



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI  
Ústav zdravotnických studií ■

## OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE O KLIENTY/PACIENTY PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

### Bakalářská práce

*Studijní program:* B5341 – Ošetřovatelství  
*Studijní obor:* 5341R009 – Všeobecná sestra

*Autor práce:* **Jana Tomášová**  
*Vedoucí práce:* Mgr. Hana Bláhová

---

Liberec 2014





TECHNICAL UNIVERSITY OF LIBEREC  
Institute of Health Studies ■

## NURSING CARE BY CLIENTS/PATIENTS AFTER AN AMPUTATION OF A LOWER LIMB

**Bachelor thesis**

*Study programme:* B5341 – Nursing  
*Study branch:* 5341R009 – General Nurse  
*Author:* **Jana Tomášová**  
*Supervisor:* Mgr. Hana Bláhová

---

Liberec 2014



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Tomášová**  
Osobní číslo: **Z10000124**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Ošetřovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny**  
Zadávací katedra: **Ústav zdravotnických studií**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

1. Zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetřovatelské péče o amputovaný pahýl z pohledu sestry.
2. Zaměřit se na oblast edukace pacienta a případné překážky v edukaci nemocného.
3. Zjistit, zda v nemocnicích mají postup či standard ošetřovatelské péče k dané problematice. Teoretická východiska: Amputace je závažný stav, který představuje pro nemocné změny biologické, psychické i sociální. Ošetřovatelská péče o tyto nemocné je velmi důležitá a náročná jak po fyzické stránce, tak i psychické. Zahrnuje komplexní péči od základních potřeb (biologických) až po seberealizaci nemocného.

Výzkumné předpoklady:

1. Předpokládáme, že sestry při poskytování ošetřovatelské péče o nemocné po amputaci dolní končetiny dodržují zásady ošetřování pahýlu.
2. Domníváme se, že sestry mají dostatek času na edukaci u pacientů po amputaci dolní končetiny.
3. Předpokládáme, že sestry mají k dispozici na oddělení postup či standard ošetřovatelské péče k dané problematice.

Metoda: Kvantitativní

Technika: Dotazník

Místo a čas: Cílovou skupinou budou sestry chirurgického oddělení nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a Krajské nemocnice Liberec, a.s.

V období, listopad - prosinec 2012

Vzorek: Sestry ve všech směnách na chirurgickém oddělení nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a Krajské nemocnice Liberec, a.s.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

DYLEVSKÝ, I. Základy funkční anatomie člověka, 1. Vydání Praha : Manus, 2007, ISBN 978-80-86571-00-3

KOLEKTIV AUTORŮ, Sestra a urgentní stavy, Praha, prosinec 2008 : Grada Publishing, a.s., str. 340

KRAWCZYK, P., Rehabilitační a protetická péče po amputaci, 1. Vydání České Budějovice : Centrum technické ortopedie s.r.o., 2001, ISBN 80-238-6884-5

MATTHIAS, S., OSTER P., Geriatrie od A do Z pro sestry, 1. Vydání Praha 2010 : Grada Publishing,a.s., ISBN 978-80-247-3013-4, str. 111

POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., Kompendium hojení ran pro sestry, 1. Vydání Praha 2012 : Grada Publishing,a.s., ISBN978-80-247-3371-5, str. 127

SLEZÁKOVÁ, L. Ošetřovatelství v chirurgii 1, 1. Vydání Praha 2010 : Grada Publishing,a.s., ISBN 978-80-247-3129-2

TOPINKOVÁ, E., Obrazový atlas chorobných stavů - diferencionální diagnostika, 1. Vydání Praha 2006 : Grada Publishing,a.s., ISBN 80-247-1670-4

TRACHTOVÁ, E et al. Potřeby nemocného v ošetřovatelství, 1. Vydání Brno : IDV PZ, 1999. ISBN 80-7013-324-4

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V., PAVLICOVÁ, J., Základy praktické terminologie pro sestry, 1. Vydání Praha 2011: Grada Publishing,a.s., ISBN 978-80-247-3697-6

<http://pic.hkcos.org.hk/hkcosweb/paper.jsp>. Dr. Kwok Hau-Yan

[www.osetrovatelstvi.eu](http://www.osetrovatelstvi.eu)

[www.zdn.cz](http://www.zdn.cz) - časopis Sestra

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Hana Bláhová**

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. června 2014**

prof. Dr. Ing. Zdeněk Křís  
rektor



Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 4. listopadu 2013

Studentka  
Jana TOMÁŠOVÁ  
Z10000124  
Velké Hamry 549  
468 45 VELKÉ HAMRY

Vyřizuje: Zuzana Janošíková / 485 353 762

V Liberci dne 12. července 2013  
č.j.: 13/8515/019462-03

**Vyjádření k žádosti o ponechání tématu a prodloužení termínu odevzdání bakalářské práce**

Vážená studentko,

na základě Vaší žádosti ze dne 28. 6. 2013, zaevidované pod č.j.: 13/8515/019462-03, Vám sděluji, že **souhlasím** s ponecháním tématu bakalářské práce „Ošetrovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny“ a prodloužením termínu odevzdání bakalářské práce do 30.6.2014.

Nové zadání bakalářské práce je nutné vložit do IS/STAG a podepsaný formulář odevzdat na studijním oddělení.

S pozdravem

  
Mgr. Marie Froňková  
pověřena vedením ústavu

Technická univerzita v Liberci  
Ústav zdravotnických studií  
Studentská 2, 461 17 Liberec 1



## Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 25. 6. 2014

Podpis: 

### **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Haně Bláhové. Děkuji jí za její rady a připomínky, které považuji za velmi užitečné a v neposlední řadě za čas, který mi věnovala. Zároveň také velmi děkuji mé rodině za podporu a porozumění při mém studiu.

## **Anotace v českém jazyce**

**Jméno a příjmení autora :** Jana Tomášová

**Instituce :** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Název práce :** Ošetřovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny

**Vedoucí práce :** Mgr. Hana Bláhová

**Počet stran :** 74

**Počet příloh :** 9

**Rok obhajoby :** 2014

**Souhrn :**

Bakalářská práce na téma „Ošetřovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny“ je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. V teoretické části je popsána problematika amputace dolní končetiny od základních pojmů, přes předoperační přípravu, RHB až po protetiku. Výzkumná část má za cíl zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetřovatelské péče o amputovaný pahýl, oblast edukace a případné překážky v edukaci nemocného a zjistit existenci pracovního postupu či standardu ošetřovatelské péče k dané problematice. Výzkum byl prováděn v nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. a v Krajské nemocnici Liberec, a.s. K získání informací byl použit dotazník, který byl distribuován všeobecným sestřám jmenovaných nemocnic. Výsledky výzkumu jsou zpracovány do tabulek a grafů. Bylo prokázáno, že zdravotní sestry znají a dodržují zásady péče o nemocné po amputaci dolní končetiny.

**Klíčová slova :** Amputace, bandáž, edukace, pahýl, protetika.



## **Anotace v anglickém jazyce**

**Name and Surname :** Jana Tomášová

**Institution :** Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

**Title :** Nursing care by clients/patients after an amputation of a lower limb

**Supervisor :** Mgr. Hana Bláhová

**Pages :** 74

**Addenda :** 9

**Year :** 2014

**Summary :**

Bachelor thesis on „Nursing care for clients/patients after amputation of the lower limb“ is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the issue of amputations from basic concepts, through preoperative preparation, RHB to prosthetics. The research part aims to map and evaluate the quality of nursing care for the amputated stump, the area of education and any obstacles in the education of the patient and determine the existence of a workflow of standard of nursing care on the matter. The research was conducted in the hospital Jablonec nad Nisou and in the Regional hospital Liberec. To obtain information questionnaire was used, which was distributed to nurses appointed general hospitals. The research results are processed into tables and graphs. It has been shown that nurses know and respect the principles of care for patients after lower limb amputation.

**Key words :** Amputation, bandage, education, stump, prosthetics.

## Obsah

1	Úvod.....	12
TEORETICKÁ ČÁST.....		13
2	Amputace dolní končetiny .....	13
2.1	Základní pojmy .....	13
2.2	Chirurgické řešení .....	14
2.3	Předoperační příprava .....	14
2.4	Pooperační péče .....	15
2.5	Pooperační komplikace po amputaci DK .....	16
2.6	Rehabilitační péče po operaci.....	16
2.7	Hlavní zásady bandážování .....	17
2.8	Polohování pahýlu .....	18
3	Ošetřovatelská péče o K/P po amputaci dolní končetiny .....	19
4	Potřeby K/P po amputaci dolní končetiny.....	29
4.1	Psychika K/P po amputaci dolní končetiny .....	30
5	Protetika .....	31
5.1	Podmínky vhodné pro protézování.....	31
5.2	Indikace protetické pomůcky .....	32
6	Edukace u K/P po amputaci dolní končetiny .....	33
6.1	Edukační plán pro nemocného po amputaci dolní končetiny.....	34
VÝZKUMNÁ ČÁST .....		35
7	Metodika výzkumu.....	35
8	Cíle a výzkumné předpoklady .....	36
8.1	Cíle výzkumu.....	36
8.2	Výzkumné předpoklady .....	36
9	Vyhodnocení získaných dat .....	37
9.1	Vyhodnocení výzkumných předpokladů .....	63
10	Diskuze.....	65
11	Návrh na řešení zjištěných problémů.....	67
12	Závěr .....	68
13	Seznam bibliografických citací.....	70
14	Seznam tabulek.....	72
15	Seznam grafů.....	73
16	Seznam příloh.....	74

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BMI	body mass index
CŽK	centrální žilní katetr
D	dech
DK	dolní končetiny
DM	diabetes mellitus
i.v.	intravenózní
K/P	klient/pacient
oš.	ošetřovatelská
P	pulz
PMK	permanentní katetr
PŽK	permanentní žilní katetr
RHB	rehabilitace
Tab.	Tabulka
TEN	trombembolická nemoc
TK	krvní tlak
USG	ultrasonografie

# 1 Úvod

Bakalářskou práci na téma: „Ošetrovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny“ jsem si vybrala na základě studia odborné literatury a praktických zkušeností v péči o tyto klienty/pacienty na oddělení chirurgie, kde jsem pracovala.

Amputace dolní končetiny zasahuje jak do pohybového systému, tak do psychiky jedince. Je to jistě jedna z nejnáročnějších životních situací, která je doprovázená strachem, nejistotou a bolestí. Amputace mění lidem život. Znamená to ztrátu dosavadních jistot, ohrožuje ztrátu zvyklostí a hodnot člověka. Ztěžuje nebo znemožňuje dosažení životních cílů, mění zaběhnuté standardy a vyvolává obavy z budoucnosti. Každý jedinec to jistě vnímá jinak a také se s tím jinak vyrovnává. Je důležité, aby si lidé po amputaci našli nový smysl života. Amputací život nekončí.

V první části mé bakalářské práce se zabývám problematikou amputací dolní končetiny. Kde popisuji základní pojmy amputace dolní končetiny, operační řešení, předoperační a pooperační péči, komplikace a rehabilitační péči. Ve stejné části také uvádím ošetrovatelskou péči o K/P po amputaci dolní končetiny, kde mým cílem bylo vytvořit ošetrovatelské problémy a stanovit vhodné intervence. Mimo jiné se v této části také zabývám potřebami a psychikou u K/P po amputaci dolní končetiny, protetikou a edukací.

Druhá část práce obsahuje souhrn a analýzu dat, které jsem získala pomocí kvantitativního výzkumu, formou anonymního dotazníku.

Cílem práce je :

- Zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče o amputovaný pahýl z pohledu sestry.
- Zaměřit se na oblast edukace pacienta a případné překážky v edukaci nemocného.
- Zjistit, zda v nemocnicích mají postup či standard ošetrovatelské péče k dané problematice.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 2 Amputace dolní končetiny

### 2.1 Základní pojmy

#### Definice

Amputace je oddělení periferní části těla. Snesení nemocné končetiny je poslední možností po vyčerpání všech možných terapeutických výkonů k její záchraně. Tento termín je běžně používán pro ztrátu části nebo celé končetiny. (16)

#### Rozdělení amputací dolní končetiny

Amputaci dolní končetiny dělíme dle toho v jaké části končetiny se amputace provede, na nízkou (10-15 cm pod kolenem), střední (rozhraní 1/3 stehna) a vysokou (odstranění v kloubu – exartikulace). (11)

#### Indikace

Amputace je indikována při těžkém úrazovém poškození končetiny, jejíž zachování je možné (rozdrcení končetiny), při postižení zhoubným nádorem – nejčastěji to bývá osteosarkom s nejčastější lokalizací na stehenní, holenní a pažní kosti, a to v blízkosti kloubu. Dále, když dojde k úplné ztrátě krevního oběhu v končetině po vyčerpání všech konzervativních i operačních metod k zajištění krevního oběhu. Při ohrožení K/P sepsí – diabetická gangréna, osteomyelitida. Nebo při těžkém poškození končetiny s úplnou ztrátou její funkce. (11)

#### Symptomatologie

Vychází z příčiny, které vedou k amputaci. Nejčastěji se jedná o bolest, nedostatečné prokrvení, gangrény, změna barvy kůže, klaudikační bolest, apod. (11)

#### Diagnostika

Provádí se základní vyšetření krve, moči, vyšetření cév DK pomocí USG a další klinická vyšetření dle příčiny, která vedla k rozhodnutí o amputaci. (11)

## 2.2 Chirurgické řešení

**Operační léčba** spočívá v ošetření cév, zbroušení okraje kostí, zajištění dostatečného množství měkké tkáně pro krytí kostí (kožní uzávěr musí být bez napětí) a drenáží. Způsoby amputace:

- amputace prstu nohy – exartikulace v proximálním kloubu, odstranění chrupavky (secernuje tekutinu) z hlavičky metatarsu,
- amputace chodidla – dle speciálních linií – Chopartova, Symeova amputace,
- amputace nohy – odstranění talu, následná artrotéza mezi calcaneem, v tibií a fibulou nebo exartikulace v horním hlezením kloubu a resekce obou kotníků,
- amputace bérce, stehna (nízká 10-15 cm pod kolenem, střední 1/3 stehna) – vytváří se dostatečně prokrvený lalok z kůže a svalů, který se přešije přes pahýl kosti (důležité je velké množství svaloviny jako podložení pro nasazení protézy, konec pahýlu se tvaruje do konického tvaru),
- exartikulace v kolenním kloubu – je jednodušší, menší počet komplikací, možná vyšší zátěž,
- exartikulace v kyčelním kloubu (vysoká amputace) – nebo hemipelvektomie – je indikována hlavně u maligních nádorů.

Po operaci je nutné dostatečné znehybnění a konické ovinutí pahýlu (dobrý polštář z měkkých tkání), dále léčba základního onemocnění (ateroskleróza obliterans, DM, zákaz nikotinu). Protéza se nesmí nasazovat příliš časně (dehiscence rány) ani příliš pozdě (problematická mobilizace pacienta). K/P je přeložen po zhojení rány (1měsíc, u diabetiků až na 2 měsíce) na rehabilitační oddělení. (11)

## 2.3 Předoperační příprava

24 hodin před samotným výkonem provádíme **fyzickou přípravu K/P**, zhodnotíme výživu a tekutiny. Nemocný musí dodržet pokyny lačnění, od půlnoci NIC PER OS (nejíst-nepít-nekouřit), alespoň 6-8 hodin před operací. Pokud má K/P malnutrici či dehydrataci, tak zajistíme přívod tekutin a energie parenterální cestou (i.v. cestou). U žen zavedeme PMK, u mužů zavádí PMK lékař, sestra asistuje. Hygienu provádíme celkovou ve sprše. Sestra dohlédne na odstranění šperků a odlakování nehtů.

