

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

**OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO  
AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

Bakalářská práce

Klára Šušková, Dis.

Stupeň kvalifikace: bakalář

Komise pro studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová

PRAHA 2015



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.**  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00,

**Šušková Klára**  
**3. VSV**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2014 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny

*The Nursing Process for a Patient after Lower Limb Amputation*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslava Kubicová

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2014

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **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 ke studijním účelům.

V Praze dne 30.5.2015

*podpis*

## **ABSTRAKT**

ŠUŠKOVÁ, Klára. *Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Miroslava Kubicová. Praha. 2015. 64s.

Bakalářská práce se zabývá problematikou amputace dolní končetiny a ošetrovatelským procesem u pacienta s tímto onemocněním. Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí.

V první části je objasněna problematika onemocnění, definice, příčiny vedoucí k amputaci, klasifikace amputací, předoperační a pooperační péče, komplikace amputací, rehabilitace po amputaci dolní končetiny. Dále je objasněna protetická péče.

V druhé části jsou objasněna specifika ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces u pacienta s tímto onemocněním.

Bakalářská práce je doplněna o doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Klíčová slova:

Ošetrovatelský proces. Amputace dolní končetiny. Protetická péče. Rehabilitace. Předoperační péče. Pooperační péče. Specifika ošetrovatelské péče.

## **ABSTRACT**

ŠUŠKOVÁ, Klára. Nursing process for Patients after Lower limb amputation. The College of Nursing, o.p.s. A qualification degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Miroslava Kubicová, Prague. 2015. 64s.

This thesis deals with diagnosis Lower limb amputation and nursing process for patient suffering from this disease. The thesis is divided into two main parts.

In the first part contains the disease characteristics, definitions, amputation causes, classification of amputees, preoperative and postoperative care, complications of amputees, rehabilitation after lower limb amputation. This thesis deals with prosthetic care too.

The second part deals with specifics of nursing care and nursing process for patients with this disease.

This thesis is annexed by recommendations for practice for health professionals, patients and their family members.

**Keywords:**

Nursing process. Lower limb amputation. Prosthetic care. Rehabilitation. Preoperative care. Postoperative care. The specifics of nursing care.

# PŘEDMLUVA

Tato práce vznikla ve snaze zaměřit se v dané problematice na ošetrovatelský proces o pacienty po amputaci dolní končetiny. Považuji za velice důležité na tuto problematiku upozornit. Je to závažný stav, jak fyzický, tak psychický.

Výběr tohoto tématu byl ovlivněn mou prací na chirurgickém oddělení 1, NsP Havířov, kde se s pacienty, kteří utrpěli amputaci dolní končetiny, setkávám často a mohu sledovat kvalitu péče o takto nemocné pacienty.

Podklady ke zpracování bakalářské práce jsem čerpala z knih, odborných časopisů a internetových zdrojů.

Práce je určena všeobecným sestřám, studentům, ale také pacientům, kteří utrpěli amputaci dolní končetiny. Dále jejich příbuzným a všem, kteří se o toto téma zajímají a chtějí si prohloubit vědomosti o této problematice.

Touto cestou chci vyslovit poděkování vedoucí bakalářské práce Mgr. Miroslavě Kubicové za podporu a cenné rady při tvorbě mé bakalářské práce.

# OBSAH

SEZNAM TABULEK

SEZNAM ZKRATEK

SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

ÚVOD.....	12
1 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY .....	14
1.1 Definice amputace.....	14
1.2 Rozdělení amputací.....	14
1.2.1 Podle výšky amputace.....	14
1.2.2 Podle doby provedení.....	14
1.3 Typy amputačních přístupů .....	15
1.3.1 Gilotinové amputace .....	15
1.3.2 Lalokové amputace .....	15
1.4 Etiologie a indikace k amputaci dolní končetiny .....	15
1.5 Předoperační příprava.....	16
1.5.1 Dlouhodobá předoperační příprava.....	16
1.5.2 Krátkodobá předoperační příprava.....	16
1.5.3 Bezprostřední předoperační příprava .....	17
1.6 Operační výkon.....	17
1.6.1 Amputace v noze – parciální amputace chodidla .....	17
1.6.2 Amputace v hlezenním kloubu .....	17
1.6.3 Amputace v bérce – transtibiální amputace .....	17
1.6.4 Exartikulace v kolenním kloubu .....	18
1.6.5 Amputace ve stehně – transfemorální amputace .....	18
1.6.6 Exartikulace v kyčelním kloubu .....	18
1.6.7 Hemipelvektomie .....	18
1.7 Pooperační péče .....	19

1.8	Komplikace amputací.....	19
1.9	Rehabilitace .....	20
2	PROTETICKÁ PÉČE A MOŽNOSTI VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK.....	21
2.1	Protézy dolní končetiny .....	21
2.2	Rozdělení protéz podle timingu aplikace .....	21
2.3	Kosmetická úprava protéz .....	22
2.4	Zásady správného postupu při aplikaci protézy.....	22
2.5	Nácvik chůze.....	22
3	SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY .....	24
3.1	Péče o pahýl.....	24
3.2	Fantomová bolest .....	25
3.3	Péče o psychiku.....	26
4	OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY .....	27
5	DOPORUČENÍ PRO PRAXI .....	60
	ZÁVĚR.....	61
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
	PŘÍLOHY	



## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 - Identifikační údaje .....	29
Tabulka 2 - Vitální funkce při přijetí .....	30
Tabulka 3 - Léková anamnéza .....	31
Tabulka 4 - Urologická anamnéza .....	32
Tabulka 5 - Popis fyzického stavu .....	33
Tabulka 6 - Aktivity denního života .....	37
Tabulka 7 - Posouzení psychického stavu .....	43
Tabulka 8 - Posouzení sociálního stavu .....	47

.

## **SEZNAM ZKRATEK**

BMI - body mass index

DM - diabetes mellitus

EKG - elektrokardiografie

ICHDK - ischemická choroba dolních končetin

PMK - permanentní močový katetr

PŽK - periferní žilní katetr

RTG - rentgen

RZS - rychlá záchranná služba

TEN - trombembolická nemoc

TK - tlak krve

TT - tělesná teplota

VAS - vizuální analogová škála

# SEZNAM ODBORNÝCH VÝRAZŮ

- Amputace - odstranění periferní části těla
- Exartikulace - odstranění periferní části těla v kloubu
- Tumor - nádor, ohraničené lokální zduření
- Sepse - systémová zánětlivá odpověď organismu
- Gangréna - druhotně změněná nekróza
- Nekróza - odúmrť tkáně
- Femur - stehenní kost
- Tibie - holenní kost
- Resekce - odstranění části orgánu
- Extirpace - odstranění patologického útvaru
- Parciální - částečný
- Distální - směr na končetině dále od trupu
- Proximální - směr na končetině blíže k trupu
- Transversální - tělesná rovina, orientovaná horizontálně
- Ventrální - tělesná rovina, směrem k břišní straně
- Ligamentum patellae - silný vaz, vaz čéšky
- Kondyly - proximální část holenní kosti
- Acetabulum - kloubní jamka kyčelního kloubu
- Dehiscence rány - rozpad rány
- Nekrektomie - chirurgické odstranění nekrotické části
- Flexor - ohýbač
- Extensor - natahovač
- Adduktor - přitahovač
- Abduktor - odtahovač
- Flekční kontraktura - zkrácení svalu v kloubu

Per primam - hojení rány bez přítomnosti zánětu

Per secundam - hojení rány s přítomností zánětu

Edém - otok

Symfýza - stydká kost

Vazodilatace - roztažení cév

Vaskulární - cévní

Hematom - krevní výron

Resutura - opakované sešití rány

Transmetatarsální amputace - odstranění končetiny přes záprstní kosti

Transfemorální amputace - odstranění končetiny přes stehenní kost

## ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny. Výběr tématu k této bakalářské práci byl ovlivněn mou prací na chirurgickém oddělení, kde se denně s těmito pacienty setkávám, pečuji o ně, sleduji léčebný postup. Tento stav představuje velkou zátěž pro pacienta, jeho rodinu i pro zdravotnický personál.

Amputace dolní končetiny je zásah do života pacienta. Pacient prožívá emoční bouři, které je zkouškou jeho osobnosti, síly a touhy žít. Musí často změnit své návyky, zájmy, priority, opustit svá zaměstnání. Mnohdy mají problém se znovu začlenit do společnosti. Musí se naučit žít s handicapem. Pacienti po amputaci dolní končetiny jsou ovlivněni nejen po fyzické stránce, ale také po stránce psychické

Cílem této práce je navrhnout a realizovat individuální plán ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci dolní končetiny. Velice důležité je uvědomit si individuálnost každého člověka s ohledem na jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Bakalářská práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část se věnuje definici amputace, klasifikaci amputací, indikacím k amputaci, předoperační a pooperační péči, komplikacím, rehabilitaci po amputaci, možnostem protetiky a kompenzačním pomůckám. Stěžejním bodem této bakalářské práce je kapitola specifik ošetrovatelské péče a ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny. Poslední část bakalářské práce tvoří doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Vypracovaná práce bude sloužit jako informační zdroj pro pacienty po amputaci dolní končetiny, pro jejich rodinné příslušníky, pro zdravotníky a pro všechny osoby zabývající se touto problematikou.

# 1 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY

## 1.1 Definice amputace

*„ Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení" ( DUNGL, 2005, str. 42).*

Amputace je snesení periferní části končetiny s přerušením kontinuity kosti. Je poslední možností k záchraně končetiny, kdy selhaly všechny možné terapeutické možnosti k záchraně života pacienta (SLEZÁKOVÁ, 2010).

Exartikulace je odstranění periferní části těla v kloubu. Účelem amputace a exartikulace je vyloučení onemocnění nebo funkčního poškození (DUNGL, 2005).

## 1.2 Rozdělení amputací

### 1.2.1 Podle výšky amputace

Důležité je zachovat co nejvíce z postižené končetiny, ale přitom zbylá část končetiny musí vyhovovat funkční protéze.

Amputace podle výšky dělíme na amputace nízké, kdy se dolní končetina amputuje 10-15 cm pod kolenem. U amputace střední se dolní končetina amputuje v 1/3 stehna a u amputace vysoké se dolní končetina odstraňuje v kyčelním kloubu (SLEZÁKOVÁ, 2007).

### 1.2.2 Podle doby provedení

Podle doby provedení rozdělujeme amputace na primární neboli časné amputace, které se provádí se okamžitě po vzniku úrazu nebo onemocnění. Dále sekundární amputace, které se provádí se po vyčkání průběhu onemocnění a terciární neboli pozdní amputace. Terciární amputace se provádí za účelem zlepšení pohyblivosti nebo pracovní schopnosti pacienta, zlepšení zdravotního stavu pacienta ( JANEČKOVÁ, 2008).

## **1.3 Typy amputačních přístupů**

### **1.3.1 Gilotinové amputace**

Tento typ se využívá při naléhavé amputaci ze závažných důvodů. Jsou to amputace otevřené. Nevýhodou je nutnost pozdější úpravy pahýlu z důvodu retrakce měkkých tkání pahýlu. Později je nutné vytvořit vhodnější tvar pahýlu pro následné přiložení protézy (KRISTINÍKOVÁ, 2014).

### **1.3.2 Lalokové amputace**

Laloková amputace je standardní operační výkon, který se provádí otevřeně nebo uzavřeně. V tomto případě se používají dvě různé techniky pro úpravu svalů a to myoplastika a myodéza. Myoplastika je sešití dvou antagonistických svalových skupin. Myodéza je vytvoření nových úponů svalů, fixace šlachy ke kosti, což vede ke zlepšení funkce i tvaru pahýlu. Jizva by měla být vytvořena mimo nášlapní prostor pahýlu ( KRISTINÍKOVÁ, 2014), ( DUNGL, 2005).

## **1.4 Etiologie a indikace k amputaci dolní končetiny**

Příčin, které vedou k amputaci je mnoho. Mezi nejčastější příčiny amputace dolní končetiny patří cévní příčiny, neurologické příčiny, kožní příčiny, kostní postižení, dále tumory a fyzikální vlivy ( DUNGL, 2005).

