sestry uvedly, že edukace klientů po amputaci dolní končetiny se snaží provádět každý den. *"Edukaci u klientů po amputaci dolní končetiny provádíme na našem oddělení každý den. Časové rozmezí edukace klientů je individuální. Záleží na zdravotním stavu pacienta a na jeho ochotě spolupracovat s edukující sestrou. Převážná část edukace nácviku péče o pahýl probíhá při převazu pahýlu klienta. Kdy má klient možnost zeptat se na dotazy, které mu nejsou úplně jasné. Nácvik chůze s klienty po amputaci dolní končetiny probíhá také každý den v odpoledních hodinách, přibližně půl hodiny".* (R1) Jedna dotazovaná sestra uvedla, že edukaci v rámci péče o pahýl klienty edukuje každý den vždy při převazu klienta. *"klienta edukujeme každý den při převazu pahýlu. Časové rozmezí edukace je individuální. Záleží, jak klient s edukující sestrou spolupracuje a jestli má časté dotazy v oblasti edukace, či vše snadno chápe a nepotřebuje již další názornou instruktáž a vysvětlení. Spolupracuje-li klient se sestrou dobře, průměrně trvá edukace pacienta po amputaci dolní končetiny 15 až 20 minut".* (R3) Některé z dotazovaných sester uvedly, že časově je edukace klientů po amputaci dolní končetiny velice individuální. *"Časové rozmezí edukace většiny pacientů po amputaci dolní končetiny na našem oddělení je velice individuální. Někteří pacienti pochopí po krátké době instrukce edukující sestry, které po něm vyžaduje. Nebo klient celkově nespupracuje. V tomto případě je do edukace zapojena rodina pacienta a edukace je časově náročnější. V opačném případě, kdy pacient se sestrou spolupracuje je edukace snazší a tím i časově méně náročná".* (R2) Mezi další faktory, které rozhodují o časovém rozmezí edukace klienta, byl jeho věk, ochota učit se novým věcem a snaha spolupracovat s edukující sestrou. *"Časové rozmezí edukace velice záleží na věku pacienta, ochotě učit se novým věcem a schopnost umět spolupracovat při edukaci s edukující sestrou. Někteří klienti totiž rezignují na svůj zdravotní stav. Jedná se většinou o velmi mladé klienty, kteří ztratily smysl života nebo naopak seniory,*

*kteří už nemají sílu ani chuť učit se pečovat o pahýl či chůzi s protézou. V těchto případech je následná edukace velice obtížná". (R4) Jedna sestra uvedla edukace klienta po amputaci dolní končetiny je individuální, většinou ale edukace nácviku péče o pahýl i nácvik chůze probíhá každý den. " čas pro edukaci věnovaný pacientům po amputaci dolní končetiny je individuální. Klientovi věnujeme každý den přibližně půl hodiny pro nácvik péče o pahýl a edukace chůze. Nácvik správné bandáže provádíme při každém převazu bandáže, tedy až křikrát denně. Další metody jako otužování, masírování a polohování se klient učí také každý den. Nácvikem chůze je to podobné". (R5) Poslední dotazovaná sestra uvedla, že délka edukace klienta po amputaci dolní končetiny záleží na spolupráci sestry a klienta a celkovém zdravotním stavu klienta. " Edukace klienta po amputaci dolní končetiny je rozsáhlá. Klienta edukujeme v oblasti péče o pahýl, které zahrnuje polohování pahýlu, správná technika obvazování, masírování a otužování pahýlu. V oblasti nácviku aktivizace klienta je edukace také časově náročná. Velice záleží na spolupráci klienta a jeho celkovém zdravotním stavu". (R6)*

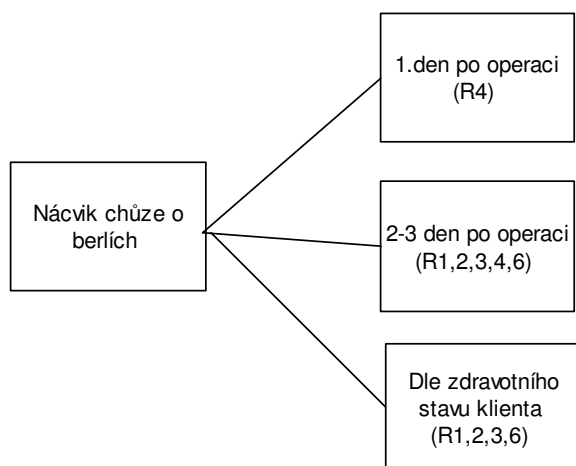
Schéma 4 - Místo, kde probíhá nácvik chůze