Z okolí operačního pole odstraníme nečistoty (masti, náplasti), vyčistíme pupík a provedeme oholení operačního pole. Asi dvě hodiny před výkonem se provádí **bezprostřední předoperační příprava**. Sestra provede bandáž zdravé DK, zkontroluje zda má K/P umělý chrup a upozorní na nutnost vyndání zubní protézy před operací. Zkontroluje operační pole, K/P se převlékne do empíru, popř. si nasadí chirurgickou čepici. Dle ordinace anesteziologa sestra podává premedikaci – ta farmakologicky ovlivní průběh anestezie (ordinována dle hmotnosti, věku, způsobu anestezie a operace). Sestra provede zápis do dokumentace. K/P již neopouští lůžko, sestra zajistí pacientovu bezpečnost až do převozu na sál. A nesmíme opomenout ani **speciální předoperační přípravu**, kdy sestra dle ordinace lékaře zajistí krevní konzervy na operační sál, kompenzaci přidružených chorob (DM, hypertenze). Důležitá je psychologická předoperační příprava (amputace je velmi zatěžující výkon, sestra by měla být empatická a spolupracovat s příbuznými, informovat K/P o kompenzačních pomůckách, dopomoc při nácviku sebeobsluhy, popřípadě zajistit psychologa), respektovat reakce K/P. (21)

## 2.4 Pooperační péče

Po příjezdu z operačního sálu je nemocný uložen na pooperační pokoj, kde zůstává dvě hodiny po operaci. Pokud je vše bez problému, převáží se K/P na standardní oddělení, kde byl před operací. Sestra na pooperačním oddělení i na standardním oddělení sleduje hlavně základní životní funkce. Jedná se o měření krevního tlaku, pulzu, dechu, tělesné teploty a vědomí. Krevní tlak a pulz je sestrami kontrolován každých 30. minut do stabilizace hodnot jako měl pacient před operací. Jakékoli hraniční odchylky hodnot musí sestra hlásit lékaři, který rozhodne o následujícím postupu terapie. Dále sestra provádí **speciální pooperační péči**, vybaví lůžko pomůckami usnadňujícími sebeobsluhu a zajišťujícími bezpečnost. K/P by měl dodržet klid na lůžku 2 dny. Od 2. dne pomalu K/P mobilizujeme. Začínáme s posazováním, kondičním cvičením, klademe důraz na bezpečnost K/P (dosah pomůcek na nočním stolku, suché podlahy, správné nasazení kompenzační pomůcky). Po převozu na standardní pokoj sestra připraví esmarchovo obinadlo a kompresivní obvaz k lůžku K/P po operaci, zajistí tlumení fantomových bolestí (dle ordinace lékaře), asistuje u

převazu, pečuje o Redonův drén, o jizvu a klade důraz na prevenci kontraktur pahýlu (snaha o zhojení pahýlu per primam). (8,9,21)

## 2.5 Pooperační komplikace po amputaci DK

Mezi komplikace amputací se řadí hematoma, který může vést ke vzniku infekce či nekrózy. Jeho vzniku však můžeme předejít správnou drenáží rány. Další komplikací je kožní nekróza a dehiscence rány. Pokud je nekróza menšího rozsahu je možné jí nechat zhojit per secundam, což znamená, že se pomalu vytváří granulační tkáň na ráně a po několika týdnech vzniká tuhá jizva, nebo je nekróza většího rozsahu a je tedy nutná operační revize. Dehiscence čili rozpad rány vyžaduje revizi, nekrektomii, drenáž a znovu sešití rány. Následující komplikací je otok a gangréna pahýlu. Gangréna vzniká ischemií končetiny a může jí způsobit řada příčin, mezi které patří špatná úroveň amputace nebo arteriální uzávěr. Vzniku otoku pahýlu může sestra zabránit správnou bandáží, kterou přiloží již na operačním sále. Časným pooperačním polohováním a cvičením může zabránit kontrakturám, které jsou další komplikací a později znesnadňují nasazení protézy a chůzi. Poslední komplikací jsou fantomové obtíže, které se rozdělují do dvou typů. Jsou to fantomové pocity, které jsou časté a považujeme je za normální stav po amputaci. Znamená to, že nemocný má stále pocit přítomnosti končetiny. A potom jsou to fantomové bolesti, o jejichž ústup se snažíme pomocí medikamentózní terapie, aplikací fyzikálních procedur, případně neurochirurgickou revizí nervového pahýlu. (2,12,20)

## 2.6 Rehabilitační péče po operaci

Již druhý den po operaci zahájíme péči o pahýl, poklepovou masáží prsty přes obvaz (ne přes bolest), posilování pahýlu do natažení (v kolenním resp. v kyčelním kloubu), bandážování pahýlu (nutné i přes drény), nezapomínat na rehabilitaci hýžděového svalstva („laicky“ řečeno – nutno přitahovat pŕlky hýždí k sobě).

Postupně přidáváme **zátěž pahýlu ve stoji**. Pod dohledem a až po zhojení měkkých tkání pahýlu postavíme K/P k posteli nebo židli, s oporou podpažních nebo francouzských berlí, přičemž zabandážovaný pahýl bude K/P opírat postupně se



zvětšující se silou o podložku až do bolestivosti. Podložku postupně měníme za tvrdší (např. polštář, matrace, polystyren, dřevo).

Dále provádíme masáž pahýlu, kartáčování a poklepávání jemným kartáčkem, míčkování (masáž míčkem), otírání suchou žínkou nebo houbou. Sestra musí dbát, aby byl vždy suchý, pružný a čistý obvaz, okolí pahýlu vždy dobře prokrvené a teplé.

**Stahujeme pahýl elastickým obinadlem až nad zachovalý kloub, aby se co nejlépe formoval do konického tvaru** pro lepší přiložení protézy. Důraz klademe na prevence funkční kontraktury. Pahýl polohujeme v poloze na břiše se zátěží hýždí, pevné rovné lůžko, bez podložení. Pahýl je třeba masírovat a otužovat, vhodné je střídání koupelí v teplé a studené vodě. Po dohodě s lékařem natíráme pahýl lanolinovou masťou (nebo dle výběru a zvyku oddělení). Sledujeme přítomnost fantomových bolestí.

Dále je nutné posílení horních končetin. K/P se přitahuje na hrazdě v nemocniční posteli, cvičí vzepření pomocí horních končetin na židli nebo vozíku, vzpírá malé činky o hmotnosti do 0,5 kg, posiluje úchop pomocí pružných posilovacích pomůcek (míčky, kolečka, apod.). (4,5,21)

## 2.7 Hlavní zásady bandážování

K bandážování používáme dostatečně široká elastická obinadla (10-14 cm). První otáčky obvazu nevedeme přes pahýl cirkulárně, může dojít ke stlačení povrchového žilního systému a nedostatečné drenáži pahýlu (cévní spojky nejsou ještě vytvořeny). Bandáž provádíme až nad zachovalý kloub končetiny, u stehenní amputace bandážujeme přes pás. Vzadu by otáčky obvazu měly sahat až k sedacímu hrbolu a na vnitřní ploše stehna až do rozkroku tak, aby se při bandážování nevytvořily valy měkkých tkání, které by při pozdější aplikaci protézy mohly bránit správnému nasazení protézy. U amputace v bérce bandážujeme nad kolenní kloub. Bandáž provádíme 3x denně, vždy musíme bandáž střídát s další péčí o pahýl. **Bandážovat přes noc nesmíme u pacientů s cévní příčinou amputace.** Místo bandáže můžeme použít elastickou punčošku na pahýl. (5) Bandáž pahýlu elastickým obinadlem. (Příloha č. 1).

## 2.8 Polohování pahýlu

Cílem polohování je zabránit kontrakturám v kyčelním a kolenním kloubu. Polohovat můžeme **vleže na zádech**, kdy u stehenní amputace polohujeme s podloženou pánví (ne bederní páteří!) a zatíženou přední částí stehenního pahýlu. U bércevé amputace nízké podložení pahýlu, protahujeme kolenní kloub do extenze. (Příloha č. 2). Dále polohujeme **vleže na břiše**, kdy horní polovina trupu je v horizontále a stehenní pahýl podkládáme do zanožení, pahýl musíme zajistit proti unožení.

Měli bychom se vyvarovat některým chybným návykům K/P, jelikož podporují zkracování svalů a tím ohrožují i možnost protézování. Patří mezi ně především všechny flekční úlevové polohy (flekční = ohnutí v kloubu). Po amputaci ve stehně má K/P co nejméně sedět a více chodit o berlích. (Příloha č. 3) (4,21)

### 3 Ošetrovatelská péče o K/P po amputaci dolní končetiny

Ošetrovatelská péče o K/P po amputaci dolní končetiny by se měla prolínat formou ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je metoda poskytování péče jedinci, rodině a komunitě. Amputace dolní končetiny patří mezi nepříjemný a bolestivý zásah do lidského těla. Omezuje K/P jak po stránce fyzické tak, i psychické. Celkově snižuje kvalitu jeho žití. Cílem této kapitoly je popsat u nemocného po amputaci dolní končetiny všechny ošetrovatelské problémy a vytvořit vhodné intervence. K popisu byla použita kniha Nanda diagnostika. V kapitole jsou popsány následující oblasti.

#### Podpora zdraví

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjistit zda K/P pravidelně užívá léky, kouří, pije alkohol, požívá drogy. Pro jaké choroby se léčí. Jaké potíže se vyskytly a jak dlouho trvaly. Opatření, která byla na jejich základě učiněná. Zjistit zda K/P neměl problémy s dodržováním léčebného režimu v minulosti.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda v nemocnici nekouří, abstinuje.

#### Třída management zdraví

Efektivní léčebný režim související s léčebným procesem – 00082

Cíl: K/P orientovaný v pooperačním režimu.

- **Ošetrovatelské intervence:** Informuj K/P o nutnosti dodržování léčebného režimu v nemocnici a doma. Podpoř dodržování zdravého životního stylu. Poskytni K/P různé informační zdroje (brožury, poradny, internet) o kompenzačních pomůckách, zajisti návštěvu ortopedického protetiky. Věnuj K/P dostatek času. Zodpověz případné dotazy klienta. Věnuj dostatek času psychologickému pohovoru (amputace je psychicky těžce snášený amputační zákrok) dle potřeby konzultuj s lékařem možnost návštěvy psychologa. Spolupracuj s příbuznými. Zajisti nácvik prvků sebeobsluhy.  
(3,10)

## Výživa

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Pacienta zvážíme, změříme a vypočítáme BMI. Zjistíme, jaká jídla preferuje a zda nemá dietní omezení. Kolik tekutin vypije za 24 hod.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Stav sliznic, kožní turgor, zvracení.

## Třída hydratace

Riziko deficitu tělesných tekutin z důvodu ztrát tekutin abnormální cestou (operační zákrok, drény), riziko deficitu tělesných tekutin pro imobilizaci – 00028

Cíl: Fyziologická hydratace K/P.

- **Ošetrovatelská intervence:** Sleduj kožní turgor K/P. Sleduj stav sliznic. Aplikuj infuzní terapii dle ordinace lékaře. Nabízej dostatek tekutin (prevence zácpy, ztížené odkašlávání hlenů, hromadění koncentrované moči). Sleduj množství a charakter sekrece z drénu. Sleduj bilanci tekutin. Proveď záznam do dokumentace. Zhodnot' úroveň výživy a sebepečce. Zajisti ordinovanou dietu. (3,10)

## Vylučování

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjistit četnost odchodu stolice, pravidelnost, tvar, barva stolice a příměsí. Zda K/P užívá laxativa. Potíže při močení a vyprazdňování stolice, stav pocení.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Posoudíme stav náplně močového měchýře. Posoudíme pocity nucení na močení. Poslední stolice před operací zda byla normální barvy, konzistence a bez patologických příměsí.

## Třída vyprazdňování moči

Porušené vyprazdňování moči v souvislosti s imobilizací, operačním zákrokem – 00016

Cíl: Fyziologické vyprazdňování moči.

- **Ošetrovatelské intervence:** Informuj K/P o způsobu vyprazdňování moči (použití močové lahve). Nacvič s K/P vhodnou polohu při vyprazdňování. Zajisti signalizační zařízení k ruce K/P. Zajisti K/P soukromí pro

vyprazdňování. Asistuj při katetrizaci močového měchýře. Proveď záznam do dokumentace. Pečuj o permanentní katétr. Zajisti zvýšenou hygienu genitálu v anální oblasti. Podporuj vyprázdňování na toaletě (pojízdný klozet) v rámci časně rehabilitace.

### **Třída gastrointestinální funkce**

Riziko zácpy jako důsledek snížené motility střev po operačním zákroku, vlivem imobilizace klienta – 00015

Cíl: U K/P dojde k obnovení fyziologické střevní peristaltiky.

- **Ošetrovatelské intervence:** Sleduj odchod plynů u K/P (do 6-ti hodin po zákroku). Sleduj subjektivní pocity K/P (pocity plnosti, nadýmání, bolesti břicha). Proveď orientační auskultační vyšetření břicha. Informuj lékaře, po konzultaci s lékařem zaveď K/P do konečníku rektální rourku. Proveď záznam do dokumentace. (3,10)

### **Aktivita – odpočinek**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjisti poruchy spánku, zda K/P užívá léky na spaní, poruchy pohyblivosti v minulosti, projevy TEN, zvyklý vzorec tělesného pohybu, druh, pravidelnost, zvyklá doba odpočinku a spánku, jejich délka, reakce na dřívější operace (hojení ran, pooperační komplikace), dřívější problémy s kardiovaskulárním, dýchacím systémem, problémy s prokrvením tkání.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Posoudíme míru pohyblivosti na lůžku (potřeba dopomoci), K/P soběstačný v rámci lůžka, poslední aplikace analgetik, K/P bez bolesti.

### **Třída spánek – odpočinek**

Porušený spánek jako následek tělesného omezení (vynucená poloha – drény, operační rána) – 00095

Cíl: K/P se cítí po probuzení odpočatý.

- **Ošetrovatelské intervence:** Zjistí spánkové rituály K/P a dle možností je respektuj. Uprav lůžko dle přání K/P, vyvětrej pokoj. Zajisti K/P klid ke spánku, dostatečné zatemnění. Pomoz K/P zaujmout vhodnou polohu. Zajisti bezpečnost K/P. Podej medikaci k podpoře spánku dle ordinace lékaře (analgetika, sedativa, anxiolytika). Sleduj projevy fantomových bolestí, účinek analgetik. (3,10)

### **Třída, aktivita – pohyb**

Zhoršená pohyblivost pro bolest operační rány, pro ztrátu končetiny – tělesný handicap – 00085

Cíl: K/P schopný samostatného pohybu s kompenzačními pomůckami.

- **Ošetrovatelská intervence:** Zajisti podání medikace ke zmírnění bolesti. Informuj K/P o nutnosti dostatečného, přiměřeného pohybu (obnova fyziologického vyprazdňování, prevence TEN). Nauč K/P techniky vhodného pohybu v rámci lůžka a při vstávání z lůžka (při posazování otočit na bok a spustit končetiny), využití pomůcek doplňující lůžko. Motivuj K/P k pravidelnému cvičení zachovalých kloubů a svalů (rehabilituje se postižená i zdravá končetina), u starších a ležících K/P motivuj ke cvikům jako prevenci TEN, k dechovým cvikům v rámci rehabilitace dýchání.

