

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI
DOLNÍ KONČETINY**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

JAROSLAVA CVRČKOVÁ

Praha 2017

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

**OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI
DOLNÍ KONČETINY**

Bakalářská práce

JAROSLAVA CVRČKOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Eva Hrenáková

Praha 2017



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

Cvrčková Jaroslava
3. B VS

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 31. 10. 2016 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny

Nursing Process in a Patient after Lower Limb Amputation

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Eva Hrenáková

V Praze dne: 1. 11. 2016


doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.
rektorka

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 08.09.2017

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí práce PhDr. Evě Hrenákové za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady, podněty a připomínky. Veliké díky patří mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

ABSTRAKT

CVRČKOVÁ, Jaroslava. *Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny.*
Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce:
PhDr. Eva Hrenáková. Praha. 2017. s. 55.

Bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci dolní končetiny. Skládá se z teoretické a praktické části. V teoretické části je popis anatomie dolní končetiny, definice a historie amputací, indikace a úrovně amputací, komplikace amputací zaměřena na fantomové bolesti, rehabilitační péče po amputaci a protetika. V praktické části je vypracována komplexní ošetrovatelská péče formou ošetrovatelského procesu u pacienta po amputaci dolní končetiny. Sběr anamnestických dat probíhal formou rozhovoru s pacientem a za použití lékařské a ošetrovatelské dokumentace. Následně byl stanoven ošetrovatelský plán, realizace a jeho zhodnocení.

Klíčová slova: amputace, dolní končetina, protéza, protetika, rehabilitace

ABSTRACT

CVRČKOVÁ, Jaroslava. *Nursing Proces in a Patient after Lower Limb Amputation*. Medical College. Degree: Bachelor (Bc.). Supervisor: PhDr. Eva Hrenáková. Prague. 2017. 55 pages.

This bachelor thesis focuses on the nursing care of a patient whose lower limb has been amputated. It consists of practical and theoretical part. In the theoretical part you can find the anatomical description of a lower limb, definition and history of amputation, indication and level of amputations, complications of amputations focusing on phantom pain, and rehabilitation after amputation and prosthetics. In the practical part you can find the complete nursing care of a patient whose lower limb has been amputated in a form of nursing proces. Collection of anamnestic data was done in a form of an interview with a patient and the use of doctor's and nursing documentation. Lastly, nursing plan was established, its realization and evaluation.

Key words: amputation, lower limb, prosthesis, prosthetics, rehabilitation

OBSAH

ÚVOD.....	9
1 OBEČNÁ ANATOMIE	11
1.1 KOST A KLOUB.....	12
1.2 KOSTI A KLOUBY DOLNÍ KONČETINY	13
2 AMPUTACE.....	14
2.1 HISTORIE AMPUTACE	14
2.2 INDIKACE K AMPUTACÍM.....	14
2.3 ROZHODNUTÍ O VÝŠI AMPUTACE	15
2.4 ÚROVNĚ AMPUTACÍ NA DOLNÍ KONČETINĚ	15
2.5 KOMPLIKACE PO AMPUTACI	16
2.5.1 FANTOMOVÉ POCITY	17
2.5.2 FANTOMOVÁ BOLEST.....	17
3 REHABILITAČNÍ PÉČE PO AMPUTACI	19
3.1 POLOHOVÁNÍ PAHÝLU	19
3.2 OTUŽOVÁNÍ PAHÝLU.....	20
3.3 HYGIENICKÁ PÉČE O PAHÝL.....	20
3.4 BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU	20
4 PROTETIKA.....	22
5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY	24
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	53
PŘÍLOHY.....	55
PŘÍLOHY	

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIM.....	akutní infarkt myokardu
č.....	číslo
GIT.....	gastrointestinální trakt
ISBN... ..	standardní číslo
ISSN.....	standardní číslo
LDK.....	levá dolní končetina
LDN.....	Léčebna dlouhodobě nemocných
NANDA.....	North American Nursing Diagnosis Association/Severoamerická asociace pro sesterské diagnózy
např.....	například
PDK.....	pravá dolní končetina
roč.	ročník
tzv.....	takzvaný
VAS.....	vizuální analogová škála
www.....	webová strana
(LEKARSKE.SLOVNIKY)	

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH VÝRAZŮ

Addukce..... přitažení

Etiologie..... příčina nemoci

Exartikulace..... snesení části končetiny jejím oddělením v kloubu

Extenze..... natažení

Femurkost stehenní

Ireverzibilnínezvratný

Ischemiemístní nedokrevnost tkáně a orgánu, která vede k jejich poškození až odumření

Kondylus..... rozšířený kloubní konec kosti

Proximálníbližší počátku či vzniku

Vazodilatace..... rozšíření cév

Vazokonstrikcezúžení cév

(LEKARSKÉ.SLOVNIKY)

ÚVOD

Ztráta končetiny je pro pacienta jednou z nejtěžších životních situací. Jedná se vždy o významnou změnu v mnoha oblastech v životě člověka. Je pochopitelné, že se s takovou situací nelehko vyrovnává, ale rozhodnutí pro amputaci znamená záchranu života, ať z důvodu nemoci či úrazu.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a z části praktické.

Pro tvorbu teoretické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: předložit dohledané publikované poznatky o anatomii dolní končetiny, o amputaci a péči o amputační pahýl, rehabilitace s protetickou pomůckou.

Pro tvorbu praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Cíl 1: zpracovat komplexní péči ošetrovatelským procesem u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Cíl 2: stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDY International ošetrovatelské diagnózy.

Vstupní literatura:

DUNGL, P. a kolektiv, 2014. *Ortopedie*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4357-8.

M. A. Ortopedická Protetika s.r.o. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navody.html>

MROČKOVÁ, Ivana, 2011. Rehabilitace po amputacích pro diabetické komplikace. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. **21** (6). ISSN 1210-0404.

NANDA International, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-9009-6.

TALPOVÁ, Eva, 2011. Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. **21** (6). ISSN 1210-0404.

Popis rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

2006-2017

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 38 (knihy: 3; články, abstrakta, kapitoly: 35)

Zahraniční zdroje: záznamů: 50

Použitý	citační	styl:
Bibliografický	záznam	MEDVIK
Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE		

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

1 OBECNÁ ANATOMIE

Anatomie člověka je věda, která se zabývá stavbou zdravého člověka. Základní metodou anatomie je anatomická pitva – odtud je odvozen název (ř. anatemnein – rozřezávat) (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

Obecná anatomie je rozdělena do několika částí. Mezi základy anatomie patří **soustavná anatomie**, která se zabývá jednotlivými systémy těla. **Topografická – regionální anatomie** je důležitá pro klinické obory zejména pro chirurgické obory. Popisuje tělo po krajinách a částech. **Neuroanatomie** – speciální anatomie, která se zaměřuje na periferní a centrální nervovou soustavu a její nervové dráhy. **Srovnávací anatomie** – porovnává tvary těla různých živočišných druhů. **Antropologická anatomie** – srovnává anatomii člověka. **Embryologie** je zaměřena na vývoj těla od početí až po narození. **Anatomie věková** popisuje anatomické charakteristiky různého období lidského věku. **Aplikovaná – klinická anatomie** – vyšší obor anatomie, který se podrobněji věnuje klinickým disciplínám. **Rentgenová anatomie** – popisuje obrazy lidského těla zhotovených za pomoci neinvazivních zobrazovacích metod. **Povrchová anatomie** – se zabývá strukturami, které leží na povrchu lidského těla nebo těsně pod povrchem. Posledním rozdělením je **plastická anatomie**, která popisuje proporce a tvářnost lidského těla (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

Historie anatomie sahá až do staré civilizace. Ve starém Egyptě získávali poznatky při balzamací lidí i zvířat. Z období starověku známe mnoho slavných lékařů – Hippokrates – autor knihy o anatomii, Aristoteles – název oboru anatomie, Galén – poznatky z pitvy zvířat. Ve středověku byly pitvy lidského těla zakazovány, prováděly se tajně. Průlom nastal až v období renesance, kdy se obor začínal rozvíjet. První ucelenou anatomii sepsal Andreas Vesalius, který je pokládán za zakladatele moderní anatomie. Mezi zakladatele české anatomické školy patří Prof. MUDr. Jan Jánošík, Prof. MUDr. Karel Weigner a Prof. MUDr. Ladislav Borovanský (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

1.1 KOST A KLOUB

Kost, os je nejtvrďší pojivovou tkání. Základními složkami kostní tkáně jsou osteocyty – kostní buňky, mezibuněčná hmota a kolagenní vlákna. Rozlišujeme dva typy tkáně – kost kompaktní a kost spongiozní. Součástí kosti je kostní dřev, která se nachází v dřevové dutině dlouhých kostí. Kostní dřev existuje ve třech formách – červená, žlutá a šedá. Červená kostní dřev je krvetvorným orgánem, žlutá kostní dřev je tuková kostní dřev a šedá kostní dřev vzniká na podkladě žluté kostní dřevě při vymizení tuku (POSPÍŠILOVÁ, 2010).

Rozlišujeme několik typů kostí – dlouhé, krátké, ploché, pneumatické, sezamské kosti. **Dlouhé kosti** – jejich délka je větší než šířka a tvoří ve větší části kostry volných končetin. **Krátké kosti** – tvarově jde obvykle o nepravidelné mnohostěny, proto jsou někdy označovány jako **kosti nepravidelného tvaru**. Jsou to např. karpální kosti ruky a nebo tarzální kosti nohy. **Ploché kosti** – mají tvar ploten a jsou to např. kost pánevní, kost hrudní, lopatka. **Pneumatické kosti** – tyto kosti mají ve svém vnitru dutiny, které jsou vystlané sliznicí a vyplněné vzduchem. Patří sem pět kostí lebky. **Sezamské kosti** – krátké kosti, které osifikují desmogenně ve šlachách svalů, odlišně od ostatních krátkých kostí. Např. češka kolenní a nebo kost hráškovaná (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (NAŇKA, 2009).

Dlouhá kost se skládá z těla – **diafýza** a ze dvou kloubních konců – **epifýza**. Na rozhraní diafýzy a epifýzy se nachází **metafýza**, kde se nachází během růstu **růstová ploténka**. Do délky roste kost z růstové chrupavky. Povrch kosti je kryto **periostem** a kloubní konce jsou kryty **hyalinní chrupavkou** (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (NAŇKA, 2009).

