

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

**KOMPLEXNÍ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O PACIENTA
PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

Bakalářská práce

TEREZA NIKLOVÁ

Praha 2010

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny

Bakalářská práce

TEREZA NIKLOVÁ

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s, PRAHA 5

Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH, R.N.

Komise pro studijní obor: VŠEOBECNÁ SESTRA

Stupeň kvalifikace: bakalář

Datum předložení: 2010-03-31

Praha 2010

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedla v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce k studijním účelům.

Tereza Niklová

V Praze dne 31.3.2010

.....

ABSTRAKT

NIKLOVÁ, Tereza. Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s., stupeň kvalifikace: bakalář. Vedoucí práce: PhDr. Dušan Sysel PhD., MPH., R. N., Praha 2010., s. 55.

Hlavním tématem mé bakalářské práce je komplexní ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny při respektování jeho přirozených potřeb. Teoretická část zahrnuje anatomii, definici amputace a její historický vývoj, indikace, úrovně a typy amputací, následnou péči a edukaci v pooperačním období, dále pro pacientky po amputaci velice důležitou psychoterapii a specifika péče všeobecné sestry. Empirická část se zaměřuje na identifikaci pacientky, popsání celkového stavu při příjmu, její medicínské diagnózy při příjmu, medicínský management, základní vyšetření sestrou a na stanovení ošetrovatelských diagnóz sestrou, jejich cílech, výsledných kriteriích, intervencích, realizaci intervencí a nakonec na zhodnocení plánu.

Klíčová slova: amputace, dolní končetina, edukace, všeobecná sestra, ošetrovatelská péče.

NIKLOVÁ, Tereza. Complex nursing care of the patient after leg amputation. The College of Nursing (Vysoká škola zdravotnická), o.p.s., qualification degree: Bachelor. Supervisor: PhDr. Dušan Sysel PhD., MPH., R. N., Praha 2010., 55 pages.

Main topic of my bachelors dissertation is a complex nursing care of the patient after leg amputation while respecting his natural needs. The theoretical part contains anatomy, definition of amputation and its historical development, indication, levels and types of amputation, subsequent care and education during the post-operative period, then a psychotherapy which is very important for the patients after amputation and specifics of the nursing care of the general nurse. The empirical part is focused on the identification of the patient, description of her overall condition during the admission, her medical diagnosis during the admission, medicine management, basic examination provided by the nurse and on stating the nursing diagnosis by the nurse, its targets, resulting criteria, interventions, implementation of the interventions and final evaluation of the plan.

Key words: amputation, leg, education, general nurse, nursing care.

PŘEDMLUVA

Každá amputace je významným zásahem do života. Lidé se s tím smiřují velice těžko a je důležité věnovat pozornost psychické stránce pacienta.

Toto téma jsem si zvolila proto, že v mé blízkosti se objevilo několik případů amputací a všimla jsem si, že této problematice je věnováno stále málo pozornosti. Amputovaní jsou sice ve společnosti tolerováni, ale někteří lidé na ně stále hledí “skrz prsty”. Práce je určena studentům oboru všeobecná sestra a stejně v ní mohou najít podnětné rady sestry, které pracují s pacienty/klienty po amputaci dolní končetiny. Touto cestou vyslovuji poděkování vedoucímu bakalářské práce PhDr. Dušanu Syslovi, PhD., MPH. za pedagogické usměrnění, podnětné rady a podporu, kterou mi poskytl při vypracovávání bakalářské práce a paní Mgr. Simoně Vosmíkové za rady v oblasti rehabilitace.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍ KONČETINY.....	9
1.1 DEFINICE AMPUTACE, HISTORICKÝ VÝVOJ	13
1.2 INDIKACE AMPUTACÍ	14
1.3 ÚROVNĚ A TYPY AMPUTACÍ NA DOLNÍ KONČETINĚ:	15
1.4 KOMPLIKACE AMPUTACÍ.....	17
1.5 REHABILITACE PO AMPUTACI.....	18
1.6 PSYCHOTERAPIE	20
2 SPECIFIKA PÉČE SESTRY	22
2.1 NÁSLEDNÁ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ	24
2.2 EDUKACE AMPUTOVANÝCH	25
EMPIRICKÁ ČÁST.....	27
3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	27
IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE.....	27
ANAMNÉZA	27
POPIS CELKOVÉHO STAVU PŘI PŘÍJMU.....	28
DIAGNÓZY PŘI PŘÍJMU	31
ZÁKLADNÍ SCREENINGOVÉ FYZIKÁLNÍ VYŠETŘENÍ SESTROU.....	31
MEDICÍNSKÝ MANAGEMENT	32
SITUAČNÍ ANALÝZA	33
4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ .	34

DÝCHÁNÍ	35
PŘIJÍMÁNÍ JÍDLA A PITÍ.....	35
VYLUČOVÁNÍ	35
POMOC PŘI POHYBU A UDRŽOVÁNÍ ŽÁDOUCÍHO DRŽENÍ TĚLA PŘI CHŮZI A SEZENÍ, LEŽENÍ, PŘI ZMĚNĚ POLOHY	36
POMOC PŘI ODPOČINKU A SPÁNKU	36
POMOC PŘI VÝBĚRU OBLEČENÍ.....	36
POMOC PŘI UDRŽOVÁNÍ TĚLESNÉ TEPLoty V RÁMCI FYZIOLOGICKÝCH HODNOT	37
POMOC PŘI UDRŽOVÁNÍ ČISTOTY, ÚPRAVY TĚLA, OCHRANA POKOŽKY	37
POMOC PŘI ODSTRAŇOVÁNÍ RIZIK Z OKOLÍ, OCHRANA PŘED NÁSILÍM, NÁKAZOU	37
POMOC PŘI KOMUNIKACI.....	38
POMOC PŘI PRÁCI A PRODUKTIVNÍ ČINNOSTI.....	38
POMOC PŘI ODPOČINKOVÝCH (REKREAČNÍCH) AKTIVITÁCH	39
POMOC PŘI UČENÍ.....	39
OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY.....	40
AKTUÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY	40
POTENCIONÁLNÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY:	40
DOPORUČENÍ PRO PRAXI	55
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	57
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Pohyb patří k základním projevům života lidského jedince, jeho omezení nebo dokonce znemožnění má tedy samozřejmě určitý vliv na každého jedince, jehož pohyb je takto limitován. Amputace dolní končetiny je zákrok hluboce zasahující do pacienta života a záleží jen na jedinci, jestli se vyrovná se ztrátou končetiny a přijme pomoc jak od zdravotnického personálu, tak i od rodiny nebo se uzavře do sebe a podlehne svému postižení. Největší nápor na psychiku je při zjištění diagnózy, kdy pacient vůbec netuší, co bude dál. Tady je velmi důležité i to jak to přijme rodina, protože by si s pacientem měli zjistit, co bude důležité, aby se pacient necítil zcela zbytečně při návratu domů a mohl uspokojovat své základní životní potřeby zcela samostatně. U jedinců ve vyšším věku, se do popředí dostává především to nebýt nikomu na obtíž. Existují organizace, které lidem s tímto postižením pomáhají, radí jim, jak správně upravit domácí prostředí nebo i pracovní, přístup do domu, jak se správně připravit na protetickou pomůcku, atd.

Nejčastější příčinou amputace je nedostatečné prokrvení končetiny. Velkou skupinu, kterou amputace často zasahuje, tvoří diabetici. U nich je velice důležitá sekundární prevence, která zabrání takto závažným komplikacím. Péče o amputované pacienty probíhá na několika úrovních a je dlouhodobá.

Cílem této bakalářské práce je zaměřit se na velice důležitou psychoterapii, rehabilitaci, edukaci a následnou péči v pooperačním období. Pacienti po tomto výkonu, potřebují povzbudit a ošetrovatelská péče všeobecných sester je zde velice důležitým prvkem. Nesmíme zapomenout, že je zde velice důležitá spolupráce s rodinou, která se aktivně účastní na zapojení do běžného pacientova života.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍ KONČETINY.

Kostra dolní končetiny se skládá z kosti pánevní, kosti stehenní, pately, kosti holenní, kosti lýtkové, kostí zánártních, nártních a článků prstů. Pánev je tvořena třemi kyčelními kostmi, ty se v zadní části připojují ke kostrční a křížové kosti a v přední části jsou vzájemně spojeny. Díky této stavbě je pánev relativně pevná, masivní kosterní skupina, dobře ukotvená k páteři. Pánev má vydutý tvar, který umožňuje podpírat spodní břišní orgány. Dále poskytuje pevné kloubní spojení pro DK. „Díky silným kloubům se v kyčli připojují k tělu horní části nohou a kyčelní klouby tak umožňují vzpřímené držení těla na dolních končetinách“ (RIGUTTI et al., 2006, s. 50).

Pánev (pelvis) je plochá a skládá se ze tří kostí (kyčelní, sedací a stydké), které postupně srůstají. Obě kosti jsou kloubně spojeny s kostí stehenní (os femoris). Tato kost se skládá z hlavice femuru (caput femoris), krčku femuru (collum femoris), velkého a malého chocholíku (trochanter major et minor), těla femuru (corpus femoris), kloubní plochy femuru (facies patellaris), vnitřních vnějších a kloubních hrbolů femuru (epicondylus lateralis et medialis, condylus lateralis et medialis).

Na DK máme jedno z nejsložitějších kloubních spojení. To představuje jedna dlouhá (holenní) a jedna krátká a zploštělá kost česka, které tvoří kostru bérce. Ten se připojuje ke kosti stehenní v kolenním kloubu. Holenní kost (tibia) je dlouhá, velká a lehce prohnutá, její dolní konec vybíhá ve vnitřní kotník (malleolus medialis), má trojboké tělo (corpus tibiae) a na horním konci se rozšiřuje v kondyly (condylus lateralis et medialis) dále se připojuje k lýtkové kosti (fibula), která je stejně dlouhá, ale tenčí, a nedosahuje až ke kolenní. Fibula se dále skládá z těla fibuly (corpus fibulae), hlavice fibuly (caput fibulae) a výběžku hlavice fibuly zevní kotník (apex capitis fibulae). Spojením tibie a fibulae vzniká kloubní vidlice nasedající na hlezenní kost. Na dolní končetině se také nachází česka (patella), která je významným místem pro připojení čtyřhlavého stehenního svalu.

Dlouhé kosti se ke krátkým kostem nohy připojují distálně. Zánártní kůstky (tarsus) jsou seřazeny do 2 řad: přední tvoří kost člunková (os naviculare), kost krychlová (os cuboideum) a tři kosti klínové (os cuneiforme laterale et intermedium et mediale), zadní tvoří kost hlezenní (talus) a kost patní (calcaneus). Na pět nártních kostí (ossa metatarsalia I-V) navazují články prstů (phalanges). Každý prst (neplatí o palci) se skládá ze tří článků.