Riziko imobilizačního syndromu z důvodů vynuceného upoutání na lůžko (operační zákrok, bolest) – 00040

Cíl: K/P bez známek imobilizačního syndromu.

- **Ošetrovatelská intervence:** Vysvětlí K/P význam dostatečné aktivity na lůžku a časného vstávání – pooperační vertikalizace. Buď přítomná při prvním vstávání K/P po zákroku – prováděj prevenci a sleduj známky ortostatického kolapsu. Do doby obnovení dostatečné pohyblivosti sleduj kvalitu přiložených bandáží na zachovalé DK. Aplikuj léky dle ordinace lékaře k prevenci TEN (Fraxiparin, Clexane). Zajisti klid na asi 2 dny, schopnějšího klienta aktivizuj již 1. pooperační den. Od 2. dne po operaci začni s náročnější aktivizací (posazování, kondiční cvičení). Po zvládnutí posazování v lůžku přejdi na nácvik postavení, udržování rovnováhy, opory

o berle, postupně vstávání z lůžka a židle pomocí berle a nácvik krátké chůze o berlích. (Protetický pracovník zajišťuje postupné přikládání protézy. Protéza je přikládána po úplném zhojení rány, u DM až za dva měsíce. Nácvik chůze je velmi náročný a bolestivý, vhodná je podpora ze strany příbuzných. K/P je přijat dle stavu a schopností na rehabilitační oddělení k nácviku používání protézy. Při atrofii pahýlu (častá) je třeba protézu dodatečně upravit.) (3,10)

## Vnímání

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjistí, zda má K/P potíže se sluchem, zrakem, potíže s pamětí, problémy s vyjadřováním, potíže s čítím rovnováhou.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda vidí a slyší dobře. Na dotazy odpovídá přiléhavě.

## Třída poznávání

Deficit znalosti v souvislosti s pooperačním režimem – 00126

Cíl: K/P informovaný o pooperačním režimu.

- **Ošetrovatelské intervence:** Zjistí, do jaké míry je K/P informovaný z předoperačního období. Informuj o pohybovém režimu v pooperačním období (O. den pohyb v rámci lůžka, večer posazování a zapojení do sebeobslužných činností, 1. pooperační den vstávání z lůžka a pohyb po pokoji, toaleta, od 3. pooperačního dne pohyb po ošetrovací jednotce). Informuj K/P o realimentačních postupech (O. den nic per os, po dvou hodinách čaj po lžičkách, dále dle zvyklostí oddělení). Informuj K/P o péči a sledování operační rány (bezprostředně po výkonu sledovat prosakování operační rány, vzhled okolí, výskyt bolestí, subjektivní pocity a fyziologické funkce, pokud se nevyskytnou komplikace, 1. převaz rány provádí lékař 3. pooperační den, stehy jsou zpravidla odstraněny během 7-10 dnů), snaha o zhojení pahýlu per primam – suchý, pružný a čistý obvaz, po odstranění Redonovy drenáže stahování pahýlu elastickým obvazem do konického tvaru pro lepší přiložení kompenzační pomůcky, pahýl je třeba masírovat, otužovat – střídání koupelí ve studené a teplé vodě, natírat vhodnou masť

dle ordinace lékaře. Informuj K/P o průběhu domácí rekonvalescence. (K/P odchází domů až po zvládnutí základní úrovně sebepéče a je jasno, kdo se o něj postará – možnost agentury domácí péče. K/P by měl každý den pravidelně cvičit dle pokynů rehabilitačního pracovníka, spát na tvrdém lůžku, měl by mít zvládnutou ekonomicko-sociální otázku – zaměstnání, invalidizace, kontroly u ošetřujícího lékaře a na rehabilitaci, rehabilitace v lázních.) (3,10)

## **Vnímání sebe sama**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjistí předchozí pocity spokojenosti, nespokojenosti se sebou a svým životem. Změny na těle a změny ve způsobu přemýšlení o situacích kolem nás, problémovost pro K/P. Změny ve vnímání sebe sama, svého těla. Schopnost či neschopnost zvládat stresové situace. Pomocné a podpůrné osoby.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda se K/P obává sociální izolace, závislosti na druhých, že nebude schopen sebeobsluhy. Zda je informován o rehabilitaci.

## **Třída sebepojetí**

Riziko osamělosti v souvislosti s hrozící fyzickou a sociální izolací tělesným strádáním – 00054

## **Třída sebeúcta**

Riziko snížení sebeúcty v souvislosti s porušeným tělesným obrazem – 00153

## **Třída obraz těla**

Porušený tělesný obraz v souvislosti s operačním zákrokem – 00118

Cíl: K/P zvládne adaptační proces na nastalou situaci, dle svých možností bude soběstačný. Bude schopen se pomocí kompenzačních pomůcek zařadit do společenského event. pracovního života. K/P bude se sebou samým vcelku spokojen, bude si vědom důstojnosti, vykonávání role, obrazu těla a osobní identity.

- **Ošetrovateľské intervence:** Uplatni empatii v ošetrovateľskej péči. Zajisti kontakt s príbuznými. Povzbudzuj K/P dle potreby ke konzultacím



s psychologem. Respektuj reakce K/P na amputaci (šok, popření, vyrovnání, smíření). (3,10)

## **Vztahy**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjisti, zda K/P bydlí s rodinou, jakým způsobem řeší problémy v rodině. Zda je izolovaný či spolupracuje se sousedy v bydlíšti.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda je K/P ženatý/vdaná, bezdětný/á, soběstačnost v rámci lůžka.

## **Třída role pečovatele**

Riziko přetížení pečovatele – 0061

## **Třída vykonávání rolí**

Neefektivní vykonávání role v souvislosti se změnou tělesného obrazu, imobilitou – 00055

Cíl: K/P se adekvátně adaptuje na změny, nedojde ke konfliktům rolí, změnám ve fungování rodiny, nedojde k sociální izolaci K/P.

- **Ošetrovatelské intervence:** Konzultuj s psychologem jednotlivé postupy ohledně jednání s K/P, manželkou/manželem. Informuj lékaře, psychologa i ostatní personál o změnách. Sleduj účinek spolupráce s psychologem. Informuj rodinu o kontaktech na sdružení K/P s podobným handicapem, doléčovacích a rehabilitačních zařízeních, zařízeních respitní péče. Informuj o možnostech získání bezbariérového bytu, přemístění do domu s pečovatelskou službou, kontaktech na sociální odbor města, kraje. Zajisti konzultaci s pracovníkem sociálního oboru. (3,10)

## **Zvládání zátěže**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjistit výskyt krizí v předchozím období. Osoby, které byly nápomocny, je možnost se s nimi kontaktovat i nyní. Zda nemocný je schopen či neschopen zvládat zátěžové situace. Pomocné, podpůrné osoby, věci či situace.

- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda je K/P s výkonem smířen a dal souhlas k výkonu.

### **Třída reakce na zvládnání zátěže**

Strach z budoucnosti – 00148

Úzkost – 00146

Neefektivní zvládnání zátěže – 00069

Cíl: K/P popíše strach, naučí se vyrovnávat se situací, odreagovat relaxačními technikami, konzultacemi s odborníky. Najde nové životní cíle, možnosti nových aktivit s využitím kompenzačních pomůcek. K/P je seznámen s rehabilitačním prostředím a novými zážitky. Budou odstraněny podněty navozující strach, úzkost, deprese, atd.

- **Ošetrovatelské intervence**
  - Byly popsány v rámci domény vztahy a vnímání sebe sama.

### **Bezpečnost – ochrana**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjisti stav kůže, kožní problémy (léze), zda K/P užívá léky ovlivňující hojení ran.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda je rána klidná, bez sekrece a zarudnutí. Redonův drén funkční a PŽK bez zánětu.

### **Třída infekce**

Riziko infekce v souvislosti s invazivními vstupy (CŽK, drén) – 00004

Cíl: K/P bez známek infekce.

- **Ošetrovatelské intervence:** Sleduj žilní kanylaci dle platného standardu. Sleduj místo vstupu a okolí drénu. Sleduj průchodnost a funkčnost drénu (trvalý podtlak). Sleduj množství a charakter sekrece z drénu. Sleduj subjektivní pocity K/P. Informuj K/P o nutnosti nahlášení všech pociťovaných změn. Sleduj fyziologické funkce. Zajisti ošetření invazivních vstupů dle platného standardu (zásady asepse, vhodné typy krytí). Veď platnou dokumentaci. (3,10)

## **Třída tělesné poškození**

Porušená kožní integrita v důsledku operačního zákroku – 00046

Cíl: Operační rána se hojí per primam.

- **Ošetrovatelské intervence:** Sleduj prosakování sterilního krytí. Připrav k lůžku kompresivní obvaz, Esmarchovo obinadlo pro případ krvácení. Sleduj okolí rány. Sleduj průběh bolesti. Asistuj lékaři při převazu rány (1. převaz se prování 3. pooperační den) za dodržení zásad asepse. Dokumentuj stav a ošetření rány, zajisti polohu pahýlu, vybav preventivně lůžko antidekubitní podložkou. Sleduj výsledky laboratorních vyšetření (bakteriologické stěry z pahýlu).

## **Komfort**

- **Ošetrovatelská anamnéza:** Zjisti jaké má K/P zkušenosti s bolestí a jejím zvládnutím. Předchozí bolest – čas, intenzita, lokalizace, etiologie. Prožité události způsobující fyzickou nebo emoční bolest.
- **Posouzení aktuálního stavu:** Zda K/P má fantomové bolesti po amputaci, zda zaujímá úlevovou Fowlerovu polohu. Zda po aplikaci analgetik bolesti ustoupily.

## **Třída tělesný komfort**

Akutní bolest v souvislosti s poškozující agens – 00132

Chronická fantomová bolest v souvislosti s amputačním výkonem – 00133

Cíl: U K/P dojde ke zmírnění bolesti.

- **Ošetrovatelské intervence:** V pravidelných intervalech sleduj výskyt bolesti u K/P (lokalizace, charakter). Zhodnot' intenzitu bolesti na škále. Všiměj si neverbálních projevů K/P. Doporuč K/P úlevovou polohu, vhodné zaměstnání přes den pro odreagování. Podávej analgetika dle ordinace lékaře a sleduj jejich účinek. Veď předepsanou dokumentaci (záznam bolesti). (3,10)

### **Další možné ošetrovatelské problémy:**

- Zhoršená pohyblivost na lůžku – 00091
- Riziko porušení kožní integrity – 00047 (možnost vzniku dekubitů přes stávající péči)
- Riziko pádu – 00155
- Porušená energie – 00050
- Deficit sebepéče při hygieně a vyprazdňování, úpravy zevnějšku a oblékání v důsledku hospitalizace a omezení pohybu – 00109,00110,00108,00097
- Porušená chůze – 00088
- Riziko nerovnováhy tělesné teploty – 00005 (3)

## 4 Potřeby K/P po amputaci dolní končetiny

V ošetrovatelské péči musí brát sestry nemocného jako celek, tedy bytost bio-psycho-sociální. Každý nemocný je individualita, má své názory, postoje a také potřeby. Potřeba je projevem chybění něčeho, jehož odstranění je pro nemocného žádoucí, protože prožívání nějakého nedostatku ovlivňuje jeho psychickou činnost, jako je pozornost, myšlení a emoce.

Lidské potřeby jsou organizovány v hierarchickém systému dle své naléhavosti. Seznam potřeb vede k tomu, že pokud K/P nemá uspokojené „nižší“ potřeby nemohou se uspokojovat „vyšší“ potřeby. Americký psycholog Abraham H. Maslow sestavil pyramidu potřeb člověka. (Příloha č. 4) Tato hierarchie je rozdělena na potřeby „nižší“ a „vyšší“. Mezi „nižší“ potřeby se řadí fyziologické (pohyb, vyprazdňování, spánek) a potřeby jistoty a bezpečí (touha po důvěře, spolehlivosti). Do „vyšších“ potřeb patří láska a sounáležitost (milovat a být milován, náklonnost), potřeba uznání, ocenění a sebeúcty (touha po respektu ostatních). Na samém vrchu pyramidy je seberealizace, kdy K/P chce realizovat své schopnosti a záměry, chce být tím, kým podle sebe může být.

Existuje mnoho faktorů znemožňujících či znesnadňujících uspokojování potřeb nemocného, které zahrnují nemoc, osobnost člověka, mezilidské vztahy a okolnosti, za kterých nemoc vznikla.

Amputace dolní končetiny brání nemocnému v uspokojování jejich potřeb a určuje způsob jejich vyjádření. Sestra napomáhá nemocnému v realizaci fyziologických a psychických potřeb. S postupem uzdravování nemocného klesá potřeba pomoci od sestry. Nemocný většinou zaměřuje svou pozornost na základní potřeby („přežití“) a potřebami následné úrovně se nezabývá. Je třeba také zvážit emoční labilitu nemocného a jeho odolnost proti zátěži, protože nemocný s narušenou sebekontrolou není schopen si samostatně poradit a bude pravděpodobně vyžadovat pomoc od sestry.

Sestra se podílí na podpoře soběstačnosti P/K po amputaci dolní končetiny především uspokojováním fyziologických potřeb jako je vyprazdňování, zajištění pohybu a potřeby být bez bolesti.

K/P po amputaci dolní končetiny prožívá velmi náročné období duševní krize. Sestra by měla být ke K/P empatická, udržovat kontakt s příbuznými. V případě potřeby nemocnému zajistit psychologa. Respektovat reakce K/P na amputaci dolní končetiny.

(14)

## 4.1 Psychika K/P po amputaci dolní končetiny

Amputace dolní končetiny představuje pro nemocného psychickou zátěž, dochází ke změnám kvality života a postavení ve společnosti. Ztráta části končetiny je velký zásah do psychiky člověka. Každý pacient se s tím vyrovnává individuálně a velmi záleží na příčině amputace. Pokud byla amputace plánovaná a dlouho před ní K/P trpěl bolestmi, obvykle se s ní vyrovnává lépe, než lidé, kteří byli amputováni náhle (vlivem úrazu či důvodu malignity). (1,12,15)

K/P reaguje na ztrátu končetiny několika fázemi. První fáze je fáze šoku, kdy je hluboce otřesen, zmaten a snaží se popřít nebo ignorovat nežádoucí informace. Druhá fáze je reaktivní, K/P je naplněn zklamáním a úzkostí, je agresivní, odmítavý, pocítuje vinu a selhání. Poté následuje fáze adaptace, kdy nemocný reálně zhodnotí situaci, má snahu o získání informací. Dále následuje fáze reorientace, kdy K/P začíná jednat a vyhledávat pomoc. Poslední fází je fáze překonání krize, nemocný začíná fungovat v upravených poměrech a upraveném režimu.

Často se u K/P vyskytují deprese, obavy z budoucnosti. Jak vše zvládnout, jak to přijme jeho rodina a přátelé, zda přijdou o práci. Obvykle je nutná pomoc psychologa. Bohužel mnoha K/P pomoc psychologa odmítá a nechtěně se jím svým způsobem stává fyzioterapeut či jiný zdravotnický personál.