Pohyblivým spojením kostí je **kloub (articulatio)**. Klouby rozdělujeme podle počtu spojených kostí. Spojení dvou kostí – kloub jednoduchý, spojení tří a více kostí – kloub složený. Dle tvaru kloubu rozeznáváme klouby kulovité, vejčité, kladkové, válcové, ploché a sedlové. Součástí kloubu jsou **kloubní plochy**, které se skládají z kloubní hlavice a kloubní jamky. **Kloubní pouzdro** jehož úkolem je uzavírat kloub proti zevnějšku. Uvnitř se nachází synoviální výstelka, která produkuje kloubní maz – **sinovii**. Kloubní pouzdro dále obsahuje cévy a nervy. **Kloubní dutina** je sterilní a proti zevnějšku zcela uzavřena. Je to prostor mezi kloubními konci kontaktující kostí a kloubním pouzdem (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (FIALA, 2008).

1.2 KOSTI A KLOUBY DOLNÍ KONČETINY

Kostra dolní končetiny začíná **pletencem pávním**. **Kost pávní** (os coxae) je plochá kost, která vzniká srůstem tří kostí – **kostí kyčelní** (os ilium), **kostí sedací** (os ischii), **kostí stydké** (os pubis). Tyto tři kosti se stýkají v kloubní jamce kyčelního kloubu zvané **acetabulum**. Do acetabula zapadá kulovitá hlavice **kosti stehenní** (femur), pod níž je kost zúžená v **krček femuru**. Pod krčkem vybíhá do strany **velký chocholík** (trochanter major) a dozadu **malý chocholík** (trochanter minor). Kost stehenní je na dolním konci rozšířená na dva mohutné kloubní hrboly, kde se spojuje s kostí holenní a vzniká kolenní kloub, který je krytý **čéškou** (patella) (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (DYLEVSKÝ, 2009).

Dále kostra přechází na kosti bérce. Na palcové straně bérce je silná kost - **kost holenní** (tibia), která v dolní části vytváří vnitřní kotník. Kost holenní má nenahraditelnou funkci opěrnou. Na malíkové straně bérce je štíhlá kost – **kost lýtková** (fibula), která v dolní části vytváří zevní kotník (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (DYLEVSKÝ, 2009).

Kosti bérce přecházejí na **kostru nohy** (ossa pedis), která se skládá ze sedmi **kostí zánártních** (ossa tarsi), pět **kostí nártních** (ossa metatarsi) a dvanáct **článků prstů**. Kosti zánártní jsou krátké kosti různých velikostí a největší je **kost patní** (calcaneus). Kosti nártní jsou podlouhé kosti stejně jako na ruce, ale jsou mnohem mohutnější (POSPÍŠILOVÁ, 2010), (DYLEVSKÝ, 2009).

2 AMPUTACE

Amputace je přerušení a odstranění periférně uložené části těla, např. končetiny. Výkon se provádí, není-li již naděje na záchranu příslušné části těla a dochází-li k ohrožení celého organismu (VOKURKA, HUGO, 2016).

2.1 HISTORIE AMPUTACE

Amputace se zařazuje k nejstarším historickým výkonům, které byly písemně doloženy. V historii bylo zvláštností, že amputace kromě léčebného efektu měly i rituální efekt (přinášení oběti bohům) nebo trestní účel (měly znemožnit útěk). Největšího uplatnění a rozvoje dosáhly za válek, kdy nabízely rychlá řešení. Velkou roli sehrála i nedostupnost anestezie a neznalost protišokové terapie. Jenom za první světové války bylo provedeno 100 000 amputací (DUNGL, 2014).

Platné zásady při provádění amputací již stanovil otec medicíny Hippokrates 500 let před naším letopočtem – odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život. I amputace v průběhu doby zaznamenaly svůj vývoj. Nejprve se prováděly gilotinové (cirkulární) amputace bez anestezie, kde se krvácení stavělo zaškrcením pahýlu a nebo ponořením do horkého oleje. Moderní amputace tzv. lalokové s podvazem cév a s využitím muskulokatánních laloků byla poprvé publikována Listerem a Brittainem v roce 1837. Obě techniky jsou dodnes využívány (DUNGL, 2014).

2.2 INDIKACE K AMPUTACÍM

Amputace vede k ireparabilní ztrátě části kontinuity vlastního organismu. Amputace je indikována v několika bodech:

1. **Trauma** – ireverzibilní ischemie z traumatické či jiné etiologie. Dříve velmi častá indikace k amputaci, nyní vytlačována možnostmi mikrochirurgie a cévní chirurgie.
2. **Infekt** – jestliže tkáň končetiny jsou postižené zánětem, která ohrožuje život nemocného. Jedná se o život zachraňující operaci.

3. **Nekróza** – při úplné ztrátě krevního oběhu, ale i nekrózy způsobené fyzikálními vlivy – omrzliny, popáleniny, poranění elektrickým proudem. O výši amputace se rozhodne až po vymezení nekrózy.
4. **Tumory** – je-li kostní tkáň postižena zhoubným nádorem. Nejčastější bývá osteosarkom postihující mladé lidi od 20 let.
5. **Afunkce** – poškození končetiny vede k úplné ztrátě její funkce např. vrozené vady, následky traumatu i operaci.
6. **Stav kožního krytu anebo defekt měkkých tkání** – tato indikace je spíše okrajová z důvodu velkých možností chirurgie (DUNGL, 2014).

2.3 ROZHODNUTÍ O VÝŠI AMPUTACE

O výšce amputace, která má být provedena, hraje roli kromě rozsahu postižení také stav jednotlivých tkání:

1. **Kožní kryt** – dnes lze řešit pomocí laloků, štěpů
2. **Svaly** – tvoří obal skeletu, proto se musí dbát na zachování vitálních svalů. Skelet je přerušen v takové výši, aby byl zachován dostatečný kryt tkání.
3. **Nervová tkáň**
4. **Cévní zásobení**
5. **Možnost optimálního protetického vybavení** – čím delší pahýl, tím menší energetické nároky na chůzi. Nutné vzít v potaz u starších pacientů a snažit se zachránit, co největší část skeletu (DUNGL, 2014).

2.4 ÚROVNĚ AMPUTACÍ NA DOLNÍ KONČETINĚ

Při vlastním chirurgickém zákroku je potřebné, aby operatér zvážil všechny možnosti a snažil se zachránit, co největší část končetiny, samozřejmě s ohledem na zdraví a život pacienta.

Hemikorporektomie – odstranění celého pánevního pletence i kosti křížové. Zde je nutné stomické řešení GIT a vylučovacího traktu. K umožnění sedu je potřeba protetická objímka, která má za funkci ochranu orgánů dutiny břišní a má i vyvažovací funkci (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Hemipelvektomie – odstranění celé dolní končetiny s přílehlou oblastí pánevních kostí (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Exartikulace v kyčelním kloubu – odstranění celé dolní končetiny. Je to výjimečně prováděný druh amputace. Provádí se např. pro nádorové onemocnění femuru a nebo u pokročilé infekce (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Stehenní amputace – může být provedena ve třech úrovních – nad kondyly, na hranici střední a distální třetiny a na hranici proximální a střední třetiny stehenní kosti. Čím delší je pahýl, tím je následná rehabilitace snadnější (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Exartikulace v kolením kloubu – umožňuje snažší rehabilitaci z důvodu poskytující velmi kvalitní zátěžový pahýl. Pahýl poskytuje výborné držení stehení protézy. Dostatečně dlouhý pahýl pomáhá k snadnější udržení rovnováhy (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Bércová amputace – zde musí dojít ke správnému zformování pahýlu, aby nedocházelo ke kožním otlakům o kostní prominence (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

Amputace v oblasti nohy – jsou to amputace v oblasti hlezna, transmetatarzální amputace a amputace prstů (DUNGL, 2014), (JANÍKOVÁ, ZELENÍKOVÁ, 2013).

2.5 KOMPLIKACE PO AMPUTACI

Po provedené amputaci je pacient vystaven velkému množství rizik, která mohou mít pro pacienta až smrtelné následky. Mezi nejčastější komplikace patří otok, hematom, kožní nekroza, gangréna pahýlu a dehiscence rány. Velmi časté jsou

fantomové obtíže, které můžeme rozdělit na dva typy – fantomové pocity a fantomové bolesti (MROČKOVÁ, 2011).

2.5.1 FANTOMOVÉ POCITY

Pod tímto pojmem jsou shrnuty všechny nebolestivé vjemy, které se v amputované končetině objevují a mají charakter halucinací. Pacient má pocit přítomnosti končetiny. Může tak docházet k pociťování teploty a dotyku. Pacient často pociťuje končetinu jako zmenšenou nebo zvětšenou nebo i přetočenou (BALKOVÁ, 2015).

2.5.2 FANTOMOVÁ BOLEST

Fantomová bolest je charakterizována jako bolest pociťovaná v amputované končetině. Může vyzařovat i do jiných oblastí těla např. záda, břicho, hlava. Bolest je popisována jako bolest pronikavá, pálivá, bodavá a nebo křečovitá. Objevuje se už bezprostředně po operaci, hned jak odezní anestezie. Intenzita fantomové bolesti se postupem času zmírňuje, až úplně vymizí. U části pacientů se může zhoršit a nebo přetrvává i desítky let (BALKOVÁ, 2015), (ROKYTA, 2012), (ROŠKOVÁ, 2012).

Dle studie Judith H. Davidson a kolegů zažívají fantomové bolesti všichni lidé bez ohledu na rasu, pohlaví, věk, sociálně-ekonomický status nebo náboženské přesvědčení. Výzkum ukazuje výskyt fantomých bolestí až 80%. Dále studie ukazuje, že bolest po amputaci dolní končetiny je častější a téměř dvojnásobně větší než u amputace horní končetiny. Souvisí to s vyšším podílem amputace způsobené periferními cévními chorobami, které se vyvíjejí až do cévní nedostatečnosti, která způsobuje klidovou bolest (DAVIDSON, KHOR, JONES, 2010).