Svaly dolní končetiny plní hlavní funkci končetiny je stoj a chůze - stabilita a lokomoce těla. Stabilita je zabezpečena koncentrací největší svalové hmoty těla kolem kyčelního kloubu (articulatio coxae).

Svaly pánevního dna - „Pánevní dno se svou střední částí nazývanou hráz (perineum) nese nejen váhu pánevních orgánů, ale účastní se i na jejich fixaci, odpružení, a u dutých, trubicovitých a dnem postupujících orgánů také na jejich uzávěru“ (DYLEVSKÝ, 2006, s. 161).

Svaly vnitřní strany stehna-hřebenový sval (musculus pectineus), dlouhý přitahovač (musculus adductor longus), útlý sval (musculus gracilis), krátký přitahovač (musculus adductor brevis), velký přitahovač (musculus adductor magnus), zevní ucpavač (musculus obturatorius externus).

Svaly kolenního kloubu jsou uloženy na přední straně stehna: krejčovský sval (musculus sartorius) a čtyřhlavý stehenní sval (musculus quadriceps femoris), jednak na jeho straně. Do skupiny zadních svalů řadíme: dvojhlavý sval stehenní (musculus biceps femoris), pološlašitý sval (musculus semitendinosus) a zákolenní sval (musculus popliteus).

Svaly kloubů nohy ovládající pohyby nohy a prstů nohy, nejsou početné, jde o dlouhé svaly uložené na přední straně bérce: přední holenní sval (musculus tibialis anterior), na jeho zadní straně: trojhlavý lýtkový sval (musculus triceps surae), chodidlový sval (musculus plantaris) a zadní holenní sval (musculus tibialis posterior) a na zevní straně bérce: lýtkové svaly (musculi peronei).

Svaly prstů nohy dělíme na *krátké*: jsou to drobné svalové jednotky uložené na hřbetu a plosce nohy, významnější postavení mají svaly palce a malíku. Palec nohy (hallux) má zásadní význam pro stabilizaci vnitřního paprsku nohy při stoji, palcovou skupinu svalů tvoří odtahovač (abduktor), přitahovač (adduktor) a krátký ohybač (flexor) palce. Svaly malíku většinou srůstají v jednotný svalový komplex. Funkčně jde o krátký odtahovač (abduktor) a ohybač (flexor) pátého prstu a *dlouhé*: dlouhý natahovač prstů (musculus extensor digitorum longus), dlouhý ohybač prstů (musculus flexor digitorum longus).

Svaly kyčelního kloubu se dělí na 2 skupiny-*zevní*: malý sval hýžděový (musculus gluteus minimus), střední sval hýžděový (musculus gluteus medius), velký sval hýžděový (největší z celého těla, musculus gluteus maximus) a tzv. pelvitrochanterické svaly: hruškový sval (musculus piriformis), vnitřní ucpač (musculus obturatorius internus), dvojčecí svaly (musculus gemellus superior er inferior) a čtverhranný stehenní sval (musculus quadratus femoris) a *vnitřní*: kyčlostehenní (musculus iliacus) a malý bedrostehenní sval (musculus psoas).

Nervy dolní končetiny inervují:

Sedací nerv je největší a nejdelsí z celého těla, začíná u křížové kosti, vychází pánví a prostupuje hýžděmi, probíhá paralelně se sedací tepnou za horním a dolním dvojitým svalem a čtyřhranným svalem stehenním, přichází do horního oblouku zákolenní jamky, kde se přibližuje povrchu a dělí se na dvě *koncové větve* (RIGUTTI et all., 2006).

Holenní nerv směřuje ke kotníku a dělí se na dvě větve: vnitřní chodidlový nerv a zevní chodidlový nerv. *Společný lýtkový nerv* vede po celé délce vnitřního okraje dvojhlavého stehenního svalu až zevní straně nohy, kde se rozvětňuje na dvě koncové větve: povrchový lýtkový nerv (inervuje lýtkové svaly a pokožku dolní zevní části nohy) a hluboký nerv lýtkový (inervuje hluboké svaly bérce a prochází chodidlem až k prvním prstům).

Stehnopohlavní nerv-vzniká z druhého bederního nervu a vede do tříselného vazů, v němž se dělí na dvě koncové větve

Zevní kožní nerv stehenní je pouze senzitivní a vychází z přední větve druhého bederního nervu.

Ucpávající nerv vychází z 2., 3. a 4. bederního nervu, společně s nejdůležitějšími cévami vychází z kanálku foramen obturans a dělí se na dvě větve (přední a zadní větve).

Nerv stehenní je nejsilnějším nervem bederního plexu.

Krevní řečiště se skládá z tepen, žil a vlásečnic. „Krevní cévy z dolních končetin vycházejí z hlavních cév břišní oblasti, a to tepny z břišní srdečnice a jejich levých a pravých větví a žíly z dolní duté žíly, větví se na pravou a levou společnou žílu kyčelní“.

Tepny: Pravá a levá (zevní a vnitřní) společná tepna kyčelní (a. iliaca interna et externa) přivádí krev do dolní končetiny a spolu s mnoha dalšími větvemi zásobuje pánev, pánevní orgány (rozmnožovací orgány, močový měchýř a další části vylučovací soustavy, konečník), kosti, klouby, nervy a svaly dolní části břicha, zadní části pánve a dolních končetin. Prochází pod tříselným vazem. Hlavními tepnami nohy jsou přední tepna holenní, která pokračuje hřbetní tepnou chodidla, kde její menší cévy zajišťují přívod krve do chodidla a tepna zákolenní zásobující všechny zadní svaly a kloub kolena.

Žíly: „Cévní síť odvádějící krev z chodidla ústí o hlavních cév nohy, což jsou zevní a vnitřní žíla skrytá, lýtková žíla, přední a zadní žíly holenní, poměrně povrchové.“ (RIGUTTI et al., 2006, s. 196). Žilní řečiště probíhá souběžně s tepnami, ale v opačném směru. Nachází se zde dolní dutá žíla (vena cava inferior), která se mění ve vena iliaca externa, ta se větví v stehenní žílu (vena femoralis) a velkou skrytou žílu (vena saphena magna-mediálně), který se dále větví na vena saphena parva - laterálně. (RIGUTTI ET AL, 2006; DYLEVSKÝ, 2006)

1.1 Definice amputace, historický vývoj

„Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skelet, která vede k funkční nebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření. Exartikulace se od amputace liší pouze tím, že periferie je odstraněna v linii kloubu. Rozdílným výkonem je resekce, která znamená odstranění interkalárního segmentu, ale pouze s částí měkkých tkání, přičemž tento defekt může být lokálně nahrazen.“ (DUNGL, 2005, s. 165)

Amputace je jedno z nejstarších doložených výkonů. Často byly zvláštní tím, že kromě léčebného efektu měly často i efekt rituální (přinášení oběti bohům) nebo byly prováděny za účelem trestu (buď jako odstrašující případ nebo měly znemožňovat útek při zachování pracovního potenciálu).

Umělé končetiny a částečné náhrady končetin rozmanitých druhů, například dřevěné vidlicové tyče, se používají od samého počátku lidstva. Za první písemnou zmínku je ale považován Herodotův záznam (z roku 424 př. n. l.) o Hegistratu z Elis (perský voják, který byl Sparťany odsouzen k smrti).

Dosud stále platné zásady těchto výkonů stanovil Hippokrates (500 let př. n. l.) :

1. Odstranit nemocnou tkáň
2. Snížit invaliditu
3. Zachránit život

V 15. století byly protézy jako součást brnění používány hlavně rytíři, aby zakryly svá zranění z předchozích bitev

„Největšího uplatnění a rozvoje doznaly za válek, kde často bývaly i vynuceny omezenými technickými a také medikamentózními možnostmi a nabízely rychlé řešení. Svoji roli sehrála i nedostupnost anestezie, časová tíseň a neznalost protišokové terapie. Jenom první světová válka si vyžádala 100 000 amputací“ (DUNGL, 2005, s. 165)

Díky vysokým počtům amputací během války se zaznamenal impulz pro pokroky ve vývoji protéz, avšak v období mezi válkami byl tento impulz utlumen. Když znovu začala válka, II. světová, byla velkým podnětem k dalšímu a mnohem většímu vývoji. Místo plastů se začali používat dřeva a zpracování lůžka odpovídalo více fyziologickým požadavkům na jeho funkci. Amputace samozřejmě zaznamenaly vývoj i v průběhu doby. Nejdříve se prováděly gilotinové (cirkulární) amputace bez anestezie, u kterých se krvácení stavělo ponořením do horkého oleje nebo zaškrcením pahýlu a dále už moderní lalokové amputace včetně podvazu cév. Obě techniky jsou využívány dodnes. Ve válečných podmínkách jsou využívány hlavně amputace gilotinové prováděné vícedobě.

S amputacemi také úzce souvisí protézování, které má dlouhou historii. Za nejstarší protetické ošetřování je považováno oprotézování bércevého pahýlu mumifikovaného těla ženy, které bylo nalezeno v Kazachstánu a pochází z období asi 2300 př. n. l.

1.2 Indikace amputací

Nejčastějšími a zároveň základními indikacemi k amputaci jsou:

- Choroby končetinových cév: zde je nejčastější indikací diabetická angiopatie ústící do diabetické gangrény s infekcí a dále akutní a chronické arteriální insuficience. Na místě je důležitá spolupráce angiologa a diabetologa, kteří se snaží zachovat co nejdelší pahýl pro co nejlepší mobilitu často starého a nemocného pacienta (SOSNA aj., 2001).

- Trauma: jde o těžké poranění takového charakteru a stupně, že končetina se už nedá zachránit. Není možná rekonstrukce jednotlivých struktur. Poté u komplikací jako je plynatá sněť, protože se zde nedá zvládnout léčba antibiotiky, oxygenoterapií ani chirurgickým ošetřením. Dále sem patří rozsáhlé nekrózy tkání po těžkých popáleninách a omrzlinách, nenávratné poškození velkých cév a cévní poranění s gangrénou končetiny.

- „Těžké infekce: nezvládnutelné konzervativní léčbou. Patří sem chronické osteomyelitidy ohrožující celkový stav pacienta a způsobující to, že postižená končetina neplní svoji funkci. „Hraniční indikací je i infekce náhrady kolenního kloubu“ (SOSNA aj., 2001, s. 157). Pouze ojediněle sem patří těžké formy kostní tuberkulózy u starých a oslabených pacientů.