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

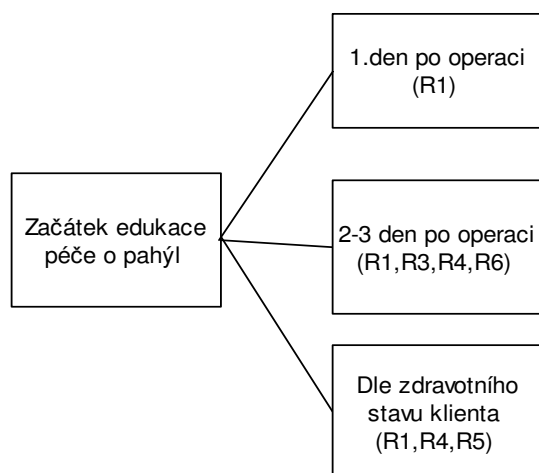


## Schéma 5 - Návčik chůze o berlích



Na otázku, kolikátý den po operaci začíná klient po amputaci dolní končetiny s návčikem chůze o berlích, převážná většina sester odpovědělo, že se klient snaží mobilizovat co nejdříve po operaci. *" je li pacient po operaci bez komplikací snažíme se, aby se na berle stavil co nejdříve po operaci, nejlépe hned první den po operaci. Začínáme s návčikem stoje u lůžka, kdy se klient učí udržet rovnováhu, aby posléze mohl začít s návčikem chůze o berlích. Nejprve s oporou druhé osoby a posléze sám". (R4)* Má li klient po operaci komplikace, začíná se s návčikem chůze dle ordinace lékaře. *"V případě, že má klient po operaci komplikace, pahýl se hůře hojí a lékař klientovi nedoporučí ještě chůzi, začíná se s návčikem o několik dní později, kdy to zdravotní stav klienta dovolí". (R1)* I v případě, že klient po amputaci dolní končetiny není schopen chůze, začíná klient mobilizaci u lůžka. *Ale již první den po operaci cvičí na lůžku a posléze i vedle lůžka. Tam se učí návčik rovnováhy, která je pro klienty s amputací dolní končetiny velice důležitá a zároveň velice obtížná".(R5)* 2 až 3 den začínají s edukací klienta s návčikem chůze o berlích i další dotazované sestry. Uvádí i efektivitu včasného návčiku chůze. *" S návčikem chůze o berlích se u klientů po amputaci dolní končetiny začíná individuálně, dle zdravotního stavu pacienta. S návčikem chůze by se ale nemělo začínat moc pozdě. Ideálně tak druhý den po operaci. Čím dříve začne klient s návčikem chůze, tím dříve se klient může navrátit domu a zapojit se do běžného života". (R2)* Podobné odpovědi měly i zbylé dvě dotazované sestry. (R3R6)

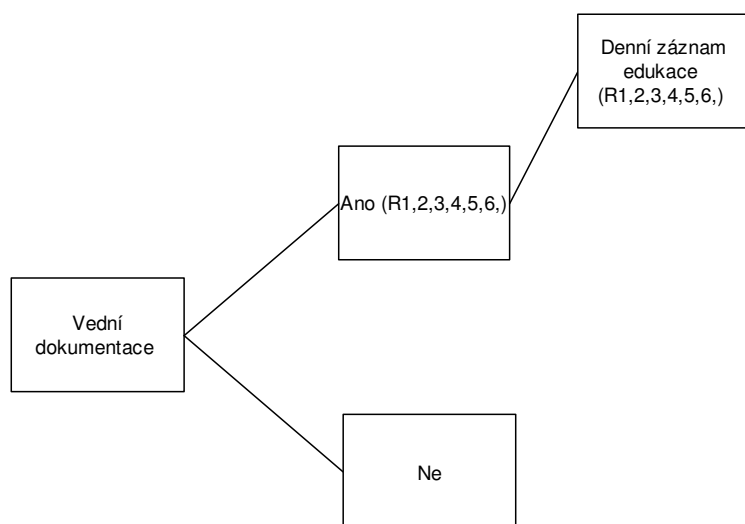
## Schéma 6 Začátek edukace péče o pahýl



Ze získaných informací vyplývá, že s edukací klientů po amputaci dolní končetiny v rámci edukace péče o pahýl začínají sestry převážně druhý až třetí den po operaci. " s nácvikem péče o pahýl se u pacientů po amputaci dolní končetiny začíná individuálně. Záleží na zdravotním a psychickém stavu klienta. Většinou se ale snažíme zapojovat do ošetřování pahýlu co nejdříve. Nejlépe hned druhý až třetí den po operaci. Klienta s daným postupem seznámíme a poté mu vše pomalu ukážeme. Snažíme se ho do edukace zapojit v každém případě, někdy se může zpočátku jednat třeba jen o motání elastického obinadla. Až když je klient zcela připraven může přistoupit k samotnému bandážování pahýlu". (R4) Většina dotazovaných sester začíná s nácvikem péče o pahýl u klientů po amputaci dolní končetiny individuálně." S nácvikem péče o pahýl se u klientů po amputaci dolní končetiny začínáme individuálně. Velice záleží na zdravotním a psychické, stavu pacienta. Někteří klienti mají snahu i vůli naučit se pečovat o pahýl. Na druhou stranu, někteří klienti se naopak nechtějí danou situací smířit. V tom případě se setrou nespolupracují a edukace je tudíž o to náročnější". (R1) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že s edukací péče o pahýl, začíná až po zhojení pahýlu. "S nácvikem péče o pahýl začíná pacient po úplném zhojení pahýlu a to tím, že se učí správnou techniku bandážování pahýlu. Během nácviku bandážování pahýlu se klient učí i o pahýl pečovat, aby zhojení pahýlu trvalo co nejkratší dobu. Ještě než se klientovi pahýl dokonale zhojí, učí se klient první den po operaci omývat a promazávat pahýl nedráždivým krémem". (R2) V některých případech začíná sestra s edukací klienta po operaci v rámci péče o pahýl již při prvním ošetření pahýlu sestrou. "S nácvikem péče o pahýl začínáme s pacienty