Psychologická léčba by se měla týkat amputovaného i jeho rodiny. Důležité je vytvořit bezpečné prostředí, kde může K/P beze strachu mluvit o svých pocitech a obavách z budoucnosti. Pacient má být povzbuzován k návratu do společnosti. Je třeba otevřeně s ním mluvit o jeho tělesné změně i o možných negativních reakcích okolí. Jednou z nejlepších metod psychologické pomoci je setkání s podobně postiženou osobou přiměřeného věku.

Veškerá snaha by měla směřovat k tomu, aby se K/P vrátil zpět do své původní role v životě i ke své profesi. Pokud to není možné, pak je třeba pro něj najít nové role, které mu dají pocit, že je stále užitečný a prospěšný společnosti. (12)

## 5 Protetika

Zabývá se léčbou pacientů protézami. Protéza nahrazuje ztracenou část těla jak kosmeticky, tak funkčně. Protéza je vždy stavěna podle individuálních potřeb K/P.

Správně navržena a postavená protéza musí plně vyhovovat fyzickým předpokladům, s čímž souvisí i předpoklady profesionální, záliby, sport a nelze opomenout ani předpoklady psychické a mentální. Z hlediska techniky stavby rozeznáváme protézy exoskeletové a endoskeletové. U protéz exoskeletových nosnou funkci a vnější tvar zajišťuje tvar stavebních dílů. Uspořádání protézy je klasické. Ze stavebních materiálů se používá dřevo a plast. U protéz endoskeletových nosnou funkci zajišťují stavební moduly, vnější tvar je zajištěn kosmetickým krytem. Ze stavebních materiálů je využíván zejména kov a plast. (2)

Každá protéza se skládá ze dvou základních součástí. Pahýlového lůžka a periferie protézy. Pahýlové lůžko určuje komfort protézy, periferie určuje mechanické vlastnosti protézy. Vzájemné uspořádání jednotlivých stavebních dílů protézy a její uspořádání vůči tělu K/P, určuje statické a dynamické vlastnosti protézy. Typy protéz na dolních končetinách. (Příloha č. 5). (2)

### 5.1 Podmínky vhodné pro protézování

K protézování přistupujeme až po zhojení měkkých tkání, což je kolem 6. - 8. týdne po amputaci. Podmínkou je, aby K/P sám vstal ze židle a vydržel stát na zachovalé končetině s oporou o zábradlí nebo stůl. Zvládnul chůzi o berlích před protézováním. Tvar pahýlu by měl být lehce konický nebo cylindrický. Pahýl nesmí být bolestivý. Zachovalý kloub končetiny by měl být volně hybný bez kontraktur. (13)

## 5.2 Indikace protetické pomůcky

Protetické pomůcky indikuje zásadně ošetřující lékař podle potřeby K/P po amputaci dolní končetiny. Podle typu a účelu jsou protetické pomůcky hrazeny částečně nebo plně z veřejného zdravotního pojištění. Indikující lékař vystaví K/P po amputaci dolní končetiny „Poukaz na protetickou pomůcku“ pro protetické oddělení. Pokud jde o speciálně upravenou protézu je nezbytné vyplnit ještě další žádanku pro revizního lékaře „Žádanka o schválení zvýšené úhrady“. (13)

Pro zhotovení protéz jsou dále zapotřebí výrobní podklady pro jejich stavbu. Tyto podklady jsou z těla K/P snímány pomocí měř, obkresů, otisků a odlitků. Při některých technologiích je lůžko protézy modelováno přímo na pacientovi. Po získání těchto měrných podkladů vyrobí protetická dílna příslušnou protézu a po odzkoušení ji teprve dohotoví a předá K/P. (13)



## 6 Edukace u K/P po amputaci dolní končetiny

Metod, které lze využít při edukaci je mnoho. Nejčastěji se volí možnost slovního předání. Sestra, předá K/P po amputaci dolní končetiny veškeré důležité informace prostřednictvím verbální i neverbální komunikace. Pro sestru je komunikace velmi důležitým prvkem v ošetřování nemocného po amputaci dolní končetiny. Informace se týkají péče o amputovaný pahýl, péče o protézu, o zachovanou dolní končetinu, ale také celkového léčebného režimu K/P. Důležité informace nemocnému sestra několikrát zopakuje, nebo je předá s větším důrazem či upozorněním na důležitost informace. (17)

Poměrně často se také využívá psaná forma edukace, jako její doplňující část. Za nejvhodnější možnost se pokládá kombinace slovní i písemné formy edukace. V tomto případě sestra nejprve vybere edukační materiál, který se zdá být srozumitelný pro většinu nemocných po amputaci dolní končetiny. Tyto materiály obsahují podstatné a důležité informace, s dostatkem obrázků. Ty si K/P lépe zapamatuje, zvláště pokud je na obrázku ukázaná některá činnost, například jak si má nemocný správně provést bandáž dolní končetiny. Pacienti ocení, když je u edukačního materiálu vyhrazený prostor na jejich osobní poznámky. (7,17)

Na závěr každé edukace si sestra ověřuje, zda pojmům K/P porozuměl. Jaké poznatky si nemocný zapamatoval při edukaci, zjišťuje pomocí zpětné vazby. Ta se pro sestru stává klíčovou součástí edukace. Zpětnou vazbu sestra provádí tak, že samotnému K/P pokládá otázky. (5)

Sestra může při edukaci používat různé pomůcky a modely. Ukáže K/P jakým způsobem se přikládá bandáž i jak si ji poté sundá. Následně zapojí nemocného, aby si při této činnosti vyzkoušel přikládání bandáže na modelu s amputací dolní končetiny. Na něm sestra nemocnému nejprve ukáže postup, poté si nemocný vyzkouší přikládání bandáže i vícekrát za sebou. Pokud bude nemocný schopen na modelu provést bandáž samostatně, začne postup provádět sám na sobě. Důležitá je pro K/P motivace, kdy je zapotřebí nemocného ujistit, že pokud se mu předváděná činnost nezdaří na poprvé, vůbec nic se neděje. Na modelu se nemocný naučí i to, jak přiložit protézu. V tomto případě musí sestra spolupracovat s fyzioterapeutem. (18)

## **6.1 Edukační plán pro nemocného po amputaci dolní končetiny**

Edukace je proces, který se provádí podle připraveného plánu. Ten si sestra upravuje vždy pro K/P zcela individuálně. Plán se skládá ze tří částí, z nichž první je část diagnostická, po ní následuje fáze aplikace a konečnou fází v edukaci se stává hodnocení.

V diagnostické části sestra zjistí důvod edukace a stanoví si její cíl. Vždy je cílem edukace naučit nemocného něčemu novému, například vysvětlit a naučit polohování pahýlu, přikládat bandáž, provádět jeho otužování a posilování, přikládat jednotlivé kompenzační pomůcky pro nemocného po amputaci dolní končetiny. Důležité je naplánovat denní dobu, kdy má edukace probíhat. Stejnou roli při ní hraje i prostředí, ve kterém bude probíhat. Většinou je edukace prováděna na vyšetřovně, převazovně či pokoji nemocného, kde by měl zůstat pouze nemocný po amputaci dolní končetiny a sestra. S touto činností se musí začít s ohledem na psychický stav nemocného po amputaci dolní končetiny. Obvykle se začíná ve fázi, kdy je nemocný po amputaci dolní končetiny smířený s tímto faktem a svou změněnou roli začíná přijímat. Fáze aplikace spočívá v zapojení nemocného do edukace, poskytování specifických informací pacientovi podle toho, jaký má problém či onemocnění. Pokud si K/P nacvičuje provádění nějaké činnosti, vezme sebou sestra i pomůcky, na kterých si nemocný vše vyzkouší. Důležité informace sestra zopakuje, aby si je pacient lépe zapamatoval. Poslední fází edukace se stává hodnocení, které je pro sestru důležitou částí. Na konci edukace sestra zjišťuje, které informace si nemocný zapamatoval. To zjistí pomocí tzv. zpětné vazby, kdy se ho zeptá na některé důležité informace, aby si ověřila, zda si je pamatuje. Zpětná vazba se provádí i ukázkou naučené činnosti, aby si sestra byla jistá, že jí K/P bude provádět správně. Dále se ptá, zda všem pojmům rozuměl, pokud ne, tak je K/P vysvětlí. (17)

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 7 Metodika výzkumu

Pro vypracování této práce byla použita kvantitativní metoda sběru dat formou dotazníku. Dotazník byl anonymní, dotazníkové šetření probíhalo v období listopad až prosinec roku 2012. Cílovou skupinou byly všeobecné sestry, různého vzdělání a postavení na pracovišti chirurgického oddělení nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a Krajské nemocnice Liberec, a.s. Celkem bylo rozdáno 60 dotazníků na chirurgická oddělení Liberecké a Jablonecké nemocnice. 30 dotazníků na oddělení chirurgie nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a 30 dotazníků na oddělení chirurgie Krajské nemocnice Liberec, a.s. V září 2012 bylo rozdáno 10 pilotních dotazníků k ověření srozumitelnosti dotazů, na jejichž základě byla provedena finální úprava dotazníku.

Z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků se jich vrátilo 48, návratnost bez ohledu na počty sester na odděleních, činila 80%.

Dotazník (Příloha č. 6) obsahuje 21 položek. Položky jsou formulovány, jak formou uzavřených, tak polouzavřených otázek. Na úvod dotazníku byly zjišťovány identifikační znaky respondenta. A to délka praxe ve zdravotnictví (otázka č. 1) a nejvyšší dosažené vzdělání (otázka č. 2). Fantomovou bolestí se zabývá otázka č. 3, oblastí péče o amputovaný pahýl se zabývají otázky č. 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11. Oblastí edukace se zabývají otázky č. 12, 13, 14, 15. Otázky č. 16, 17, 18 byly směřovány na psychiku a RHB u K/P po amputaci dolní končetiny. Otázky č. 19, 20 a 21 se zabývaly standardem ošetrovatelské péče u K/P po amputaci dolní končetiny. Jednu správnou odpověď bylo možno označit u otázek č. 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20. Tři správné odpovědi respondenti označovaly u otázek č. 4, 15, 16. Více odpovědí mohli sestry označit u otázek č. 13, 21.

Zpracování dat proběhlo nejprve kontrolou navrácených dotazníků (správnost vyplnění, úplnost, ...). Konstatováno bylo, že všechny dotazníky byly vyplněné správně a úplně, nebylo nutné žádný vyloučit. Poté následovalo zpracování získaných dat pomocí programu Microsoft Excel, ten byl využit na tvorbu tabulek a grafů. Hodnoty v tabulkách jsou jak v relativních číslech (%), tak absolutních číslech (n). Slovní komentář k tabulkám a grafům je uveden v relativních hodnotách, hodnoty absolutní jsou uvedeny v závorkách.

## **8 Cíle a výzkumné předpoklady**

### **8.1 Cíle výzkumu**

Cílem výzkumu bylo zjistit:

- Zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče o amputovaný pahýl z pohledu sestry.
- Zaměřit se na oblast edukace pacienta a případné překážky v edukaci nemocného.
- Zjistit, zda v nemocnicích mají postup či standard ošetrovatelské péče k dané problematice.

### **8.2 Výzkumné předpoklady**

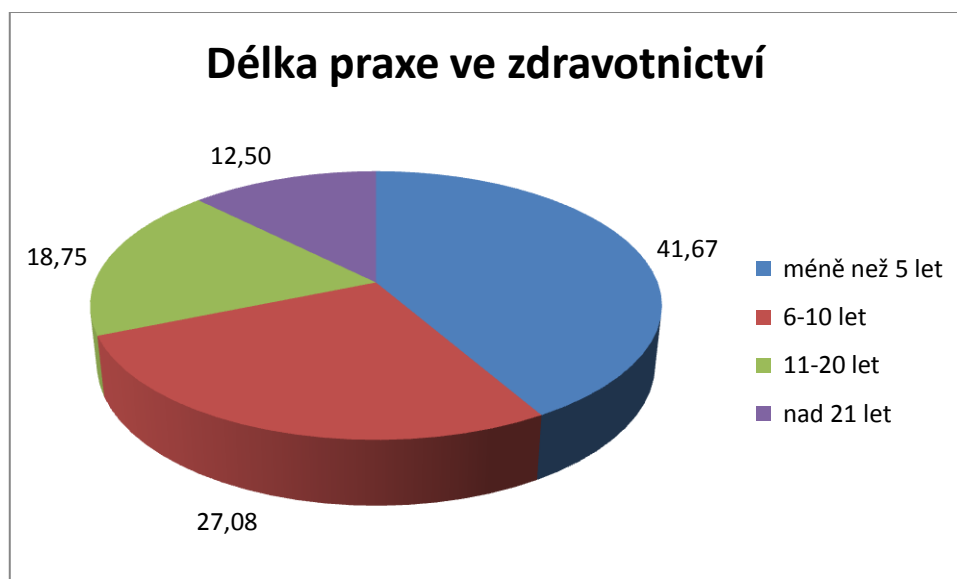
- Předpokládáme, že sestry při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po amputaci dolní končetiny dodržují zásady ošetrování pahýlu.
- Domníváme se, že sestry mají dostatek času na edukaci u pacientů po amputaci dolní končetiny.
- Předpokládáme, že sestry mají k dispozici na oddělení postup či standard ošetrovatelské péče k dané problematice.

## 9 Vyhodnocení získaných dat

### Otázka č. 1 – Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?

Tabulka 1 Délka praxe ve zdravotnictví

Délka praxe ve zdravotnictví	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
méně než 5 let	10	10	20	41,67
6-10 let	7	6	13	27,08
11-20 let	4	5	9	18,75
nad 21 let	5	1	6	12,50



Graf 1 Délka praxe ve zdravotnictví

#### Komentář:

V největším zastoupení jsou v obou nemocnicích sestry, které pracují ve zdravotnictví méně než 5 let a 6-10 let.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. spadá největší počet dotázaných sester do kategorie méně než 5 let a to 38,46% (10), což tvoří téměř polovinu dotázaných. Dalších 26,92% (7) je ve věku 6-10 let, kategorii nad 21 let označilo 19,23% (5). Ve věku 11-20 let označilo 15,38% (4) dotázaných sester.