Mezi nejčastější indikace k amputaci dolní končetiny bych zařadila ischemickou chorobu dolních končetin (ICHDK), kdy dochází ke ztrátě krevní cirkulace v dolní končetině. Dále těžké infekce, kdy je pacient ohrožen celkovou sepsí. Nejčastější je diabetická gangréna neboli sněť. Rozlišujeme suchou, vlhkou a plynatou diabetickou gangrénu. V tomto případě operace vede k záchraně života ( SLEZÁKOVÁ, 2007), (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, 2004).

Mezi další indikace k amputaci dolní končetiny zařazujeme přítomnost zhoubného nádoru kosti. Nejčastěji se jedná o osteosarkom. Osteosarkom je zhoubný nádor, který se nachází na kostech kolem kolenního kloubu. Nejčastěji postihuje distální část femuru a proximální části tibie. Dále traumata dolních končetin, kdy je končetina zdevastována tak, že není možnost rekonstrukce poraněné tkáně. Nekrózy vzniklé fyzikálními, chemickými vlivy.

O výši amputace se rozhoduje až po demarkaci nekrotizované tkáně

(SLEZÁKOVÁ, 2010), (MAČÁK, MAČÁKOVÁ, 2004), (JANEČKOVÁ, 2008).

V případě traumatu dolní končetiny se k rozhodnutí o provedení amputace používá MESS skóre (magled extremity severity score). V MESS scóre hodnotíme věk, úrazovou energii, tlakovou stabilitu a ischemické postižení končetiny. V tomto hodnocení můžeme dosáhnout maximální skóre 11 bodů, kdy končetinu nelze za žádných okolností zachránit. Při hodnocení 6 a méně bodů končetinu zachránit lze, při 7 a více bodech se většinou přistupuje k amputaci. Důležité je však posouzení celkového stavu pacienta (DUNGL, 2005).

## **1.5 Předoperační příprava**

Amputace dolní končetiny je většinou výkon plánovaný. Důležité je připravit pacienta fyzicky i psychicky. V tomto období je také důležitá spolupráce a komunikace pacienta se zdravotnickým personálem.

Předoperační přípravu rozdělujeme na dlouhodobou předoperační přípravu, krátkodobou předoperační přípravu a bezprostřední předoperační přípravu (PAVLAČOVÁ, 2012).

### **1.5.1 Dlouhodobá předoperační příprava**

V rámci dlouhodobé předoperační přípravy je pacient odeslán k internímu předoperačnímu vyšetření, které zahrnuje EKG, RTG vyšetření srdce a plic. Dále laboratorní vyšetření krve (krevní obraz, biochemické vyšetření, krevní skupina + Rh faktor, hemokoagulační vyšetření). Zahrnuje také laboratorní vyšetření moče. Tato vyšetření mohou být doplněna na základě indikace lékaře i o další speciální vyšetření.

### **1.5.2 Krátkodobá předoperační příprava**

Období krátkodobé předoperační přípravy trvá 24 hodin před operačním výkonem.

Před operací je důležitá celková hygiena pacienta, odlakování nehtů, odličení, oholení operačního pole. Pacient musí být 6-8 hodin před operací lačný. U pacientů s poruchami výživy a dehydratací se zajišťuje přívod energie a tekutin parenterální cestou. Důležitý je také spánek a odpočinek, který pomáhá pacientovi zvládat strach a stres před operací. Dále zahrnuje objednání krevních derivátů.



Velmi důležitá je i psychická příprava, jejímž cílem je redukovat stres a strach z operačního výkonu. Na psychické přípravě se podílejí sestry i lékaři. Nesmí se bagatelizovat otázky pacienta a informace, které se týkají samotného operačního výkonu, nepříznivého výsledku operace a možných komplikací.

### **1.5.3 Bezprostřední předoperační příprava**

Bezprostřední předoperační příprava trvá 2 hodiny před operačním výkonem. Zahrnuje kontrolu dokumentace pacienta, kontrolu operačního pole, přiložení bandáží na dolní končetiny jako prevenci TEN, vyprázdnění močového měchýře. Dále kontrolu chrupu, pokud má pacient snímatelnou zubní protézu, musí se vytáhnout, kontrolu vitálních funkcí. Značí se operovaná končetina. Asi 30 minut před operačním výkonem aplikace premedikace dle ordinace anesteziologa a odvoz na operační sál. V období bezprostřední předoperační přípravy je také důležitá komunikace s pacientem, kterou se snažíme zmírnit pacientovy obavy z operace (SLEZÁKOVÁ, 2007), (MIKŠOVÁ, FROŇKOVÁ, ZAJÍČKOVÁ, 2006).

## **1.6 Operační výkon**

### **1.6.1 Amputace v noze – parciální amputace chodidla**

Zahrnuje amputace článku prstů, exartikulace v metakarpálních kloubech a distální a proximální transmetatarsální amputaci.

### **1.6.2 Amputace v hlezenním kloubu**

Mezi nejčastější operace patří Symeho amputace. Při tomto výkonu je nutné resekovat tibií i fibulu kolmo k rovině náslapu a těsně nad chrupavkou tibie. Hlavní indikací je trauma kotníku.

### **1.6.3 Amputace v bérce – transtibiální amputace**

Při amputaci v bérce je nutné resekovat fibulu vždy proximálněji než tibií a srazit přední hranu tibie v místě resekce. To umožní správné zformování pahýlu .

Nejčastěji se provádí operace dle Brucknera, při které se provádí extirpace fibuly a vzniká krátký bérceový pahýl. Velmi dobře se hojí.

#### **1.6.4 Exartikulace v kolenním kloubu**

Exartikulaci v kolenním kloubu je možné provádět několika způsoby. Při základní technice jsou ponechány intaktní chrupavky femuru a ligamentum patellae se sešije s pahýlem zadního zkříženého vazy. Nejčastěji se však provádí resekce kondylů v transverzální rovině s pevnou fixací česky k resekční linii. Česka se se svým kožním krytem stává nášlapnou plochou a umožňuje zachovat funkci stehenních svalů.

Je výhodná u starších pacientů z důvodu nekomplikovaného hojení pahýlu a možností více pahýl zatížit. Dostatečně dlouhý pahýl usnadňuje sezení i vstávání a pomáhá k udržení rovnováhy. Nevýhodou je zde kosmetické prodloužení stehenní části amputované končetiny po nasazení protézy.

#### **1.6.5 Amputace ve stehně – transfemorální amputace**

Amputace ve stehně představuje standartní výkon. V tomto případě je nutné myslet na problematické opotřezování a tendenci k flekční kontraktuře krátkého pahýlu.

U amputace ve stehně existují dvě základní operační techniky. Provádí se myoplastická transfemorální amputace, kdy se sešívají extensory a flexory pahýlu a dosáhne se tak rovnoměrného zatížení svalů. U amputací prováděných z vaskulárních příčin je myoplastika kontraindikována, neboť příliš velké svalové napětí by mohlo vést ke zhoršení svalových cirkulárních poměrů. Druhou technikou je myodesa. U myodesy se přišívá adduktorová svalová skupina k distální části femuru tak, aby se zabránilo abdukční kontraktuře stehenního pahýlu. Myodesa je výhodná z důvodu zajištění lepší kontroly pohybu stehenního pahýlu a ovládnutí protézy.

#### **1.6.6 Exartikulace v kyčelním kloubu**

Provádí se především u onkologicky nemocných pacientů. Provádí se jako radikální výkon při tumorech skeletu proximálního femoru nebo pánve. Při tomto výkonu se preparuje kyčelní kloub. Po odstranění celé dolní končetiny se snese chrupavka acetabula a dutina acetabula se vyplní svaly.

#### **1.6.7 Hemipelvektomie**

Hemipelvektomie je extrémní operační výkon, při kterém se odstraňuje celá dolní končetina s přilehlou oblastí pánevních kostí. Při standartní hemipelvektomii se provádí exartikulace v SI skloubení a symfýze, ke krytí se využívá gluteální lalok.

Při rozšířené hemipelvektomii je resekce vedena přes křížovou kost nebo ventrálně přesahuje symfýzu (KRAWCZYK, 2011), (PULPÁN, 2011), (DUNGL, 2005).

## **1.7 Pooperační péče**

Po skončení operace monitorujeme vitální funkce pacienta (TK, P, D, TT, vědomí) a připravíme si Esmarchovo obinadlo a kompresivní obvaz pro případ náhlého krvácení pahýlu. Dále sledujeme množství a vzhled tekutiny, kterou odvádí Redonův drén zaveden v operační ráně. Prvních 24 hodin po operaci se pahýl ponechává bez podložení. Po 24 hodinách podkládáme jako prevenci kontraktur. První převaz operační rány se obvykle provádí druhý nebo třetí den po operaci a Redonův drén se odstraňuje dle ztát. S rehabilitací je vhodné začít co nejdříve (SLEZÁKOVÁ, 2007).

## **1.8 Komplikace amputací**

Mezi nejčastější komplikace po amputaci dolní končetiny patří infekce, které se řeší terapií ATB, revizí operační rány se zavedením proplachové laváže nebo reamputací. Dále hematom, který vede k pahýlovým bolestem a může také vést ke vzniku infekce nebo nekrózy. Dehiscence v ráně se řeší revizí, toaletou rány a resuturou. V případě rozsáhlejší nekrózy se provádí revize, nekrektomie a resutura rány, u menších nekrotéz se rána nechá zhojit per secundam.

Mezi komplikace amputací zařazujeme také flekční kontraktury, které vznikají zkracováním svalstva, prevencí kontraktur je správné polohování pahýlu a rehabilitace.

Nesprávným bandážováním pahýlu vzniká edém a následně takzvaný „hruškovitý pahýl“, který se obtížně protězuje. Častou komplikací jsou Fantomovy bolesti (SMUTNÝ, 2009).

## 1.9 Rehabilitace

V počátcích léčby po amputaci dolní končetiny jde o zvládnutí pooperačních bolestí a otoku pahýlu. Zde je důležitá spolupráce fyzioterapeuta spolu se zdravotní sestrou.

Pahýl je polohován do zvýšené polohy a bandážován elastickým obinadlem do konického tvaru. Cílem fyzioterapie je udržení hybnosti ve všech kloubech amputované končetiny, udržení svalové síly amputačního pahýlu a nácvik posturálních funkcí.

V rámci fyzioterapie se provádí desenzibilizace a otužování pahýlu, například mechanické vjemy, měkké kartáčování, osový tlak na pahýl. Dále se používají komplexní postupy k tréninku koordinace a stability ve stoji, chůze se cvičnou protézou.

Dalším krokem fyzioterapie je nácvik chůze s protézou. Této kapitole s věnuji v kapitole protetické péče (KRISTINÍKOVÁ, 2014).

## **2 PROTETICKÁ PÉČE A MOŽNOSTI VYUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK**

### **2.1 Protézy dolní končetiny**

Protéza nahrazuje kontaktní nástupní plochu po ztrátě části končetiny. Tato kontaktní plocha kopíruje nohu. Protéza musí pacientovi umožnit stabilní stání, chůzi a také musí splňovat estetické nároky pacienta. Dříve se pro výrobu protéz používalo dřevo a umělé hmoty. Dnes se protézy vyrábí z Ortolen – PVC materiálů, používá se také epoxid a polyester. Protézy jsou zhotovovány individuálně. Protéza musí být konstrukčně jednoduchá s minimálními nároky na údržbu, musí být spolehlivá a nesmí působit rychlé opotřebení oděvu (JANÍČEK, 2012), (PULPÁN, 2011).

Protetometrie je obor, který se zabývá získáváním informací o pacientovi. Tyto informace jsou podkladem pro stavbu protéz. Mezi tyto informace patří základní údaje o pacientovi, technické vyšetření pacienta, délkové a obvodové míry pacientova pahýlu, nákresy protézy a zhotovení sádrových negativů (JANÍČEK, 2012).

Protézy pro amputace v bérce musí být přizpůsobeny tak, aby přenos zátěže na protézu nebyl bolestivý, byl rozdělen stejnoměrně a nezpůsobil kožní otlaky. Dnes se tělo protézy vyrábí z tzv. měkkostěnných umělých hmot.

Protézy pro amputace ve stehně kladou nejvyšší nároky. Základem protézy je sádrový odlitek. Kolenní kloub je zde řízen senzory, které umožňují při kroku plynulý pohyb kolene, který je velmi přirozený (JANÍČEK, 2012).