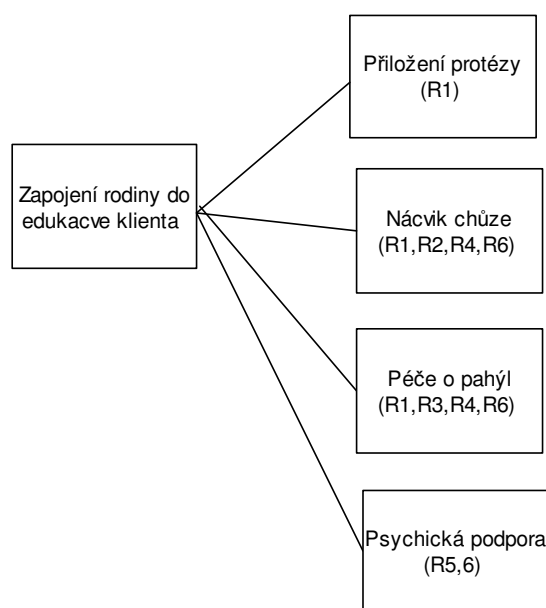
nacvičovat již při prvním ošetření pahýlu sestrou. Necítí li se pacient hned na poprvé zapojit se aktivně do nácviku péče o pahýl, klienta nenutíme a pouze mu ústně a názorně předvedeme ošetřování a bandáž pahýlu. Až posléze, když pacient sám chce aktivně do edukace o ošetřování pahýlu zapojit". (R5) S edukací začínají sestry po zhojení pahýlu a odstranění drénu. "S edukací péče o pahýl začíná klient ihned, jak jen to jeho zdravotní stav dovolí. Tedy po odstranění drénu a zhojení jizvy přibližně kolem 2-3. den po operaci. Sestra provádí edukační nácvik a pacient se posléze učí sám ošetřovat pahýl. Převážně se jedná o hygienu pahýlu a správnou techniku bandážování pahýlu" (R3) Nácvik péče o pahýl druhý až třetí den uvedla i poslední dotazovaná sestra.(R6)

Schéma 7 Vedení dokumentace



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

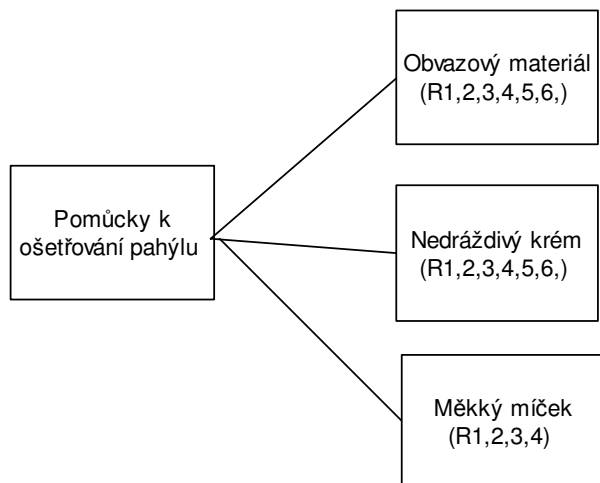
## Schéma 8 Zapojení rodiny do edukace edukace klienta