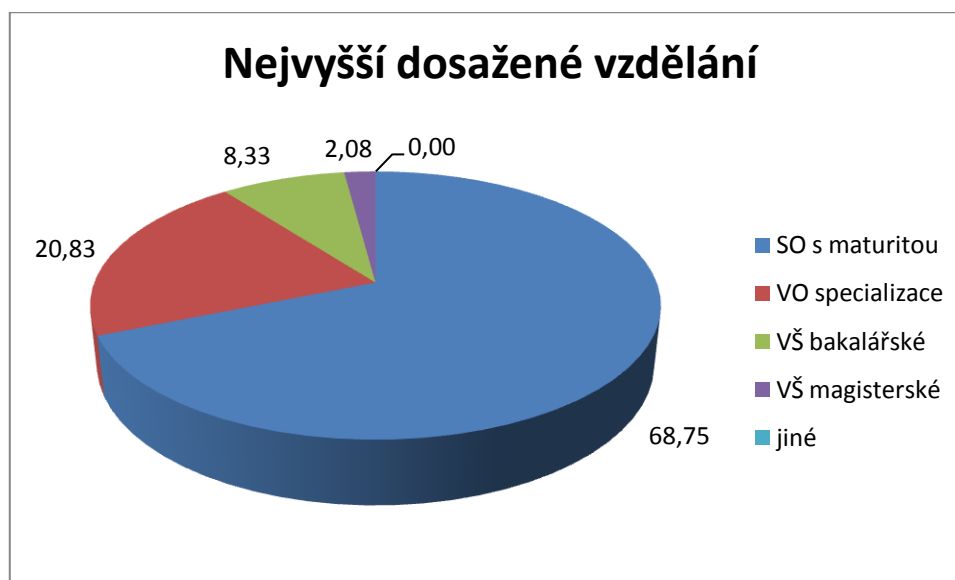
V Krajské nemocnici Liberec, a.s. spadá největší počet sester také do kategorie méně než pět let a to 45,45% (10). Druhou největší skupinu tvoří kategorie 6-10 let a to

27,27% (6). Ve věku 11-20 let je 22,73% (5) dotázaných sester a kategorii nad 21 let označilo pouze 4,54% (1) sester. (viz. Tab. 1, graf 1)

### Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
SO s maturitou	17	16	33	68,75
VO specializace	6	4	10	20,83
VŠ bakalářské	2	2	4	8,33
VŠ magisterské	1	0	1	2,08
jiné	0	0	0	0,00



Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání

### Komentář:

V největší zastoupení obou nemocnic jsou sestry s maturitou 68,75% (33) dotázaných sester.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. má více jak polovina dotázaných sester 65,38% (17) pouze středoškolské vzdělání, 23% (6) dotázaných má středoškolské vzdělání se specializací, 7,69% (2) dotázaných má vysokoškolské vzdělání s titulem

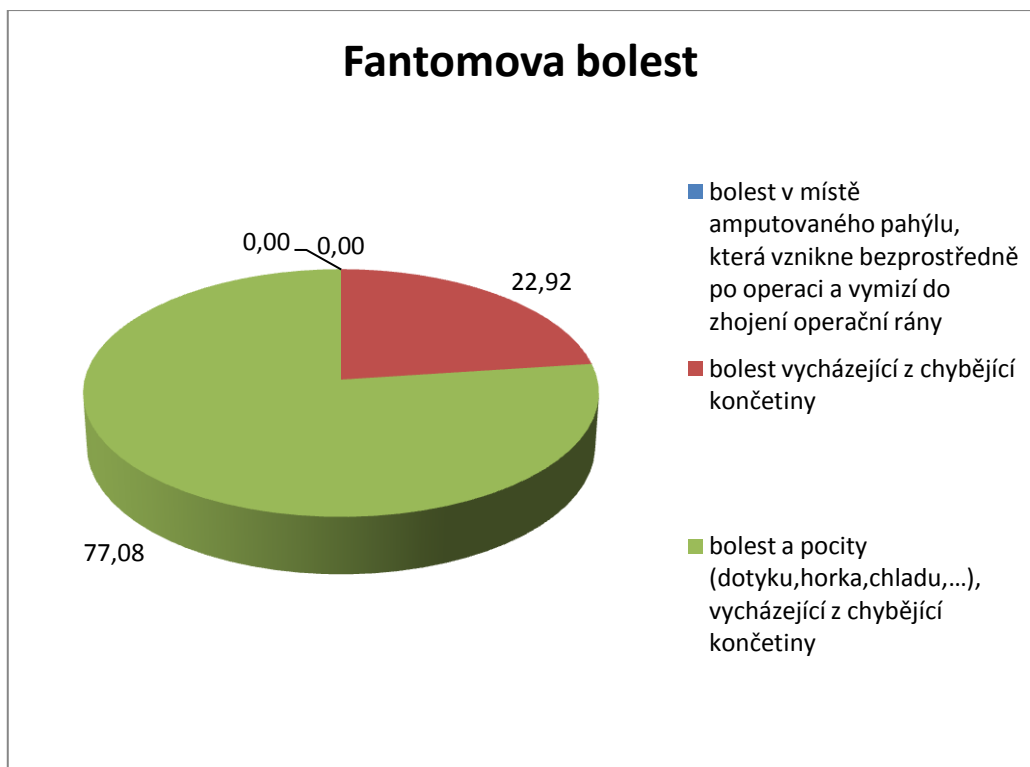
Bc., 3,85% (1) z výzkumného vzorku má vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. Odpověď jiné vzdělání nevyužila žádná z dotázaných.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. největší skupinu dotázaných sester 72,73% (16) tvořily sestry s ukončeným středoškolským vzděláním. Středoškolské vzdělání se specializací označilo za nejvyšší dosažené vzdělání 18,18% (4). Poté následovala skupina 9,09% (2) sester s ukončeným vysokoškolským vzděláním s titulem Bc. Vysokoškolské vzdělání s titulem Mgr. a odpověď jiné vzdělání neoznačila žádná z dotázaných. (viz. Tab. 2, graf 2)

### Otázka č. 3 – Fantomova bolest je?

Tabulka 3 Fantomova bolest

Fantomova bolest	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
bolest v místě amputovaného pahýlu, která vznikne bezprostředně po operaci a vymizí do zhojení operační rány	0	0	0	0,00
bolest vycházející z chybějící končetiny	6	5	11	22,92
bolest a pocity (dotyku, horka, chladu, ...), vycházející z chybějící končetiny	20	17	37	77,08
krátkodobá bolest, vystřelující do kotníku amputované končetiny	0	0	0	0,00



Graf 3 Fantomova bolest

#### **Komentář:**

77,08% (37) dotázaných z obou nemocnic odpovědělo správně, že Fantomova bolest je bolest a pocity (dotyky, horka, chladu, ...) vycházející z chybějící končetiny. 22,92% (11) odpovědělo, že jde o bolest z vycházející končetiny. Ostatní odpovědi zůstaly nevyužity.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. využilo odpověď c) 76,92% (20) dotázaných, zbylých 23,08% (6) se přiklání k odpovědi b).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejvíce dotázaných zaškrtnulo odpověď c) a to 77,27% (17) a zbylých 22,73% (5) výzkumného vzorku odpověď b). (viz. Tab. 3, graf 3)



**Otázka č. 4** – Co bezprostředně sledujete u K/P po amputaci dolní končetiny? (označte tři nejdůležitější)

Tabulka 4 Sledování po amputaci DK

Sledování po amputaci DK	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
fyziologické funkce (TK,P,D,vědomí – nejméně po ½ hod. do stabilizace stavu)	26	22	48	33,33
náhle vzniklé krvácení z pahýlu	25	21	46	31,94
Fantomovu bolest	1	0	1	0,69
tělesnou teplotu a projevy infekce	1	4	5	3,47
Redonův drén (kontrola funkce, množství a vzhled)	25	19	44	30,56
kontrolní odběry biologického materiálu	0	0	0	0,00



Graf 4 Sledování po amputaci DK

## Komentář:

Největší počet dotázaných z obou nemocnic odpovědělo, že po amputaci DK bezprostředně sledují fyziologické funkce (TK, P, D, vědomí – nejméně po ½ hod. do stabilizace stavu) a to 33,33% (48), dále náhle vzniklé krvácení z pahýlu 31,94% (46) a Redonův drén (kontrola funkce, množství a vzhled) 30,56% (44). Pouze 3,47% (5) dotázaných uvedlo, že sledují tělesnou teplotu a projevy infekce a 0,69% (1) uvedla Fantomovu bolest. Odpověď kontrolní odběry biologického materiálu zůstala nevyužita.

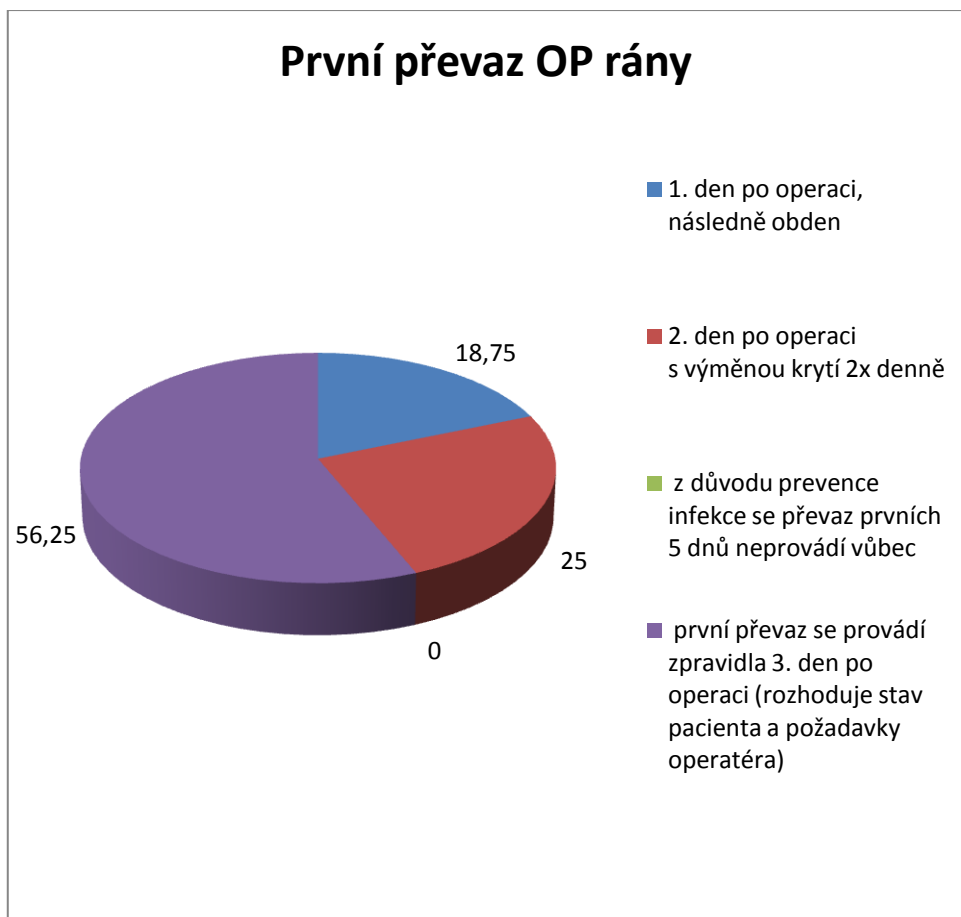
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. 33,33% (26) dotázaných zaškrtnulo odpověď a), 32,05% (25) dotázaných zaškrtnulo odpověď b) a rovněž 32,05% (25) odpověď e). Nejmenší skupinu z výzkumného vzorku tvořily 1,28% (1) dotázaných sester s odpovědí c) a d).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. rovněž zaškrtnulo největší počet dotázaných odpověď a) a to 33,33% (22), dále 31,82% (21) odpověď b) a 28,78% (19) odpověď c). Odpovědi c) a f) zůstaly nevyužity. (viz. Tab. 4, graf 4)

## Otázka č. 5 – V jakém časovém horizontu se provádí první převaz operační rány?

Tabulka 5 První převaz OP rány

První převaz OP rány	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
1. den po operaci, následně obden	8	1	9	18,75
2. den po operaci s výměnou krytí 2x denně	4	8	12	25
z důvodu prevence infekce se převaz prvních 5 dnů neprovádí vůbec	0	0	0	0
první převaz se provádí zpravidla 3. den po operaci (rozhoduje stav pacienta a požadavky operatéra)	14	13	27	56,25



Graf 5 První převaz OP rány

#### Komentář:

Více jak jedna polovina 56,25% (27) dotázaných z obou nemocnic uvedla správně, že první převaz operační rány se provádí zpravidla 3. den po operaci (rozhoduje stav pacienta a požadavky operatéra), 25% (12) dotázaných uvedla, že první převaz se provádí 2. den po operaci s výměnou krytí 2x denně, a 18,75% (9) dotázaných odpověděla, že 1. den po operaci, následně obden. Odpověď c) zůstala nevyužita.

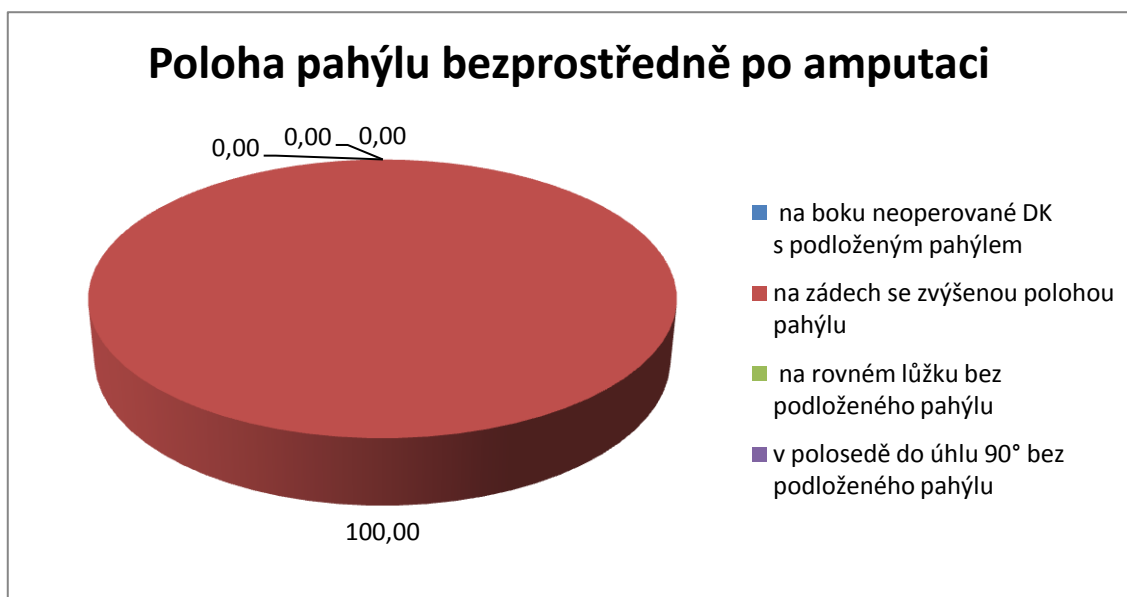
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. 53,85% (14) dotázaných uvedlo odpověď d), 30,77% (8) dotázaných uvedlo odpověď a) a 15,38% (4) odpověď b).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. uvedlo 59,09% (13) dotázaných sester odpověď d), 36,36% (8) odpověď b) a pouze 4,55% (1) odpověď a). (viz. Tab. 5, graf 5)

**Otázka č. 6** – Jaká je nejvhodnější poloha pahýlu bezprostředně po amputaci dolní končetiny?

Tabulka 6 Poloha pahýlu bezprostředně po amputaci

Poloha pahýlu bezprostředně po amputaci	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
na boku neoperované DK s podloženým pahýlem	0	0	0	0,00
na zádech se zvýšenou polohou pahýlu	26	22	48	100,00
na rovném lůžku bez podloženého pahýlu	0	0	0	0,00
v polosedě do úhlu 90° bez podloženého pahýlu	0	0	0	0,00