### **2.2 Rozdělení protéz podle timingu aplikace**

Včasná protéza se aplikuje v prvním týdnu od amputace dle indikace lékaře, stavu pahýlu, kondice pacienta. Poté se aplikuje protéza prvovybavení. Protézy prvovybavení se aplikují po zhojení pahýlu. Příkladují se 21. den u transtibálních amputací, 6. - 8. týden u transfemorálních amputací.

Standartní protéza se aplikuje se po nácviku chůze na prvovybavení. Tato protéza by měla odpovídat aktuálnímu stavu i aktivitě pacienta.

Existují i speciální protézy, které obsahují komponenty, které jsou určeny pro pacienty s vysokou aktivitou a mají nadstandardní prvky jako je například individuálně

zhotovený kosmetický kryt protézy. Tyto protézy mají vyšší cenu (KRAWCZYK, 2011).

### **2.3 Kosmetická úprava protéz**

Velký důraz se klade na výrobu kosmetické masky. Hotová protéza by na sobě měla mít známky dokonalého řemeslného díla. Nesmí být znečištěna lepidlem nebo sádrou. Každá protéza má své doplňky. Nejčastějšími doplňky jsou kosmetické punčochy a pahýlové návleky. Pacient by jich měl mít dostatek. U stehenních protéz může být jako doplněk bandáž. Moderní protetika se však snaží o výrobu kvalitních protéz s dokonalým kontaktem s pahýlovým lůžkem, které se obejdou bez bandáží (PULPÁN, 2011).

### **2.4 Zásady správného postupu při aplikaci protézy**

- Zajistit aktivní terapii již v prvních dnech po amputaci.
- Protézu vždy aplikovat na nebolestivý pahýl, a to i při aplikaci časného protézování.
- Pravidelně kontrolovat jizvu a pahýl končetiny.
- Přesvědčit se o správném nasazení protézy.
- Opakovaně se přesvědčit o tom, že si pacient umí protézu nasadit sám.
- Podle potřeby pacienta by se měl nácviku chůze s protézou účastnit kromě fyzioterapeuta i protetik.
- Protéza musí být vždy seřízena na daný typ obuvi a výšku podpatku

(KRAWCZYK, 2011).

### **2.5 Nácvik chůze**

Začínáme s nácvikem nasazování protézy. Fyzioterapeut trénuje s pacientem vertikalizaci a stabilitu stoje s protézou. Je vhodné provádět nácvik nejprve v bradlovém chodníku, aby měl pacient pocit jistoty.

Na začátku nácviku chůze je nácvik výchozího postavení. Na začátku vyrovnáme základní postavení a začínáme medvědí kyvem, při kterém pacient přenáší váhu z protézy na zdravou končetinu. Cvičení se provádí u bradla a pacient se přidržuje

horními končetinami. Pacient se učí plnou zátěž do protézy. Postupně se prodlužuje doba, kdy je váha přenesena na protézu.

Poté přichází na řadu chůze s oporou. Používají se bradla nebo francouzské berle a cvičí se tříbodovou (zdravá noha, protéza, obě berle ) nebo čtyřbodovou chůzí (jedna berle, zdravá noha, protéza, druhá berle). Velmi důležitá je délka kroku, zdravá noha i protéza musí urazit stejnou vzdálenost.

Samostatná chůze se nacvičuje bez berlí nebo bradel. Starší ročníky však berle většinou využívají. Používají se francouzské berle nebo vycházkové hole. Podpažní berle jsou pro chůzi naprosto nevhodné.

Pokud pacient zvládne všechna cvičení s berlemi i bez nich, přistupujeme k procvičování. Procvičování znamená plnění různých úkolů , které částečně odvedou pozornost od chůze samotné, například pohazování si s míčkem. Pacient se učí překonávat překážky, nacvičuje vystupování na schůdek, chůzi do schodů a ze schodů. V této fázi je vhodné opustit tělocvičnu a vyrazit do přírody (PULPÁN, 2011), (KRISTINÍKOVÁ, 2014).

## **3 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

### **3.1 Péče o pahýl**

Snažíme se o hojení pahýlu per primam. Používáme sterilní krytí, suchý, čistý a pružný obvaz. Respektujeme zásady asepse. Sledujeme, zda je okolí pahýlu vždy teplé a prokrvené.

Pahýl bandážujeme elastickým obinadlem nebo silikonovým návlekiem do konického tvaru. Bandáž pahýlu musí mít dostatečnou kompresi, abychom dosáhli správného tvaru pahýlu pro protézování. Bandáž se přikládá i při mírném nezáánětlivém otoku pahýlu. Velmi důležitá je správná technika, čisté a dostatečně dlouhé elastické obinadlo a správná šíře obinadla.

Pahýl polohujeme do antiedematózní polohy. Musíme akceptovat riziko vzniku kontraktury svalstva. U transfemorální amputace pahýl polohujeme proti flekční a abdukční kontraktuře v kyčelním kloubu. U transtibiální amputace polohujeme proti flekční kontraktuře v kolenním kloubu. Vleže na zádech se doporučuje zatěžovat pahýl se sáčkem 1-2 kg. Vleže na břiše se pak přikládá tento sáček na hýždi.

Pahýl je třeba otužovat a masírovat. Používáme například střídání koupelí ve studené a teplé vodě (KRISTINÍKOVÁ, 2014), (SLEZÁKOVÁ, 2007), (HADRABA, 2006).

#### **Otužování pahýlu**

Otužování pahýlu se provádí sprchováním nebo ponořením pahýlu do vody. Voda je nejprve vlažná, potom studená. Vyšší teplota vody způsobuje vazodilataci cév, studená voda navozuje vazokonstrikci cév. Otužování pahýlu se opakuje asi 20 minut a musí být ukončeno studenou vodou.

#### **Kartáčování pahýlu**

Kartáčování pahýlu je možné provádět během koupele nebo na suché kůži. Kartáč nesmí mít příliš tvrdá vlákna aby nedocházelo k poškození kožní integrity. Tato technika plní požadavek periferní senzomotorické stimulace. Zlepšuje citlivost pahýlu, která je velmi důležitá pro vnímání protézy.



## **Masáž pahýlu**

Masáže pahýlu jsou důležité pro zajištění správného napětí měkkých podkožních tkání. Masáže zlepšují prokrvení pahýlu a odstraňují pooperační edém pahýlu. Provádí se poklepem, hnětením, vlnivými pohyby kůže pahýlu (SESTRA, 2011).

### **3.2 Fantomová bolest**

Fantomová bolest je bolest odstraněné části lidského těla traumatem nebo chirurgickým výkonem.

Fantomová bolest je stále vnímání neexistující končetiny, s různou mírou a druhem bolesti. Fantomová bolest může být tak silná a intenzivní, že může nemocného dovést až k sebevraždě (TICHÝ, 2006).

Fantomové bolesti většinou začínají ihned po operaci. Bývají popisovány jako vystřelující, píchavé, pálivé, pulzující, tlakové, řezavé. Bolesti se většinou vyskytují přerušovaně, několikrát denně, v krátkých epizodách trvajících několik minut. U části pacientů se tyto bolesti postupem času snižují (MAGGIE, 2008).

Syndrom fantomové končetiny je přirozený důsledek každé amputace a zahrnuje i jiné senzorycké vjemy než bolest. Z klinického hlediska rozlišujeme fantomové pocity, fantomovou bolest a pahýlovou bolest.

Fantomův pocit je nebolestivé vnímání již neexistující končetiny, například pocit dotyku, tepla, chladu, pohybu, délky končetiny. Fantomová bolest znamená bolestivé vnímání již neexistující končetiny a pahýlová bolest je bolest v místě amputačního pahýlu

Léčba fantomových bolestí není přesně určena, protože dosud není známá přesná patofyziologie jejich vzniku. Léčba těchto bolestí tedy není snadná a často je i neúspěšná. Důležitou roli zde hraje prevence bolestí. Tato prevence zahrnuje kvalitní provedení chirurgického amputačního výkonu, správné ošetřování amputačního pahýlu, kvalitní rehabilitace a podpůrná psychoterapie. Dnes se k léčbě fantomových bolestí využívá i akupunktura především v oblasti ušních lalůček (VRBA, 2003).

### 3.3 Péče o psychiku

Amputace dolní končetiny představuje pro pacienta velký zásah do jeho života. Příčinou špatného psychického stavu je nedostatek informací o amputaci dolní končetiny a možnostech protetického řešení, nedostatečné pochopení léčebného postupu, změna vnímání končetiny a především změna pacientova vzhledu. Pacient má pocit nepotřebnosti ve společnosti, pocit nedostatečné funkčnosti, prožívá pocit ztráty kontroly a závislosti na druhých lidech.

Pacient reaguje na ztrátu končetiny šokem, kdy je ze ztráty končetiny hluboce otřesen a snaží se tuto změnu popřít nebo ignorovat. Následuje zklamání, pocity úzkosti, pacient je agresivní, pociťuje vinu a selhání. Poté přichází fáze adaptace. Pacient reálně zhodnotí situaci a získává informace. Začíná jednat, vyhledávat pomoc. Poté pacient začíná fungovat v upraveném režimu a vrací se do života.

Ne každý pacient je schopen tuto změnu přijmout a proto je nutná kvalitní rehabilitace a spolupráce s psychologem. Velmi důležitá je komunikace s pacientem, která zmírňuje stres, pocity úzkosti a pomáhá pacientovi přijmout svůj stav. Psychologická léčba by se měla týkat pacienta i jeho rodiny. Pacient má být povzbuzován k návratu do společnosti. Je důležité s ním otevřeně mluvit o jeho tělesné změně a možných negativních reakcích okolí. Psychologická léčba má směřovat k tomu, aby se pacient vrátil do své původní role v životě i ve své profesi a pokud to není možné, je důležité pro pacienta najít nové role a profesi, aby se cítil stále užitečný a prospěšný společnosti (SMUTNÝ, 2009).

## **4 OŠETŘOVATELSKÝ PROCES U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

### **Ošetřovatelský proces**

Ošetřovatelský proces je systematická a racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče. Cílem ošetřovatelského procesu je zhodnotit zdravotní stav pacienta, reálné a potencionální problémy péče o zdraví, a také stanovit plány pro splnění stanovených cílů. Dále poskytnout specifické ošetřovatelské intervence a zhodnotit jejich účinnost.

Ošetřovatelský proces je cyklický. Jeho složky následují za sebou v logickém pořadí, avšak v tom stejném čase může být v činnosti více složek. Ošetřovatelský proces má 5 kroků. Tyto kroky nejsou samostatné jednotky, ale překrývají se. Každý krok je nutné neustále přizpůsobovat, protože zdraví člověka není statické a neustále se mění. Všechny kroky ošetřovatelského procesu se navzájem ovlivňují a úzce spolu souvisí. Ošetřovatelský proces individualizuje přístup ke každému pacientovi a zabezpečuje individuální ošetřovatelský plán řešení problému pacienta, individuální realizaci a hodnocení. Je zaměřen na sběr údajů, na analýzu získaných údajů, stanovení ošetřovatelské diagnózy, plánování, realizaci, hodnocení dosažení stanovených cílů.

#### **1. Posuzování**

Posuzování je záměrný a systematický proces získávání logicky uspořádaného souboru údajů o pacientovi, a to nejen při vstupním vyšetření, ale i během celé doby kontaktu sestry s pacientem. Posuzování zahrnuje informace získané sestrou, důležité pro aktivní a individuální ošetřovatelskou péči. Dále zahrnuje všechny priority označené samotným pacientem, očekávání pacienta vzhledem na jeho potřeby, problémy, léčebné výkony a jeho vnímání onemocnění. Všechny tyto informace sestra získává od pacienta, doprovázející osoby, vlastním pozorováním a fyzikálním vyšetřením, ze zdravotní dokumentace, od příbuzných pacienta nebo ostatních zdravotnických pracovníků. Rozlišujeme dva typy získaných údajů. Prvním typem jsou údaje subjektivní, což jsou popisy vnímání zdravotního stavu samotným pacientem tak, jak to pociťuje on sám. Druhým typem jsou údaje objektivní, což jsou vnější projevy pacienta, které zjišťuje druhá osoba. Jsou to projevy, které je možno vidět, poslouchat, hmatat nebo cítit.