- „Tumory: Maligne nádory v případě, že stav nemožno vyriešiť menej radikálne (resekciou až zdravého tkaniva), benigne nádory v prípade, že svojou expanziou ohrozujúcu životaschopnosť alebo funkciu končatiny, alebo je dovodné podozrenie ich malignej premeny.“ (BROZMANOVÁ, 1990, s. 313)

- Poranění a nervová onemocnění: neuropatie ústící v trofické vředy

- Kongenitální anomálie: k amputaci indikovány tehdy, kdy je končetina afunkční a není možné její ortopedicko-protetické vybavení.

- Gangrény na končetinách různého původu, ohrožující života schopnost končetiny i pacienta samotného. Patří sem komplikace, jako je plynatá sněť, protože se zde nedá zvládnout léčba antibiotiky, oxygenoterapií ani chirurgickým ošetřením. Dále sem patří diabetická gangréna, rozsáhlé nekrózy tkání po těžkých popáleninách a omrzlinách, nenávratné poškození velkých cév.

1.3 Úrovně a typy amputací na dolní končetině:

Pro pacienta je zde důležitá volba místa, ve kterém se má amputace vykonat, aby byl potom proces sociální rehabilitace co nejjednodušší. Výška amputace závisí na

poškození končetiny. Na základě zvážení optimálních chirurgických postupů byla vytvořena tzv. amputační schémata.

- Hemipelvektomie
- Exartikulace v kyčli
- Amputace ve stehně s pahýlem
 - krátkým
 - dlouhým
- Amputace s velmi dlouhým stehenním pahýlem
- Exartikulace v koleně
- Amputace v bérce s pahýlem
 - ultrakrátkým
 - krátkým
 - středním
- Amputace v oblasti hlezna
- Amputace v oblasti nohy

V praxi se však setkáváme s amputacemi nazvanými podle jiných autorů:

- **Amputace dle Pirogova:** při této amputaci se odstraňují všechny kosti nohy s výjimkou dorzálních tří čtvrtin patní kosti. Jde o nášlapný pahýl (SOSNA aj., 2001).
- **Amputace dle Sharpa:** protětí v oblasti metatarzálních kostí (BROZMANOVÁ aj., 1990).
- **Amputace v Lisfrankově kloubu:** je oddělení všech metatarzálních od tarzálních kostí. Tato amputace je vzácná, hrozí zde riziko ekvinozity (DUNGL, 2005).

- **Amputace v Chopartově kloubu:** jde o oddělení kostí v kloubu talonavikulárním a kalkaneokuboidním .

- **Amputace dle Callandera:** amputace stehenní kosti ve výšce vnitřního kondylu kosti, kdy je velmi slouhý stehenní pahýl. (SOSNA aj., 2001)

- **Amputace dle Stokes-Grittiho:** amputace na stehenní kosti má stejně dlouhý amputační pahýl jako amputace dle Callandera. Amputace může být odoperována proximálněji („krátký Gritti“) nebo distálněji („dlouhý Gritti“). (BROZMANOVÁ aj., 1990)

- **Amputace dle Symea :** u této amputace dochází odstranění všech částí nohy a distální části bérce těsně nad talokrurálním kloubem kloubem. Dlouhý dorzální lalok je přetažen dopředu a jedná se o nášlapný pahýl. (SOSNA aj., 2001)

1.4 Komplikace amputací

Komplikace dělíme na celkové a lokální.

Celkové komplikace

- Morbidita a mortalita: u válečných poranění a mnohočetných poranění je samozřejmě vysoká. Můžeme ji snížit prevencí šoku, dobrou technikou, dostupností kvalitního ošetření, antibiotiky, včasnou a správnou první pomocí.

- Psychologická komplikace: ztráta končetiny je pro každého velmi těžkou situací a ne každý je schopen tuto změnu akceptovat. Důležitá je včasná rehabilitace a spolupráce s psychologem.

Lokální komplikace:

- Infekce: léčíme silnými dávkami antibiotik, operační revizí nebo reamputací podle příčiny.
- Bolest: mohou být pooperační anebo fantomové, které někdy vznikají nesprávným ošetřováním pahýlu, nutná je spolupráce s psychologem a centrem oddělení bolesti.
- Dehiscence v ráně: indikovaná je revize.
- Edém: který je často způsoben špatnou bandáží pahýlu, která může zapříčinit obtížné oprotézování.
- Zlomeniny: i v oblasti pahýlu může dojít ke zlomenině
- Kontraktura: prevencí je včasná rehabilitace a správné polohování pahýlu
- Gangréna: vzniká lokální ischemií, která může mít řadu příčin
- Nekróza: pokud není velká, stačí léčba per secundam, pokud velká je nutná operační revize, nefrektomie
- Hematom: problém, který může vést k infekci.

(SOSNA AJ., 2001)

1 . 5 Rehabilitace po amputaci

Cíl rehabilitace - reedukace lokomoce a následná resocializace pacienta

Předoperační fyzioterapeutická péče:

- pouze tehdy, když je amputace předem plánovaná,
- cíl - zvyšování celkové kondice,

- posilování horních + dolních končetin,
- nácvik lokomoce, přesuny na invalidní vozík, chůze o berlích,
- soběstačnost, sebeobsluha,
- psychoterapie.

Pooperační fyzioterapeutická péče

- cíl -udržení co nejlepší psych. i fyzická kondice,
 - udržet a vycvičit pohyblivost pahýlu, otužování pahýlu,
 - zabránit omezení rozsahu pohybu amputované končetiny, zkrácení svalů, kontrakturám,
 - nácvik vertikalizace bez protézy a s protézou,
 - sebeobsluha, soběstačnost,
- důležitá je péče o amputovaný pahýl - konické bandážování,
 - otužování pahýlu,
 - polohování,
 - péče o jizvu,
 - hygiena pahýlu.
- při rehabilitaci využíváme: dechové cvičení, cévní gymnastiku, kondiční cvičení (posilování horních a dolních končetin, trupového svalstva), aktivní cvičení pahýlu a ostatních končetin, vertikalizaci a nácvik lokomoce, nácvik rovnováhy v sedu, ve stoji, bez protézy, s protézou, s ortopedickou pomůckou, atd., dále nácvik a prevenci pádů, stoj a chůzi - s pomoci chodítka, podpažních holí nebo francouzských berlí (dle

věku, kondice, atd.), snaha o fyziologický souhyb pahýlu při chůzi, důležitý je nácvik ovládnání a manipulace pacienta s protézou, samostatné nasazování protézy, sebeobsluha s protézou - hygiena, oblékání, atd. a resocializaci - bydlení, zaměstnání, sport, atd.

V průběhu celé rehabilitace je důležitá psychoterapie.

1.6 Psychoterapie

„ Je nutné vzít na vědomí, že amputace končetiny není pro pacienta pouze somatickým defektem na jeho těle, ale je zároveň psychickým zásahem do jeho života” (HRABOVSKÝ, 2006, s. 171).

Z psychologického hlediska je amputace brána jako zásah do organismu, kdy poté následuje psychická reakce, která může způsobit i změnu osobnosti. Amputace vždy znamená pro člověka velký duševní stres. U psychického přijímání amputace pacientem je velice důležitá příčina. Lépe se s tím vyrovná člověk, kterého končetina dlouhodobě obtěžuje např. krutými bolestmi, kdy pro pacienta amputace nemusí být vždy přítěží, než mladý člověk, který o ni přišel z plného zdraví při nečekaném úraze.

Ztráta končetiny je někdy chápána a přijímána jak smrt, pocity jsou zesíleny vnímáním tzv. fantomových bolestí, které více udávají starší pacienti. Oficiální terminologie nevystihuje všechny druhy pocitů. Zjednodušeně své pocity pacient vyjadřuje pojmem <fantomové bolesti>, škála je však pestřejší. Amputovaný může mít:

- lokální bolesti pahýlové (jde o bolesti lokalizované v pahýlu, vznikají brzy po amputaci),
- fantomové pocity (pacient pociťuje méně či více jasně, mohou být spontánní-stálé nebo občasné nebo je může pacient vyvolat sám, během času vymizí sami, pacienti cítí svoji končetinu > normální<),
- fantomové bolesti (anomální pocity, intenzita často závisí na psychologickém prožitku).

U pouřazových amputací musíme podat pacientovi ihned po probuzení z narkózy citlivě formulovanou, vysoce odborně fundovanou a psychologicky vedenou podrobnou informaci o jeho stavu, o postupu a možnostech jeho rehabilitace a dosažitelných výsledcích a také o možnostech sociálního a pracovního zařazení lidí s podobným postižením (PICEK aj., 1953).

U plánovaných operací je velice důležitá psychologická příprava, která je důležitá pro další reakce po operaci.

2 SPECIFIKA PÉČE SESTRY

Předoperační příprava se zahajuje tehdy, jakmile operace připadá v úvahu a lékař určí chirurgické řešení zdravotních potíží nemocného. Zaměřuje se především na *časový faktor*, který je důležitý pro včasné plánování předoperační přípravy, ta se odvíjí následujícím způsobem:

- u operace *urgentní*, jinak řečeno naléhavé, se omezíme pouze na minimální přípravu, tzn. hygienu, základní krevní vyšetření (např. krevní skupinu, srážlivost a krvácivost) a zabezpečení základních vitálních funkcí.

- u operace *akutní* zajistíme, pokud to doba mezi přijetím a operací dovolí, k základní předoperační přípravě a k potřebným vyšetřením základní fyzikální a biochemické vyšetření (např. krvácivost, srážlivost, EKG, krevní skupinu, orientační vyšetření moče, funkci jater a plic).

- u operace *plánované* přípravu rozdělujeme na:

- *Obecnou přípravu celkovou a místní, vzdálenou a speciální-nemocný* je aktivním účastníkem celého léčebného postupu (i operace). Je zaměřena na celkový stav pacienta, nemocné s přidruženým onemocněním (se speciální přípravou), nemocné bez přidruženého onemocnění (bez speciální přípravy) a na obtížnosti chirurgického zákroku, kterou amputace bezesporu je, protože pro organismus představuje vysokou zátěž a nebylo by možné ji zvládnout bez doplňující terapie, jako je infuzní terapie, transfuze atd. Patří sem i příprava psychická, která je u amputace velice důležitá. Pacientovi se snažíme vysvětlit a objasnit důvody operačního zákroku včetně fyzických a kosmetických následků, které po operaci nastanou a příprava somatická, je zaměřena na zvážení pacientových somatických možností, podle kterých se volí nejvhodnější operační metody: podle druhu a rozsahu se volí dietní režim. Dále sem můžeme zařadit přípravu spirituální (velmi individuální) a sociální, kde pacientovi můžeme poradit kam se obrátit o radu, jak lze docílit sociálního a finančního zabezpečení v období amputace.