Graf 6 Poloha pahýlu bezprostředně po amputaci

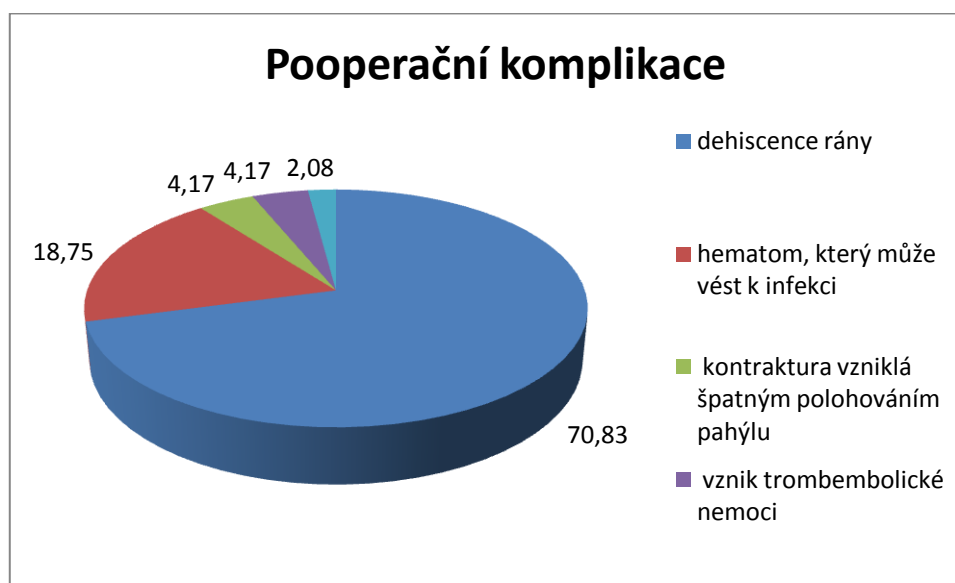
**Komentář:**

V této oblasti sestry projevily znalosti, 100% (48) dotázaných z obou nemocnic uvedlo, jako nejvhodnější polohu pahýlu, na zádech se zvýšenou polohou pahýlu. Ostatní odpovědi zůstaly nevyužity. (viz. Tab. 6, graf 6)

**Otázka č. 7** – Jaká časná pooperační komplikace se nejčastěji vyskytuje u K/P po amputaci dolní končetiny?

Tabulka 7 Pooperační komplikace

Pooperační komplikace	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
dehiscence rány	17	17	34	70,83
hematom, který může vést k infekci	5	4	9	18,75
kontraktura vzniklá špatným polohováním pahýlu	2	0	2	4,17
vznik trombembolické nemoci	2	0	2	4,17
Fantomova bolest	0	1	1	2,08



Graf 7 Pooperační komplikace

**Komentář:**

Téměř tři čtvrtiny 70,83% (34) dotázaných z obou nemocnic uvedla, jako nejčastější pooperační komplikaci po amputaci DK dehiscenci rány, 18,75% (9) hematom, který může vést k infekci, 4,17% (2) kontrakturu vzniklou špatným polohováním pahýlu, 4,17% (2) vznik trombembolické nemoci a 2,08% (1) dotázaných uvedla Fantomovu bolest.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. 65,38% dotázaných uvedlo odpověď a),

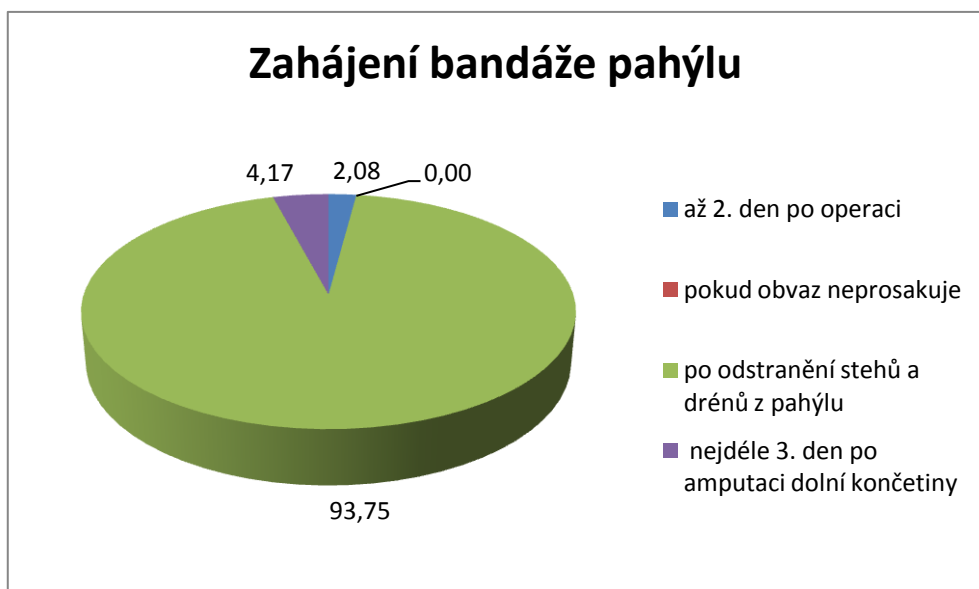
19,23% (5) odpověď b), 7,69% (2) odpověď c) a rovněž 7,69% (2) dotázaných uvedlo odpověď d). Odpověď e) zde zůstala nevyužita.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. 77,27% (17) dotázaných uvedlo odpověď a), 18,18% (4) odpověď b) a 4,55% (1) uvedlo odpověď e). Odpovědi c) a d) zde zůstaly nevyužity. (viz. Tab. 7, graf 7)

### Otázka č. 8 – Kdy zahajujete bandáž pahýlu u K/P po amputaci dolní končetiny?

Tabulka 8 Zahájení bandáže pahýlu

Zahájení bandáže pahýlu	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
až 2. den po operaci	1	0	1	2,08
pokud obvaz neprosakuje	0	0	0	0,00
po odstranění stehů a drénů z pahýlu	25	20	45	93,75
nejdéle 3. den po amputaci dolní končetiny	0	2	2	4,17



Graf 8 Zahájení bandáže pahýlu

## Komentář:

Je potěšujícím faktem, že 93,75% (45) dotázaných sester z obou nemocnic zná správnou dobu zahájení bandáže. Zahajují bandáž pahýlu po odstranění stehů a drénu z pahýlu. Jen 4,17% (2) uvedly nejdéle 3. den po amputaci dolní končetiny a 2,08% (1) až druhý den po operaci. Odpověď b) zůstala nevyužita.

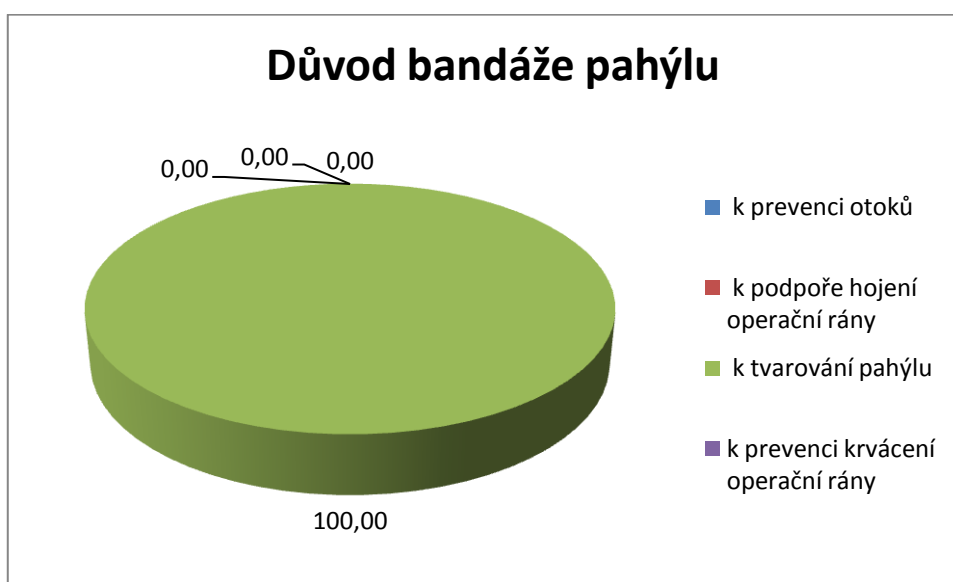
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. 96,15% (25) dotázaných odpovědělo c) a 3,85% (1) odpověď a). Zbylé odpovědi zůstaly nevyužity.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. 90,91% (20) dotázaných odpovědělo také c) a 9,09 (2) odpověď d). Zbylé dvě odpovědi zůstaly nevyužité. (viz. Tab. 8, graf 8)

## Otázka č. 9 – Proč zahajujeme bandáž pahýlu?

Tabulka 9 Důvod bandáže pahýlu

Důvod bandáže pahýlu	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
k prevenci otoků	0	0	0	0,00
k podpoře hojení operační rány	0	0	0	0,00
k tvarování pahýlu	26	22	48	100,00
k prevenci krvácení operační rány	0	0	0	0,00



Graf 9 Důvod bandáže pahýlu

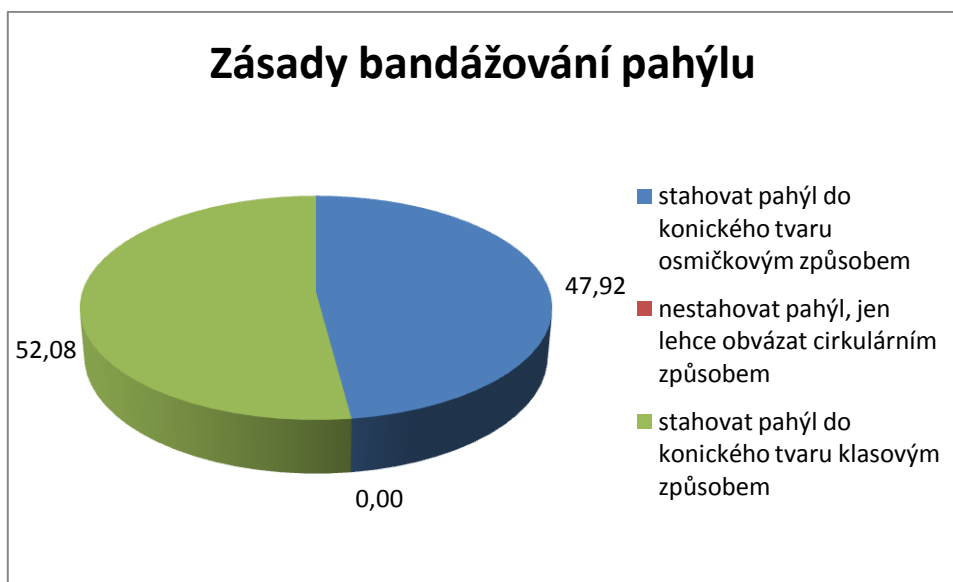
## Komentář:

Lze konstatovat, že 100% (48) dotázaných z obou nemocnic odpovědělo správně, bandáž pahýlu zahajujeme k tvarování pahýlu. (viz. Tab. 9, graf 9)

### Otázka č. 10 – Mezi zásady bandážování pahýlu patří?

Tabulka 10 Zásady bandážování pahýlu

Zásady bandážování pahýlu	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
stahovat pahýl do konického tvaru osmičkovým způsobem	13	10	23	47,92
nestahovat pahýl, jen lehce obvázat cirkulárním způsobem	0	0	0	0,00
stahovat pahýl do konického tvaru klasovým způsobem	13	12	25	52,08



Graf 10 Zásady bandážování pahýlu



## Komentář:

Více jak jedna polovina 52,08% (25) dotázaných z obou nemocnic uvedlo, že by se měl pahýl stahovat do konického tvaru klasovým způsobem. Zde se nemůžeme ztotožnit s Krawczykem (5), který uvádí, že pahýl se stahuje do konického tvaru osmičkovým způsobem. 47,92% (23) uvedlo správně, že pahýl by se měl stahovat do konického tvaru osmičkovým způsobem. Odpověď b) zůstala nevyužita.

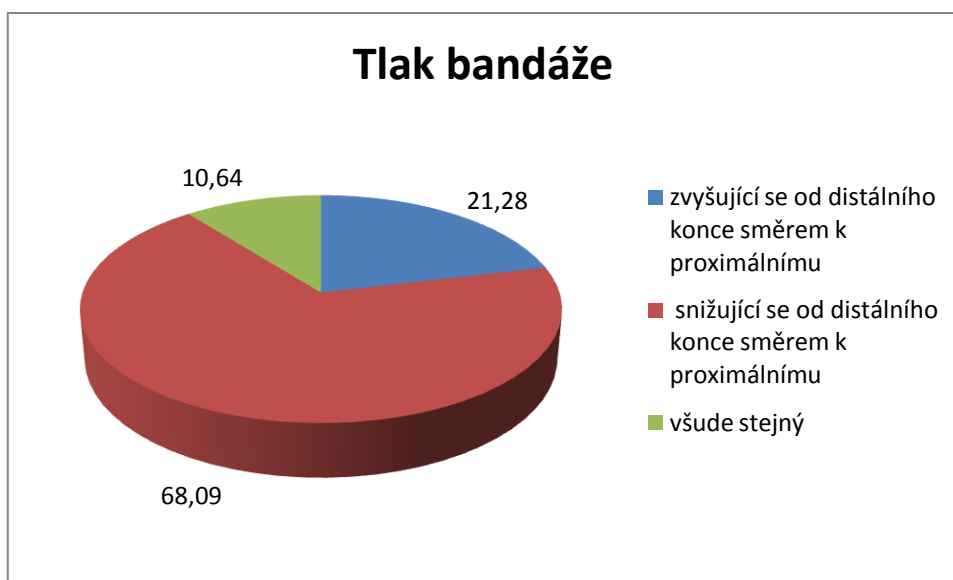
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. uvedlo 50% (13) dotázaných odpověď a) a 50% (13) dotázaných odpověď c).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. uvedlo 54,55% (12) dotázaných odpověď c) a 45,45% (10) dotázaných odpověď a). (viz. Tab. 10, graf 10)

## Otázka č. 11 – Bandáž má způsobit tlak?

Tabulka 11 Tlak bandáže

Tlak bandáže	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
zvyšující se od distálního konce směrem k proximálnímu	6	5	10	21,28
snižující se od distálního konce směrem k proximálnímu	15	17	32	68,09
všude stejný	5	0	5	10,64



Graf 11 Tlak bandáže

## Komentář:

Je překvapující, že 68,09% (32) dotázaných z obou nemocnic uvedlo správně, že bandáž má způsobit tlak snižující se od distálního konce směrem k proximálnímu. 21,28% (10) dotázaných, že tlak má být zvyšující se od distálního konce směrem k proximálnímu a 10,64% (5) všude stejný.