Léčba fantomové bolesti se řídí podle intenzity a podle délky trvání. Léčba je individuální pro každého pacienta. Základem léčby fantomové bolesti je **farmakoterapie**. Z léků se používají nesteroidní antirevmatika, přípravky proti bolesti v kombinaci s vitamínovým B – komplexem a kyselinou listovou. Dále se používají opiáty, které dle intenzity bolesti jsou slabé a nebo silné. Velmi důležitou složkou je podávání psychofarmak, která brzdí nervové bolesti. **Neurální léčba** - léčba

bolesti obstříkem lokálním anestetikem. **Fyzikální léčba** –masáže, koupele, léčebná gymnastika, přizpůsobení protézy, transkutální elektrická nervová stimulace. **Alternativní metody** – akupunktúra, hypnóza, biofeedback. **Psychologická léčba** – uvolňovací techniky – autogenní trénink, svalová relaxace. Vyhledky na úspěch jsou tím větší, čím dříve se s terapií začne (BALKOVÁ, 2015), (REHABILITACE.INFO, 2016).

3 REHABILITAČNÍ PÉČE PO AMPUTACI

Pro pacienta je velmi důležitá včasná mobilizace a proto se sní začíná již první či druhý den po operaci. Těsně po amputaci je pahýl oteklý a bolestivý a objevují se fantomové bolesti. K rychlejšímu zmenšení otoku a zmírnění bolestí přispívají následné techniky: poklepová masáž pahýlu, sprchování pahýlu teplou a studenou vodou – vyšší teplota navozuje vazodilataci a chladnější voda způsobuje vazokonstrikci, bandážování pahýlu nad zachovalý kloub. Po úplném zhojení amputačního pahýlu – operační rány – se může přistoupit k intenzivnější péči o pahýl – otužování, hygienická péče a bandážování a k aplikaci protézy. Při nedostatečném zhojení operační rány, může dojít k sekundárním komplikacím a dehiscenci rány (MROČKOVÁ, 2011), (TALPOVÁ, 2011).

Včasná intervence všeobecných sester se správnými dovednostmi a znalostmi na podporu pacientů po amputaci, může snížit komplikace, podpořit rehabilitaci a optimalizovat výsledky pacienta (PRICE, MOFFATT, CROFTS, 2015).

3.1 POLOHOVÁNÍ PAHÝLU

Cílem je zabránit kontrakturám v kyčelním a kolenním kloubu, které mohou ztížit nasazování protézy, ale i samostatnou chůzi na protéze. Pahýl se polohuje do extenze a addukce. Polohování se provádí vleže na zádech nebo na břiše. **Vleže na zádech** – u stehenní amputace s podloženou pánví a se zatíženou přední částí stehenního pahýlu. U bérkové amputace nízké podložení pahýlu. **Vleže na břiše** – horní polovina trupu v horizontální poloze a stehenní pahýl se podkládá do zanožení. Pahýl se musí zajistit proti unožení (příloha č. 2). Pacient by se měl vyvarovat chybným polohám, protože může dojít ke zkracování svalů a tím je ohrožena možnost protézování. Mezi chybné polohy patří ohnutí v kloubu. Prevencí kontraktur je co nejméně sedět a více chodit o berlích (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

3.2 OTUŽOVÁNÍ PAHÝLU

Cíli otužování pahýlu je adaptace na tlak lůžka protézy a postupné zvyšování zátěže protézované končetiny, zlepšení mikrocirkulace v oblasti pahýlu a vnímání podnětů z pahýlu tzv. vytváření zpětné vazby. Otuzování pahýlu může pacient provádět sám pokleповou masáží prsty a nebo pomocí různých pomůcek. Jako masážní prostředek se můžou použít nedráždivé krémy a nebo masážní emulze. Masáž pahýlu se provádí pokleпом prsty, sprchováním ostrou sprchou, klasickou masáží a velmi je důležité masírování tuhých a fixovaných jizev. Při otužování pahýlu pomocí pomůcek se používá jemný kartáček na kartáčování a poklepávání, míček na míčkování, otírání suchou žínkou nebo houbou a nebo za použití jiných akupresurních pomůcek (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

3.3 HYGIENICKÁ PÉČE O PAHÝL

Nejvhodnější doba pro ošetřování pahýlu je každý večer. Pro pacienta tato činnost se musí stát samozřejmostí, aby nedocházelo k poškození a otlakům amputačního pahýlu. Kůže pahýlu je celodenně vystavena větší zátěži než kůže na jiné části těla. Pahýl se více potí, špatně dýchá a dochází ke snadnějšímu podráždění kožního krytu. Pravidla pro udržení ideálního stavu amputačního pahýlu jsou: omývat teplou vodou, používat nedráždivá toaletní mýdla, jemná masáž pahýlu, důkladné opláchnutí čistou vodou a důkladně osušit kůži. Před navlečením silikonového návleku se doporučuje pahýl ošetřit speciálními prostředky, které pacientovi doporučí protetický technik. Není doporučováno omývat pahýl před nasazením protézy, protože může dojít k podráždění a odření kůže. I přes správné péči o pahýl může dojít k poškození kůže na amputačním pahýlu. V tomto případě je nutné ihned vyhledat lékařskou pomoc (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

3.4 BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU

Bandážování pahýlu je mnoho pacienty podceňováno, přestože jeho správné provádění může zrychlit aplikaci protézy. Cíli bandážování je ideální tvarovaný pahýl, adaptace měkkých tkání na tlak a tah a polohování pahýlu. Hlavní zásady bandážování

jsou: dostatečně široká elastická obinadla (10 – 14 cm); první otáčky obinadla nevézt cirkulárně přes pahýl – může dojít ke stlačení žilního systému a k nedostatečnému prokrvení; bandážování až nad zachovalý kloub končetiny; u stehenní amputace bandážovat přes pás a zadní otáčky by měly sahat až k sedacímu hrbolu a na vnitřní straně stehna až do rozkroku, aby se nevytvářely valy měkkých tkání, které by mohly bránit správnému nasazení protézy; u bérkové amputace bandážovat nad kolenní kloub; bandáž provádět třikrát denně a střídat s péčí o pahýl (příloha č. 1). U pacientů s cévní příčinou amputace se bandážování přes noc nedoporučuje. Elastické obinadlo může být nahrazeno elastickým nebo silikonovým návlekm. Do bandážování se zapojuje i pacient, aby po propuštění z nemocnice zvládnul bandáž sám (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ), (SMUTNÝ, 2009).

4 PROTETIKA

Protetika je obor ortopedické protetiky, který se zabývá léčbou pacientů protézami (resp. exoprotézami). Protéza nahrazuje ztracenou část těla jak kosmeticky, tak funkčně (DUNGL, 2015, s. 97).

Při rozhodování, zda pacient bude mít protézu nebo nikoli, stojí lékař před závažným rozhodnutím, které ovlivní další život pacienta. Proto je velmi důležitá komunikace mezi lékařem, pacientem a protetikem. Chůze na stehenní protéze je energeticky náročnější než chůze zdravého člověka, což znamená velkou zátěž na oběhový a dýchací systém. Trpí-li pacient dušností při zátěži a prodělal opakovaně AIM, je protéza doporučena pouze pacientům s amputací v bérce k základním přesunům jako opora, ale ne k delší chůzi. U pacientů s amputací ve stehně je protézování velmi rizikové a může zhoršit jejich zdravotní stav. Z tohoto pohledu je vhodnější předpis mechanického vozíku a nácvik soběstačnosti na vozíku (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ), (PRICE, MOFFATT, CROFTS, 2015).

Před výrobou protézy je podmínkou, aby pacient sám vstal ze židle a vydržel stát na zachovalé končetině s oporou např. stolu nikoli na berlích. Chůze o berlích by mělo být před protézováním samozřejmostí. Tvar pahýlu by měl být mírně kónicky nebo cylindrický a bez bolestí. Zachovalý kloub končetiny by měl být volný pohybu a bez kontraktur (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

Po operaci 6 – 8 týdnů, kdy jsou již měkké tkáně zhojeny, je pro pacienta připravena protéza, tzv. prvovybavení. Tato protéza je technicky na stejné úrovni jako protéza následující, kterou pacient dostane po definitivní modelaci pahýlu. Než ale pacient dostane protézu, musí neustále bandážovat pahýl, otužovat ho a polohovat ho. Hmotnost stehenní protézy se pohybuje kolem čtyř kilogramů. Pro starší pacienty se používají odlehčené protézy z tzv. geriatrických dílů. Každá protéza se skládá ze tří dílů – pahýlová objímka, nosná část protézy a bandáž, která udržuje protézu na pahýlu. Oblékání protézy se nenacvičuje opakovaným nasazováním, které vysiluje, ale pod dohledem rehabilitačního pracovníka, který sleduje manipulaci a nasazování protézy (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

Před nácvičkem chůze musí pacient zvládat bezpečný stoj. První nácvičky stoje se provádějí u pelesti lůžka a následně u žebřin nebo madel. Pacient u madel přenáší hmotnost ze zdravé končetiny na protézu a naopak. Výsledkem je plně zatížená protéza. Cílem rehabilitačních pracovníků je naučit stát pacienta ve volném prostoru, aby mohl provádět běžné úkony jako zdravé lidi. Po bezpečném zvládnutí stoje, je cílem rehabilitačních pracovníků naučit bezpečně pohybovat na protéze jak doma, tak v terénu. Rehabilitace začíná chůzí v bradlovém chodníku. Po zvládnutí chůze v chodníku se přechází na chůzi po straně chodníku. Dle stavu chůze začíná nácvička chůze v prostoru s oporou berlí a chůze v terénu. Po zvládnutí stoje a chůze je nutné zvládnout i chůzi po schodech. Pravidla při chůzi po schodech jsou: při chůzi do schodů – zdravá noha – berle – protéza, při sestupu ze schodů – protéza – berle – zdravá noha (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ), (KOLÁŘ, 2010).

Stejně jak o pahýl, tak i péče o protézu má svá pravidla. Pravidelné mytí všech částí protézy neutrálními prostředky a řádné vysušení. Silikované lůžko se čistí obrácené na ruby neparfémovaným mýdlem pod vlažnou tekoucí vodou a řádně se vysuší. Mechanické díly se pravidelně kontrolují a každé uvolnění spojů nebo šroubů se co nejrychleji oznamuje protetikému technikovi. U citlivých jedinců se může vyskytnout alergie na materiál, ze kterých je protéza zhotovena. Při prvním výskytu by se měly provést kožní testy u alergologa. Při nadměrné vůli pahýlu v pahýlovém lůžku může docházet k otlakům a oděrkám na pahýlu. Trvají-li potíže déle než dva týdny je nutné vyhledat protetika. Dvakrát ročně by měla proběhnout kontrola u protetika (MROČKOVÁ, 2011), (MAPROTETIKA.CZ).