„ Všechna chirurgická pracoviště mají svůj rutinní program pro vyšetření, která jsou určitými pracovišti požadována jako obecná předoperační. Pacient dostává při objednání k výkonu seznam všech vyšetření, která má podstoupit, má být poučen, kdy a kam se na jednotlivá vyšetření dostaví, tyto výsledky slouží také anesteziologovi pro stanovení plánu anestezie“ (ŠAMÁNKOVÁ aj., s. 268, 2006).

- *Celková speciální předoperační příprava vzdálená* - podle typu a rozsahu onemocnění. Sleduje vliv jednotlivých přidružených onemocnění, které by mohli nepříznivě ovlivnit stav pacienta po operaci.

- *Obecná bezprostřední příprava k operaci* – zahrnuje podporu psychickou a místní. Psychická zajišťuje psychický klid, tzn., že ráno pacienta uklidníme a promluvíme si s ním o tom, co ho čeká (sestra i lékař).

Místní zahrnuje hygienu (pacient musí být čistý, bez šperku, nenalakované nehty, vyčištěná pupeční jizva, u žen odličení), vyjmutí umělého chrupu, vyprázdnění tlustého střeva, příprava operačního pole (dolní končetina musí být oholena, nesmí na ni být žádné ochlupení), bandáž neoperované končetiny po tříslu, vyprázdnění tlustého střeva - podáme klyzma a poučíme pacienta, že od večere nesmí jíst, pít ani kouřit a rehabilitační pracovník s pacientem procvičí pooperační dýchání a nácvik chůze s berlemi.

- *Speciální příprava k operaci bezprostřední* – je zaměřena na speciální přípravu operačního pole (označení) a na speciální ošetření pokožky při alergii na desinfekční prostředky.

Pooperační období – v době ukončení a odeznívání anestezie. Sestra přejímá pacienta po zákroku z operačního sálu a přebírá dokumentaci. Prvotním úkolem je sledování všech životních funkcí (vědomí, krevní tlak, pulz, dýchání a tělesná teplota). Po amputaci je pacient přijat na oddělení intenzivní péče (případně ARO), kde jsou tyto funkce monitorovány.

Velice důležité je sledování operační rány (kontrola obvazu- prosakování, fixace obvazů, případně správné držení drénů. Pacient je ukládán do ordinované polohy, kterou je u amputace poloha na zádech, kdy končetiny jsou ve zvýšené poloze 2x až 3x denně po dobu 1 až 2 hodin a snažíme se ho co nejdříve *polohovat* a *posazovat*. Pro pacienta je dobré co nejdříve vstát z lůžka, aby se co nejvíce předešlo pooperačním komplikacím.

Provádíme hygienu, která je v pooperačním období ztížena omezenou hybností sledujeme projevy nauzey a zvracení, odchod moči (pacient má permanentní močový katétr), odchod plynů (upravuje se do 48-72 hodin), podáváme tekutiny, sledování zabarvení pokožky a sledování rovnováhy vnitřního prostředí.

U amputace je kladem veliký důraz na léčbu bolesti. Bolest popisují jako ostrou, lokalizovanou, pociťovanou v postoperačním období (běžně v 1. až 4. týdnu po amputaci). Bolest se stupňuje pohybem končetiny, otokem nebo tlakem v oblasti rány. K regulaci bolesti podáváme medikamenty dle medikace lékaře, kontrolujeme otok a hojení rány, přikládáme kompresivní elastické bandáže. Někteří pacienti také udávají tzv. Fantomovou bolest, kterou popisují jako stahující pocit nebo pocit zkroucené končetiny případně bolest vycházející z chybějící končetiny. Pokud měl před amputací bolestivou ránu, může to být bolest velmi podobná. Možností léčby je masáž třením a poklepávání (pro úlevu), dotyk (doteková stimulace) a léky. Fantomová bolest se vždy špatně léčí, proto je důležitá přesná diagnóza k odstranění příčiny (ŠAMÁNKOVÁ aj., 2006).

2 . 1 Následná péče v pooperačním období

Po amputaci by měl být každý člověk obeznámen s normálními reakcemi organismu. Patří k nim bolest během hojení a otoky během hojení, které způsobují bolest a omezují pohyb. Předejít se jim dá polohováním pahýlu nad úroveň srdce. Po operaci se rána kryje mastným tylem a sterilní gázou, dále na ni dáváme vatou a obinadlem tvarujeme tvar pahýlu, který je důležitý pro úspěšnou aplikaci protézy. Poté co je pacient převezen ze sálu je důležité zapolohovat končetiny a předcházet otokům elevací končetiny.

Během hojení je důležité: co nejdříve začít s pohybem, aby mohl pacient co možná nejdříve užívat protézu, ránu udržovat čistou (zde je dobré si opatřit co nejvíce informací), důležité je i posilování svalů a pravidelné cvičení. Hned první den po operaci začíná odborná rehabilitace s kondičním cvičením na lůžku. Pacienta mobilizujeme ihned poté, co mu to celkový stav dovolí a jakmile je schopen chůze připravujeme ho na začátek v nových podmínkách.

Když je pahýl dobře zhojen, je připraven na novou umělou protézu- většinou definitivní s dočasnou jamkou.

„ Během rehabilitační fáze se pacienti dozvídají jak pečovat o pahýl, jak si připnout novou končetinu a jak se oblékat. Doba trávená ve stoje se prodlužuje, pacienti se učí chodit (nejprve po bytě, později i v nerovném a svažitém terénu), sbírat předměty z podlahy, chodit po schodech, učí se po pádu na zem sami zvednout. Pečlivý dohled je tedy nezbytný (WOLF ET AL, 1994, s. 34).“

2.2 Edukace amputovaných

Edukaci provádí: lékař, všeobecná sestra s potřebnou erudicí.

Způsob edukace: ústní forma, tištěný materiál.

Cíl: edukace vede k získání znalostí, potřebných pro správnou péči o amputační pahýl.

Nutná je edukace nejen nemocného ale i jeho rodiny.

Kvalitní pahýl by měl mít dostatečnou svalovou sílu, plnou pohyblivost a hlavně správný tvar. To vše je velice důležité pro bezproblémové a bezbolestné užívání protézy. Tvar pahýlu se vyvíjí zhruba 3 až 6 měsíců. Důležité je správné ošetřování pahýlu, protože je to péče dlouhodobá a v podstatě nikdy nekončí. Po nemocničním ošetření a vytažení stehů další péče spočívá ve správném bandážování, polohování, otužování, kartáčování, masáží a správné hygienické péči.

Bandážování je důležité pro správný tvar pahýlu, protože jeho provádění může urychlit aplikaci protézy. Tento úkon je pacienty často podceňován, proto na něj klademe velký důraz. K bandážování používáme vždy dostatečně široká elastická obinadla (10 – 14 cm), první otáčky nevedeme přes pahýl. Bandážujeme 3x denně a vždy musíme bandáž střídat s jinou péčí. K bandážování lze také použít silikonový návlek nebo kompresivní elastický návlek.

Polohováním se předchází vzniku kontraktur v kolenním a kyčelním kloubu. Pacienta polohujeme vleže na zádech s podloženým koncem pahýlu. U amputací v bérce je nutné zamezit flexi v koleni a v kyčli.

Poklepovou masáž pahýlu může pacient provádět už 2. den po operaci, pokud netrpí velkými bolestmi. Masáž zlepšuje prokrvení pahýlu, pomáhá odstranit pooperační edém. Provádí se poklepem konečky prstů, různým hnětením a hlazením, takže si pacient může masáž provádět sám.

Otužování pahýlu se může provádět ve sprše nebo ponořováním do vody (to by však nemělo být dlouhé). Nejdříve by měla být voda vlažná a pak studená. Několikrát za sebou opakujeme. Naposledy užitá by měla být studená. Není vhodné namáčet a omývat pahýl ráno před nasazením protézy, protože vlhká kůže se lehce podráždí.

Pro pahýl je také vhodné dráždění kartáčem s jemnými vlákny. Dochází tak k potřebné stimulaci, která napomáhá citlivosti, která je důležitá pro vnímání protézy.

Velice důležitou součástí edukace je také hygienická péče o pahýl, protože kůže pahýlu je drážděna po celý den a je vystavována větší zátěži, než kůže na jiné části těla. Nejvhodnější doba pro ošetřování pahýlu je vždy večer. Každodenní očista se musí stát samozřejmostí. Kůže pahýlu, který je po celý den uzavřen v protéze, se více potí, snadněji se dráždí, proto je zde větší riziko vzniku infekce a poranění než na ostatních částech těla. Po sundání protézy je nutné pahýl umýt teplou vodou (dlouho nenamáčet) a poté pahýl důkladně osušit. Mýdla se moc nedoporučují, protože mohou kůži podráždit.

EMPIRICKÁ ČÁST

3 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTKY PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Na oddělení dlouhodobě nemocných byla přijata pacientka ve věku 77 let pro následnou péči po amputaci dolní končetiny. Ošetřovatelský proces jsem aplikovala dle modelu Virginie Hendersonové.

Identifikační údaje

Jméno:	X. Y.
Rok narození:	1933
Pohlaví:	žena
Stav:	vdova
Zaměstnání:	důchodkyně
Oddělení:	přeložena z chirurgie na oddělení dlouhodobě nemocných

Anamnéza

RA:

- Matka zemřela v 71 letech na Diabetes Mellitus (dále DM), otec zemřel v 73 letech na infarkt myokardu.

- Má 2 sestry, jedna má DM a druhá měla 3 krát cévní mozkovou příhodu a DM, děti: 2 dcery, obě dosud zdravé.

OA:

- Bývala zdravá, od určitého věku (přesně si nepamatuje) má chronickou anémii a drobné cholelithiasy
- Operace polypu dělohy, děložního čípku, katarakty l. dx v roce 2003

GA:

- Poslední gynekologická prohlídka byla před mnoha lety
- Nástup menopauzi si přesně nepamatuje, neměla větší problémy
- Porody v roce 1953 a 1955

SO:

- Pracovala většinou v kancelářích větších i menších podniku
- Nyní je vdova a žije s dcerou

Abúzy neudává, dříve kouřila a ve společnosti si dala víno.

AA:

- Žádné neudává

Popis celkového stavu při příjmu

Celkový stav: Pacientka je při vědomí, spolupracuje, trpí úzkostí, pahýl bolí přiměřeně pooperační době, chuť k jídlu není, špatně spí, stolice především, močí permanentním močovým katétre, pasivně ležící, bledá, bez ikteru.