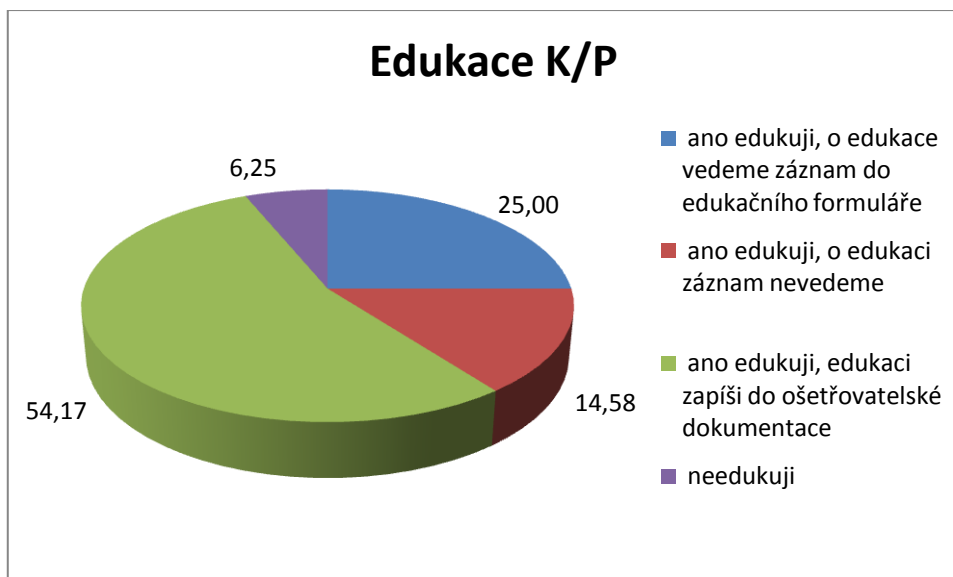
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. uvedlo 57,69% (15) dotázaných odpověď b), 23,08% odpověď a) a 19,23% (5) odpověď c).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. uvedlo 77,27% (17) dotázaných sester také odpověď b), 22,73% (5) odpověď a), zatímco odpověď c) zde zůstala nevyužita. (viz. Tab. 11, graf 11)

## Otázka č. 12 – Edukujete K/P v péči o amputovaný pahýl?

Tabulka 12 Edukace K/P

Edukace K/P	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
ano edukuji, o edukace vedeme záznam do edukačního formuláře	5	7	12	25,00
ano edukuji, o edukaci záznam nevedeme	7	0	7	14,58
ano edukuji, edukaci zapíši do ošetrovatelské dokumentace	13	13	26	54,17
needukuji	1	2	3	6,25



Graf 12 Edukace K/P

#### **Komentář:**

Je zřejmé, že více jak jedna polovina 54,17% (26) sester dotázaných z obou nemocnic, pacienta edukuje a edukaci zapíše do ošetrovatelské dokumentace. Jedna čtvrtina 25,00% (12) uvedla, že edukují a o edukaci vedou záznam do edukačního formuláře. 14,58% (7) dotázaných uvedlo, že edukují, ale o edukaci záznam nevedou a 6,25% (3) needukují.

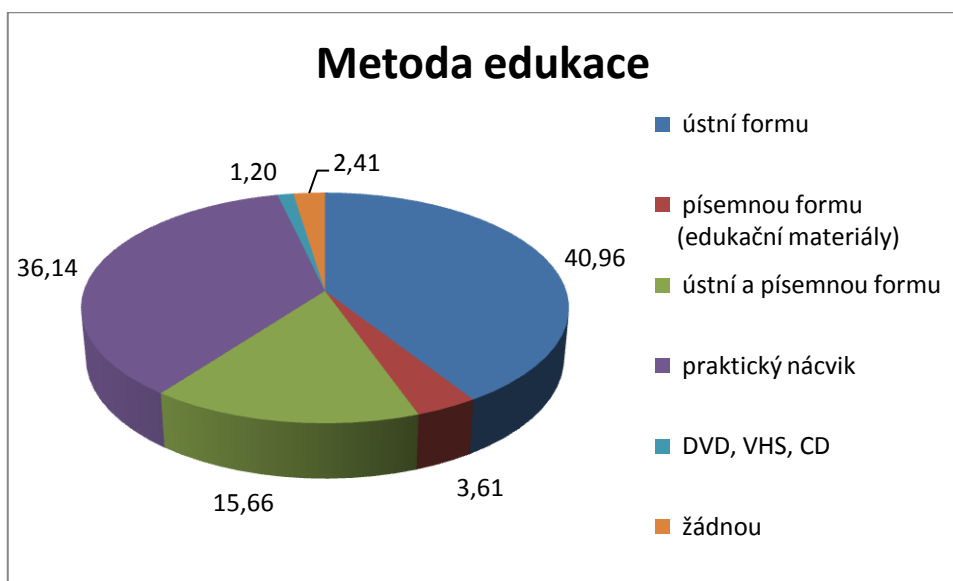
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. uvedla jedna polovina dotázaných 50% (13) odpověď c), 26,92% (7) odpověď b), 19,23% (5) odpověď c) a 3,85% (1) d).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. byla nejvíce zastoupena také odpověď c) a to 59,09% (13), 31,82% (7) odpověď a), nejméně 9,09% (2) odpověď d) a odpověď b) zde nebyla zastoupena vůbec. (viz. Tab. 12, graf 12)

**Otázka č. 13** – Jakou metodu používáte při edukaci K/P? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 13 Metoda edukace

Metoda edukace	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
ústní formu	18	16	34	40,96
písemnou formu (edukační materiály)	1	2	3	3,61
ústní a písemnou formu	7	6	13	15,66
praktický nácvik	15	15	30	36,14
DVD, VHS, CD	1	0	1	1,20
žádnou	1	1	2	2,41



Graf 13 Metoda edukace

**Komentář:**

Skoro jedna polovina dotázaných z obou nemocnic používá při edukaci ústní formu a to 40,96% (34) a praktický nácvik 36,14% (30), 15,66% (13) používá ústní a písemnou formu, 3,61% (3) jen písemnou formu (edukační materiály), 2,41% (2) nepoužívají žádnou metodu a 1,20% (1) dotázaných používá DVD, VHS nebo CD.

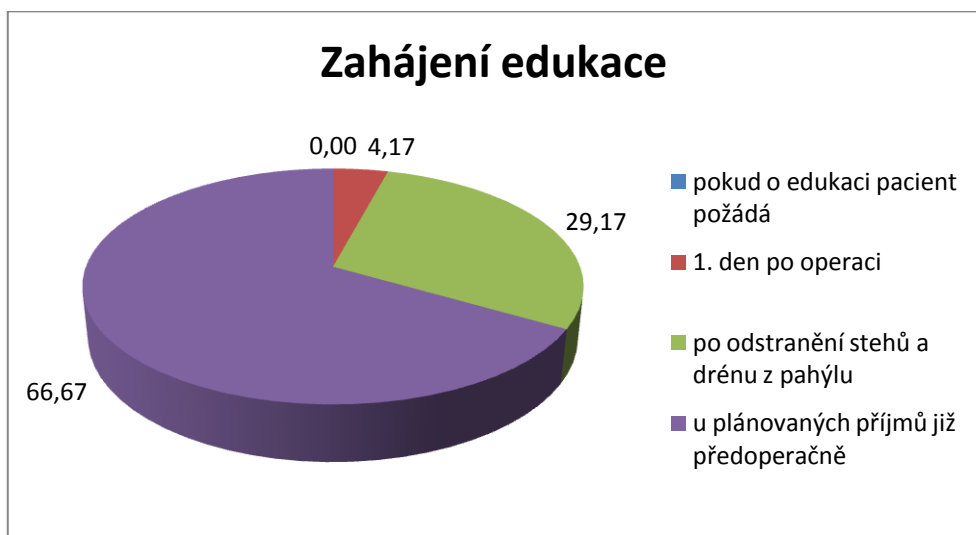
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. nejčastěji používají ústní formu 41,86% (18) a 34,88% (15) používá praktický nácvik, 16,28% (7) ústní a písemnou formu a 2,33% (1) získala odpověď b), e), f).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejčastěji používají ústní formu a to 40% (16) a praktický nácvik 37,5% (15), dále 15% (6) používá ústní i písemnou formu, 5% (2) písemnou formu (edukační materiály), 2,5% (1) nepoužívá žádnou metodu a odpověď e) zde zůstala nevyužita. (viz. Tab. 13, graf 13)

**Otázka č. 14 – Kdy zahajujete edukaci u K/P po amputaci dolní končetiny?**

Tabulka 14 Zahájení edukace

Zahájení edukace	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
pokud o edukaci pacient požádá	0	0	0	0,00
1. den po operaci	1	1	2	4,17
po odstranění stehů a drénu z pahýlu	7	7	14	29,17
u plánovaných příjmů již předoperačně	18	17	32	66,67



Graf 14 Zahájení edukace

**Komentář:**

Více jak jedna polovina 66,67% (32) dotázaných z obou nemocnic zahajují edukaci již předoperačně u plánovaných příjmů, 29,17% (17) po odstranění stehů a drénů z pahýlu, jen 4,17% (2) 1. den po operaci. Možnost, pokud o edukaci pacient požádá sám, nevyužil nikdo.

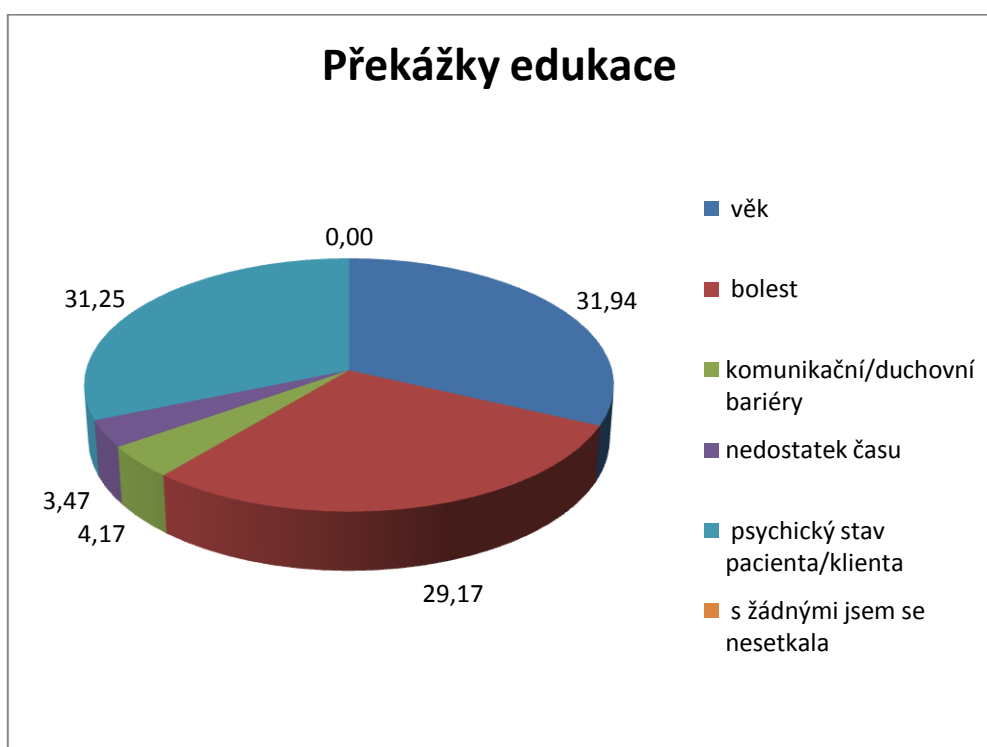
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. 69,23% (18) dotázaných uvedlo odpověď d), 26,92% (7) odpověď c) a 3,85% (1) odpověď b).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejvíce dotázaných uvedlo odpověď d) a to 77,27% (17), 31,82% (7) odpověď c) a 4,55% (1) odpověď b). (viz. Tab. 14, graf 14)

**Otázka č. 15** – Jaké jsou nejčastější případné překážky v edukaci K/P po amputaci dolní končetiny? (označte tři nejdůležitější)

Tabulka 15 Překážky edukace

Překážky edukace	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
věk	24	22	46	31,94
bolest	22	20	42	29,17
komunikační/duchovní bariéry	5	1	6	4,17
nedostatek času	3	2	5	3,47
psychický stav pacienta/klienta	24	21	45	31,25
s žádnými jsem se nesetkala	0	0	0	0,00



Graf 15 Překážky edukace

## Komentář:

Jako tři nejčastější překážky v edukaci odpovědělo nejvíce dotázaných z obou nemocnic věk 31,94% (46), psychický stav pacienta/klienta 31,25% (45) a bolest 29,17% (42), dále 4,14% (6) dotázaných uvedlo komunikační/duchovní bariéry a 3,47% (5) nedostatek času. Odpověď s žádnými jsem se nesetkala, zůstala nevyužita.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. byly jako tři nejčastější překážky v edukaci K/P po amputaci označeny: věk 30,77% (24), psychický stav pacienta/klienta 30,77% (24) a bolest 28,21% (22). 6,41% (5) dotázaných uvedlo komunikační/duchovní bariéry a 3,85% (3) nedostatek času.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. byly také jako tři nejčastější překážky v edukaci K/P po amputaci označeny: věk 33,33% (22), psychický stav pacienta/klienta 31,82% (21) a bolest 30,30% (20). 3,03% (2) dotázaných uvedlo nedostatek času a 1,52% (1) komunikační/duchovní bariéry. (viz. Tab. 15, graf 15)

**Otázka č. 16** – Označte tři oblasti oš. problematiky, které u K/P po amputaci dolní končetiny nejčastěji řešíte?

Tabulka 16 Ošetřovatelská problematika

Ošetřovatelská problematika	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
akutní nebo chronickou bolest	24	22	46	31,94
soběstačnost (hygiena, výživa, vyprazdňování)	22	21	43	29,86
RHB	5	1	6	4,17
potřebu jistoty a bezpečí	3	1	4	2,78
psychiku (porucha sebepojetí, sociální interakce)	21	21	42	29,17
protetiku	3	0	3	2,08



Graf 16 Ošetřovatelská problematika

#### Komentář:

Nejvíce dotázaných z obou nemocnic uvedlo, že nejčastější oš. problematiky, které u K/P po amputaci dolní končetiny řeší, jsou akutní nebo chronická bolest 31,94% (46), soběstačnost (hygiena, výživa, vyprazdňování) 29,86% (43) a psychika (porucha sebepojetí, sociální interakce) 29,17% (42). Jen 4,17% (6) dotázaných uvedlo RHB, 2,78% (4) potřebu jistoty a bezpečí a 2,08% (3) protetiku.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) a to 30,77% (24), odpověď b) 28,21% a odpověď e) 26,92% (21). Jen 6,41% (5) uvedlo odpověď c) a 3,85% (3) bylo uvedeno v otázce d) a f).

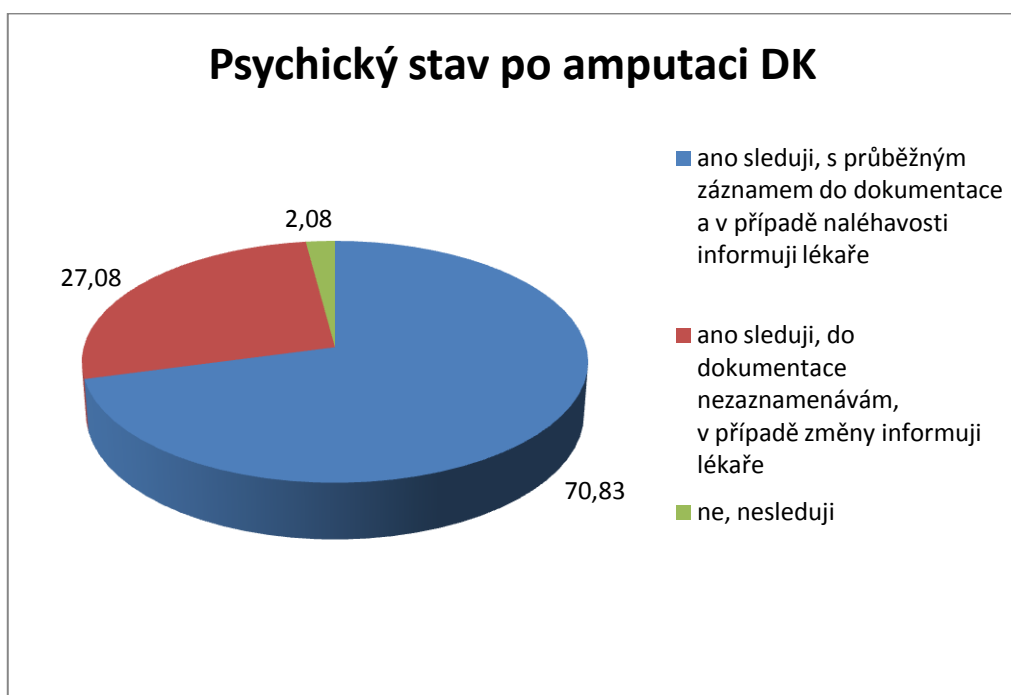
V Krajské nemocnici Liberec, a.s. též nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) 33,33% (22), odpověď b) 31,82% (21) a rovněž odpověď e) 31,82% (21). Jen 1,52% (1) bylo uvedeno u odpovědi c) a d). (viz. Tab. 16, graf 16)



**Otázka č. 17 – Sledujete u K/P po amputaci dolní končetiny jeho psychický stav?**

Tabulka 17 Psychický stav po amputaci DK

Psychický stav po amputaci DK	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
ano sleduji, s průběžným záznamem do dokumentace a v případě naléhavosti informuji lékaře	16	18	34	70,83
ano sleduji, do dokumentace nezaznamenávám, v případě změny informuji lékaře	9	4	13	27,08
ne, nesleduji	1	0	1	2,08



Graf 17 Psychický stav po amputaci DK

**Komentář:**

Je potěšujícím faktem, že 70,83% (34) dotázaných uvedlo, že u K/P po amputaci dolní končetiny sledují psychický stav, s průběžným záznamem do dokumentace a v případě naléhavosti informují lékaře. 27,08% (13) uvedlo, že psychický stav sledují, do dokumentace nezaznamenávají, a v případě změny informují lékaře a jen 2,08% (1) dotázaných uvedlo, že psychický stav nesledují.