5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

V praktické části byla zpracována ošetrovatelská péče u geriatrického pacienta, u kterého byla provedena amputace dolní končetiny. Informace byly čerpány z lékařské a sesterské dokumentace, od pacienta a z vlastního pozorování pacienta. Pacienta jsme si vybrali z našeho oddělení, kde toto onemocnění je poměrně časté. Pacient byl hospitalizován na oddělení od 07. 07. 2016 do 12. 12. 2016.

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O PACIENTOVI

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE:

Jméno a příjmení: V.R.	Pohlaví: muž
Datum narození: 1942	Věk: 74
Vzdělání: Středoškolské	Číslo pojišťovny: 111
Adresa bydliště: Nový Bydžov	Zaměstnání: starobní důchodce
Nejbližší příbuzní: A.R. – manželka	Státní příslušnost: česká
Typ přijetí: plánované	Ošetřující lékař: MUDr. M.S.
Oddělení: LDN Nový Bydžov, ON Jičín a.s.	Datum hospitalizace: 07.07.2016 – 12.12.2016

Důvod přijetí:

74-letý pacient byl přijat k doléčení stavu po amputaci ve stehně LDK a zahájení rehabilitace

Základní diagnóza:

E115 Diabetes mellitus 2.typu s periferními oběhovými komplikacemi

Vedlejší diagnózy:

E 660 Obezita způsobena nadměrným příjmem kalorií

E 782 Smíšená hyperlipidemie

I 10 Esenciální hypertenze

I 340 Insuficience mitrální chlopně

I 361 Nerevm. insuficience trojcípé chlopně

I 489 Fibrilace a flutter síní

I 500 Městnavé selhání srdce

I 7020 Ateroskleróza končetinových tepen

M 171 Jiná primární gonartróza

Z 508 Péče s použitím jiných rehabilitačních výkonů

Z 896 Získané chybění nohy nad kolenem

STAV PŘI PŘIJETÍ 07.07.2016

TK: 125/105 mmHg

SpO2: 98%

P: 98/min

Váha: 87 kg (bez amputované končetiny)

D: 16/min

Výška: 169 cm

TT: 36,6°C

Vědomí: při vědomí, orientován

HODNOCENÍ RIZIK

Test základních všedních činností dle Barthelové – 75 bodů (lehká závislost)

Hodnocení rizika vzniku dekubitů dle Nortonové – 26 bodů

Posouzení rizika pádu (MORSE) MFS – 45 bodů (standardní opatření k prevenci pádu)

VAS 4 (středně silná bolest)

Nynější onemocnění:

Pacient 74 let kardiak a diabetik na inzulínu byl přijat překladem z chirurgické kliniky FN Hradec Králové na LDN Nový Bydžov k doléčení stavu po amputaci ve stehně LDK a zahájení rehabilitace. Při přijetí pacient leží v lůžku, komunikuje, orientován. Stěžuje si na mírné fantomové bolesti, bolesti v pravém kolenu a v pravé kyčli při pohybu. Vstupní glykémie 17,9 mmol/l. V plánu základní laboratorní odběry, glykemický profil, péče o amputační pahýl a zahájení rehabilitace.

Informační zdroje:

Překladová zpráva lékařská, překladová zpráva ošetrovatelská, pacient.

ANAMNÉZA

RODINNÁ ANAMNÉZA

Rodiče: zemřeli stářím

Sourozenci: 0

Děti: 1 syn 1977 – zdrav

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Vlhká gangréna a absces levé nohy při syndromu diabetické nohy vlevo 6/2016

- amputace levé dolní končetiny ve stehně 26.06.2016

Diabetes mellitus II. typ – inzulínoterapie 11/2005, PAD 4/2008, nyní IIR

Fibrilace síní permanentní 1997

Městnavé srdeční selhání 6/2016 – EF LK 35%, difúzní porucha kinetiky (UZ 26.6.2016), dilatace všech srdečních oddílů

Mitrální insuficience významná - UZ 26.6.2016

Trikuspidální insuficience významná – UZ 26.6.2016

Cholecystolitiáza bez známek akutního zánětu – 2007

Hyperlipoproteinemie smíšená – statiny

Hyperurikémie asymptomatická od 5/2012 léčená

Obezita

DOPLŇUJÍCÍ ANAMNÉZA PODLE SYSTÉMŮ

Kůže a kožní adnexa: přiměřený stav hydratace, bez vyrážky a svědění kůže, bez cyanosy a ikteru, PDK s pigmentovými změnami na bérce, LDK amputace ve stehně – operační rána klidná, hojí se primárně, stehy ponechány, ochlupení a ztráta vlasů přiměřená věku

Hlava: bez úrazu, na bolesti hlavy netrpí

Oči: spojivky přiměřeně prokrvené, zhoršený zrak – nošení brýlí na čtení, poslední kontrola u očního lékaře 5/15

Uši: bez výtoků, sluch přiměřený věku

Nos: bez krvácení a výtoků

Dutina ústní, chrup, dásně: jazyk vlhký, bez povlaků, zubní protéza horní a dolní, dásně klidné, bez otoků, poslední kontrola u zubního lékaře 3/15

Hrdlo: klidné, bez akutního postižení

Respirační trakt: spontánně ventilující, bez dušnosti, dýchání čisté, sklípkové

Kardiovaskulární soustava: hrudník palpačně nebolestivý, srdeční akce nepravidelná, 95/min. ozvy tiché, bez šelestu, PDK bez otoků, vysoký krevní tlak korigován léky

Gastrointestinální trakt: dietní omezení – diabetická dieta, bez polykacích obtíží, břicho obézní ale ještě prohmatné, bez hmatné rezistence, peristaltika +, občasné nadýmání po dietní chybě, stolice pravidelná – bez příměsi krve a hlenu

Urogenitální trakt: plně kontinentní, močení bez pálení a řezání

Svaly, klouby, páteř: dolní končetiny deformující gonartrozou vpravo, krční páteř volně pohyblivá, svalový tonus přiměřený věku

Neurologické příznaky a psychický stav: při vědomí, orientován, spolupracující. Bez neurologického nálezu na hlavových nervech. Adaptabilní.

Lymfatický a hematopoetický systém: štítná žláza nezvětšená, uzliny nezvětšený

Rizikové faktory: kouření do 55 let 20 cigaret za den, alkohol příležitostně

Dispenzarizace: diabetologie (MUDr. E.M.), kardiologie (MUDr. J.T.)

LÉKOVÁ ANAMNÉZA

Furorese 40 mg tbl. p.o.	1 – 1 – 0 – 0	Diuretikum
Kalnormin 1g tbl. p.o	1 – 0 – 1 – 0	Kaliový přípravek
Bisoprolol 10 mg tbl. p.o	1 – 0 – 0 – 0	Antihypertenzivum
Metamizol 500 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1 – 0	Analgetikum, Antipyretikum
Warfarin 5 mg tbl. p.o	0 – 1 – 0 – 0	Antikoagulans
Tritace 5 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 0 – 0	Antihypertenzivum
Oxazepam 10 mg tbl. p.o.	0 – 0 – 0 – 1	Anxiolytikum
Digoxin 0,250 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 0 – 0	Kardiotonikum

Stacyl 100 mg tbl. p.o.	0 – 1 – 0 – 0	Antiagregans
Stadamet 500 mg tbl. p.o.	1 – 0 – 1 – 0	Antidiabetikum
Insuman Rapid s.c.	25j – 10j – 10j – 0	Antidiabetikum
Lantus s.c.	0 – 0 – 0 – 35j	Antidiabetikum

ALERGOLOGICKÁ ANAMNÉZA

Léky: 0 **Potraviny:** 0 **Zvířata:** 0 **Ostatní:** 0

TOXIKOLOGICKÁ ANAMNÉZA – ABÚZY

Kouření: do 55 let 20 cigaret denně **Káva:** 2x denně **Alkohol:** příležitostně

Léky: 0 **Jiné drogy:** 0

SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA

Stav: ženatý

Bytové podmínky: žije v rodinném domku s manželkou

Záliby: koukání na televizi, čtení knih, luštění křížovek, zajímá se o dění kolem sebe

PRACOVNÍ ANAMNÉZA

Vzdělání: středoškolské

Pracovní zařazení: starobní důchodce

SPIRITUÁLNÍ ANAMNÉZA

Pacient bez vyznání.

ORDINOVANÁ VYŠETŘENÍ A KONZÍLIA

EKG – 07. 07. 2016

Laboratorní vyšetření – KO, biochemické vyšetření, moč sediment – 08. 07. 2016

Glykemický profil 4x denně jednou za 14 dní

Rehabilitační konzilium pro protetickou péči – po zhojení operační rány

Rehabilitace na oddělení – kondice na lůžku, nácvik soběstačnosti, prevence imobilizačního syndromu

TK a P 1x týdně

Péče o operační ránu

EKG z 07. 07. 2016

FiS s vyšší odpovědí komor, frekvence 95/min

Laboratorní vyšetření z 08. 07. 2016

	Biochemické vyšetření	
Glukóza	8,7 mmol/l	4,0 – 5,6 mmol/l
Urea	7,5 mmol/l	2,8 – 8,0 mmol/l
Kreatinin	52 µmol/l	53 – 100 µmol/l
Kyselina močová	370 µmol/l	230 – 480 µmol/l
Bilirubin	9 µmol/l	< 17
Sodík	132 mmol/l	137 – 146 mmol/l
Draslík	4,29 mmol/l	3,8 – 5,0 mmol/l
Chloridy	97 mmol/l	97 – 108 mmol/l

ALT	0,26 μ kat/l	< 0,78 μ kat/l
AST	0,37 μ kat/l	< 0,75 μ kat/l
Celková bílkovina	71,2 g/l	65,0 – 85,0 g/l
Albumin	29,5 g/l	35,0 – 53,0 g/l
CRP	89,8 mg/l	< 5,0 mg/l
TSH	1,240 mU/l	0,350 – 4,940 mU/L
HbA1c	42 mmol/l	20,0 – 42,0 mmol/l
INR	2,56	1