Hlava a krk:

Objektivně: „Žádné problémy nemám, jen nosím brýle, ale to se v dnešní době nosí už i jako módní doplněk.“

Subjektivně: hlava normocefalická na poklep nebolestivá; oči bez výtoků, tmavé kruhy pod očima z nespavosti, udává šedý zákal, nosí brýle; nos - překážky nepřítomné; uši- slyší dobře; ústa jsou souměrná bez patologie, udává, že jsou někdy suché; výraz tváře- unavený z nespavosti, časté zívání; vlasatá část hlavy: vlasy umyté, vypadávání vlasů ani poranění pokožky neudává; dutina ústní- horní protéza, sliznice růžové, jazyk vlhký, nepovlečený, plazí středem; krk je symetrický, štítná žláza nehmatatelná, náplň krčních žil v normě, šíje bez opozice

Hrudník a dýchací systém:

Subjektivně: „Myslím, že asi nic zvláštního sestřiščko.“

Objektivně: hrudník je symetrický, sternum ve středním postavení; dýchání čisté bez vedlejších fenoménů; dýchací svaly pohyblivé, frekvence dýchání: 17/minutu.

Srdečně cévní systém:

Subjektivně: „Taky asi vše v pořádku.“

Objektivně: srdeční akce pravidelná, ozvy ohraničené, šelesty nepřítomné; TK 160/75; P 78/minutu; DK mají stejnou barvu a teplotu, bolest pahýlu přiměřená pooperační době je zde mírný otok.

Břicho a trávicí systém:

Subjektivně: „Bez problému.“

Objektivně: břicho na pohmat nebolestivé, operační jizvy nepřítomné.

Pohlavní systém:

Subjektivně: „Byla jsem na operaci s polypem dělohy a děložního čípku, ale to už je docela dlouho.”

Objektivně: genitál ženský, operace polypu dělohy a děložního čípku, bolesti neudává.

Kosterně - svalový systém:

Subjektivně: „No až na tu chybějící nohu asi dobrý.”

Objektivně: habitus normostenický, poloha pasivní; klouby bez patologie, bolest pahýlu levé DK přiměřená pooperační době - je zde i přiměřený otok; pohybový aparát bez deformit a souměrný.

Nervovo-smyslový systém:

Subjektivně: „Dobrý.”

Objektivně: reflexy přítomné; čich a sluch bez patologie, staropaměť a novopaměť přiměřená věku; pozornost a komunikace zachované.

Endokrinní systém:

Subjektivně: „Jestli sem patří i to že mám cukrovku tak i to.”

Objektivně: štítná žláza nezvětšená, lymfatické uzliny nezvětšené, DM II. typu.

Kůže a její adnexa:

Subjektivně: „O žádném problému nevím.“

Objektivně: barva kůže je normální; vlasy umyté; nehty čisté; ochlupení přiměřené věku a pohlaví.

Diagnózy při příjmu

- Gangrena diabetica pedis l. sin. progrediens
- Flegmona extra. inf. l. sin.
- Diabetes Melittus II. typu
- ICHS chron., městnaný typ arteriální hypertenze
- Imobilita

Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

Vědomí - jasné, Glasgow Coma Scale 15.

Orientace – orientována časem, místem, osobou a prostorem.

Celkový vzhled – upravená.

Výška – 157 cm.

Váha – 50 kg.

BMI – 20.3.

Dýchání – spontánní, pravidelné, bez stridoru, 16/ minutu.

Krevní tlak – 160/ 75.

Řeč – plynulá.

Sluch – přiměřený věku.

Zrak – st.p. operaci Katarakty, oční kapky Azopt, brýle.

Kůže – kožní turgor přiměřený věku.

Chůze – imobilní.

Postoj – imobilní.

Rozsah pohybu kloubů – neporušen.

Kompenzační pomůcky – molitanové válce, hrazdička

Chybění části těla – levá dolní končetina po bérec.

Dutina nosní – bez výtoku.

Dutina ústní – někdy udává suché rty.

Medicínský management

- *Přehled provedených vyšetření:*

- krevní odběry (KO + dif.)

- EKG

- RTG

• *Přehled farmakoterapie:*

Milurit 100 mg. tbl (antiuratikum) 1 – 0 – 0

Warfarin 3mg. tbl. (antikoagulant) 1 – 0 – 0 ob den

Prozac 20 mg. tobolky (antipsychotikum) 1 – 0 – 0

Stilnox 10 mg. tbl. (hypnotikum) 0 – 0 – 0 – 1

Tritace 1,25 mg. tbl. (antihypertenzivum) 0 – 1 – 0

Sumetrolin 480 mg. tbl. (chemoterapeutikum) 0 – 0 – 1

Novalgin tbl. (analgetikum) 1 – 0 – 0 – 1, nebo dle potřeby

Inzuman basal (hormon slinivky břišní) 15j. ráno

Azopt oční kapky 3 x 2

Situační analýza

Pacientka byla ve věku 77 let přijata na chirurgické oddělení, kde ji pro progredující gangrénu amputovali levou dolní končetinu v oblasti bérce. Pro následnou péči byla přeložena na oddělení dlouhodobě nemocných. Pacientka je orientována, časem, místem i osobou. Pacientka udává bolest v oblasti operační rány a zároveň porušený spánek z důvodu bolesti. Pacientce byl naordinován Novalgin na odstranění bolesti, ale zároveň udává, že účinek není dostačující. Klientka dodržuje diabetickou dietu, avšak dodává, že nemá dostatečnou chuť k jídlu. Dále říká, že se nemůže smířit s tím, jak vypadá, s tím, že se nemůže hýbat a také s tím, že se o sebe nedokáže postarat. Pro svoji imobilitu se pohybuje pouze v rámci lůžka. U této pacientky je prováděna celodenní ošetrovatelská péče pod vedením všeobecných sester a rehabilitačních pracovníků.

4 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA DLE VIRGINIE HENDERSONOVÉ

Hlavním východiskem ošetřovatelského modelu Hendersonové je čtrnáct základních lidských potřeb s preferencí potřeb biologických. Sestra má pomáhat, asistovat, případně vykonávat za jedince plnění základních životních potřeb, není-li schopen plnit je sám.

Podle této teoretičky je hlavním úkolem sestry pomáhat člověku nemocnému nebo zdravému, provádět činnosti přispívající k udržení nebo navrácení zdraví, případně i klidné smrti, které by mohl provádět bez pomoci, pokud mu to dostatečná síla, vůle a znalosti dovolí. Sestra je tu tedy proto, aby pomáhala dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti.

Její definice ošetřovatelství byla poprvé publikována v roce 1951: „Ošetřovatelství je především asistence jedinci (nemocnému nebo zdravému) při vykonávání činností souvisejících se zdravím nebo s jeho navrácením nebo s klidnou smrtí, které by vykonával bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli a vědomosti. Jedinečným přispěním ošetřovatelství je pomoc osobě, stát se co nejdříve nezávislou na této asistenci.“ O patnáct let později (1966) byla tato definice revidována a upřesněna: „Jedinečnou úlohou sestry je pomáhat nemocnému nebo zdravému jedinci provádět činnosti, které přispívají k jeho zdraví, návratu zdraví nebo ke klidné smrti, které by prováděl bez pomoci, kdyby měl potřebné schopnosti, vůli nebo vědomosti. A dělá to tak, aby mu pomohla co nejrychleji dosáhnout samostatnosti“ (KOZIÉROVÁ; ERBOVÁ; OLIVIEROVÁ, 1995).

Hlavním teoretickým východiskem jsou základní lidské potřeby, kde jsou komponenty *biologické, psychologické, sociální a spirituální*. S těmito součástmi je spojeno čtrnáct základních (elementárních) lidských potřeb, které jsou zaměřeny převážně na aspekty tělesné [2, 9, 11]. U většiny se jedná o asistenci nebo pomoc při POTŘEBĚ:

Dýchání

Subjektivně: pacientka: „S dýcháním problémy naštěstí nemám.”

Objektivně: Frekvence 16/minutu, pravidelné, hloubka:mělké, kašel neudává, teplota vzduchu, vlhkost vzduchu a zápach jsou přiměřené oddělení. Pacientka je informována o správném držení těla při ležení, sezení a stání (pacientka je imobilní).

Přijímání jídla a pití

Subjektivně: pacientka: „Poslední dobou mi moc nechutná, ale vzhledem k tomu, že jsem diabetička, tak musím jíst pravidelně.”

Objektivně: pacientka přijímá potravu per os, chuť k jídlu je spíše malá, dieta diabetická, intravenózní výživa není, příjem potravy je pravidelný 6x denně v 8:00, 10:00, 12:00, 15:00, 17:00, 20:00 hodin.

Vylučování

Subjektivně: pacientka: „Sestřičko já se snažím chodit co nejméně, na tu mísu chodím nerada, ale stolici pravidelnou stejně nemám, od mala chodím nepravidelně, jednou tak a podruhé zase tak. No a s močením problémy nemám, stejně mám teď tu hadičku.”

Objektivně: vyprazdňování tlustého střeva: pacientka se vyprazdňuje na lůžku do mísy. Stolici má nepravidelnou, ale sama říká, že to má od dětství a k vyprazdňování nepoužívá žádné pomocné prostředky. Barva normální bez patologických příměsí, konzistence - formovaná, polotuhá.

Vylučování moče: pacientka má permanentní močový katétr č. 22 vyměněn před 10 dny, neudává žádné problémy. Odhad množství moče za 24 hodin je zhruba 1500 ml. Pocení je přiměřené, určitě ne nadměrné.

Pomoc při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy

Subjektivně: pacientka: „No vzhledem k tomu, že jsem ležící tak moc pohybu nemám. Pomůcky mám při sobě, ale stejně je moc nepoužívám, abych pravdu řekla. ”

Objektivně: pacientce je poskytnuta vhodná postel, matrace a v rámci celé nemocnice i povlečení. Stoleček a křeslo má přímo u postele. Pomůcky k manipulaci má při ruce, ale příliš je nevyužívá. V rámci edukace byla poskytnuta knížka sloužící k edukaci amputovaných pacientů, do které může nahlídnout i rodina. Polohujeme každé 2 hodiny přes den, v noci každé 4 hodiny. Každý den spolupráce fyzioterapeutem. Výměna ložního prádla dle potřeby, případně každý den.

Pomoc při odpočinku a spánku

Subjektivně: pacientka: „No moc dobře se mi nespí, v noci se často probouzím, ale to je proto, že už jsem stará. No a pak přes den se mi chce spát.“

Objektivně: pacientka udává, že se jí v noci špatně spí, protože se často probouzí, prý až 10x za noc, zřejmě z toho důvodu pacientka ospává přes den, kdy prospí i několik hodin. Cítí se nevyspalá, zvyky před usínáním nemá, občas si vyvětrá. Léky na spaní pouze v nemocnici. Povlečení na noc má čisté a pokoj vyvětraný. Před spaním večerní hygiena.