Ze získaných informací vyplývá, že sestry se rodinu klienta snaží zapojovat v případě, kdy je klient nesoběstačný. " *Je-li klient nesoběstačný edukujeme i rodinu pacienta. V tomto případě klademe důraz na to, aby se rodina klienta naučila pečovat o klientův amputovaný pahýl a uměla provádět správnou bandáž pahýlu. Nemá-li však klientova rodina možnost postarat se o klienta doporučíme rodině, aby si pro klienta zajistila v dostatečném předstihu, než bude propuštěn do domácího ošetřování, agenturu domácí péče. I v tomto ohledu je pro nás spolupráce rodiny velice důležitá*". (R3) Jedna z dotazovaných sester uvedla, že rodinu klienta zapojují do edukace i v případě, že je klient soběstačný. " *Rodinu klienta ale zapojujeme do edukace klienta po amputaci dolní končetiny i v případě, že klient s edukující sestrou spolupracuje. Mohou s klienty v době návštěv například nacvičovat chůzi o berlích*". (R2). Respondenti také uvedli, že rodinu klienta sestra zapojuje z důvodu psychické podpory klienta. " *amputace dolní končetiny je pacienta velice těžká životní situace. Proto je velice důležitá psychická podpora, především ze strany rodiny pacienta. Dle mého názoru je proto velice důležité, aby se rodina aktivně zapojovala i do edukace pacienta. Pro klienta je šance, že se s danou situací lépe vyrovná, když ví, že při něm jeho rodina stojí a podporuje ho*". (R5) Jako důvod psychickou podporu zapojení rodiny do edukace klienta dotazovaná sestra (R6) Rodinu klienta po amputaci dolní končetiny zapojují sestry do edukace i v případě, že je klient soběstačný a se sestrou spolupracuje. " *Rodinu pacienta se snažíme zapojovat, pokud je to možné co nejvíce aktivně. Záleží, jak rodina pacienta chce spolupracovat při edukaci pacienta. Informace podané pacientovi od nás získává i rodina pacienta. Souhlasí-li s tím*

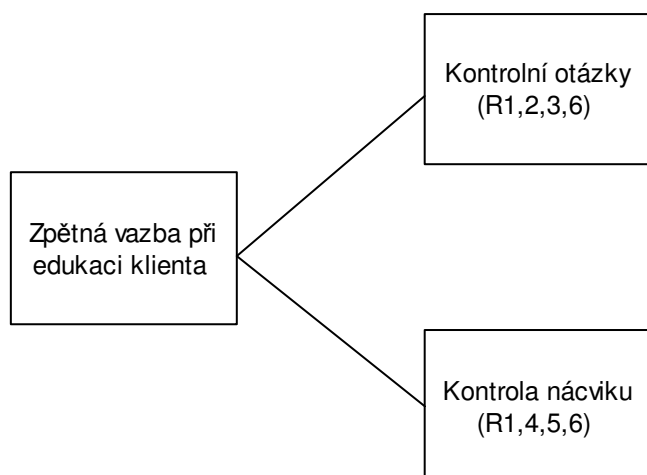
*klient, některý z členů rodiny může zároveň s klientem učit, jak ošetřovat pahýl a nacvičovat chůzi o berlích". (R4)*

*Schéma 9 Pomůcky k ošetřování pahýlu*



Ze získaných informací vyplývá, že sestry využívají k bandážování pahýlu elastické obinadlo " *K ošetřování pahýlu používáme několik pomůcek. Pomocí krátkotažného obinadla tvarujeme pahýl do patřičného kónického tvaru, aby posléze neměl klient potíže při nandávání pahýlu do protézy.*(R4) Jako další edukační pomůcky k ošetřování pahýlu měkký míček či nedráždivý krém. *V rámci kompletní péče o pahýl se snažíme klienta edukovat v oblasti kartáčování, masírování pahýlu. Využíváme i měkký míček a nedráždivý krém k masírování pahýlu". (R1)* Tyto edukační pomůcky uvedly i ostatní dotazované sestry.(R3,5,R6). Ke kartáčování pahýlu sestry jako pomůcku uvedly měkký kartáček. "*K ošetřování pahýlu používáme nedráždivý krém či kartáček, který musí být měkký ke kartáčování pahýlu". (R2)*

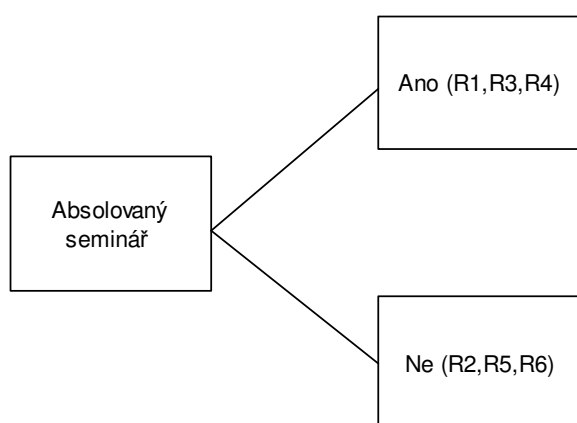
### Schéma 10 Zpětná vazba při edukaci klienta