U pacienta po amputaci dolní končetiny sledujeme bolest, přítomnost Fantomových bolestí, stav operační rány, stupeň soběstačnosti, psychický stav pacienta. Po operačním výkonu sledujeme vitální funkce, operační ránu, drény, otoky.

## **2. Diagnostika**

Druhým krokem ošetrovatelského procesu je diagnostika. V tomto kroku je nutné vycházet ze subjektivních a objektivních příznaků pacienta. Je to analyticko-syntetický proces. V tomto kroku ošetrovatelského procesu je cílem sestry zhodnotit pacientovy aktuální a potenciaální potřeby a problémy. Poté ze získaných informací určit aktuální a potenciaální ošetrovatelské diagnózy.

Nejčastějšími ošetrovatelskými diagnózami, které se vyskytují u pacienta po amputaci dolní končetiny jsou: akutní bolest, deficit sebeděče v oblasti hygieny, oblékání, vyprazdňování, riziko pádu, riziko vzniku infekce, riziko poškození kožní integrity, strach z budoucnosti.

## **3. Plánování**

Plánování je proces stanovení ošetrovatelských strategií, intervencí s cílem prevence, redukce nebo eliminace pacientových bio-psycho-sociálně-spirituálních problémů. Je to systematický proces, ve kterém se rozhoduje o řešení pacientových problémů. Je nevyhnutné pro dosažení kvalitní ošetrovatelské péče. Podstatou plánování je formulace cílů, stanovení výsledných kritérií a sepsání ošetrovatelských intervencí, pomocí kterých ošetrovatelský personál dosáhne stanovených cílů.

## **4. Realizace**

Realizace je uplatnění ošetrovatelských intervencí zaznamenaných v plánu ošetrovatelské péče v praxi. Realizace je zaměřená na dosažení ošetrovatelských cílů. Sestra musí vždy provést záznam o tom, kdy jakou intervencí splnila a jaký byl výsledek.

## **5. Hodnocení**

Pátý krok se zabývá určením, v jakém rozsahu byly splněny stanovené cíle. Hodnocení znamená posouzení změn ve zdravotním stavu pacienta, změn v chování pacienta a jeho reakcích na působení sestry. Cíle je možné hodnotit: cíl byl splněn (dosažen), cíl byl splněn částečně, cíl nebyl splněn (SYSEL, 2011), (TÓTHOVÁ, 2014).

## IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Tabulka 1 – Identifikační údaje

<b>Jméno a příjmení:</b> M.B.	<b>Pohlaví:</b> Muž
<b>Datum narození:</b> 00.00.0000	<b>Věk:</b> 50
<b>Adresa bydliště a telefon:</b> Havířov,000000000	
<b>Adresa příbuzných:</b> 0	
<b>RČ:</b> 000000/0000	<b>Číslo pojišťovny:</b> 111
<b>Vzdělání:</b> vyučený kuchař	<b>Zaměstnání:</b> Invalidní důchod
<b>Stav:</b> Rozvedený	<b>Státní příslušnost:</b> Česká
<b>Datum přijetí:</b> 5.10.2014	<b>Typ přijetí:</b> Akutní
<b>Oddělení:</b> Chirurgie 1	<b>Ošetřující lékař:</b> MuDr.D.Z.

### Důvod přijetí udávaný pacientem:

Asi před třemi dny jsem slyšel v televizi, že nedoporučují užívat Warfarin dlouhodobě. Já ho užívám 5 let, tak jsem ho vysadil. Dnes mě začala prudce bolet levá dolní končetina. Byla bledá a studená. Přítelkyně se vylekala a zavolala mi pomoc.

### Medicínská diagnóza hlavní:

I702 Ateroskleróza končetinových tepen, bez gangrény

### Medicínské diagnózy vedlejší:

I702 Ischemická choroba dolních končetin

E119 Diabetes mellitus II. typu na dietě

I259 Chronická ICHS

J449 Chronická obstrukční plicní nemoc – prašná anamnéza

E039 Hypotyreóza na substituční terapii

N281 Nefrolithiaza

## VITÁLNÍ FUNKCE PŘI PŘIJETÍ

Tabulka 2 – Vitální funkce při přijetí

<b>TK:</b> 130/80 mmHg	<b>Výška:</b> 157 cm
<b>P:</b> 78'	<b>Váha:</b> 54 kg
<b>D:</b> 13	<b>BMI:</b> 21,91
<b>TT:</b> 36,8 °C	<b>Pohyblivost:</b> minimální
<b>Stav vědomí:</b> při vědomí, orientovaný	<b>Krevní skupina:</b> 0 pozitivní

**Nynější onemocnění:** Pacient byl přivezen RZS na chirurgickou ambulanci nemocnice Havířov pro prudké bolesti LDK trvající 3 hodiny. Bylo provedeno Doppler vyšetření cév dolních končetin a diagnostikován akutní tepenný uzávěr na LDK. U pacienta bylo zjištěno svévolné vysazení Warfarinu. Pacient byl přijat na Chirurgické oddělení 1 k chirurgické léčbě.

**Informační zdroje:** dokumentace, pacient, lékař, ošetřující personál

### ANAMNÉZA:

#### Rodinná anamnéza:

*Matka:* matka zemřela v 62 letech pro CA prsu

*Otec:* otec zemřel v 65 letech pro CMP, léčil se pro Diabetes mellitus závislý na inzulinu

*Sourozenci:* sestra zemřela ve 35 letech při autonehodě, jinak zdráva

*Děti:* nemá

#### Osobní anamnéza:

*Překonané a chronické onemocnění:* Chronicky se léčí pro DM II. typu, chronickou ischemickou chorobu srdeční, chronickou obstrukční plicní nemoc, hypotyreózu a ischemickou chorobu dolních končetin.

*Hospitalizace a operace:* pacient byl hospitalizován několikrát. V roce 2011 pro akutní infarkt myokardu. V roce 2011 prodělal femoropopliteální bypass levé dolní končetiny. V roce 2012 prodělal trombózu levé dolní končetiny.

*Úrazy:* 0

*Transfuze:* 4krát

*Očkování:* běžná očkování dle očkovacího kalendáře

## Léková anamnéza

Tabulka 3 – Léková anamnéza

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Warfarin	Tableta	5mg	½-0-0	Antikoagulancia
Euthyrox	Tableta	125ug	1-0-0	Hormony ŠŽ
Sortis	Tableta	20mg	0-0-1	Hypolipidemika
Onbrez	Inhalátor		1-0-0	Bronchodilatancia, antiastmatika
Nolpaza	Tableta	40mg	1-0-0	Antacida, inhibitory protonové pumpy

### **Alergologická anamnéza:**

*Léky:* neguje

*Potraviny:* neguje

*Chemické látky:* neguje

*Jiné:* prach, pyly

### **ABÚZY:**

*Alkohol:* příležitostně, večer si dá víno s přítelkyní

*Kouření:* kouří asi 20 cigaret denně, od 21 let

*Káva:* pije černou kávu, denně, ráno a po obědě

*Léky:* neguje

*Jiné drogy:* neguje

## **Urologická anamnéza**

Tabulka 4 – urologická anamnéza

<i>Překonané urologické onemocnění:</i> Nefrolithiáza
<i>Poslední návštěva urologa:</i> urologa nevyhledává, k pravidelným kontrolám nechodí
<i>Samovyšetřování semeniků:</i> Neprovádí

### **Sociální anamnéza**

*Stav:* rozvedený

*Bytové podmínky:* bydlí v panelovém domě, v bytě 2+1, ve 2.patře bez výtahu

*Vztahy, role a interakce v rodině:* Žije s přítelkyní, která se o něj doma stará. Děti nemá. Rodiče i sestra zemřeli.

*Mimo rodiny:* neúčastní se žádných aktivit

*Volnočasové aktivity:* Rád ve volném čase poslouchá rádio, sleduje televizi, čte knihy a luští osmisměrky. Ven příliš nevyhází.

### **Pracovní anamnéza:**

*Vzdělání:* vyučený kuchař

*Pracovní zařazení:* 20 let pracoval jako horník, 7 let jako řidič kamionu, nyní 3 roky v invalidním důchodu

*Vztahy na pracovišti:* S kolegy měl vždy dobré vztahy, nyní se s nimi neschází

*Ekonomické podmínky:* Z důchodu pacient zaplatí bydlení, na jídlo mu zbývá tak akorát

### **Spirituální anamnéza:**

*Religiózní praktiky:* pacient není věřící



## POSOUZENÍ SOUČASNÉHO STAVU ZE DNE 5.10.2014

Tabulka 5 – Popis fyzického stavu

Popis fyzického stavu – Fyzikální assesment		
SYSTÉM	SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Hlava a krk</b>	„Hlava mě nebolí. Nachlazený se necítím.,,	Hlava mezocefalická, pokleповě nebolestivá. Tvář: oči – bez zánětu, fotoreakce přiměřené, zorničky izokorické, používá dioptrické brýle. Nos a uši bez známek výtoku. Rty mírně cyanotické, bez ragád, souměrné. Chrup má vlastní, kariézní. Jazyk plazí středem, bez povlaku. Kůže je bledá, lehce cyanotická.  Krk souměrný, štítná žláza nezvětšená, náplň jugulárních žil nezvětšena, šíje neoponuje.
<b>Hrudník a dýchací systém</b>	„Nyní se mi dýchá těžce důvodu mé nemoci plic. Lépe se mi dýchá ve zvýšené poloze.“	Hrudník soudkovitě klenutý. Přítomnost dechových fenoménů a chronického kašle se sekrecí hlenového sputa. Počet dechů je 13 za minutu.
<b>Srdcově – cévní systém</b>	„Před třemi lety jsem prodělal infarkt, ale teď žádné potíže ani bolesti na hrudi nepociťuji. Ta hadička v ruce mi nevadí. Už jsem ji	Srdeční akce je pravidelná, frekvence je 78'/min. TK 130/80 torrů. Pulsace v levém třísle je špatně hmatatelná. Intravenózní

	několikrát měl. Okolí mě nebolí. Vím že mi tam sestřičky dávají tekutiny a léky od bolesti.“	kanyla zavedena dne 6.10. na periferii pravé horní končetiny, bez známek infekce.
<b>Břicho a GIT</b>	„ Břicho mě nebolí. Se zažívacím traktem potíže nemám, jím vše, na co mám chuť. Vím, že bych se měl hlídat z důvodu cukrovky, ale nehlídám. Občas mě trápí zácpa. Vím, že během dne vypiji málo tekuti .“	Břicho je měkké, prohmatné, palpačně nebolestivé. Bez rezistence, peristaltika přítomná. Odchod plynů normální. Nyní bez přítomnosti obstipace. Játra, slezina a pankreas nezvětšené. Dolní polovina směrem k tříslům chladnější s mramorováním.
<b>Močově - pohlavní systém</b>	„ Ten katetr mi vyhovuje, protože si nemůžu zajít na záchod. Do bažanta močit nechci, protože mám strach, že pomochím i lůžko. Nepocituji pálení ani řezání v okolí katetru. Doma jsem potíže s močením míval kvůli kamenům, které mám v ledvinách.“	Před operačním výkonem zaveden permanentní močový katetr. Okolí katetru nejeví žádné známky infekce, katetr je funkční, neobtéká. Moč má fyziologickou barvu, bez patologických příměsí, bilance tekutin je vyrovnaná.
<b>Kostrově – svalový systém</b>	„ Ta operovaná noha mě bolí, hlavně při rehabilitaci. Nezvládnu se sám ani posadit. Dříve jsem se zvládl sám přesunout na invalidní vozíček. Bez druhé nohy už ani to nezvládnu. Bojím se, že zůstanu ležet na lůžku.“	Poloha pasivní. Pohyblivost omezená. Nutná dopomoc při sebeobsluze. Pulsace v pravém tříse hmatná, v levém tříse špatně hmatatelná. Levá dolní končetina po vysoké amputaci. Rehabilitace na

		lůžku pod vedením fyzioterapeuta, který denně dochází na oddělení.
<b>Nervově – smyslový systém</b>	„ Používám dioptrické brýle. Jiné potíže nemám.“	Při vědomí, orientován časem, místem i osobou. Je krátkozraký, používá dioptrické brýle. Hmat, sluch, čich, chuť jsou bez patologie. Bez přítomnosti parestezií. Na diabetologickou ambulanci pravidelně nedochází.
<b>Endokrinní systém</b>	„Mám cukrovku, ale neberu na ni žádný ohled.“	Diabetes mellitus II. typu na dietě. Pacient diabetickou dietu nedodrжуje, nechodí na pravidelné kontroly do diabetologické ambulance. Během hospitalizace bez známek dekompenzace diabetu. Dne 5.10 .v 6:00 hodin naměřena glykémie 5,5 mmol glukometrem. Štítná žláza nezvětšená, nehmatná, nebolestivá.
<b>Imunologický systém</b>	„ V jarních a letních měsících mám rýmu, svědí mě nos a oči. Žádné léky na to neužívám.“	Lymfatické uzliny nezvětšené. Alergie na prach a pyly. Na pravidelné kontroly do alergologické ambulance nechodí.
<b>Kůže a její adnexa</b>	„ Kůži mám suchou. Vím, že to je tím, že piju málo tekutin. Doma se občas	Kůže je bledá cyanotická. V okolí třísel a dolní části břicha je viditelné jemné

	namažu krémem. Tu jizvu po prvné amputaci mám zahojenu.“	mramorování. Turgor kúže snížený. Operační rána na amputované končetině je klidná, bez známek infekce. Kúže je bez defektů. Pravidelně promazávány predilekční místa jako prevence vzniku dekubitu.
--	--	---