Pomoc při výběru oblečení

Subjektivně: pacientka: „Teď se mě tu snaží učit jak si vybírat vhodné oblečení, aby to bylo pro mě co nejmíň náročné, ale stejně už to asi nebudu moc potřebovat, protože domů už se asi nedostanu.“

Objektivně: pacientce radíme, jaké oblečení je nejvhodnější si vybrat, aby oblékání nebylo tak náročné, směřujeme jí k nezávislosti v těchto činnostech a fyzické síle, pacientka však nejeví velký zájem a říká, že je stará a už to sama bez nohy nikdy nezvládne.

Pomoc při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot

Subjektivně: pacientka: „Obléci a tak se umím, ale stejně to už sama nedokážu.“

Objektivně: Pacientka ví jak se přiměřeně obléknout do prostředí kdy je průvan, chlad nebo teplo. Teplotu měříme 1x týdně pokud nenastane nějaký problém. Prostředky na snížení a zvýšení teploty zná a nepřeje si být v tomto poučována.

Pomoc při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky

Subjektivně: pacientka: „O tom snad být poučovaná ani nemusím.“

Objektivně: V rámci oddělení je pacientka pravidelně koupana a úprava celkového vzhledu je každodenní samozřejmostí. Poskytujeme jí veškeré informace k této problematice, ale přílišný zájem nejeví. Říká, že jí na vzhledu už nezáleží.

Pomoc při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou

Subjektivně: pacientka: „Sestra mi vše snad již vysvětlila.“

Objektivně: proběhla edukace o ochraně před mechanickým zraněním, do kterých patří pád, oheň toxické látky, zvířata, hmyz atd. Konzultovali jsme vhodné uložení léků v domácím prostředí a vhodný přístup do domu. Bydlí v panelovém domě s

bezbariérovým přístupem. Také jsme mluvili o vhodné ochraně před akutním virovým onemocněním, do které patří i používání ochranných pomůcek.

Pomoc při komunikaci

Subjektivně: pacientka: „Myslím, že s komunikací opravdu pomáhat nepotřebuji.“

Objektivně: pacientka si k nám získala důvěru a rodina také, v komunikaci tedy nenastal žádný problém. Uvádí, že v nemocnici nikdy neměla nějaký problém a tak spolupráce s ní bude bezproblémová.

Pomoc při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla

Subjektivně: pacientka: „S žádnou vírou na mě nechodíte“

Objektivně: pacientka neuznává žádnou víru a k přijímání dobra a zla prý nemá co dodat. Dále říká, že nemá ráda závistivé a pomstichtivé lidi a nemohoucím vždy ráda a s ochotou pomohla.

Pomoc při práci a produktivní činnosti

Subjektivně: pacientka: „ Myslím, že činnosti mi tu plánujete dost.“

Objektivně: pomáháme naplánovat den, povzbuzujeme k vykonávání produktivní činnosti, aktivizujeme pacientu a dodáváme vůli k životu. Spolupracujeme s fyzioterapeutem, a pokud je to možné i s ergoterapeutem. Snažíme se, aby se pacientka sama co nejvíce aktivizovala a tím se lépe a rychleji dostala zpět do svého přirozeného prostředí.

Pomoc při odpočinkových (rekreačních) aktivitách

Subjektivně: pacientka: „Odpočinku tu mám dost, dost luštím lušťovky a čtu si.“

Objektivně: s pacientkou se snažíme rozvrhnout čas vhodný pro rozptýlení a zábavu, podle toho jaké má zájmy. Uvádí, že ráda čte, luští křížovky a plete. Proto poprosíme rodinu, aby donesla věci, které by ji pomohly rozptýlit. Nabídneme poslouchání rádia, sledování televize.

Pomoc při učení

Subjektivně: pacientka: „Za život jsem se toho naučila hodně.“

Objektivně: pacientce poskytneme informace o onemocnění, léčbě a správně životosprávě a edukujeme ji ke změně ve zdraví, zde je důležité i doplnění lékaře. Poučíme pacientku jak správně bandážovat pahýl, aby se předešlo komplikacím; jak správně provádět koupele a hygienu a vůbec jak správně pečovat o pahýl. Snažíme se ji motivovat k nezávislosti, pomoci žít s handicapem.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- bolest akutní z důvodu operační rány projevující se slovním vyjádřením, mimikou a expresivním chováním,
- péče o sebe sama nedostatečná z důvodu špatné soběstačnosti projevující se neupraveným vzhledem,
- obraz těla porušený z důvodu amputace dolní končetiny projevující se slovním vyjádřením a nezájmem o vzhled,
- pohyblivost porušená z důvodu ztráty končetiny projevující se stížnostmi na bolest, imobilitou a neochotou pohybovat se,
- úzkost středně závažná z důvodu amputace dolní končetiny projevující se vyjadřováním obav z významné životní změny a s ní související zvládnání soběstačnosti,
- výživa porušená nedostatečná z důvodu nedostatečného zájmu o jídlo spojení se změnou zdravotního stavu projevující se odmítáním jídla a nezájmem o něj,
- spánek porušený z důvodu bolesti amputačního pahýlu projevující se obtížným usínáním, přerušovaným spánkem, ospalostí a únavou,
- kožní integrita porušená z důvodu operačního zákroku projevující se jizvou, svěděním a zvýšenou citlivostí v místě jizvy.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

- poranění zvýšené riziko z důvodu ztráty končetiny,
- riziko vzniku infekce z důvodu zavedeného močového katétru.

Bolest akutní z důvodu operační rány, projevující se slovním vyjádřením, mimikou a expresivním chováním.

Cíl: krátkodobý, zmírnění bolesti ze stupně 8 na stupeň 4 do 1 hodiny. (Stupnice škály bolesti od 1 do 10, kdy 10 je bolest nejhorší).

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- posuď intenzitu bolesti a aplikuj léky proti bolesti do 10 minut,
- pacientce poradíme jak využít relaxačních technik do 20 minut,
- pacientka pociťuje úlevu od bolesti do 30 minut.

Plán intervencí:

- podávej analgetika dle ordinací lékaře 2x denně případně dle potřeby/všeobecná sestra ve službě,
- pomoz najít způsob jak zvládat bolest/primární sestra,
- posuď intenzitu a charakter bolesti/primární sestra,
- vždy když se bolest dostaví, pacientka určí stupeň bolesti na stupnici od 1 - 10/všeobecná sestra ve službě,
- pečuj o pohodlí pacientky, které je základem nefarmakologického zmírnění bolesti/ všeobecná sestra ve službě,
- všímej si kdy se bolest dostavuje/všeobecná sestra ve službě,
- usiluj společně s pacientkou o prevenci bolesti/všeobecná sestra ve službě,
- sleduj verbální a neverbální projevy bolesti/všeobecná sestra ve službě.

Realizace 15. 11. – 22. 11.2009:

- v 8.00 hodin, při první návštěvě jsem pacientce ukázala jak využívat relaxační techniky,

- dle medikace nebo potřeb pacientky jsem podala léky proti bolesti,
- od 00.00 – 24.00 hodin jsem pečovala o pohodlí pacientky, pokud jsem tam nebyla o pohodlí se staraly všeobecné sestry ve službě,
- po dostavení bolesti pacientka vždy určila stupeň bolesti.

Zhodnocení: po aplikaci Novalginu se dostavilo zmírnění bolesti na požadovaný stupeň a pacientka se naučila zvládat bolest.

Péče o sebe sama nedostatečná z důvodu amputace dolní končetiny projevující se neupraveným vzhledem.

Cíl: krátkodobý, pacientka je schopna provádět hygienu a úpravu zevnějšku v rámci lůžka samostatně nebo s dopomocí do překlada do jiného zařízení do 7 dnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka je postupně schopna částečné sebepéče při koupání, hygieně, oblékání, úpravě zevnějšku a vyprazdňování 6 dnů,
- pacientka prokáže schopnost využívat pomůcky do 24 hodin,
- pacientka má pocit pohodlí a spokojenosti z tělesné čistoty do 2 dnů.

Plán intervencí:

- zjistí stupeň soběstačnosti při provádění jednotlivých úkonů/všeobecná sestra ve službě,
- posiluj nezávislost při jednotlivých úkonech neustálým cvičením s postupným snižováním míry pomoci/všeobecná sestra ve službě,
- zajisti soukromí pacientky/všeobecná sestra ve službě,
- povzbuzuj pacientku/všeobecná sestra ve službě
- pacientce poskytni dostatek času, aby mohla dokončit úkon v celém rozsahu svých schopností/všeobecná sestra ve službě
- zajisti bezpečnost pacientky při provádění jednotlivých úkonů/všeobecná sestra ve službě
- veď pacientku k aktivní úloze v péči o své zdraví/primární sestra
- nauč pacientku šetřit energii/primární sestra

Realizace od 15. 11.09 – 23. 12. 09

- 6.00 – 7.30 hod. příprava pomůcek na ranní hygienu, úpravu zevnějšku, oblékání, vyprazdňování a zajištění bezpečnosti při těchto úkonech,

- 18.00 – 19.00 hod. příprava pomůcek na večerní hygienu, úpravu zevnějšku, převlečení do nočního oblečení, vyprazdňování a zajištění bezpečnosti při těchto úkonech.

Zhodnocení: jako všeobecná sestra jsem pomáhala a zajišťovala bezpečnost při každé ranní a večerní hygieně v době mé přítomnosti. Pacientka nebyla schopna po dobu mého působení zcela samostatné hygieny, ale její aktivní spoluúčast v péči o sebe sama se příznivě zlepšila. Nadále budu pokračovat v naplánovaných intervencích, abych dosáhla splnění cíle.

Obraz těla porušený z důvodu amputace dolní končetiny projevující se slovním vyjádřením a nezájmem o vzhled.

Cíl: krátkodobý, akceptování sebe sama do týdne.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pochopení tělesných změn do 24 hodin,
- zmírnění úzkosti adaptace na stávající/narušený obraz těla do 48 hodin,
- pacientka slovně vyjadřuje akceptaci amputace dolní končetiny do týdne.

Plán intervencí:

- zhodnot', zdali pacientka nejeví známky sebedestruktivního jednání/primární sestra,
- podněcuj, aby se pacientka dívala a sahala na změněnou dolní končetinu/všeobecná sestra ve službě,
- reaguj realisticky na ztrátu dolní končetiny/všeobecná sestra ve službě,
- posud' současnou úroveň adaptace na a pokroku/primární sestra,
- prodiskutuj s pacientkou význam ztráty dolní končetiny/primární sestra,
- podněcuj pacientku, aby slovně vyjádřila své pocity/všeobecná sestra ve službě,
- podporuj diskuzi o tělesných změnách/všeobecná sestra ve službě.

Realizace 15. 11.09 – 23. 11.2009

- 10.00 hod. - rozhovor s pacientkou o prožívání tělesné změny a pocitech
- od 00.00 – 24.00 projevování empatie a podněcování k rozhovorům o tělesné změně.