Krevní obraz

Hemoglobin	133 g/l	135 – 175 g/l
Erytrocyty	4,23 x 10 ¹² /l	4,00 – 5,80 x 10 ¹² /l
Hematokryt	0,41 %	0,40 – 0,50 %
Leukocyty	5,4 x 10 ⁹ /l	4,0 – 10,0 x 10 ⁹ /l
Trombocyty	230 x 10 ⁹ /l	150 – 400 x 10 ⁹ /l

Moč chemicky a močový sediment

Specifická hustota	1021 kg/m ³	1015 – 1020 kg/m ³
pH	5,0	4,5 – 5,5
Bílkovina	negativní	
Krev	1	
Glukóza	negativní	
Aceton	negativní	

Bilirubin	negativní	
Urobilinogen	1	
Nitrity	negativní	
Leukocyty	7 10 ⁶ /l	< 10 10 ⁶ /l
Erytrocyty	24 10 ⁶ /l	< 5 10 ⁶ /l
Bakterie	1	
Hlen	2	

GLYKEMICKÝ PROFIL Z 08. 07. 2017

Čas 07:00	5,5 mmol/l	glukóza glukometrem
Čas 11:00	5,6 mmol/l	glukóza glukometrem
Čas 17:00	6,2 mmol/l	glukóza glukometrem
Čas 20:00	6,9 mmol/l	glukóza glukometrem

Rehabilitační konzílium ze dne 14. 09.2016

Odeslaná žádost rehabilitačnímu lékaři pro zhodnocení a předepsání stehenní protézy LDK.

Konzílium: pacient soběstačný na lůžku, schopen sedu, postavení, chůze s oporou chodítka o PDK. Pahýl - levé stehno zhojeno. Předepsána protéza stehenní LDK, prvovybavení sk.05, kod 0011536. Odesláno na protetickou firmu, sjednanou naší nemocnicí. Po vytvoření stehenní protézy a dle obložnosti rehabilitačního oddělení, bude pacient přijat na rehabilitační oddělení.

Záznam informací z rozhovoru s pacientem 07. 07. 2016

Pacientovi R.V. je 74 let. Bydlí s manželkou v rodinném domku s velkou zahradou ve městě. Na oddělení LDN byl přijat překladem z chirurgického oddělení po amputaci levé dolní končetiny ve stehně při syndromu diabetické nohy. Nyní je pacient 11. pooperační den. Pacient je diabetik na PAD a inzulínu.

Pacient je smířen se ztrátou dolní končetiny. Už nemá úporné bolesti nohy. Po operaci cítí výraznou úlevu od bolestí. Občas se objevují fantomovy bolesti, které jsou redukovány analgetiky. Začíná s rehabilitací chůze ve vysokém chodítku o PDK. V lůžku plně soběstačný. Alkohol příležitostně, nekouří od 55 let. Dodržuje rady a pokyny lékařského a ošetřovatelského personálu.

Pacient dodržuje diabetickou dietu, hladiny glykemií jsou v normě. Obézní. Výkyvy hmotnosti nejsou. Pouze v posledním měsíci zhubl. Nechutnalo mu jíst z důvodu bolesti nohy. Nyní je už vše v pořádku. S polykáním problémy nemá, používá horní a dolní protézu. Poslední kontrola u zubního lékaře v březnu 2015. Snaží se denně vypít 2 l tekutin – čaj, neslazené minerální vody. Kávu pije 2x denně.

Kůže je dostatečně hydratovaná, pigmentové změny na PDK. Sliznice jsou vlhké a růžové. Pocení je přiměřené bez oděru.

Pacient plně kontinentní. Močení bez pálení a řezání. Používá močovou lahev. Stolice pravidelná 1x denně. Vyprazdňování na klozetové křeslo.

Operační rána klidná, bez zarudnutí. Stehy, bez sekrece, okolí klidné. Hojí se primárně.

Pacient před hospitalizací zvládal péči o rodinný domek. S manželkou se staraly o velkou zahradu u domku. Nyní po operaci bude většina péče o domek a zahradu na manželce. Mají jednoho syna, který jim slíbil, že jim se vším pomůže. Odpočívá dle potřeby, většinou po obědě si jde lehnout. Dnes již necvičí jako v mladším věku. Pasivně koukání na televizi, čtení knih, luštění křížovek, zajímání se o dění kolem sebe.

Pacient potřebuje dopomoc při všech denních činnostech. V rámci lůžka je plně soběstačný. Zvládá přemístění z lůžka na židli, klozetové křeslo s dopomocí personálu. S rehabilitační sestrou nacvičují chůzi ve vysokém chodítku.

Pacient má narušený spánek z důvodu hospitalizace. V cizím prostředí se mu usíná hůře. Po použití tablety na spaní spí celou noc a ráno se cítí odpočatý.

Pacient je při vědomí, orientovaný všemi kvalitami.

Problémy se sluchem nemá. Používá brýle na čtení. Pravidelně navštěvuje očního lékaře. Komunikace je bez omezení. Řeč je plynulá, srozumitelná.

Pacient je optimista a věří, že vše bude zase tak jako dřív. Je přátelský a má mnoho kamarádů, kteří ho navštěvují v nemocnici. Pravidelně ho navštěvuje manželka a syn s rodinou. Rodina je informována o stavu pacienta a je mu velikou oporou.

Stresové situace zvládá bez problémů. V poslední době větší stres neměl až nyní po operaci, ale už je vše v pořádku.

Pacient není věřící.

SOUVISEJÍCÍ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY DNE 07. 07. 2016

Akutní bolest – 00132

Deficit sebeděže při koupání – 00105

Deficit sebeděže při oblékání – 00109

Deficit sebeděže při vyprazdňování – 00110

Deficit sebeděže při stravování - 00102

Narušený vzorec spánku – 00198

Narušený obraz těla – 00118

Zhoršená chůze – 00088

Zhoršená schopnost přemístování se – 00090

Riziko infekce – 00004

Riziko pádu – 00155

STANOVENÉ OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY A JEJICH USPOŘÁDÁNÍ PODLE PRIORIT DNE 07. 07. 2016

Ošetřovatelská diagnóza: Akutní bolest (00132)

Doména 12: Komfort

Třída 1: Tělesný komfort

Definice: Nepříjemný smyslový a emoční zážitek vycházející z aktuálního nebo potenciálního poškození tkáně či popsany pomocí termínu pro takové poškození (Mezinárodní asociace pro studium bolesti); náhlý nebo pomalý nástup libovolné intenzity od mírné po silnou, s očekávaným či předvídatelným koncem.

Určující znaky: Vlastní hlášení o intenzitě bolesti pomocí standardizovaných škál bolesti (např. analogová škála bolesti).

Související faktory: Fyzikální původci zranění (např. amputace).

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient udává zmírnění bolesti po podání analgetik

Cíl krátkodobý: Pacient udává zmírnění bolesti do 30 minut po podání analgetik.

Očekávané výsledky:

- pacient chápe příčiny vzniku bolesti
- pacient je schopný o bolesti a jejích projevech hovořit
- pacient je schopen sledovat bolest
- pacient se naučí metodám zmírňujícím bolest
- pacient dodržuje farmakologický režim

- pacient zná a využívá některé relaxační techniky
- pacient klidně spí
- pacient udává, že je bolest zmírněna/zvládnuta

Plán intervencí:

- zhodnot' charakter, intenzitu a lokalizaci bolesti a proved' záznam do dokumentace – denně – všeobecná sestra
- podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinky – denně – všeobecná sestra
- použij psychoterapeutický přístup – denně – všeobecná sestra
- zajisti nemocnému pohodlí, úlevovou polohu – denně – všeobecná sestra
- aplikuj analgetika před převazem operační rány – denně – všeobecná sestra
- sleduj změny charakteru bolesti – denně – všeobecná sestra

Realizace: Pacient při příjmu udává bolesti v amputačním pahýlu. VAS 5. Dle ordinace lékaře jsou podána analgetika, která jsou pravidelně naordinována. Do jedné hodiny pacient cítí úlevu. VAS 2. Po měsíci hospitalizace se bolest zmírňuje a analgetika jsou postupně ubírána. Na konci hospitalizace již pacient bez bolestí.

Hodnocení: Pacient dokázal zhodnotit svou bolest a naučil se metodám ke snížení bolesti. Pacient pravidelně dodržuje farmakologický režim. Cíl krátkodobý i dlouhodobý byl splněn. Pacient na konci hospitalizace bez bolesti.

Ošetrovatelská diagnóza: Deficit sebekpěče při stravování (00109)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebekpěče

Definice: Zhoršená schopnost provádět nebo dokončit aktivity týkající se samostatného stravování.

Určující znaky: Zhoršená schopnost připravit si jídlo, zhoršená schopnost přijímat jídlo společensky přijatelným způsobem.

Související faktory: Překážky v prostředí. Bolest. Muskuloskeletální poškození.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá sebepéči při stravování.

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient je schopen si připravit jídlo
- pacient se stravuje společensky přijatelným způsobem
- pacient je účinně motivován

Plán intervencí:

- asistuj při rehabilitačním programu – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- snaž se vyřešit bariery prostředí a zmírnit nepohodlí – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- průběžně motivuj pacienta – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- kontroluj bezpečnost pacienta a průběžně upozorňuj na rizika – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Pacient provádí každý den nácvik v péči při stravování. Nácvik je zkomplikován tím, že pacienti dostávají jídlo k lůžku a nemusejí nikam chodit ani jezdit. Při donešení jídla k lůžku je pacient plně soběstačný a dokáže se sám najíst. Po zvládnutí přemísťování na invalidní vozík si pacient dokáže dojet do patientské lednice.

Hodnocení: Aktivně se zapojuje do nácviku soběstačnosti a péči při stravování při chodu oddělení.

Ošetřovatelská diagnóza: Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebevěče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky: Zhoršená schopnost manipulovat s oblečením za účelem vyprazdňování. Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu. Zhoršená schopnost vstát z toalety.