Všichni dotazovaní respondenti se shodli na tom, že jako zpětnou vazbu sestry využívají kontrolu, jak klient umí pečovat o pahýl. " V oblasti péče o pahýl se klienta se po každé edukaci ptáme, jestli všemu porozuměl, nebo zdali má nějaké otázky týkající se dané edukace. Má li klient nějaké dotazy týkající se edukace, na dané otázky mu odpovíme a poté se opět zeptáme, zda li už danou problematiku pochopil". (R3) Konkrétně sestry zajímalo, jestli klienti umí provádět správnou techniku obvazování pahýlu a přikládat protézu " Zpětnou vazbu u klientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme převážně kontrolou, jak klient umí pečovat o pahýl. Zda li umí provést správnou bandáž do kónického tvaru. Velice důležitá je i kontrola, zda klient umí správně přikládat protézu a následně nacvičovat chůzi o berlích s přiloženou protézou".(R1) Jedna sestra uvedla, jako metodu zpětné vazby kladení otázek. "V některých případech používáme i metodu kladení otázek týkající se dané edukace a klient by na ně měl umět odpovědět. Pokud zjistíme, že klient něčemu neporozuměl, naším úkolem je mi to opět vysvětlit".(R4) Stejnou metodu zpětné vazby, tedy kladení otázek uvedla ještě jedna dotazovaná sestra (R2). Jedna dotazovaná sestra uvedla, že u klienta pomocí kladení otázek zjišťuje pomocí kladení otázek provádění ostatních základních denních činností. " Zpětnou vazbu u klientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme, zdali klient správně provádí celkovou hygienu, zdali se umí sám obléknout či stravovat. (R1) Pro propuštění klienta do domácího ošetřování je také důležité, zda li má klient vhodné domácí podmínky. "U klientů po amputaci dolní končetiny se při propuštění do domácího ošetřování mimo zajímáme, zda li má klient vhodné domácí podmínky a je schopný se o sebe sám postarat. Nepotřebuje li zajistit pomoc v začátcích po propuštění z nemocnice, nebo má

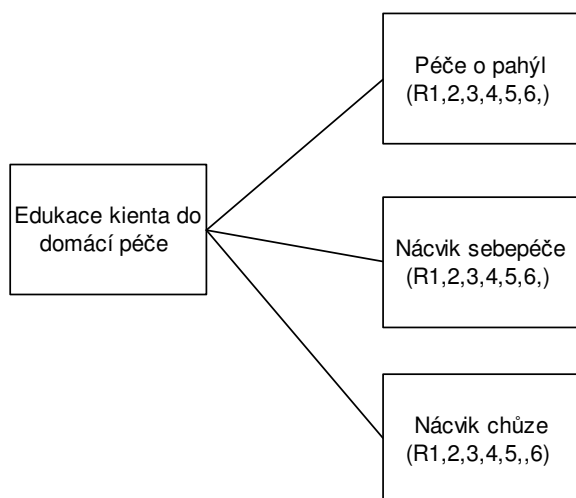
*někoho, kdo se o něho postará."* Jedna ze sester uvedla jako metodu zpětné vazby mimo jiné i praktickou ukázkou, kdy klient sestře ukáže, jak daný výkon prakticky umí. *Velice účelná je i praktická ukázka, kdy pacient sestře předvede daný úkon sám a sestra vidí, v jaké fázi je klientovo učení a zda-li je potřeba klienta ještě v dané činnosti něčemu doučit".(R6)*

#### *Schéma 11 Absolovaný seminář*



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

## Schéma 12 Edukace klienta do domácí péče



Ze získaných informací vyplývá, že všechny dotazované respondentky edukují klienty po amputaci dolní končetiny před propuštěním do domácí péče. " *Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování spočívá v celkovém shrnutí, jak následně pečovat o pahýl a instruktáž pro domácí ošetřování a chůzi o berlích. Zjistíme-li že klient není ještě zcela schopen se o sebe postarat a ani nemá možnost, kdo by se o klienta postaral je nutné jej na dobu nezbytně nutnou přeložit na oddělení následné péče, kde s ním nácvik edukace sestřičky zcela zdokonalí*". (R4) Všechny dotazované respondentky uvedly, že kladou velký důraz, aby se o sebe klient po propuštění do domácího ošetřování dokázal sám o sebe postarat a byl soběstačný. " *Než klienta propouštíme do domácího ošetřování, vždy se přesvědčujeme, že se klient o sebe umí postarat, nebo má v blízkosti někoho, kdo se o něj doma postará. Klient musí být soběstačný v základných denních činnostech, jako je hygiena, oblékání či stravování*". (R5) Schopnost soběstačnosti klienta, jako nutnost při propuštění klienta do domácího ošetřování uvedla ještě jedna z dotazovaných sester.(R1) Mezi důležité faktory, které sestry uvedly pro propuštění klienta do domácího ošetřování, byla schopnost samostatné chůze o berlích či jízda na invalidním vozíku. " *Při propuštění klienta po amputaci dolní končetiny do domácího ošetřování klademe velký důraz na to, aby se o sebe uměl pacient sám postarat. Bandážování pahýlu by měl zvládnout klient sám nebo za pomoci člena rodiny. Při propuštění klienta do domácího ošetřování by měl klient zvládnout v neposlední řadě i nácvik chůze o berlích a základní prvky sebedpěče*".(R3) Jedna sestra uvedla, že klienty po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování poučuje i o možnosti zapůjčení invalidního vozíku či jiných kompenzačních pomůcek. " *Pacienta po amputaci dolní končetiny při propouštění do domácího ošetřování vždy musíme poučit o*