## AKTIVITY DENNÍHO ŽIVOTA

Tabulka 6 – Aktivity denního života

Aktivity denního života			
		Subjektivní údaje	Objektivní údaje
<b>Stravování</b>	<b>Doma</b>	„Diabetickou dietu nedodržuji, jím na co mám chuť. Během dne vypiju asi 900 ml vody. Vím, že je to málo.“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„Nemocniční jídlo mi chutná, ale chybí mi sladké jídlo. Pan doktor mě znovu poučoval o tom, že musím dietu dodržovat, jinak se mi bude rána špatně hojit a budu se déle uzdravovat.“	Pacient měří 157 cm, váží 54kg. Jeho BMI je 21 – norma. Pacient má naordinovanou dietu č. 9 – diabetická. Pacient se s diabetem léčí delší dobu, o diabetické dietě je již několik let edukován, ale nedodrhuje. Během hospitalizace je mu podávána dieta č.9 – diabetická, kterou toleruje. Objektivně projevuje snahu o změnu stravování. Perorální příjem stravy je během hospitalizace dostatečný.

<b>Příjem tekutin</b>	<b>Doma</b>	„Doma piju hlavně vodu, čaj a kávu. Denně vypiju asi 900 ml vody a k tomu 2 černé kávy, ráno a v poledne.“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„Sestřičky mi stále nabízejí tekutiny, abych nebyl vysušený. Sám si na pití moc nevzpomenu.“	Perorální příjem tekutin během hospitalizace je nedostatečný. Nutné parenterální doplnění tekutin. Pacientovi je nutné tekutiny stále nabízet. Turgor kůže je snížený.
<b>Vylučování moče</b>	<b>Doma</b>	„Doma jezdím na WC na vozíčku. Problémy s močením jsem měl pouze jednou, kvůli těm kamenům v ledvinách. Do hospitalizace jsem problémy s močením neměl. Sice chodím častěji, ale to už je i tím věkem.“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„Ta hadička mi vyhovuje. Zvláště teď, když nejsem schopen si ani přisednout na	Na operačním sále je pacientovi zaveden PMK z důvodu dřívější imobility a nefrolitiázy. PMK je

		voziček. Do bažanta močit nechci. Mám strach, že pomochím lůžko a sestřičky se mnou budou mít další práci.“	funkční, bez známek infekce. Moč je čirá, bez patologických příměsí.
<b>Vylučování stolice</b>	<b>Doma</b>	„Doma trpím zácpami. Víím, že je to tím, že málo piju a nedodržuju dietu. Zácpou trpím, i když sním hodně sladkého. Někdy to řeším projímadly. Chodím asi jednou za 3 dny“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„Tady je to lepší. Sestřičky mi nabízejí tekutiny, dávají mi infuze a jde to skoro samo. Sice musím na podložní mísu, což je mi nepříjemné, ale hlavně že to jde a nebolí mě břicho.“	Pravidelně zaznamenávána stolice. Stolice je již pravidelná, denně. Stolice je formovaná, bez patologických příměsí.
<b>Spánek a bdění</b>	<b>Doma</b>	„Doma jsem spal dobře. Žádné tabletky na spaní jsem neužíval.“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„Tady spát nemohu. Trápí mě bolesti té amputované nohy. Bolí mě, i když ji už	Spánek je narušen Fantomovou bolestí. Po aplikaci analgetik pacient usne, ale za

		<p>nemám. Když mi sestřička píchne injekci od bolesti tak na chvíli usnu, ale potom mě opět vzbudí bolest. Taky mě budí sestřičky, když mě musí otočit. Ráno jsem nevyspaný a unavený.“</p>	<p>pár hodin se opět probouzí. Spánek je nekvalitní, přerušovaný. Pacient není odpočatý.</p>
<b>Aktivita a odpočinek</b>	<b>Doma</b>	<p>„Ve svém volném čase rád poslouchám rádio, sleduji televizi a luštím osmisměrky. Někdy si přečtu i knihu. Ven příliš nevyházím. Mám pocit, že na mě všichni zírají, protože jsem na vozíčku a nemám nohu.“</p>	<p>Nelze posoudit</p>
	<b>V nemocnici</b>	<p>„ Tady skoro celý den spím. Jsem unavený z té bolesti. Cvičit se mi moc nechce, protože mě to bolí. Během dne mi sestřičky třeba nabídnou nějakou knížku k přečtení.“</p>	<p>Během hospitalizace pacient většinu dne prospí. K rehabilitačnímu cvičení nepřistupuje příliš pozitivně z důvodu bolesti. Někdy si přečte knihu, která je k dispozici na</p>



			oddělení.
<b>Hygiena</b>	<b>Doma</b>	„ Doma mi pomáhala s hygienou přítelkyně. Já jsem přijel na vozičku do koupelny a přítelkyně mi pomohla přesunout se do vany. Koupal jsem se většinou večer.“	Nelze posoudit.
	<b>V nemocnici</b>	„ Teď po operaci je to s tím pohybem špatné. Na lůžku si umyju jen obličej a horní část těla, se zbytkem mi musí pomoci sestřičky a ošetřovatelky. Většinou se myju na lůžku, ale párkrát jsem byl i ve sprše na té koupací posteli.“	Nutná dopomoc při hygienické péči. Pacient si na lůžku zvládne umýt obličej a horní část těla sám, se zbytkem mu dopomáháme. Celková koupel ve sprše prováděná alespoň třikrát do týdne.
<b>Samostatnost</b>	<b>Doma</b>	„Doma mi se vším pomáhala přítelkyně. Pere mi, vaří, uklízí a nakupuje. Samozřejmě že já se také snažím sem tam něco uklidit nebo vyprat, ale pouze na místech, kam se	Nelze posoudit.

		<p>dostanu na vozičku.  Nakupovat moc  nechodím, protože je  pro mě velice těžké  dostat se z 2. patra  bez výtahu ven.  Snažil jsem se být  samostatný, jak to  jen šlo“</p>	
	<b>V nemocnici</b>	<p>„ Tady se snažím  také o samostatnost,  jen je to teď po té  operaci mnohem  těžší. K jídlu mě  vždy posadí  v posteli. Přisunou  mi stoleček s jídlom  a já se najím sám.  Sám se i napiju, ale  někdy zapomínám.“</p>	<p>Pacient je v oblasti  samostatnosti  snaživý. Dopomoc je  nutná při hygienické  péči, vyprazdňování,  oblékání. Dohlížíme  na dodržování  diabetické diety a  rehabilitaci.</p>

## POSOUZENÍ PSYCHICKÉHO STAVU

Tabulka 7 – Posouzení psychického stavu

<b>Posouzení psychického stavu</b>		<b>SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>	<b>OBJEKTIVNÍ ÚDAJE</b>
<b>Vědomí</b>		„ Jsem v pořádku.“	Pacient je při plném vědomí.
<b>Orientace</b>		„ Vím kdo jsem, kde jsem, jaké je datum a den. Myslím, že s orientací nemám problém.“	Pacient je orientován místem, časem i osobou.
<b>Nálada</b>		„ Jsem smutný z toho, že jsem kvůli své hlouposti přišel i o druhou nohu. Mám z toho velké výčitky a nikdy si to neodpustím.“	Pacient má většinu dne smutnou a depresivní náladu. Stále si vyčítá vysazení Warfarinu. Nebaví se se spolupacienty, občas ani se zdravotnickým personálem.
<b>Paměť</b>	<b>Staropaměť</b>	„ Vše z minulosti si dobře pamatuji.“	Pacient si téměř vše pamatuje.
	<b>Novopaměť</b>	„ Nové informace si dobře zapamatuji a nemám problém si je vybavit.“	Pacient si pamatuje nové informace dobře.
<b>Myšlení</b>		„ Myslím si, že moje myšlení je v pořádku.“	Pacient chápe kladené otázky, adekvátně na ně

		odpovídá. Slovní vyjadřování je plynulé, bez problémů. Jeho myšlení je logické.
<b>Temperament</b>	„ Jsem velice klidný člověk. Řekl bych, že jsem flegmatik. Jen jsem celý život spíše pesimista než optimista.“	Pacient je během hospitalizace klidný a příjemný. Projevuje se u něj však negativní přístup k jeho budoucnosti a sobě samému.
<b>Sebehodnocení</b>	„ Nevím, jak se mám hodnotit sestřičko.“	Pacient se nezvládá ohodnotit.
<b>Vnímání zdraví</b>	„ Zdraví jsem ztratil už dávno. Prodělal jsem mnoho operačních zákroků. Ale bez druhé nohy je mé zdraví horší než kdy předtím. Nevěřím, že se to ještě někdy zlepší.“	Pacient vnímá své zdraví jako zhoršené. Projevuje obavy z budoucnosti. O své budoucnosti má negativní myšlení.
<b>Vnímání zdravotního stavu</b>	„ Můj zdravotní stav je nyní horší než kdy předtím. Bez obou dolních končetin nezvládnou nic. Pan doktor říkal, že bych v budoucnu mohl jít na rehabilitaci, kde by se to zlepšilo, ale	Pacient odmítá rehabilitaci. Bojí se, že rehabilitaci nezvládne.

	já nechci. Víím, že to tam nezvládnú.“	
<b>Reakce na onemocnění a prožívání onemocnění</b>	„ Nejhorší je na tom bolest nohy, kterou už nemám. Bez obou končetin se cítím nepotřebný. Kdybych raději zemřel, než abych přišel i o druhou nohu.“	Pacient své onemocnění zvládá velmi těžce. Má Fantómovy bolesti a myšlenky na smrt.
<b>Reakce na hospitalizaci</b>	„ Sestřičky i lékaři jsou tady moc hodní a ochotní. Se vším mi pomohou a vyslechnou mě. To se mi líbí. Ale já jsem jim jen na obtíž.“	Pacient je s personálem spokojen, ale cítí se pro něj jako břemeno. Hospitalizaci nesnáší velmi dobře.
<b>Adaptace na onemocnění</b>	„ Nikdy si na svůj aktuální stav nezvyknu a chtěl bych raději zemřít. Nechci být někomu na obtíž. “	Pacient se se svým stavem nesmířil a prožívá ho špatně.
<b>Projevy jistoty a nejistoty (úzkost, strach, obavy, stres)</b>	„ Bojím se toho, co se mnou bude dál. Doma to nezvládnú a přítelkyni nechci zatěžovat.	Pacient projevuje obavy z budoucnosti. Bojí se jít domů. Zajištěn pohovor se sociální sestrou, která pacientovi vysvětlí možnosti následné péče.