Související faktory: Zhoršená schopnost přemířovat se. Zhoršená mobilita. Bolest. Muskuloskeletální poškození.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá sebevěči

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient je seznámen s pomůckami, které mu pomohou v věči o sebe
- je seznámen s profesionální i laickou pomocí
- pacient zvládá sebevěči s dopomocí
- pacient se naučí změnit navyklé způsoby, aby byly splněny potřeby věče o sebe sama
- pacient provádí věči o vyprazdňování na úrovni svých schopností

Plán intervencí:

- prováděj nácvik soběřtačnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- podporuj nemocného ve snaze o zlepšení stavu – denně – všeobecná sestra
- dbej na soukromí pacienta – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti přířslušné pomůcky – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

- ved' pacienta k aktivní úloze v péči o sebe sama – denně – všeobecná sestra
- poskytni pacientovi dostatek času při provádění dané činnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti bezbariový přístup na toaletu – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti aktivní rehabilitaci pro posílení svalstva – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Pacient provádí každý den nácvik přemíst'ování z lůžka na klozetové křeslo. První měsíc hospitalizace pacient provádí s dopomocí a dohledem zdravotnického personálu. Po zbytek hospitalizace pacient soběstačný. Zvládá přemíst'ování na klozetové křeslo. Ke konci hospitalizace pacient dokáže použít bezbariérovou toaletu na oddělení.

Hodnocení: Pacient měl zajištěny příslušné pomůcky. Aktivně se zapojuje do nácviku soběstačnosti. Pacient na konci hospitalizace používá bezbariérovou toaletu.

Ošetřovatelská diagnóza: Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky: Zhoršená schopnost dostat se do koupelny. Zhoršená schopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody.

Související faktory: Zhoršená mobilita. Bolest. Muskuloskeletální poškození.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá sebepéči

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient je seznámen s pomůckami, které mu pomohou v péči o sebe
- je seznámen s profesionální i laickou pomocí
- pacient zvládá koupání s dopomocí
- pacient se naučí změnit navyklé způsoby, aby byly splněny potřeby péče o sebe sama
- pacient provádí koupání na úrovni svých schopností

Plán intervencí:

- prováděj nácvik soběstačnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- podporuj nemocného ve snaze o zlepšení stavu – denně – všeobecná sestra
- dbej na soukromí pacienta – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti příslušné pomůcky – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- ved' pacienta k aktivní úloze v péči o sebe sama – denně – všeobecná sestra
- poskytni pacientovi dostatek času při provádění dané činnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti bezbariový přístup do koupelny – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Pacient provádí každý den nácvik přemístování z lůžka na invalidní vozík. První měsíc hospitalizace pacient provádí s dopomocí a dohledem zdravotnického personálu. Po zbytek hospitalizace pacient soběstačný. Zvládá přemístování na invalidní vozík. Ke konci hospitalizace pacient dokáže použít bezbariérovou koupelnu na oddělení, kam si přejíždí na invalidním vozíku. V bezbarierové koupelně se dokáže přesunout z invalidního vozíku na koupací sedátko.

Hodnocení: Pacient měl zajištěny příslušné pomůcky. Aktivně se zapojuje do nácviku soběstačnosti. Pacient na konci hospitalizace používá bezbariérovou koupelnu na oddělení.

Ošetrovatelská diagnóza: Deficit sebepéče při oblékání (00109)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně se obléknout nebo dokončit oblékání.

Určující znaky: Zhoršená schopnost vytáhnout oblečení ze skříní/šatníku. Zhoršená schopnost obléknout si oblečení na dolní část těla. Zhoršená schopnost obléknout/svléknout si potřebné části oděvu (např. ponožky, boty).

Související faktory: Zhoršená mobilita. Bolest. Muskuloskeletální poškození.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá sebepéči

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient se naučí novému způsobu pečovat o sebe sama včetně používání kompenzačních pomůcek
- pacient se naučí změnit navyklé způsoby, aby byly splněny potřeby péče o sebe sama
- pacient bude provádět péči o sebe na úrovni svých znalostí a dovedností
- sestra poskytne pacientovi pomoc při provádění péče

Plán intervencí:

- prováděj nácvik soběstačnosti – denně – všeobecná sestra, ošetrovatel
- podporuj nemocného ve snaze o zlepšení stavu – denně – všeobecná sestra
- dbej na soukromí pacienta – denně – všeobecná sestra, ošetrovatel
- zajisti, jaké kompenzační pomůcky pacient potřebuje, a zajisti je – denně – všeobecná sestra, ošetrovatel

- ved' pacienta k aktivní úloze v péči o sebe sama – denně – všeobecná sestra
- poskytni pacientovi dostatek času při provádění dané činnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti volný přístup ke skříním – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Pacient provádí každý den nácvik v péči o sebe sama. První měsíc hospitalizace pacient provádí s dopomocí a dohledem zdravotnického personálu. Po zbytek hospitalizace pacient soběstačný. Zvládá přemísťování na invalidní vozík a navlékání vysoké protézy. S kompenzačními pomůckami je schopen dostat se ke skříní a vyndat si potřebný druh oblečení a posléze si jej i obléci.

Hodnocení: Pacient měl zajištěny příslušné pomůcky. Aktivně se zapojuje do nácviku soběstačnosti a péči o sebe sama.

Ošetřovatelská diagnóza: Zhoršená schopnost přemísťování se (00090)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/cvičení

Definice: Omezení nezávislého pohybu mezi dvěma blízkými povrchy.

Určující znaky: Omezený rozsah pohybu. Změna chůze.

Související faktory: Zhoršená schopnost přemístit se z lůžka na židli/vozík. Zhoršená schopnost přemístit se z lůžka do stoje. Zhoršená schopnost přemístit se z auta na vozík. Zhoršená schopnost pohybu po nerovných površích. Zhoršená schopnost přemístit se do vany a zpět. Zhoršená schopnost přemístit se na toaletu a zpět.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient zvládá se přemístit z místa na místo.

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient slovně vyjadřuje chápání situace a znalost bezpečnostních opatření

- pacient ovládá způsoby přesunu
- pacient potřebné přesuny ovládá bezpečně

Plán intervencí:

- konzultuj fyzioterapeuta ohledně rehabilitačního postupu nebo volby vhodných pomůcek – 1x týdně – všeobecná sestra
- nauč pacienta používat zábrany, hrazdičku, chodítko, signalizaci, invalidní vozík, berle – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti bezpečnost a polohu pacienta – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti kvalitní obuv – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- zajisti udržování volného průchodu – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- poskytni pacientovi dostatek času při provádění dané činnosti – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: Pacient provádí každý den nácvik v péči o sebe sama. 1x týdně dochází fyzioterapeut a provádí konzultace o další rehabilitaci a používání rehabilitačních pomůcek. První měsíc hospitalizace pacient provádí s dopomocí a dohledem zdravotnického personálu. Po zbytek hospitalizace dochází ke zlepšení kondice pacienta. Zvládá přemísťování na invalidní vozík. Při překladu pacient již zvládá s kompenzačními pomůckami se samostatně přemístit.

Hodnocení: Pacient měl zajištěny kompenzační pomůcky. Byla prováděna pravidelná konzultace s fyzioterapeutem. Dlouhodobý cíl byl splněn, pacient zvládá se přemístit z místa na místo.

Ošetřovatelská diagnóza: Narušený obraz těla (00118)

Doména 6: Seberpercepce

Třída 3: Obraz těla

Definice: Zmatek v mentálním obrazu fyzického já.

Určující znaky: Chybějící část těla. Strach z reakce jiných. Změna stavby těla.

Související faktory: Změna tělesné funkce. Operace.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient chápe tělesné změny.

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient akceptuje sebe sama v dané situaci
- pacient se adaptuje na narušený obraz těla
- pacient chápe tělesné změny
- pacient uznává vlastní odpovědnost za sebe sama
- pacient používá adaptivní pomůcky nebo protézy

Plán intervencí:

- vyslechni pacientovy obavy a otázky, pohovoř s ním o všem, co ho tíží - denně
– všeobecná sestra
- pomoz pacientovi zvládnout základní problémy – denně – všeobecná sestra
- pomoz pacientovi se sebepéčí, podporuj individuální schopnosti a nezávislost
– denně – všeobecná sestra
- pohovoř s pacientem o dostupné protetické pomůcce – denně – všeobecná sestra
- povzbuzuj členy rodiny, aby s pacientem nejednali jako s postiženým – denně –
všeobecná sestra

Realizace: S pacientem a s rodinnými příslušníky jsou konzultovány tělesné změny. Pacient poměrně dobře akceptuje svůj narušený obraz těla. Již se těší na zhotovení protézy. Při překladu pacient již zvládá základy používání protézy.

Hodnocení: Pacientovi byla zajištěna protetická péče. Pacient je smířen se svými tělesnými změnami. Dlouhodobý cíl byl splněn, pacient chápe tělesné změny.

Ošetřovatelská diagnóza: Narušený vzorec spánku (00198)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 1: Spánek/odpočinek

Definice: Časově omezená narušení množství a kvality spánku vlivem vnějších faktorů.

Určující znaky: Změna normálního vzorce spánku. Potíže s usínáním. Nespokojenost se spánkem.

Související faktory: Okolní bariéry – neznámé prostředí. Nedostatek soukromí při spánku.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude spokojen se spánkem a zkrátí se doba usínání.

Cíl krátkodobý: Pacient udává zlepšení doby usínání do 72 hodin.

Očekávané výsledky:

- u pacienta došlo ke zlepšení usínání
- jsou známy příčiny změny spánku

Plán intervencí:

- vyvětrej před spaním a uprav lůžko - denně - všeobecná sestra, ošetřovatel
- dle ordinace lékaře podávej hypnotika a sleduj jejich účinnost – denně – všeobecná sestra
- upozorni pacienta na omezení kávy, čaje před spaním – denně – všeobecná sestra
- vyptávej se na každou okolnost, která spánek ruší, a zaznamenej její výskyt – denně – všeobecná sestra

Realizace: S pacientem jsou konzultovány okolnosti, které spánek ruší. Pacientovi je upraveno lůžko a vyvětráno v pokoji. Jsou podávány hypnotika dle ordinace lékaře, které pomáhají pacientovi zkracovat dobu usínání.