*možnosti zapůjčení invalidního vozíku a jiných kompenzačních pomůcek. Informujeme klienta, kde si může kompenzační pomůcky zapůjčit a na jak dlouhou dobu.*

## 5 DISKUZE

Nemoc pro člověka představuje velice náročné životní období, kdy se člověk může dostat do situace, že se o sebe nedokáže sám postarat a potřebuje pomoc druhé osoby. Sestra by měla nemocnému pomoci, aby si své potřeby dokázal uspokojovat sám. Jak ve své knize uvádí Průcha (2005) a Magurová, tohoto sestra dosáhne pomocí vhodné edukace pacienta v oblasti vlastní sebestarání. Při realizaci denních aktivit se sestra snaží udržovat či zvyšovat nezávislost jedince v oblasti hygieny, stravování, oblékání, úpravě zevnějšku či vykonávání ostatních denních činností, jak uvádí autorka Trachtová (2001). Tato bakalářská práce se zaměřuje především na edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny. Jak uvádí autorka Marečková (2006) ve své knize, je ošetrovatelská péče u klienta po amputaci dolní končetiny velice rozsáhlá. Pro sestru obnáší mimo jiné především péči o pahýl amputátu, nácvik chůze o berlích s dopomocí druhé osoby a posléze chůze o berlích bez opory druhé osoby s přiloženou protézou a nácvik sebeobsluhy při běžných denních aktivitách, které klient vykonává. V rámci edukace péče o pahýl u klientů po amputaci dolní končetiny dle Doenges, Moorhous (2008) představuje po pečlivém zhojení pahýlu a odstranění stehů Redonova drénu otužování pahýlu, bandážování pahýlu, kartáčování pahýlu, omývání pahýlu, omývání pahýlu a v neposlední řadě i jeho polohování.

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

Ve výzkumném šetření ohledně nácviku péče pacienta o pahýl všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) odpověděly, že pacienta vzdělávají pomocí ústní instruktáže a následně také pomocí praktických ukázek. *"Klientovi se názorně snažíme ukázat, jak provádět vhodnou bandáž pahýlu, jak pečovat o jizvu a v neposlední řadě klienty učíme polohování, kartáčování a otužování pahýlu, aby následně přiložení protézy bylo pro klienta co nejsnadnější. Způsob edukace péče o pahýl probíhá na našem oddělení pomocí názorné ukázky a posléze i samotného nácviku, kdy klient všechny úkony pečlivě nacvičuje."* Stejně jako uvádí Skalková (2007) i dotazované sestry uvedly, že ústní instruktáž a praktickou ukázkou provádí pomocí mluveného slova, výjimečně pomocí písemného sdělení. V prvním

nácviku edukace se klade velký důraz na trpělivost klienta i sestry, jelikož se klient může dopouštět chyb. Proto je také kladen důraz dodržování pravidelných přestávek, aby byl klient odpočatý a lépe se edukoval, jak uvádějí autorky Juřeníková (2010) i Skalková (2007) ve svých publikacích. Všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) v ústní instruktáži a následně v praktických ukázkách seznamují pacienta s nácvikem správně provedené bandáže. Správným bandážováním se pahýl formuje do kónického tvaru, který je nezbytný pro snadné přiložení protézy, jak uvádí i Doenges, Moorhouse (2008). Již několik dní po zákroku se u klienta mohou vyskytnout kontraktury, které se velice těžko rozcvičují. Aby klient kontrakturám zabránil, měl by dodržovat správné polohování pahýlu, o kterém by ho měla sestra pečlivě poučit. Jak uvádí Farkašová (2005), jedna ze zásad správného polohování, která slouží jako prevence vzniku kontraktur je nepodkládat pahýl polštářem, příliš dlouho neseďet a neopírat pahýl o berle ve flexi a abdukci.

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

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

Při nácviku chůze o berlích všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) pacienta edukují pomocí ústní instruktáže i praktických ukázek v oblasti vstání z lůžka, stojí a nácviku rovnováhy a chůze (schéma 2). Jedna z dotazovaných sester (1 ze 6) (R1) uvedla, že se začátkem edukace pacienta začíná hned den po operaci, a to jak z nácvikem péče o pahýl, tak i chůzí o berlích. Většina z dotazovaných sester, však začíná s edukací pacienta druhý až

třetí den po operaci, ale závisí to především na zdravotním stavu pacienta (schéma 5, schéma 6). Jedna ze sester uvedla *"Klientovi po amputaci dolní končetiny nejprve názorně předvádíme, jak s berlemi vstávat z lůžka, aby si klient nepřivodil úraz. Když klient zvládá vstávání z lůžka, učíme jej dle ústní instruktáže a názorné ukázky chůze po rovině na krátké vzdálenosti s oporou druhé osoby. Až poté se klient učí chůzi o berlích bez opory druhé osoby, ale vždy s dohledem sestry."* (schéma 1)