Zhodnocení: cíl splněn, pacientka akceptuje sama sebe po absolvování všech hovorů.

Pohyblivost porušená z důvodu ztráty končetiny projevující se stížností na bolest, imobilitou a neochotou se pohybovat.

Cíl: krátkodobý, pacientka udrží správnou polohu těla vleže, vsedě a je soběstačná v používání kompenzačních pomůcek 14 dnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka si nestěžuje na bolest při pohybu do 1 hodiny,
- pacientka umí využívat kompenzační pomůcky do 4 dnů,
- pacientka je v rámci lůžka soběstačná do 6 dnů.

Plán intervencí:

- integrita kůže pacientky je zachována/všeobecná sestra ve službě,
- zjistí diagnózu přispívající k imobilitě/primární sestra,
- zajistí rehabilitačního pracovníka/primární sestra,
- sleduj, jak se na pacientce projevují nežádoucí účinky imobilizace/všeobecná sestra ve službě
- posuď intenzitu bolesti, naslouchej pacientce, jak ji popisuje a podle ordinací lékaře podej analgetika/všeobecná sestra ve službě,
- urči, jak pacient vnímá potřebu pohybu/cvičení/primární sestra,
- podej návod, jak používat závěsné hrazdy a dalších pomůcek ke změně polohy/primární sestra,
- zajistí kompenzační pomůcky/primární sestra,
- zapoj pacientku a její blízké do péče a naučuje, jak zvládat problémy s imobilitou/primární sestra.

Realizace 16. 11.2009

- v 8.00 hod. zajištění rehabilitačního pracovníka,

- v 10.00 hod. rozhovor pacientky a rehabilitačního pracovníka o vhodnosti a správnosti využívání kompenzačních pomůcek a cvičení s nimi, rozvržení rehabilitačního plánu,

- 15.00 hod. rozhovor s blízkými, jejich zapojení do léčby, rehabilitační cvičení.

Realizace od 17. 11.2009 do 30. 11.2009

- v 8.00 hod. aplikace analgetik před cvičením,

- v 00 hod. rehabilitační cvičení,

- v 15.00 hod. rehabilitační cvičení.

Zhodnocení: cíl splněn částečně, pacientka je schopna pohybu pouze v rámci lůžka, proto budu pokračovat v naplánovaných intervencích, pro co nejefektivnější výsledky.

Úzkost středně závažná z důvodu amputace dolní končetiny projevující se vyjadřováním obav z významné životní změny a s ní související zvládnání soběstačnosti.

Cíl: krátkodobý, pacientka dosáhne snížení úzkosti a uvolněného vzhledu na zvladatelnou míru do 14 dnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka má zajištěný rehabilitační plán na zlepšení soběstačnosti do 24 hodin,
- pacientka vyjadřuje sníženou úroveň úzkosti do týdne,
- pacientka udává zvýšení svého sebevědomí do 10 dnů.

Plán intervencí:

- urči intenzitu úzkosti/primární sestra,
- podporuj pacientku v různých aktivitách, které mohou od problému odvádět pozornost/všeobecná sestra ve službě,
- zajisti rehabilitačního pracovníka/primární sestra,
- buď k dispozici, naslouchej pacientce a hovoř s ní/všeobecná sestra ve službě,
- věnuj pozornost medikaci/primární sestra,
- dej najevo porozumění a empatii/primární sestra,
- umožni vyjádření citových projevů/primární sestra,
- pomoz pacientce určit způsoby zvládnání úzkosti/primární sestra.

Realizace 20. 11.2009:

- v 8.00 hod. zajištění rehabilitačního pracovníka, rozhovor pacientky a RHB pracovníka,
- v 10.00 hod. cvičení s RHB pracovníkem,
- v 15.00 hod. cvičení s RHB pracovníkem,

- v 15.45 hod. rozhovor primární sestry s pacientkou o jejích pocitech.

Realizace od 21. 11.09 – 4. 12.09:

- v 10.00 hod. cvičení s RHB pracovníkem,
- v 15.00 hod. cvičení s RHB pracovníkem.

Zhodnocení: cíl splněn, po zajištění RHB plánu se zlepšila úroveň soběstačnosti a tím se snížily pocity úzkosti na snesitelnou míru.

Výživa porušená, nedostatečná z důvodu nedostatečného zájmu o jídlo spojené s významnou životní změnou, projevující se odmítáním jídla a nezájmem o něj.

Cíl: krátkodobý, pacientka bude mít chuť k jídlu a bude jíst pravidelně 6x denně do 3 týdnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka vyjadřuje porozumění všem faktorům, které způsobují váhový přírůstek do 24 hodin,
- pacientka projevuje zájem o jídlo do 1 týdne,
- pacientka soustavně zvyšuje hmotnost do 14 dnů.

Plán intervencí:

- zhodnot' stav výživy, stravovací návyky a medikaci/primární sestra,
- umožni pacientce výběr z potravy podle chuti/primární sestra,
- povzbuzuj rodinu a přátele, aby se zapojili do příjmu potravy pacientky/primární sestra,
- udržuj pohodlnou tělesnou polohu během jídla/všeobecná sestra ve službě,
- sleduj dodržování stravovacího režimu/všeobecná sestra ve službě,
- urči ideální tělesnou hmotnost podle tabulky Body Mass Index/primární sestra
- monitoruj denně příjem potravy a hmotnost/všeobecná sestra ve službě,
- diskutuj s pacientkou a nauč jí a její nejbližší správným stravovacím zásadám, důležitosti pravidelného stravování včetně složení stravy/primární sestra.

Realizace 17. 11.09:

- v 8.00 – 8.30 hod. rozhovor o vhodné stravě a stravovacích návycích a udržování pohodlného prostředí během stravování,

- v 10.00 hod. vážení hmotnosti a zápis do dokumentace, udržování pohodlného prostředí během stravování
- v 12.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- od 14.00 – 14.30 hod. rozhovor o důležitosti pravidelného stravování, udržování pohodlného prostředí během stravování,
- v 17.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- ve 20.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování.

Realizace od 18. 11.2009 do 9. 12.2009:

- v 8.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- v 10.00 hod. vážení hmotnosti a zápis do dokumentace,
- v 12.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- v 14.30 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- v 17.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování,
- v 20.00 hod. udržování pohodlného prostředí během stravování.

Zhodnocení: cíl splněn, pacientka optimálně přibývá na váze a projevuje zájem o jídlo, pravidelné stravování a uvědomuje si závažnost pravidelného stravování.

Spánek porušený z důvodu bolesti v pahýlu projevující se obtížným usínáním přerušovaným spánkem, ospalostí a únavou.

Cíl: krátkodobý, pacientka se cítí vyspalá a odpočatá do 2 týdnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka využívá relaxačních metod, které usnadňují navození spánku do 24 hodin,
- pacientka mluví o tom, že se cítí po spánku odpočatá po týdnu,
- pacientka spí nejméně 6 hodin bez probuzení do 10 dnů,
- pacientka usíná do 30 minut po uložení do lůžka.

Plán intervencí:

- podej léky proti bolesti před požadovaným usnutím, aby se maximálně využilo jejich zklidňujících a sedativních účinků/všeobecná sestra ve službě,
- sleduj reakci na podanou medikaci a zaznamenej do dokumentace/všeobecná sestra ve službě,
- zjisti představu pacientky o tom, jak má vypadat přiměřený spánek/primární sestra,
- posuď souvislost spánkové poruchy se základním onemocněním/primární sestra,
- vyptej se na okolnosti, které ruší spánek a jak často se vyskytují/primární sestra,
- zajisti klidné prostředí před spánkem/všeobecná sestra ve službě,
- aktivizuj pacienta přes den/všeobecná sestra ve službě,
- vyzkoušej různé způsoby jak zlepšit spaní (teplá koupel, větrání, mléčný pokrm, atd.)/primární sestra,
- zhodnot' normální způsob usínání pacientky/primární sestra.

Realizace 1. 12.2009:

- v 6.00 hod. po probuzení rozhovor s pacientkou, spala špatně, usnula kolem 1:00 hodiny a probuzena byla po 5:00 na měření krevního tlaku,
- v 8:00 hod. rozhovor s pacientkou o relaxačních technikách k navození spánku
- v 19:00 hod. ustláni lůžka
- v 21:30 podán STILNOX, vyvětrání pokoje a sledování účinky léků.

Realizace od 1. 12.2009 do 14. 12.2009:

- v 7:00 hod. rozhovor s pacientkou jak se cítí vyspalá,
- v 19.00 hod. stlaní lůžka,
- v 21.30 hod. podám STILNOX, vyvětrání pokoje a sledování účinku léků.

Zhodnocení: cíl se podařilo částečně splnit. Pacientka každý večer dostává STILNOX dle medikace, zná a užívá relaxační techniky avšak udává, že v noci se často probouzí. Nadále budu pokračovat v naplánovaných intervencích, aby se mi podařilo splnit dosažený cíl.

Integrita kůže porušená z důvodu operační rány projevující se jizvou, pocity svědění, zvýšenou citlivostí a slovním vyjádřením.

Cíl: dlouhodobý, pacientka má obnovenou kožní integritu v místě rány do 4 týdnů.

Priorita: střední.

Výsledná kritéria:

- pacientka je bez pocitu svědění do 14 dní,
- pacientka neudává zvýšenou citlivost pahýlu dolní končetiny do 4 týdnů,
- pacientka je beze změn na kůži do 4 týdnů.

Plán intervencí:

- denně kontroluj kůži a popisuj pozorování změny/všeobecná sestra ve službě,
- urči velikost poškození tkáně/primární sestra,
- postiženou oblast udržuj čistou a suchou/všeobecná sestra ve službě,
- používej vhodné pomůcky/všeobecná sestra ve službě,
- upozorni na význam kůže a udržení její správné funkce/primární sestra,
- posuď krevní zásobení/primární sestra,
- všímej si barvy a textury kůže v postižené oblasti/všeobecná sestra ve službě.

Realizace 15.11.2009 do 22. 12.2009:

• v 10:00 hod. převaz rány, kontrola barvy, textury, prokrvení, velikosti a prokrvení rozhovor o významu správné péče o kůži v oblasti operační rány.

Zhodnocení: cíl splněn. Jizva a okolí operační rány je klidné.