Hodnocení: U pacienta nedochází do 72 hodin ke zlepšení usínání. Krátkodobý cíl není splněn. Zlepšení s usínáním pozorujeme až po měsíci hospitalizace. Pacient do konce hospitalizace užívá hypnotika, ale je spokojen, že problém s usínáním vymizel. Dlouhodobý cíl byl splněn.

Ošetrovatelská diagnóza: Zhoršená chůze (00088)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 2: Aktivita/odpočinek

Definice: Omezení nezávislého pohybu v prostředí při chůzi.

Určující znaky: Zhoršená schopnost zdolávat schody. Zhoršená schopnost překonávat obrubníky. Zhoršená schopnost chodit z/do kopce. Zhoršená schopnost chodit po nerovném povrchu. Zhoršená schopnost ujít požadované vzdálenosti.

Související faktory: Omezení prostředím, zhoršená rovnováha, nedostatečné znalosti o možnostech pohybu, muskuloskeletální poškození, obezita, ztráta kondice.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacient bude nezávislý pohybu při chůzi.

Cíl krátkodobý:

Očekávané výsledky:

- pacient je schopen pohybovat se v prostředí dle potřeby samostatně nebo s pomůckami
- pacient umí slovně vyjádřit pochopení situace, rizikových faktorů a bezpečnostních opatření

Plán intervencí:

- konzultuj s fyzioterapeutem individuální program mobility, doporučení pomůcek
 - 1x týdně - všeobecná sestra
- poskytni pacientovi dostatek času na nácvik chůze – denně – všeobecná sestra

- dbej na bezpečnost a prevenci pádů – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- povzbuzuj pacienta, podporuj ho v chůzi a cvičení – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel

Realizace: S fyzioterapeutem je pravidelně konzultován individuální program chůze a doporučení rehabilitačních pomůcek. Pacientovi je pravidelně vysvětlována bezpečnost a prevence pádu při nácviu chůze. Po vyhotovení protézy dochází nácviu chůze o podpažních berlích. Chůze s protézou nestabilní.

Hodnocení: U pacienta je prováděna pravidelná rehabilitace k nácviu chůze. Pacient se snaží spolupracovat a dbá pokynů rehabilitační sestry. I přes každodenní rehabilitaci se nedaří, aby pacient byl samostatný při chůzi. Dlouhodobý cíl nebyl plně splněn. K další intenzivnější rehabilitaci přeložen na rehabilitační oddělení.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko infekce (00004)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Náchylnost k napadení a množení se patogenních organismů. což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: Chronické onemocnění, změna integrity kůže

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta se během hospitalizace nevyskytne infekce.

Cíl krátkodobý: Zhojena operační rána.

Očekávané výsledky:

- pacient chápe příčinu vzniku a zná postupy vedoucí k prevenci infekce
- včasné hojení rány per primam
- u pacienta se neobjeví místní ani celkové známky infekce.

Plán intervencí:

- prováděj prevenci nozokomiálních nákaz – denně - všeobecná sestra, ošetřovatel
- dodržuj aseptický postup při převazech – denně – všeobecná sestra
- myslí na možnost sepse, k jejímž příznakům patří horečka, třesavka, pocení, porucha vědomí – denně – všeobecná sestra
- edukuj pacienta o způsobech, jak snížit riziko pooperační infekce – denně – všeobecná sestra

Realizace: Denně je prováděna prevence nozokominálních nákaz. Do zhojení operační rány jsou prováděny aseptické převazy. Během hojení operační rány je rána klidná a hojí se primárně.

Hodnocení: U pacienta nedošlo během hospitalizace ke známám infekce – dlouhodobý cíl splněn. Operační rána zhojena – krátkodobý cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko pádu (00155)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Tělesné poškození

Definice: Náchylnost k pádům, které mohou způsobit fyzickou újmu, což může ohrozit zdraví.

Rizikové faktory: Věk \geq 65 let, protéza dolní končetiny, používání pomůcek (chodítka), porušená rovnováha, zhoršená mobilita.

Priorita: vysoká

Cíl dlouhodobý: U pacienta během hospitalizace nedojde k pádu.

Cíl krátkodobý: Bez pádu.

Očekávané výsledky:

- pacient si je vědom možnosti pádu, úrazu a ví jak mu předcházet

- jsou odstraněny rizikové faktory vedoucí k pádu, úrazu a upraveno prostředí
- pacient umí dobře používat kompenzační pomůcky

Plán intervencí:

- zjistí úroveň rozumových a duševních schopností, stupeň postižení a pohyblivost – denně - všeobecná sestra
- zajistí pomůcky pro bezpečnost a pomůcky k lůžku (signalizace, výška lůžka) – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- uprav vhodně okolí lůžka – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- vysvětlí důležitost vhodné obuvi, správného používání pomůcek, prevenci pádu, úrazu – denně – všeobecná sestra
- zajistí bezpečnost pacienta při všech léčebných a ošetřovatelských výkonech – denně – všeobecná sestra, ošetřovatel
- edukuj pacienta v používání kompenzačních pomůcek – denně – všeobecná sestra

Realizace: Pacientovi je pravidelně vysvětlováno důležitost vhodné obuvi a správné používání kompenzačních pomůcek. Pacient si je vědom svého postižení a své pohyblivosti.

Hodnocení: U pacienta nedošlo během hospitalizace k pádu – dlouhodobý cíl splněn.

Ošetřovatelská diagnóza: Riziko nestabilní glykemie (00179)

Doména 2: Výživa

Třída 4: Metabolismus

Definice: Náchylnost ke změně glykemie oproti normálnímu rozmezí, což může vést k oslabení zdraví.

Rizikové faktory: Nedostatečné monitorování glykémie, nedostatečná léčba diabetu, nedodržování plánu léčby diabetu.

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: U pacienta se během hospitalizace nevyskytne hypo nebo hyperglykemie

Cíl krátkodobý: Stabilní hodnoty glykemie.

Očekávané výsledky:

- pacient chápe příčinu vzniku a zná postupy vedoucí k prevenci hypo nebo hyperglykemie
- u pacienta se neobjeví známky hypo nebo hyperglykémie

Plán intervencí:

- prováděj prevenci hypo nebo hyperglykemií – denně - všeobecná sestra, ošetřovatel
- aplikuj inzulin a antidiabetika dle ordinace lékaře – denně – všeobecná sestra
- prováděj monitoraci glykemií dle ordinace lékaře – dle ordinace lékaře – všeobecná sestra
- edukuj pacienta o pravidelnosti výživy související s aplikací inzulínu – denně – všeobecná sestra

Realizace: Denně je aplikován inzulin před stravou dle ordinace lékaře. Pacient si je vědom důležitosti se najíst po aplikaci inzulínu. Jednou za čtrnáct dní – dle ordinace lékaře – byl prováděn monitorink glykemií. Hodnoty glykémii měly ustálený charakter.

Hodnocení: U pacienta nedošlo během hospitalizace k hypo nebo hyperglykemiím.

Celkové zhodnocení

Pacient byl na oddělení hospitalizován pět měsíců. Za pobytu na oddělení došlo k dohojení amputačního pahýlu, zhotovení protetické pomůcky a následně byla zahájena rehabilitace se stehenní protézou. Bolest pacienta byla redukována pravidelným podáváním analgetik. Bolesti jsou pro pacienta snesitelné a neomezují ho

v pohybu v lůžku a ani mimo lůžko. Během pobytu na oddělení se pacient naučil používat invalidní vozík, kterým se pohyboval po oddělení a dokázal používat bezbariérovou koupelnu a toaletu. Po počáteční nejistotě se pacient naučil sám nasadit stehenní protézu a zvládal chůzi ve vysokém rehabilitačním vozíku. Chůze o podpažních berlích byla nejistá a velmi vysilující pro pacienta. Pacient měl při příjmu problém s usínáním, protože se necítí dobře v cizím prostředí. Po pravidelném užívání anxiolytik se stav upravil, pacient usíná bez problémů a ráno je odpočatý. Během hospitalizace nedošlo ke známkám infekce, pacient byl bez pádu a glykémie byly uspokojivé. 12.12.2016 byl pacient přeložen na rehabilitační oddělení naší nemocnice k intenzivnější rehabilitaci

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá tématem „Ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny“. V teoretické části byly vysvětleny základní pojmy, jakými jsou obecná anatomie, amputace, rehabilitační péče po amputaci, protetika. V praktické části je zpracována ošetrovatelská péče u pacienta po amputaci dolní končetiny.

Bakalářská práce měla jeden cíl v teoretické části, kde se měly předložit dohledané publikované poznatky o anatomii dolní končetiny, o amputaci a péči o amputovaný pahýl, rehabilitace s protetikou pomůckou. Cíl v teoretické části byl splněn. V praktické části byly zvoleny dva cíle, a to zpracovat ošetrovatelskou péči u pacienta po amputaci dolní končetiny a stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDY International ošetrovatelské diagnózy. V praktické části jsme postupovali podle jednotlivých kroků ošetrovatelského procesu a to zhodnocení zdravotního stavu pacienta, stanovení ošetrovatelských diagnóz dle NANDY International, vytvoření plánu intervencí, realizací a konečné hodnocení. Tímto byly cíle v praktické části splněny.

Téma bakalářské práce bylo vybráno s ohledem na osobní praktické zkušenosti z oddělení LDN, kde již několik let pracujeme. Pacienti s touto diagnózou se u nás vyskytují docela často a stráví u nás na oddělení poměrně dlouhý čas i několik měsíců, než jsou přeloženi na rehabilitační oddělení. Naším úkolem není jen dohojit operační ránu, zajistit protetikou pomůcku a následnou rehabilitaci, ale hlavně podpořit pacienta psychicky a být mu nápomocni ve všech denních činnostech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

DUNGL, P. a kolektiv. *Ortopedie*, 2014. 2. přepracované a dopněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., ISBN 978-80-247-4357-8.

DYLEVSKÝ, Ivan, 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3240-4.

FIALA, P., J. VALENTA a L. EBERLOVÁ, 2008. *Anatomie pro bakalářské studium zdravotnických oborů*. Vydání 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-2461491-5.

JANÍKOVÁ, Eva, Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-802-4744-124.

KOLÁŘ, P. et al., 2010. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-657-1.

MEDICAL TRIBUNE PHARMINDEX BREVÍŘ 2007. Brevíř. 16.vydání. Praha. ISBN 978-80-903708-7-6.