Na základě výše zmíněných výsledků výzkumného šetření lze vyhodnotit, že klienti po amputaci dolní končetiny jsou edukováni sestrami v oblasti sebepéče v praktické i teoretické rovině. Při edukaci je velice důležité zvolit správnou metodu edukace. Edukační metody mají několik základních funkcí: motivují klienta, slouží jako názorná pomůcka a propojují teorii a praxi. Mezi učební pomůcky, které pomáhají k lepší edukaci klienta po amputaci dolní končetiny, patří například dočasná protéza, obvazový materiál či nedráždivý krém. Všechny dotazované sestry (R1, R2, R3, R4, R5, R6) jako edukační pomůcky při ošetřování pahýlu využívají obvazový materiál a nedráždivý krém. Čtyři sestry z dotazovaných (R1, R2, R4, R6) využívají také měkký míček, který spolu s nedráždivým krémem používají k masírování pahýlu. Jak uvádějí, *„v rámci kompletní péče o pahýl se snažíme klienta edukovat v oblasti kartáčování a masírování pahýlu, a k tomu využíváme také měkký míček a nedráždivý krém“* (schéma 9).

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

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

Již výše zmíněnou otázkou zůstává, zda je sestra na tuto roli dostatečně připravena. Polovina z dotazovaných sester (R2, R5, R6) uvedla, že dosud neabsolvovala žádný seminář, který byl zaměřen na edukaci pacienta po amputaci dolních končetin. Sestry uvedly, že se účastnily seminářů zaměřených na péči o pacienta po amputaci dolních končetin, ale žádný z těchto seminářů nebyl zaměřen přímo na edukaci pacienta (schéma 11). "*Během mé praxe jsem absolvovala seminář o amputacích a hojení ran, ale seminář o edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny jsem dosud neabsolvovala. Pokud budu mít možnost, takového semináře se zúčastnit, budu ráda.*" Mezi dotazovanými sestrami byly i sestry, které již seminář o edukaci klienta po amputaci dolní končetiny během své praxe absolvovaly. "*Seminář o edukaci klienta po amputaci dolní končetiny jsem absolvovala již před několika lety. Myslím, že mi byl přínosem do budoucí praxe. Jsem ráda, že jsem se ho mohla zúčastnit.*" (schéma 11). Z tohoto výzkumného šetření vyplynulo, že vzdělávání sester závisí na osobnosti a chuti samotné sestry dále se vzdělávat.

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

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

Dle Kuberové (2010) je zpětná vazba nepostradatelná při hodnocení efektivity klienta sestrou. Při zpětné vazbě sestra pokládá klientovi otázky vztahující se k dané problematice, aby zjistila, jestli byla edukace úspěšná. I dotazované sestry využívají při hodnocení edukace klientů po amputaci dolní končetiny zpětnou vazbu. Sestry ji získávají buď pomocí kontrolních otázek kladených klientovi, nebo na základě kontroly nácviku chůze a péče o pahýl v rámci sebepéče. "*Zpětnou vazbu u klientů po amputaci dolní končetiny při edukaci zjišťujeme převážně kontrolou, jak klient umí pečovat o pahýl, zda umí provést správnou*

*bandáž do kónického tvaru. Velice důležitá je i kontrola, zda klient umí správně přikládat protézu a následně nacvičovat chůzi o berlích s přiloženou protézou", (R1) (schéma 10).*

Klient je propuštěn do domácí péče po zvládnutí základních úkonů sebezpěče, kdy je schopen se o sebe sám postarat, jak uvádí Mičková (2009). Všechny z dotazových sester (R1, R2, R3, R4, R5, R6) potvrdily, že klient je před propuštěním do domácí péče edukován v péči o pahýl, nácvičku sebezpěče a nácvičku chůze. *"Edukace pacienta po amputaci dolní končetiny při propuštění do domácího ošetřování spočívá v celkovém shrnutí, jak následně pečovat o pahýl a instruktáž pro domácí ošetřování a chůzi o berlích. Zjistím-li, že klient není zcela schopen se o sebe postarat a ani nemá možnost, kdo by se o klienta postaral, je nutné jej na dobu nezbytně nutnou přeložit na oddělení následné péče, kde s ním nácvik edukace sestry zcela zdokonal (schéma 12).*

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

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

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

## 6 ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku sestry a její pomoci při edukaci pacienta k sebeděči, která byla především směřovaná na edukaci pacienta po amputaci dolní končetiny. Tato problematika je v první části práce řešena na teoretické úrovni a další část se zabývá samotným výzkumným šetřením.

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

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

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

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

## 7 POUŽITÁ LITERATURA

ČECHOVÁ, V., ROZSYPALOVÁ, M., *Obecná psychologie* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 105.s. ISBN 80-7013-268-X.

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

NICHOLLS, A., WILSON, I *Perioperační medicína* Galen, 2006. ISBN 80-7262-320

FRÁNĚ, F. *Chirurgie pro studující ZSF JCU*, 1.vyd. Jihočeský Inzert Express, 2000. 93s. ISBN 80-7040-432-9.