<p><b>Zkušenosti z předchozích hospitalizací (iatropatogenie, sorrorigenie)</b></p>	<p>„ V nemocnici jsem byl hospitalizován už mnohokrát. Na některých odděleních byly sestřičky protivné a neochotné. Někdy jsem byl ve stavu, kdy jsem potřeboval pomoc a neochota sester mě překvapovala. Lékaři mi často nebyli ochotni vysvětlit, co se mnou bylo a jak mě léčili. Několikrát mi nebyli ochotni zodpovědět mé otázky. Tady jsou všechny sestřičky ochotné.“</p>	<p>Pacient má z předešlých hospitalizací špatné zkušenosti a to nevhodné chování sester a lékařů. Během této hospitalizace je pacient spokojen.</p>
---	---	---

## POSOUZENÍ SOCIÁLNÍHO STAVU

Tabulka 8 – Posouzení sociálního stavu

Posouzení sociálního stavu			
		SUBJEKTIVNÍ ÚDAJE	OBJEKTIVNÍ ÚDAJE
<b>Komunikace</b>	<b>Verbální</b>	„Povídám si rád, ale ne s každým. Jsem spíše uzavřený člověk.“	Pacient komunikuje bez potíží, řeč je plynulá.
	<b>Neverbální</b>	„Snad se tvářím a pohybuju normálně.“	Pacient je během rozhovoru soustředěný. Slova doplňuje vhodnou mimikou.
<b>Informovanost</b>	<b>O onemocnění</b>	„ Vím proč jsem přišel o nohu. Když jsem vysadil Warfarin, tak se mi vytvořila krevní sraženina a ucpala mi tepnu. Moje noha nebyla dostatečně prokrvená, tak mi ji museli amputovat. Kdyby mi ji neamputovali, tak bych dostal infekci do celého těla a zemřel bych. Pan doktor mi to u vizity vysvětlil. A také vím,	Pacient je o svém onemocnění dostatečně informován. Zná důvod amputace dolní končetiny. O užívání Warfarinu je pacient dostatečně informován. Zná pojem Fantómová bolest a důvod bolesti amputované končetiny.

		že Warfarin už nesmím sám od sebe vysadit. Sestřička a pan doktor mi vysvětlili proč mě bolí noha, kterou už nemám. Víím, že se to jmenuje Fantómová bolest.“	
	<b>O diagnost. metodách</b>	„Vždy když mě čeká nějaké vyšetření, tak mi to sestřičky vysvětlí a uklidňují mě, abych neměl strach.“	Pacient je vždy dostatečně informován o diagnostickým metodách, kterým se podrobí.
	<b>O léčbě a dietě</b>	„Myslím si, že mám dostatek informací. Víím, že musím cvičit i nohu, kterou už nemám. Taky víím, že musím užívat léky, tak jak mám a co mám jíst. O diabetické a warfarinové dietě jsem dostatečně poučen, doma to ale nedodržuji. Pokud něco potřebuji nebo mě něco bolelo, mám zvonit na sestřičky.“	Pacient je o léčbě a o diabetické dietě dostatečně informován. Je informován o nevhodných potravinách při užívání Warfarinu. Také je dostatečně informován o důležitosti rehabilitace a užívání léků.
	<b>O délce</b>	„Pan doktor říkal, že	Pacient je o délce



	<b>hospitalizace</b>	bych měl využít po propuštění nějakou následnou péči jako je léčebna dlouhodobě nemocných. Byla za mnou i paní sociální sestra, která mi vše vysvětlila. Budu se tam zotavovat a hodně cvičit, abych byl potom schopný jít domů.“	hospitalizace informován. Na chirurgickém oddělení zůstane přibližně ještě 14 dní.
<b>Sociální role a jejich ovlivnění nemocí, hospitalizací a změnou životního stylu v průběhu nemoci a hospitalizace</b>	<b>Primární (role související s věkem a pohlavím)</b>	„Jsem invalidní důchodce. “	Pacient je invalidní důchodce.
	<b>Sekundární (související s rodinou a společenskými funkcemi)</b>	„Nemám žádnou rodinu. Nemám žádné děti ani manželku. Mám pouze přítelkyni.“	Pacient nemá žádné rodinné příslušníky. Má pouze přítelkyni, se kterou žije.
	<b>Terciární (související s volným časem a zálibami)</b>	„ Můj zdravotní stav mi nikdy moc nedovolil se něčemu věnovat. Doma jsem se často díval na televizi. V nemocnici luštím osmisměrky.“	Pacient nemá žádné záliby. Volný čas tráví sledováním televize. V nemocnici luští osmisměrky.

## **MEDICÍNSKÝ MANAGMENT**

**Ordinovaná vyšetření:** Doppler vyšetření cév dolních končetin, odběry krve (biochemické vyšetření, hematologické vyšetření- krevní obraz, hemokoagulační screening, krevní skupina), RTG plic, EKG

### **Výsledky:**

Biochemické vyšetření, krevní obraz, hemokoagulační screening - výsledky byly v rozmezích normy.

Doppler cév dolních končetin - popisována ateroskleróza cév.

### **Konzervativní léčba:**

*Dieta:* 9 - diabetická

*Výživa:* per os

*Pohybový režim:* nesoběstačný při hygieně, oblékání, vyprazdňování, nutná pomoc při sebeděči

*RHB:* rehabilitace na lůžku, nácvik sebeobsluhy

### **Medikamentózní léčba:**

Warfarin 5 mg tbl ½-0-0

Euthyrox 125ug 1-0-0

Sortis 20 mg tbl. 0-0-1

Onbrez inhalátor 1vdech ráno

Nolpaza 40 mg tbl. 1-0-0

**Intra – venózní:** Isolyte 1000 ml na 8 hodin, G10% 500 ml dle per os příjmu, 100ml RF1/1 + 5ml Novalgin při VAS  $\geq$  4, max co 6 hodin

**Per rektum:** 0

**Intra muskulární:** 0

**Subkuttanní:** Fraxiparine 1 ml s.c. 8-20 hodin

**Jiná:** 0

**Chirurgická léčba:** Pacient je 6. den po vysoké amputaci levé dolní končetiny ve stehně. Operační rána je klidná, hojí se per primam, jsou ponechány svorkové stehy.

## SITUAČNÍ ANALÝZA

Pacient po vysoké amputaci pravé dolní končetiny ve stehně. Dnes je pacient 6. den po vysoké amputaci levé dolní končetiny. Objektivně je pacient při vědomí, orientován časem, místem, osobou, spolupracuje. Kůže je bledá, lehce cyanotická. Dolní polovina břicha, směrem k tříslům je chladnější s mramorováním. Pulsace v levém tříse špatně hmatatelná. Pacient trpí chronickým kašlem se sekrecí hlenového sputa. Pacient udává bolest levé dolní končetiny. Na stupnici VAS 0-10 označuje bolest číslem 4. Pacientova bolest je tlumena analgetiky intravenózně s efektem. Pacient je částečně mobilní. Je nutná pomoc při hygienické péči, vyprazdňování, oblékání a všedních úkonech. Pacient 2 krát denně rehabilituje s fyzioterapeuty, kdy posiluje svaly amputované i zdravé končetiny. Vitální funkce – TK: 130/80, P:78', TT: 36,8°C, dechů 18/min, BMI 21,91. Pacient má zajištěn PŽK druhý den, okolí vstupu bez známek zánětu. Pacient má zajištěn PMK z důvodu omezené mobility a soběstačnosti pacienta. PMK je zaveden druhý den. Okolí katétru nejeví známky infekce, je průchodný, moč je čirá, bez příměsí. Operační rána je klidná, bez známek zánětu, hojí se per primam, stehy ponechány. Je ošetřena dezinfekcí, sterilním krytím a obvazem. Bilance tekutin je vyrovnaná. Pacient je ve špatném psychickém rozpoložení, přemýšlí o smrti. Během hospitalizace pacient dodržuje diabetickou dietu a pravidelně rehabilituje.

## **STANOVENÍ SESTERSKÝCH DIAGNÓZ ZE DNE 5.10.2014 A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT**

### **Seznam aktuálních sesterských diagnóz:**

- Akutní bolest pahýlu vlevo z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením, mimikou tváře, vyžadováním analgetik
- Deficit sebepéče v oblasti hygieny z důvodu omezené mobility, kooperativního stavu, bolesti, projevující se žádáním pacienta o pomoc při hygieně
- Strach z budoucnosti z důvodu ztráty končetiny, projevující se slovním vyjádřením

### **Potencionální ošetřovatelské diagnózy:**

- Riziko vzniku infekce z důvodu operační rány, PMK, PŽK
- Riziko pádu z důvodu omezené mobility, amputace dolní končetiny
- Riziko porušení integrity kůže z důvodu omezené mobility, onemocnění DM

<p><b>1.Sesterská diagnóza</b></p> <p>Akutní bolest pahýlu vlevo z důvodu operačního výkonu, projevující se slovním vyjádřením, mimikou tváře, vyžadováním analgetik</p>
<p><b>Cíl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientova bolest bude na stupnici VAS označována maximálně číslem 2.</li> </ul>
<p><b>Priorita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Střední</li> </ul>
<p><b>Výsledná kritéria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient zná příčiny bolesti do ½ hodiny.</li> <li>• Pacient umí zhodnotit svou bolest na škále VAS do 1 hodiny .</li> <li>• Pacientova bolest se sníží po aplikaci analgetik i.v.o 2 stupně na škále VAS do 2 hodin.</li> <li>• Pacient umí zaujmout úlevovou polohu při bolesti do ½ hodiny.</li> <li>• Pacient vyjadřuje verbálně i neverbálně pocit úlevy do 1 hodiny.</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zhodnoť kvalitu, typ, nástup, frekvenci, trvání, změnu bolesti v průběhu dne/ sestra.</li> <li>• Vysvětli pacientovi škálu bolesti VAS/ sestra.</li> <li>• Zhodnoť pacientovu bolest na škále VAS nejméně třikrát denně/ sestra.</li> <li>• Sleduj verbální i neverbální projevy bolesti/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Sleduj zaujímání úlevových poloh pacienta/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Vitální funkce sleduj 3krát denně/ sestra.</li> <li>• Edukuj pacienta o úlevových polohách/lékař, sestra.</li> <li>• Nabídní pacientovi aktivity k odpoutání se od bolesti/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Aplikuj analgetika dle ordinace lékaře - sleduj účinek, nástup a délku účinku, zaznamenávej účinek analgetik/ sestra.</li> </ul>

**Realizace:**

6:30 Zhodnocena bolest, pacientovi vysvětlen škála bolesti VAS.

6:30-18:00 Sledovány verbální a neverbální projevy bolesti.

6:30-18:00 Měření vitální funkce 3krát denně.

7:00 Zhodnocena bolest na stupnici VAS.

7:15 Pacient edukován o možných úlevových metodách jako jsou – podložení pahýlu do zvýšené polohy, odpoutání se od bolesti například luštěním osmisměrek, sledováním televize.

8:00 Zhodnocena bolest na stupnici VAS.

8:10 S lékařem konzultovány možné příčiny vzniku a zhoršující faktory.

8:20 Aplikovány analgetika dle ordinace lékaře i.v.

9:20 Sledován účinek aplikovaných analgetik.

10:20 Nadále sledován účinek aplikovaných analgetik a zhodnotila jsem bolest na stupnici VAS.

**Hodnocení po 2 hodinách**

Pacient je 6. den po operaci. Pociťuje bolest levého pahýlu, v oblasti operační rány. Bolest hodnocena na stupnici VAS číslem 4. Vitální funkce v normě TK 135/85, P 72/min, TT 36,4°C. Pacient zaujímá úlevovou polohu bez efektu. Aplikováno analgetikum Novalgin 5ml + 100 ml RF 1/1 i.v.

**Hodnocení po 3 hodinách**

Pacient úlevovou polohu nezaujímá. Verbalizuje úlevu a bolest hodnotí na vizuální analogové škále číslem 2. Vitální funkce měřeny TK 120/80, P 70/min, TT 36,4°C.

**Hodnocení po 4 hodinách**

Pacient zaujímá úlevovou polohu, zná příčiny své bolesti. Hodnotí svou bolest na vizuální analogové škále číslem 2. Vitální funkce v normě TK 120/75, P 68/min, TT 36,7°C. Zmírnění bolesti pro něj znamená velkou úlevu. Může spát aniž by ho bolest rušila anebo se věnovat luštění osmisměrek.

Naplánovaný cíl byl splněn, ale v naplánovaných intervencích je nutné nadále pokračovat.