(TRACHTOVÁ, 1999; MASTILIAKOVÁ, 2002; DOENGES, MOORHOUSE, 2001)

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

U pacienta po amputaci dolní končetiny bych v nemocniční ošetrovatelské péči doporučila, aby byl pacient umístěn na malém pokoji, pokud možno s koupelnou, kde bude mít pro sebe potřebné soukromí a který bude umístěn blízko pracovny sester. Na pokoji by měli být k využití veškeré možné kompenzační pomůcky, se kterými se pacient musí naučit zacházet. Je důležité zapojit co nejdříve do celého léčebně-rehabilitačního procesu rodinu, která má být pacientovi velkou oporou. Měli bychom také zajistit setkání s někým, kdo prošel podobnou situací, protože to u pacienta může vést k více pozitivnímu myšlení. Lékař by měl pacientovi zprostředkovat již v nemocnici kontakt na ortopedického protetiky, který poskytne další odborné informace, co se týče podoby protézy a doplňků, atd. Pacient při odchodu domů musí znát péči o pahýl a prevenci komplikací, které mohou nastat.

U amputací je, jak jsem již zmínila, velice důležitá psychoterapie, proto je velice žádoucí, aby primární sestra zajistila psychologa, který pomůže jak pacientovi, tak i rodině, zvládat situaci, ve které se ocitl a pomůže ho připravit na návrat do běžného života.

Nejdůležitější je připravit domácí prostředí na návrat pacienta domů. Vše se musí připravit tak, aby se pacient necítil stále závislý na péči druhých a přitom si neublížil. Začít by se mělo, pokud je to možné, s bezbariérovým přístupem dále je důležité mít doma připravené kompenzační pomůcky a věci potřebné k péči o pahýl. Celý byt se musí upravit k pohybu pacienta tak, aby si ničím nezpůsobil zranění. K zapojení do běžného života mohou pacientovi pomoci různá sdružení, která jsou zaměřena na takto postižené lidi, kde se pacienti mezi sebou dokážou často povzbudit a ukážou si, jak žít běžný život bez větších komplikací.

ZÁVĚR

Při zpracování této bakalářské práce jsem načerpala mnoho nových poznatků týkajících se problematiky amputací. Doplnila jsem si teoretické informace a získala nové z oblasti ucelené rehabilitace amputovaných.

Mojí pacientkou byla paní X. Y., které byla amputována levá dolní končetina v oblasti bérce z důvodu progredující diabetické gangrény. Do ošetrovatelské péče jsem se zapojila v listopadu roku 2009, asi měsíc po chirurgickém řešení dlouhodobé nemoci. Po dobu mého působení na oddělení dlouhodobě nemocných se pacientka zapojila do ošetrovatelského procesu. V mnoha věcech se její pohled na provedenou amputaci zlepšil. Bohužel pacientka byla imobilní a některé cíle se mi nepodařilo zcela splnit, ale doufám, že po skončení mého působení na oddělení se všeobecné sestry snažili plnit naplánované intervence, aby ošetrovatelská péče byla co nejefektivnější. Z důvodu imobility se lékaři po poradě s rehabilitačními pracovníky a samozřejmě s pacientkou domluvili, že protéza dolní končetiny nebude nutná.

Dále bych také ráda uvedla, že se mi velice dobře pracovalo podle ošetrovatelského modelu Virginie Hendersonové. Jejím cílem je nezávislost v uspokojování potřeb a její ošetrovatelský proces umožňuje zdravotnickému personálu organizovaný a systematický přístup. Hlavními charakteristickými rysy jsou soucit, empatie, úcta k člověku a akceptování svobody jedince. Zdraví ztotožňuje se soběstačností, a proto si myslím, že se model k danému tématu zcela nabízel.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BROZMANOVÁ, B. aj. 1990. *Ortopedická protetika*. Martin : Osveta, 1990. ISBN 80-217-0133-1.
2. DYLEVSKÝ, Ivan. 2006. *Základy anatomie*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-886-7.
3. DOENGES, Marilynn E.; MOORHOUSE, Mary Frances. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. přeprac. a rozšíř. vyd. Praha : Grada, 2001. ISBN 80-247-0242-8.
4. DUNGL, Pavel. 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0550-8.
5. HRABOVSKÝ, Jaromír. 2006. *Chirurgie*. Praha: EUROLEX BOHEMIA a.s., 2006. ISBN 80-86861-49-X.
6. KOZIEROVÁ, B; ERBOVÁ, L; OLIVIERIOVÁ, G. *Ošetrovatel'stvo: koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1995. 2 sv. ISBN 80-217-0528-0.
7. KOZIEROVÁ, B; ERBOVÁ, G.; OLIVIEROVÁ, R. 1995. *Ošetrovatel'stvo : koncepcia, ošetrovatel'ský proces a prax, díl 2*. Z angl. orig. přel. Baška, T. aj. Martin : Osveta, 1995. ISBN 80-217-0528-0.
8. MASTILIÁKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatel'ství I. díl*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0429-9.
9. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2002. *Úvod do ošetrovatel'ství II. díl*. Praha : Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0428-0.
10. MIKŠOVÁ, Z.; FRONĀKOVÁ, M.; ZAJÍČKOVÁ, M. 2006. *Kapitoly z ošetrovatel'ské péče II*. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN-80-247-1443-4
11. NĚMCOVÁ, Jitka; MAURITZOVÁ, Ilona. 2009. *Skripta k tvorbě bakalářských a magisterských prací*. Plzeň : NAVA TISK. 2009. ISBN 978-80-902876-0-0.

12. PICEK, F. aj. 1953. *Péče o amputované. Praha* : Státní zdravotnické nakladatelství, 1953.
13. SMUTNÝ, Milan. 2009. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Brno: Polygra, 2009. ISBN 978-80-254-3820-6.
14. SOSNA, A. aj. 2001. *Základy ortopedie*. Praha : Triton, 2001. ISBN 80-7254-202-8.
15. SYSEL, D.; KUKUROVÁ, E.; WEIS, M. 2008. *Ošetrovatel'ská starostlivosť v schémach minutovej bázy znalostí*. Brno : Tatraton, 2008. ISBN 978-80-969923-0-0.
16. SYSEL, D.; PAVLÍKOVÁ, S.; SKLÁŘOVÁ V. 2002. *Základy ošetrovatel'ského procesu v kocke*. Bratislava : 2002.
17. ŠAMÁNKOVÁ, M. aj. 2006. *Základy ošetrovatel'ství*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1091-4.
18. RIGUTTI, A. et al. 2006. *Ilustrovaný atlas anatomie*. Praha: Nakladatelství Sun s.r.o., 2006. ISBN 80-7371-142-7.
19. TRACHTOVÁ, E. aj. 1999. *Potřeby nemocného v ošetrovatel'ském procesu*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-285.
20. WOLFE, John et al. 1992. *ABC CÉVNÍCH ONEMOCNĚNÍ*. Z angl. orig. přel. KASALOVÁ, Z.; KASAL, P.; LIŠKOVÁ, J. Praha: SCIENTIA MEDICA s.r.o. 1994. ISBN 80-85526-27-1.
21. *Pravidla českého pravopisu pro školu, úřad, veřejnost*. 2008. Olomouc: Fin Publishing, 2008. ISBN 978-80-86002-89-7.

SEZNAM PŘÍLOH

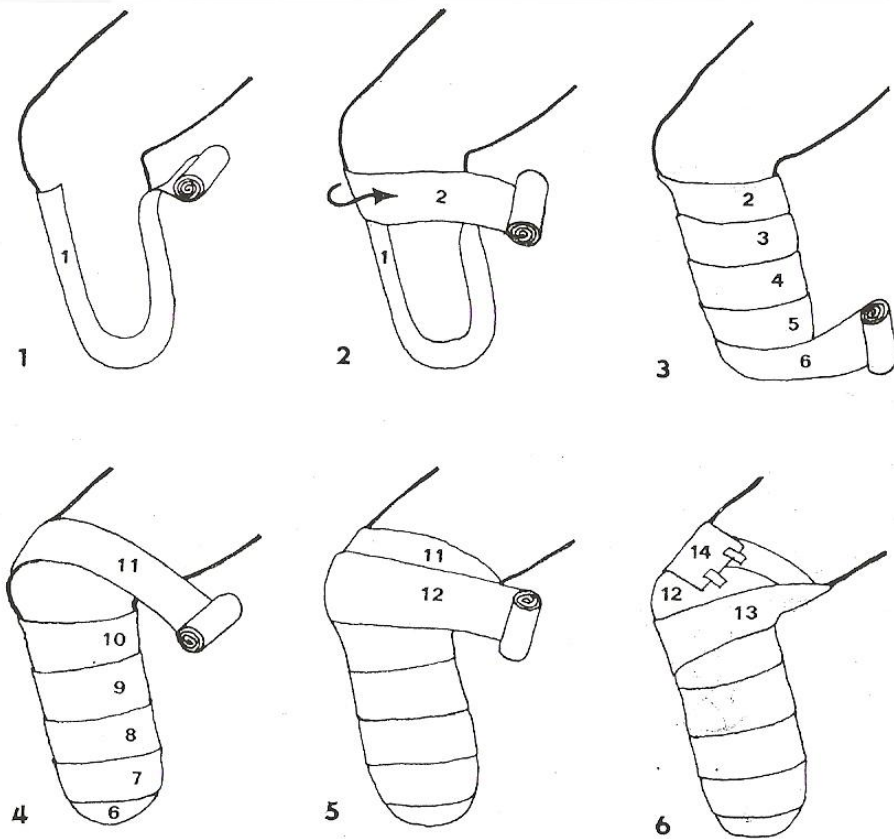
Příloha A – Obrázek správného bandážování pahýlu

I

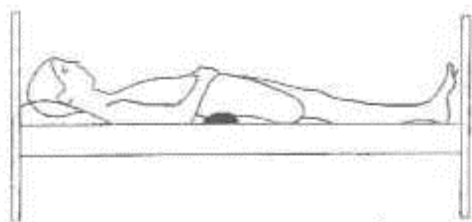
Příloha B – Obrázek správných poloh

II

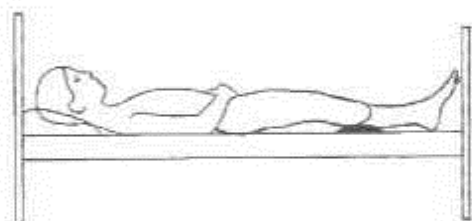
PŘÍLOHY



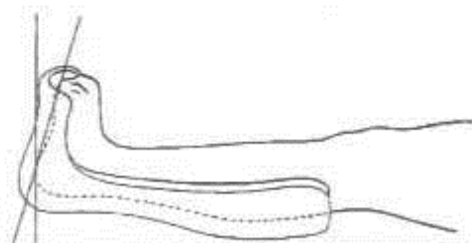
Zdroj: Informace pro pacienty po amputaci., 2009



Amputovaný ve stehně s podloženou páňví



Amputovaný v bérce, vrchol pahýlu podložený do 3 cm



Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

Zdroj: Informace pro pacienty po amputaci., 2009