ZACHAROVÁ, E, HERMANOVÁ, M. , ŠRÁMKOVÁ, J., *Zdravotnická psychologie-teorie a praktická cvičení*. 1.vyd. Praha: Grada. 200., 232s. ISBN 80-247-1919-3.

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

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

MAGUROVÁ, D., MAJERNÍKOVÁ, L., *Edukacia a edukačný proces v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2012. 155s. ISBN 978-80-8063-326-4.

FARKAŠOVÁ, D., *Teorie ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2005. 215s. ISBN 80-8063-227-8.

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

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010.80s. ISBN 978-80-247-2171-2.

VENGLÁŘOVÁ, M., *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYHNÁLEK, F., *Chirurgie III*, pro Střední zdravotnické školy 2.přeprac. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 135s. ISBN 80-7333-009.

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

DOENGES, M. MOORHOUSE, M. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2.přep.a rozš.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2001. 568s. ISBN 80-247-0242-8.

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

VONDRÁČEK, L., WIRTLOVÁ, V. *Sestra a její dokumentace-návod pro praxi*.1.vyd. Praha Grada 2008 88 str. ISBN:978-80-247-2763-8.

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



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

PITNETOVÁ, J . KLUSOŇOVÁ E, *Rehabilitační ošetrování pacientů s těžkými poruchami hybnosti* 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 2000. 107s. ISBN 80-7013-319-8.

PRŮCHA, J., *Moderní pedagogika 4.aktualiz..vyd.* Praha: Portál 205, 481 str. ISBN 97-8807-3675-035.

ČESKÉ OŠETŘOVATELSTVÍ: *Praktická příručka pro sestry*.Koncepce českého ošetrovatelství.Základní terminologie.1.vyd. Brno: NCONZO, 2005. 49s. ISBN 57-857-05.

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

TRACHTOVÁ ,E. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu* .2.nezměnyvd..Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví, 2001. 185s. ISBN 80-7013-324-4.

STAŇKOVÁ,M. *České ošetrovatelství*. 6, Hodnocení a měřící techniky v ošetrovatelské praxi..Ediční řada- Praktická příručka pro sestry. 1 Vyd.Brno: IDVPZ, 2001. 55s. ISBN 80-7013-323-6.

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

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

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

ZACHAROVÁ,E. *Sestra a její pomoc při edukaci pacient k sebeděči*..2009 (online).(cit. ).dostupné na [www.http://www.údokumenty/monitoring\\_medií/823.pdf](http://www.údokumenty/monitoring_medií/823.pdf).

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

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 200 s.

ISBN 80-247-0179-0.

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

ŽILKOVÁ,K.a kol. *Ošetrovatelský slovník*.1vyd.Martin: Osveta, 2009,218s. ISBN 978-80-8063-315-8.

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

KROMEROVÁ, M., *Spolupráce setry a nemocného -edukace*. Sestra- Praha 2005 roč. 15.č.5. str.27 ISSN 1210-0404.

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

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

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

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha 1 - Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 2 – Barthelův test základních všedních činností ADL

Příloha 3 – Edukační plán po amputaci dolní končetiny

## Příloha 1 - Otázky k rozhovorům se sestrami

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

Zdroj: Vlastní

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

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

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:

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

### Příloha 3 - Edukační plán pacienta po amputaci dolní končetiny

Cíl prvního edukačního setkání

**Afektivní cíl:** Klient vyjádřil zájem a snahu získat vědomosti a zručnost při ošetřování svého pahýlu a nácvičku chůze o berlích.

**Výsledná kritéria:** Klient verbalizuje důležitost správné péče o pahýl a nácvičku chůze o berlích.

**Kognitivní cíl:** Klient má dostatek vědomostí v péči o pahýl a nácvičku chůze o berlích.

**Výsledná kritéria:** Klient umí vyjmenovat zásady správné péče o pahýl a zásady správného nácvičku chůze o berlích.

**Behaviorální cíl:** Klient umí správně ošetřovat pahýl a chodit o berlích s pomocí druhé osoby.

**Výsledná kritéria.** Klient názorně předvádí bandáž pahýlu a chůzi o berlích v doprovodu sestry

**Datum:** 11.10.2012

**Čas:** 30 minut

**Místo:** Chirurgické oddělení

**Metoda:** Vysvětlování a procvičování

**Pomůcky:** Elastické obinadlo, berle

*První edukační setkání*

**Téma:** Péče o pahýl a nácvičku chůze o berlích

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

### *Struktura prvního edukačního setkání*

- 1.Motivace pacienta pečovat o pahýl (masírování, otužování a bandážování do konického tvaru) a snaha pacienta chůze o berlích.
- 2.Vyjmenován zásad správného ošetřování pahýlu v domácí péči a nácviku chůze o berlích. (Demonstrace a nácvik správného bandážování pahýlu a chůze o berlích.
- 3.Prostor pro otázky klienta. Zpětná vazba a vyhodnocení pomocí otázek.

### *Kontrolní otázky*

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

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