<p><b>2. Sesterská diagnóza</b></p> <p>Deficit sebezpečí v oblasti hygieny z důvodu omezené mobility, pooperačního stavu, bolesti, projevující se žádáním pacienta o pomoc při hygieně.</p>
<p><b>Cíl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient zvládá hygienickou péči o celé tělo.</li> </ul>
<p><b>Priorita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Střední</li> </ul>
<p><b>Výsledná kritéria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient je seznámen s možností dopomoci zdravotnického personálu při hygieně do 1 hodiny.</li> <li>• Pacient zvládá hygienickou péči s minimální dopomocí zdravotnického personálu do 2 dnů.</li> <li>• Pacient zvládá sám hygienickou péči na lůžku do 5 dnů.</li> <li>• Zlepšení stupně soběstačnosti pacienta.</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zhodnot' stupeň soběstačnosti pacienta dle Barthelova testu/ sestra.</li> <li>• Zajisti pacientovi dostatek pomůcek k provedení hygienické péče/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Zapoj pacienta do hygienické péče o své tělo dle jeho stavu/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Zajisti soukromí při hygieně/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Zajisti bezpečnost pacienta při hygieně/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Poskytni pacientovi dostatek času na provedení hygienické péče / sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• V případě potřeby pacientovi poskytni dopomoc při hygienické péči/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Motivuj pacienta k co největší samostatnosti při provádění hygienické péče/ sestra,</li> </ul>

ošetřovatelka.

**Realizace**

7:00 Zhodnocen stupeň soběstačnosti dle Barthelova testu 35 bodů – vysoce závislý.

7:30 – 8:00 S pacientem provedena hygiena na lůžku.

7:30 – 8:00 Pacient povzbuzován k samostatnosti při hygienické péči. Zajištěna bezpečnost při hygienické péči. Provedena péče u kůži a predilekční místa.

**Hodnocení po 2 dnech**

Pacient zvládá hygienickou péči horní části těla na lůžku. Stále potřebuje dopomoc ošetřujícího personálu. Na koupací sedačku se nezvládne přesunout.

**Hodnocení po 5 dnech**

Pacient zvládá hygienickou péči na lůžku sám. V případě potřeby je mu poskytnuta dopomoc. S fyzioterapeuty se učí přesun na koupací sedačku. Barthelův test 45 bodů – závislost středního stupně.

Naplánovaný cíl byl splněn, ale v naplánovaných intervencích je třeba pokračovat nadále.



<p><b>3. Sesterská diagnóza</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strach z budoucnosti z důvodu ztráty končetiny, projevující se slovním vyjádřením, sníženou sebejistotou.</li> </ul>
<p><b>Cíl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacient zná možnosti následné sociální péče.</li> <li>• Pacient zná možnosti protetického řešení.</li> </ul>
<p><b>Priorita</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Střední</li> </ul>
<p><b>Výsledná kritéria</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientovi je zprostředkován kontakt se sociální pracovnící do 24 hodin.</li> <li>• Pacient je seznámen s možnostmi následné sociální péče do 3 dnů.</li> <li>• Pacientovi je poskytnut edukační materiál o možnostech protetického řešení do 3 dnů.</li> <li>• Pacient je edukován o možnostech protetického řešení do 3 dnů.</li> <li>• Pacientovi je zajištěna rehabilitace s fyzioterapeutem do 24 hodin.</li> </ul>
<p><b>Plán intervencí</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zhodnot' informovanost pacienta /lékař ,sestra.</li> <li>• Zprostředkuj kontakt se sociální pracovnící/ sestra.</li> <li>• Poskytni pacientovi edukační materiál o možnostech protetického řešení/ sestra.</li> <li>• Zajisti edukaci pacienta o možnostech protetického řešení/ lékař.</li> <li>• Nabídní pacientovi vhodné aktivity odvádějící pozornost od strachu/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Komunikuj s pacientem a povzbuzuj ho/ sestra, ošetřovatelka.</li> <li>• Zajisti rehabilitaci s fyzioterapeutem/lékař, sestra.</li> <li>• Motivuj pacienta k péči o sebe sama/ lékař, sestra, ošetřovatelka.</li> </ul>
<p><b>Realizace</b></p> <p>7:30 Zhodnocena informovanost pacienta v oblasti sociální péče a protetickém řešení.</p> <p>7:30 - 18:00 Pacient motivován k péči o sebe sama, s pacientem dostatečně komunikují a</p>

povzbuzují ho.

8:00 Kontaktována sociální pracovnice.

8:00 - 8:30 Pacient rehabilituje s fyzioterapeutem.

8:30 - 9:00 Pacientovi je poskytnut edukační materiál o možnostech protetického řešení k prostudování.

9:00 - 9:30 Přichází sociální pracovnice a vede s pacientem rozhovor o možnostech následné sociální péče.

### **Hodnocení po 24 hodinách**

Pacientovi je zprostředkován kontakt se sociální pracovnicí. Pacient je sociální pracovnicí dostatečně informován o možnostech sociální péče a má se rozhodnout zda souhlasí s překladem do LDN. Pacient si prostudoval písemný edukační materiál o možnostech protetického řešení. Po prostudování tohoto materiálu je pacient dobře naladěný a je více motivován k rehabilitaci. Pacient intenzivně rehabilituje dvakrát denně, na lůžku, s fyzioterapeutem.

### **Hodnocení po 3 dnech**

Pacient souhlasí s překladem do LDN. Je vypsána žádost o LDN, schválena a podepsána primářem oddělení. Lékař informuje pacienta o možnostech protetického řešení, zodpoví jeho otázky. Pacientovi jsou nabízeny aktivity jako je luštění jeho oblíbených osmisměrek nebo knihy ke čtení. Je neustále motivován do péče o sebe sama a povzbuzován. Pacient postupně získává chuť do života.

## **Celkové hodnocení pacienta**

Pacient byl přijat pro akutní tepenný uzávěr levé dolní končetiny. Po vstupním vyšetření, anesteziologickém a chirurgickém vyšetření byla indikována vysoká amputace levé dolní končetiny ve stehně. Pacient je 6. den po vysoké amputaci levé dolní končetiny. Po stabilizaci na JIP byl pacient přeložen zpět na chirurgické oddělení.

Pacient je při vědomí, orientován místem, časem osobou. Operační rána se hojí per primam. Je ošetřena sterilním krytím, obvazem a elastickým obvazem do konického tvaru. Pacient má zaveden PMK bez známek infekce, PŽK bez známek zánětu. Bilance tekutin je vyrovnaná, moč je čirá, bez patologických příměsí. Stolice je nepravidelná, pacient trpí zácpou. Pacient pociťuje Fantómovy bolesti, jsou aplikována analgetika, která bolesti tlumí. Pacient zvládá své bolesti hodnotit na škále VAS, zná úlevovou polohu. Pacient zvládá sebezpečí na lůžku sám, v případě potřeby je mu zajištěna dopomoc zdravotnického personálu. Pacient rehabilituje denně na lůžku pod vedením fyzioterapeuta, který na oddělení dochází dvakrát denně.

Během hospitalizace se provádělo měření glykémie v krvi, hodnoty v rozmezích normy. O diabetické dietě je pacient edukován již z předešlého období, během hospitalizace ji dodržuje. Po celou dobu hospitalizace byly měřeny vitální funkce, které byly stabilizovány. Psychický stav pacienta je špatný, má myšlenky na smrt a obavy z budoucnosti. Pacient byl informován o možnostech následné péče sociální pracovníci a souhlasil s překladem do LDN. Pacient byl informován o možnostech protetického řešení prostřednictvím písemného edukačního materiálu a rozhovoru s lékařem. Poté pacient postupně získává chuť do života.

Pacient B.M. strávil na chirurgickém oddělení 10dní a 14.10.2014 byl přeložen do léčebny dlouhodobě nemocných nemocnice Havířov, kde je naplánováno zotavení pacienta a poté následná rehabilitace.

## 5 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Na základě zjištěných informací o amputaci dolní končetiny jsem stanovila doporučení pro pacienta, zdravotnický personál a rodinné příslušníky.

### Doporučení pro pacienta

- Při stanovení diagnózy amputace dolní končetiny se snažte zachovat klid a věřte v návrat do života.
- Snažte se vyplnit svůj čas strávený v nemocnici svými oblíbenými činnostmi v rámci svých možností.
- Hleďte nové aktivity a koníčky, kterým se můžete v rámci svých možností věnovat.
- Pokud máte bolesti, řekněte si o analgetika.
- Snažte se dodržovat všechna doporučení a pokyny lékaře, ošetřujícího personálu, fyzioterapeuta.
- Měňte v průběhu dne i noci svou polohu těla jako prevenci vzniku dekubitu.
- Nebojte se požádat o pomoc ošetřující personál.
- Pokud máte nějaké otázky, nebojte se zeptat.
- Poctivě rehabilitujte, motivujte se k rehabilitaci.
- Pijte dostatek tekutin.
- Dbejte na dostatečnou a vyváženou stravu.
- Polohujte pahýl dle doporučení fyzioterapeuta jako prevenci vzniku kontraktur.
- Pravidelně pahýl otužujte střídáním studené a teplé vody, provádějte masáže.
- Snažte se zachovat si co největší soběstačnost.
- Projevte zájem o možnosti protetického řešení.
- V případě potřeby vyhledejte pomoc psychologa.
- Při potížích vždy vyhledejte lékaře.

### **Doporučení pro zdravotnický personál**

Vždy k pacientovi přistupuj jako profesionální pracovník.

- Vždy pacienta vyslechni a snaž se mu být oporou.
- Získej si důvěru pacienta.
- Poskytni pacientovi dostatek informací o všem, v čem pociťuje nedostatečnou informovanost.
- Pacientovi vždy věř jeho bolest a jeho subjektivní potíže, snaž se je zmírnit.
- Poskytni pacientovi dopomoc při všech úkonech, které nezvládne sám.
- Dbej na správné bandážování amputačního pahýlu.

### **Doporučení pro rodinné příslušníky**

- Snažte se udržovat kontakt s pacientem.
- Podporujte psychiku pacienta.
- Podporujte pacienta v návratu do aktivního a sociálního života.
- Pomozte pacientovi najít vhodné zaměstnání, aktivity a koníčky, kterých se musel po amputaci dolní končetiny vzdát.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala problematikou amputace dolní končetiny.

Počet amputací dolní končetiny se v ČR neustále zvyšuje. Celých 40 - 50% amputací je připisováno diabetu. Amputace dolní končetiny změní lidem život a mnoho lidí není schopno pracovat, vést aktivní a sociální život a stávají se tak závislými na ostatních.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit co nejvíce ucelených informací o takto závažném onemocnění, jako je amputace dolní končetiny.

Bakalářská práce se zabývala charakteristikou onemocnění, etiologií a indikacemi k amputaci, předoperační přípravou a samotnými operačními výkony. Dále pooperační péčí a komplikacemi, které se mohou po amputaci vyskytovat, rehabilitací. Samostatná kapitola byla věnována protetické péči po amputaci dolní končetiny. Důležitým stěžejním bodem bakalářské práce jsou specifika ošetrovatelské péče spolu s ošetrovatelským procesem u konkrétního pacienta po amputaci dolní končetiny. U konkrétního pacienta byly zhodnoceny všechny získané informace a na základě toho stanoveny aktuální a potenciaální ošetrovatelské diagnózy.

Na závěr ze všech získaných informací byla vpracována doporučení pro praxi pro zdravotníky, pro pacienty a jejich rodinné příslušníky.

Bakalářská práce byla vypracována jako možný zdroj informací pro pacienty po amputaci dolní končetiny, pro jejich rodinné příslušníky, pro zdravotnický personál, pro všechny osoby zabývající se touto problematikou a také pro všechny, které tato problematika zajímá.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOUGLAS, G. SMITH. et al, 2004. *Atlas of amputations and limb deficiencies : surgical, prosthetic, and rehabilitation principles*. 3rd ed. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons. ISBN 0-89203-313-4.

DUNGL, P. et al, 2005. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishin. ISBN 80-247-0550-8.

HADRABA, I, 2006. *Ortopedická protetika*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1296-8.

JANEČKOVÁ, M. [online]. Hendikep. [cit.12.6.2013]. Dostupné z:

<http://www.hendikep.cz/index.php/template/zdravotnihendikepy/telesnyhendikep/jednotliva-postizeni/91-amputace>

JANÍČEK, P. et al, 2012. *Ortopedie*. 3.vydání. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5971-9.