NANDA International, Inc., 2015. *Ošetrovatelské diagnózy. Definice a klasifikace 2015 – 2017*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-9009-6.

NAŇKA, O., M. ELIŠKOVÁ a O. ELIŠKA, 2008. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac.* Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1717-6.

POSPÍŠILOVÁ, Blanka, Olga PROCHÁZKOVÁ, 2010. *Anatomie pro bakaláře I*. Liberec: TUL Liberec. ISBN 978-80-7372-675-1.

ROKYTA, R., M. KRŠIAK a J. KOZÁK, 2012. *Bolest: monografie algeziologie*. Vydání 2. Praha: Tigis. ISBN 978- 808-7323-021.

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

VOKURKA, Martin, Jan HUGO, 2016. *Praktický slovník medicíny*. 11. vydání. Praha: MAXDORF. ISBN 978-80-7345-464-7.

Odborné články

BALKOVÁ, Hilda, Oto VINCZE, 2015. Ako môže človeka bolieť niečo, čo už neexistuje?. *Zdravotníctví a medicína*. Praha: MF Medical & Digital Media s.r.o. , č. 5. ISSN 2336-2987.

DAVIDSON, H. Judith, Kok E. Khor & Lorraine E. Jones, 2010. A Cross-sectional study of post-amputation pain in upper and lower limb amputees, experience of a tertiary referral amputee clinic. *Disability and Rehabilitation*. **32** (22): 1855 – 1862.

MROČKOVÁ, Ivana, 2011. Rehabilitace po amputacích pro diabetické komplikace. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. **21** (6). ISSN 1210-0404.

PRICE, B., B. MOFFATT a D. CROFTS, 2015. Managing patients following a lower limb amputation. *JCN*. **29** (3). ISSN 0263 – 4465.

ROŠKOVÁ, Silvia, 2012. Bolest – fyziologie, fáze a léčba. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s., **22** (4). ISSN 1210-0404.

TALPOVÁ, Eva, 2011. Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin. *Sestra*. Praha: Mladá Fronta a.s. **21** (6). ISSN 1210-0404.

Internetové zdroje

M. A. Ortopedická Protetika s.r.o. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navody.html>

ANON. <http://lekarske.slovniky.cz/pojem>. Maxdorf 1998-2017.

Rehabilitace. info. *Fantomová bolest – příznaky, příčiny a léčba*. [online]. 2016. Dostupné z: <http://www.rehabilitace.info/bolesti-2/fantomova-bolest-priznaky-priciny-a-lecba/>

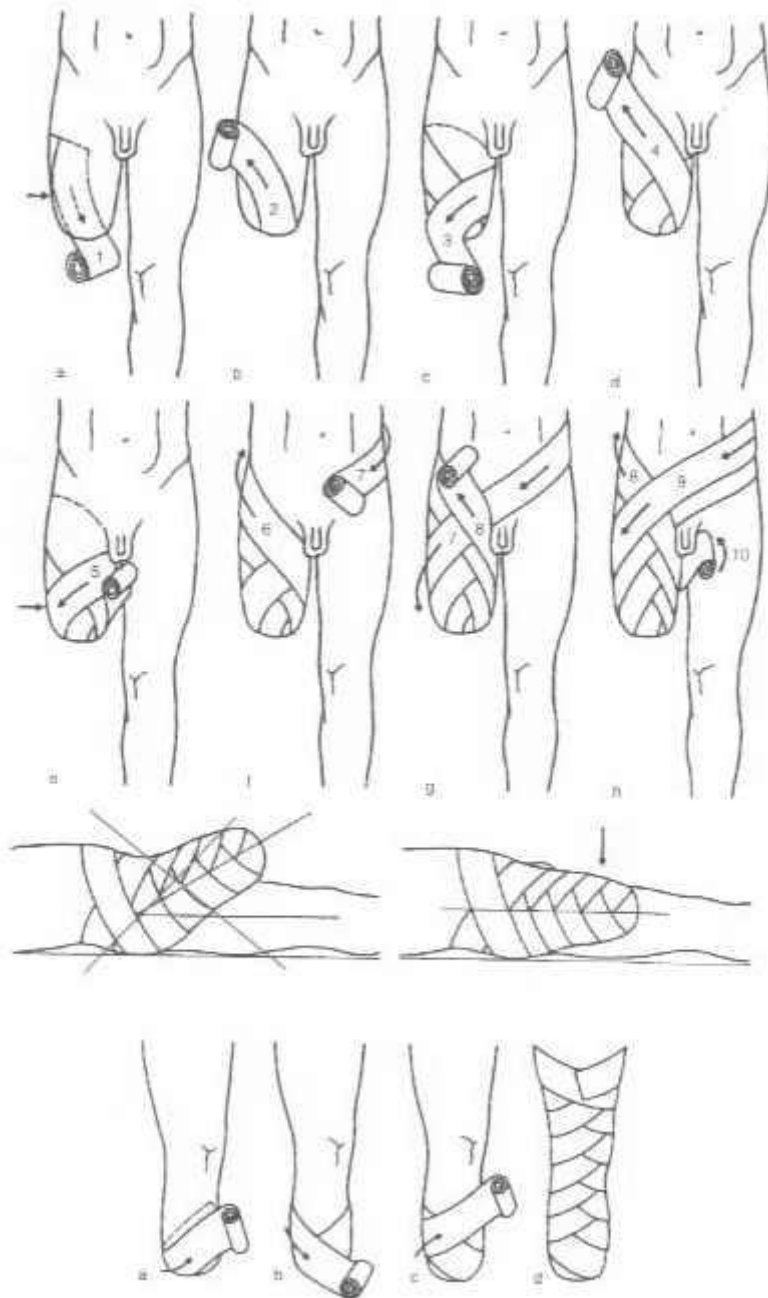
PŘÍLOHY

Příloha A – Bandážování amputačního pahýlu

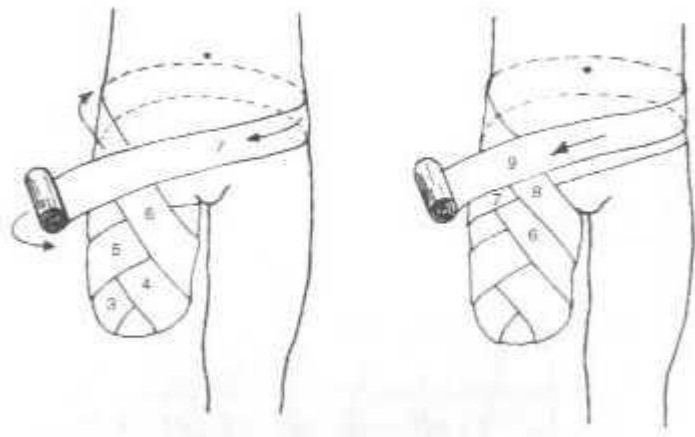
Příloha B – Polohování amputačního pahýlu

Příloha C - Rešeršní protokol

Příloha A – Bandážování pahýlu

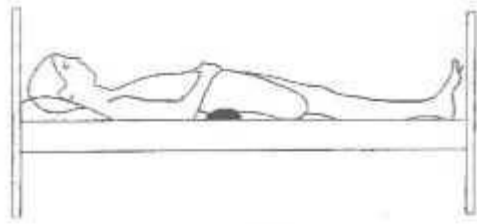


M. A. Ortopedická Protetika s.r.o. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci.*[online]. 2014. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navody.html>

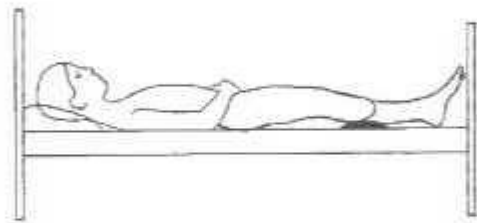


M. A. Ortopedická Protetika s.r.o. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navody.html>

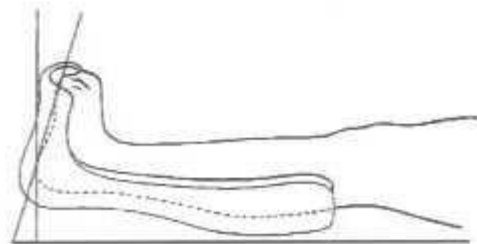
Příloha B – Polohování amputačního pahýlu



Amputovaný ve stehně s podloženou pávní



Amputovaný v bérce, vrchol pahýlu podložený do 3 cm



Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

M. A. Ortopedická Protetika s.r.o. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. [online]. 2014. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/navody.html>

Příloha C – Rešeršní protokol

Jméno: Jaroslava Cvrčková

Název práce: Ošetrovatelský proces u pacienta po amputaci dolní končetiny

Jazykové vymezení:

čeština, angličtina

Klíčová slova:

rehabilitace - ošetrovatelská péče - ošetrovatelský proces - péče o pacienta – amputace - fantomové končetiny - protézy a implantáty - dolní končetina

Klíčová slova angličtina:

Rehabilitation - Nursing Care - Nursing Process - Patient Care – Amputation - Phantom Limb - Protheses and Implants - Lower Extremity

Rešeršní strategie

je kombinací různých způsobů hledání - neváže se pouze na klíčová slova, klíčová slova (= deskriptory MeSH) u jednotlivých citací naleznete v kolonce „DE“, případně Termíny MeSH

Časové vymezení:

2006-2017

Počet záznamů:

číslo poslední citace je počet záznamů v souboru, každý soubor má vlastní číselnou řadu

tuzemské zdroje - (KNIHY A ČLÁNKY jsou vždy ve vlastním souboru)

České zdroje: záznamů: 38 (knihy: 3; články, abstrakta, kapitoly: 35)

Zahraniční zdroje: záznamů: 50

Použitý citační styl:

Bibliografický záznam v portálu MEDVIK

Citace databázového centra EBSCOhost pro databáze CINAHL a MEDLINE

Zdroje:

Katalog Národní lékařské knihovny (www.medvik.cz) a databáze BMČ
Specializované databáze (CINAHL a MEDLINE)

Zpracoval:

PhDr. Ondřej Burský

Národní lékařská knihovna, oddělení informačních a speciálních služeb
Sokolská 54

121 32 Praha 2

E-mail: bursky@nlk.cz