KRAWCZYK, P, 2011. *Ortopedická protetika*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464.

KRISTINÍKOVÁ, J, 2014. *Rehabilitace v protetice*. 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-624-9-096-4.

KUBEŠ, R, 2005. *Amputace*. In DUNGL, P. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0550-8.

MAČÁK, J., MAČÁKOVÁ, J, 2014. *Patologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0785-3.

MAGEE, D.J, 2008. *Orthopaedic physical assesment*. 5th ed. Missouri: Saunders Elsevier. ISBN 978-0721605715.

MIKŠOVÁ, Z. FROŇKOVÁ, M. ZAJÍČKOVÁ, M, 2006. *Kapitoly z ošetrovatelské péče II*. 2.aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1443-4.

PAVLAČOVÁ, M, 2012. *Kvalita života pacientů po amputaci na dolní končetině*. Masarykova univerzita Brno, katedra ošetrovatelství: Bakalářská práce.

PULPÁN, R, 2011. *Základy protetiky*. 1.vydání. Praha: Epimedia Publishing. ISBN 978-80-260-0027-3

SESTRA[ online]. Zdraví E15. [cit 13.6.2011]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/rehabilitace-u-klienta-po-amputaci-dolnich-koncetini-460348>

SLEZÁKOVÁ, L, 2007. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II - pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2040-1.

SLEZÁKOVÁ, L, 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3130-8.

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

SYSEL, D., H. BELEJOVÁ a O. MASÁR, 2011. *Teorie a praxe ošetrovatelského procesu*. Tribun EU. ISBN 978-80-263-0001-4.

TICHÝ, J. *Fantomová bolest*. In ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J, 2006. *Bolest: monografie, algeziologie*. 1. vydání. Praha: Tigis. ISBN 80-903750-0-6.

TOPINKOVÁ, E, 2005. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.

TÓTHOVÁ, V, 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Triton, s.r.o. ISBN 978-80-7387-785-9.

VRBA, I, 2003. *Postamputační bolest*. In: Postgraduální medicína: Odborný časopis pro lékaře. roč.5, č.1. ISSN 1212-4184.



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha A - MESS skóre (magled extremity severity score) - rozsah rozdrčené končetiny

Příloha B - Bandážování bércevého a stehenního pahýlu

Příloha C - Barthelův test základních všedních činností (ADL)

Příloha D - Sledování a měření bolesti - hodnotící škály pro dospělé

Příloha E - Rešerše

Příloha F - Protokol k provádění sběru podkladů ke zpracování bakalářské práce

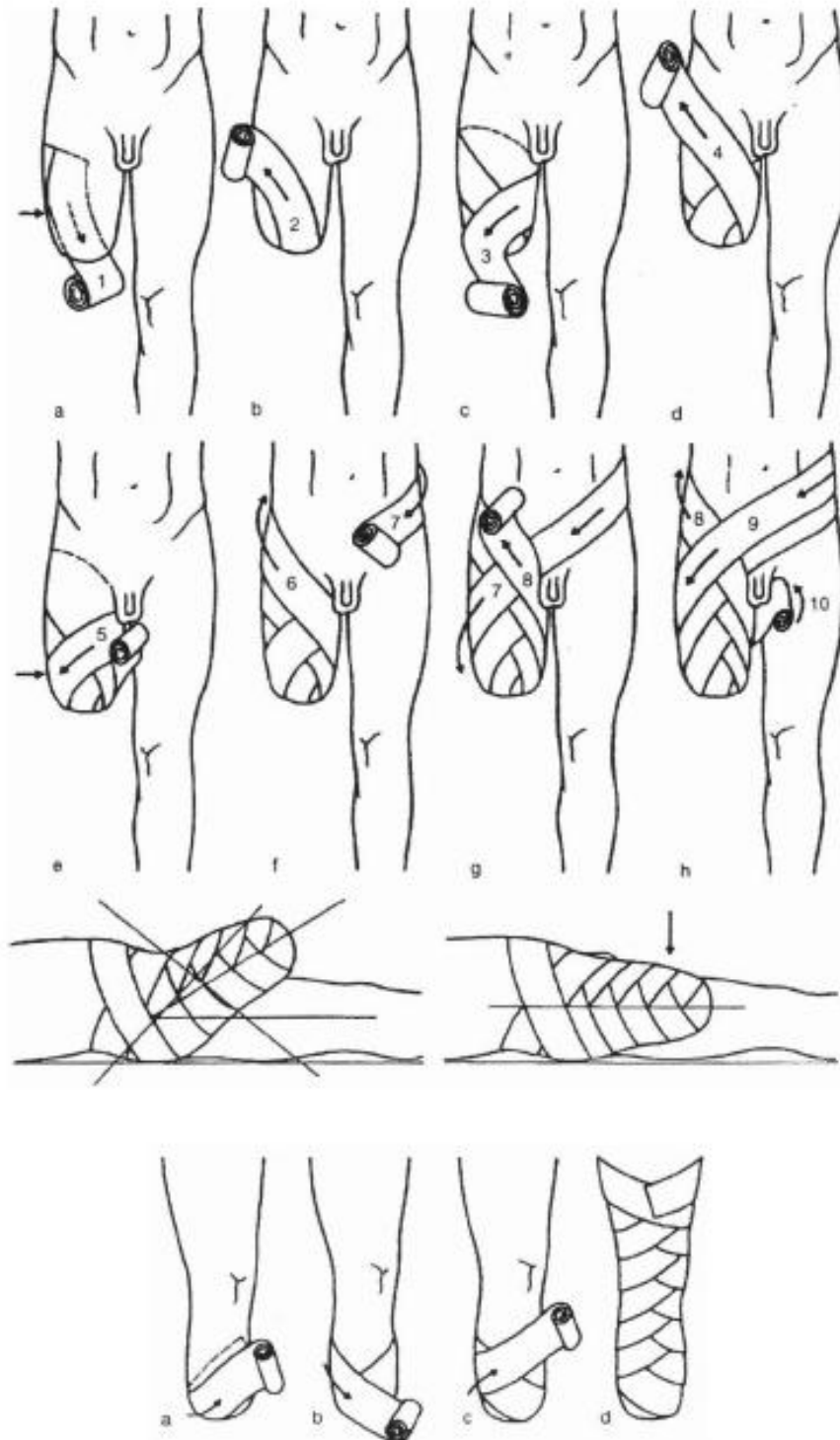
## Příloha A - MESS skóre ( magled extremity severity score) - rozsah rozdrčení končetiny

( Kubeš, 2005)

<b>Úrazová energie</b>	
1. Nízká energie – jednoduché zlomeniny a průstřely	1 bod
2. Střední energie – otevřené nebo víceetážové zlomeniny, větší poranění	2 body
3. Vysoká energie – vstřel zblízka, vysokorychlostní střelné zranění	3 body
4. Masivní rozdrčení – důlní, železniční zranění	4. body
<b>Tlaková stabilita</b>	
1. Normotenzní hemodynamika – TK stabilní i během operace	0 bodů
2. Přejídná hypotenze – TK stabilizován infuzní terapií	1 bod
3. Prolongovaná hypotenze- systolický tlak pod 90 mm Hg	2 body
<b>Ischemické postižení – při ischemii delší než 6 hodin se body zdvojnásobují</b>	
1. Žádné – hmatná pulzace, bez známek ischemie	0 bodů
2. Lehké – oslabená pulzace, bez známek ischemie	1 bod
3. Střední – nedetekovatelná pulzace, obleněný kapilární návrat, oslabená motorika	2 body
4. Těžké – chladná a nehybná končetina, necitlivost, bez známek návratu	3 body
<b>Věk</b>	
1. Do 30 let	0 bodů
2. Mezi 30 – 50 roky	1 bod
3. Více než 50 let	2 body

## Příloha B - Bandážování bércevého a stehenního pahýlu

(Krawczyk, 2011)



## Příloha C - Barthelův test základních všedních činností(ADL)

(Topinková, 2005)

	<b>Činnost</b>	<b>Provedení činnosti</b>	<b>Bodové skóre*</b>
<b>1.</b>	<b>Příjem potravy a tekutin</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>2.</b>	<b>Oblékání</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>3.</b>	<b>Koupání</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>4.</b>	<b>Osobní hygiena</b>	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
<b>5.</b>	<b>Kontinence moči</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>6.</b>	<b>Kontinence stolice</b>	plně inkontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
<b>7.</b>	<b>Použití WC</b>	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
<b>8.</b>	<b>Přesun lůžko – židle</b>	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
<b>9.</b>	<b>Chůze po rovině</b>	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
<b>10.</b>	<b>Chůze po schodech</b>	samostatně bez pomoci s pomocí	10 5

		neprovede	0
--	--	-----------	---

**Hodnocení stupně závislosti:** 0 – 40 bodů **vysoce závislý**

45 – 60 bodů **závislost středního stupně**

65 – 95 bodů **lehká závislost**

96 – 100 bodů **nezávislý**

# Příloha D - Sledování a měření bolesti - hodnotící škály pro dospělé

(obecný standart oš. péče NsP Havířov, p.o.)

<b>Kvalita bolesti :</b>	
ostrá, řezavá, vystřelující, bodavá, šubavá, píchavá, hlodavá, svíravá, křečovitá, kroutivá, svědivá tupá, přetrvávající, tíživá, bolestivá na dotek, pálivá, palčivá, jiná:	
<b>Typ bolesti :</b>	
somatická (ostrá, ohraničená), viscerální (tupá, neurčité lokalizace), kolikovitá, zánětlivá ischemická - stenokardie, klaudikační bolest, jiná:	
Bolest : <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická <input type="checkbox"/> nádorová <input type="checkbox"/> procedurální	
<b>VAS - vizuálně analogová škála</b>	
<b>Slovně popisná škála</b>	
<input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> protivná <input type="checkbox"/> nepříjemná <input type="checkbox"/> hrozná <input type="checkbox"/> strašná <input type="checkbox"/> agonizující	
<b>Obličejová škála hodnocení bolesti</b>	
<p>NIC NEBOLÍ      TROCHU TO BOLÍ      BOLÍ TO TROCHU VÍC      BOLÍ TO JEŠTĚ VÍC      BOLÍ TO MOC      BOLÍ TO UPLNĚ NEJVÍC</p> <p>VAS      0      1 2 3      4 5      6 7      8 9      10</p>	

**Zdroje**  
 KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovateľství v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1830-9  
 KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4  
 SCHULER, M.; OSTER, P. *Geriatric od A do Z pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 336 s. ISBN 978-80-247-3013-4  
 ZEMANOVA, J. *Základy anesteziologie 2. část*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 163 s. ISBN 80-7013-430-5

## Příloha E - Rešerše



**Moravskoslezská vědecká knihovna  
v Ostravě, příspěvková organizace**

**Číslo rešerše:** III-7435  
**Název rešerše:** Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny  
**Jazykové omezení:** čeština, angličtina  
**Časové omezení:** 2004-2014  
**Klíčová slova:** amputace končetin, tepenný uzávěr, Fantomova bolest, ošetrovatelství, pooperační péče

*Zpracovala: Mgr. Pavlína Szöke*

---

U knih, které jsou k vypůjčení v MSVK v Ostravě, je uvedena signatura. Knihy bez signatury jsou k dispozici v jiných knihovnách ČR (viz

[http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file\\_name=find-b&local\\_base=SKC](http://aleph.nkp.cz/F/CA5I79II3RXK8Q16H9VKA5QU532X3FRTG9214CXE8FI5M2HDAI-18714?func=file&file_name=find-b&local_base=SKC) Tyto knihy je možno objednat prostřednictvím meziknihovní výpůjční služby v naší knihovně).

U článků je nutné vyhledat celý časopis.

---

# Příloha F - Protokol k provádění sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.  
Duškova 7, 150 00 Praha 5



## PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění dotazníku, který bude respondentům distribuován)

Příjmení a jméno studenta	Klára Šušková, Dis.	
Studijní obor	Všeobecná sestra	Ročník 3VSV
Téma práce	Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny	
Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů	Chirurgie I Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace Dělnická 1132/24 Havířov PŠČ 736 01	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Miroslava Kubicová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	

v Havířově ..... dne 11. 3. 2015

Šušková  
.....  
podpis studenta