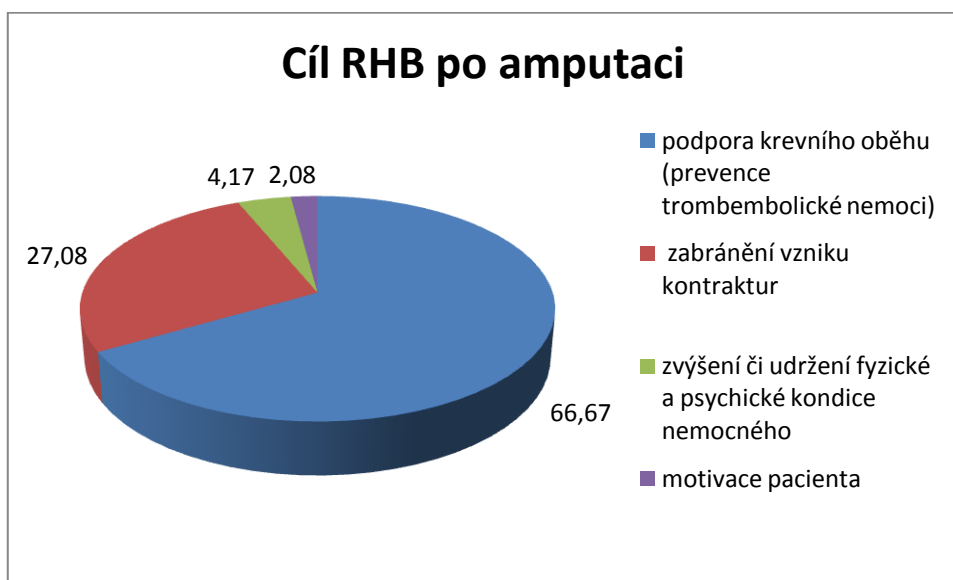
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. uvedlo více jak polovina odpověď a) a to 61,54% (16), 34,62% (9) odpověď b) a jen 3,85% (1) dotázaných odpověď c).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) a to 81,82% (18), 18,18% (4) odpověď b) a odpověď c) zde zůstala nevyužita. (viz. Tab. 17, graf 17)

**Otázka č. 18** – Hlavním cílem RHB u K/P po amputaci dolní končetiny v prvních pooperačních dnech je?

Tabulka 18 Cíl RHB po amputaci

Cíl RHB po amputaci	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
podpora krevního oběhu (prevence tromboembolické nemoci)	17	15	32	66,67
zabránění vzniku kontraktur	8	5	13	27,08
zvýšení či udržení fyzické a psychické kondice nemocného	1	1	2	4,17
motivace pacienta	0	1	1	2,08



Graf 18 Cíl RHB po amputaci

## Komentář:

Více jak polovina 66,67% (32) dotázaných z obou nemocnic uvedlo, že hlavním cílem RHB u K/P po amputaci dolní končetiny v prvních pooperačních dnech je podpora krevního oběhu (prevence trombembolické nemoci), 27,08% (13) uvedlo zabránění vzniku kontraktur, 4,17% (2) zvýšení či udržení fyzické a psychické kondice nemocného a 2,08% (1) dotázaných uvedlo motivaci pacienta.

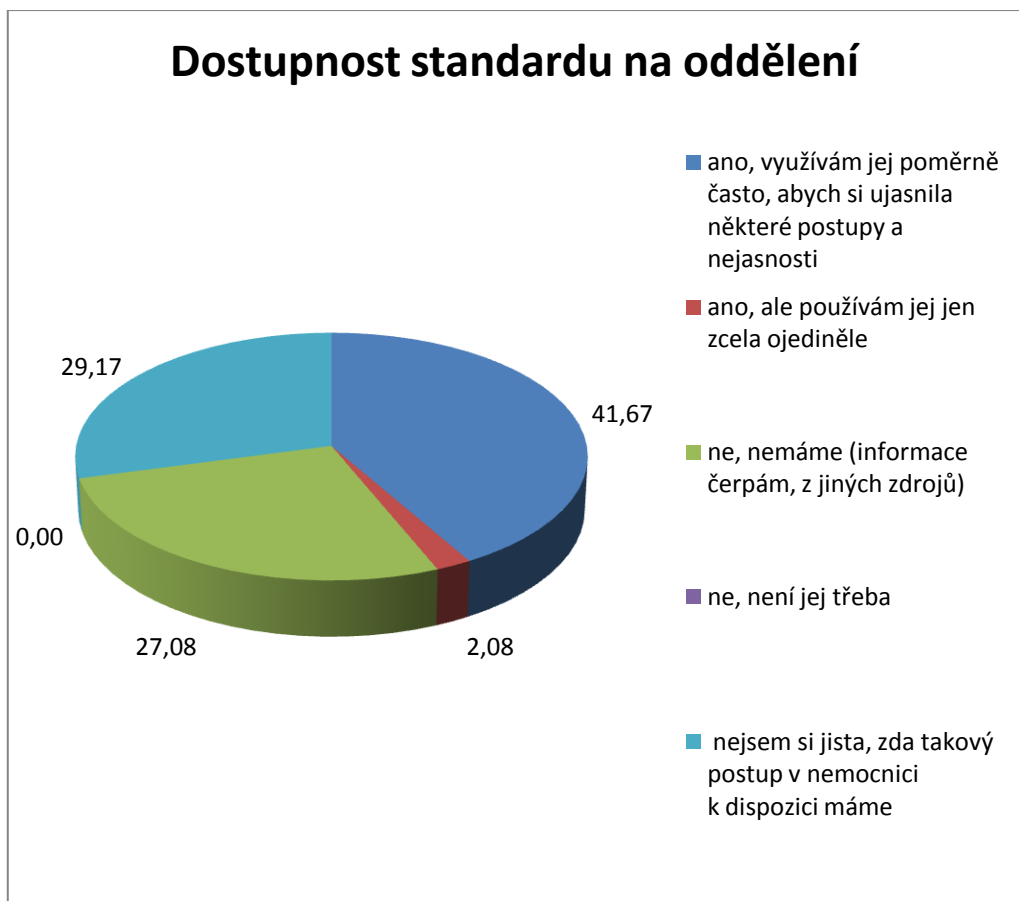
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) a to 65,38% (17), dále odpověď b) 30,78% (8), jen 3,85% odpověď c) a odpověď d) zde zůstala nevyužita.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) a to 68,18% (15), 22,73% odpověď b) a 4,55% bylo uvedeno u odpovědí c) a d). (viz. Tab. 18, graf 18)

**Otázka č. 19** – Máte na Vašem oddělení pracovní postup či standard ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny?

Tabulka 19 Dostupnost standardu na oddělení

Dostupnost standardu na oddělení	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
ano, využívám jej poměrně často, abych si ujasnila některé postupy a nejasnosti	13	7	20	41,67
ano, ale používám jej jen zcela ojediněle	1	0	1	2,08
ne, nemáme (informace čerpám, z jiných zdrojů)	8	5	13	27,08
ne, není jej třeba	0	0	0	0,00
nejsem si jista, zda takový postup v nemocnici k dispozici máme	4	10	14	29,17



Graf 19 Dostupnost standardu na oddělení

#### Komentář:

Nejvíce dotázaných z obou nemocnic uvedlo, že mají standard či pracovní postup ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny na oddělení, využívají jej poměrně často, aby si upřesnily některé postupy a nejasnosti a to 41,67% (20), 29,17% (14) dotázaných uvedlo, že si nejsou jisti, zda takový postup v nemocnici k dispozici mají, 27,08% (13) standard oš. péče nemají a informace čerpají z jiných zdrojů a jen 2,08% (1) dotázaných standard mají, ale používají jej jen zcela ojediněle. Odpověď, že standard není třeba, zůstala nevyužita.

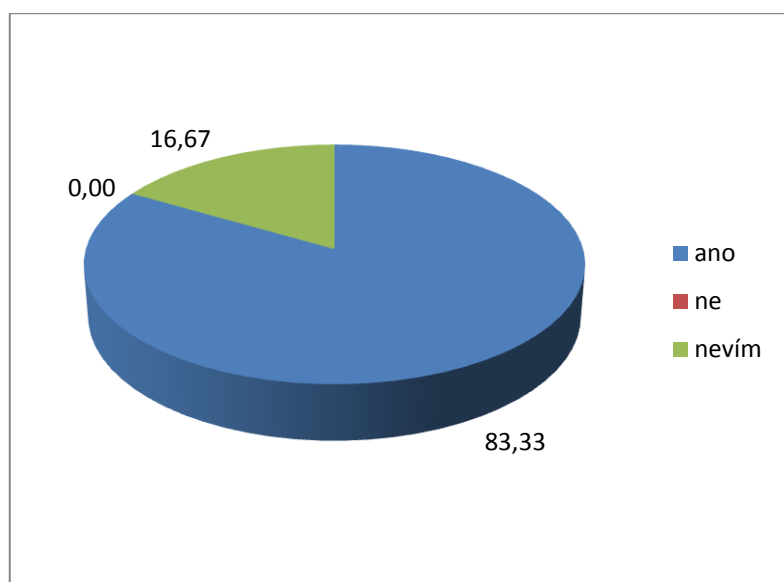
V nemocnici Jablonec nad Nisou, jedna polovina dotázaných uvedlo odpověď a) 50% (13), 30,77% (8) odpověď c), 15,38% (4) odpověď e) a 3,85% (1) odpověď b). Odpověď d) zde zůstala nevyužita.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. nejvíce dotázaných uvedlo odpověď e) a to 45,45% (10), 31,82% (7) odpověď a) a 22,73% (5) dotázaných uvedlo odpověď c). Odpovědi b) a d) zde zůstaly nevyužity. ( viz. Tab. 19, graf 19)

**Otázka č. 20** – Uvítala by jste standard ošetrovatelské péče u K/P po amputaci dolní končetiny na Vašem oddělení?

Tabulka 20 Standard na oddělení

Standard na oddělení	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
ano	20	20	40	83,33
ne	0	0	0	0,00
nevím	6	2	8	16,67



Graf 20 Standard na oddělení

**Komentář:**

Je potěšujícím faktem, že 83,33% (40) dotázaných z obou nemocnic by uvítalo standard oš. péče u K/P po amputaci dolní končetiny na oddělení. 16,67% (8) dotázaných neví. Odpověď ne, zůstala nevyužita.

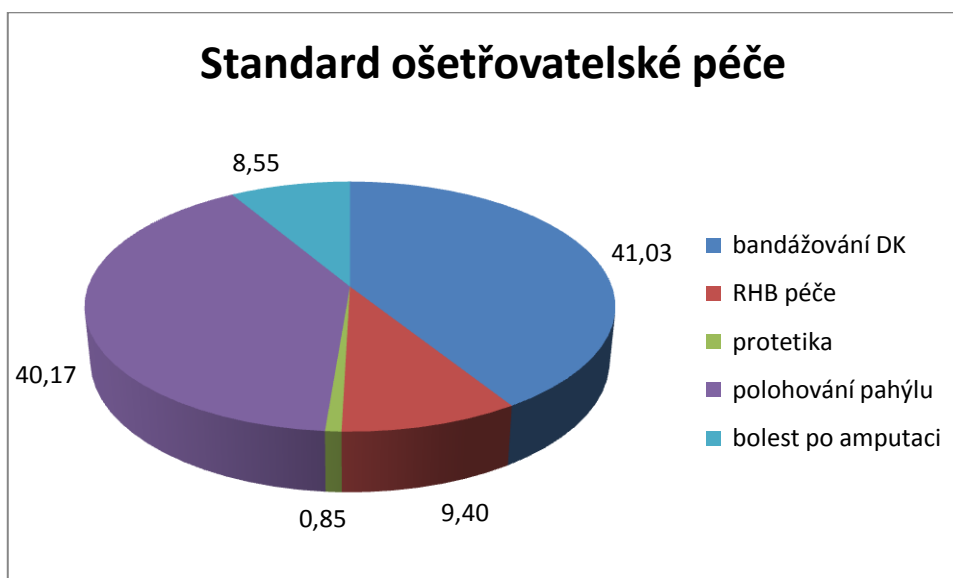
V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. uvedlo 76,92% (20) dotázaných, že by uvítaly standard na oddělení, 23,08% (6) dotázaných neví.

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. také nejvíce dotázaných uvedlo, že by standard na oddělení uvítaly a to 90,91% (20) a 9,09% (2) dotázaných neví. (viz. Tab. 20, graf 20)

**Otázka č. 21** – V jaké oblasti by Vám standard ošetrovatelské péče u K/P po amputaci dolní končetiny nejvíce pomohl a ujasnil některé nejasnosti? (můžete označit více odpovědí)

Tabulka 21 Standard ošetrovatelské péče

Standard ošetrovatelské péče	Nem. JBC	Nem. LBC	Celkem	
			(n)	(%)
bandážování DK	26	22	48	41,03
RHB péče	6	5	11	9,40
protetika	1	0	1	0,85
polohování pahýlu	25	22	47	40,17
bolest po amputaci	4	6	10	8,55



Graf 21 Standard ošetrovatelské péče

**Komentář:**

Téměř polovina dotázaných z obou nemocnic uvedlo, že standard ošetrovatelské péče po amputaci dolní končetiny by jim nejvíce pomohl v oblasti bandážování DK a to 41,03% (48), dále polohování pahýlu 40,17% (47), jen 9,40% (11) v RHB péči, 8,55% (10) s bolestí po amputaci a 0,85% (1) uvedla oblast protetiky.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. nejvíce dotázaných uvedlo odpověď a) a to 41,94% (26), 40,32% (25) odpověď d), 9,68% (6) odpověď b), 6,45% (4) odpověď e) a 1,61% (1) dotázaných uvedlo odpověď c).

V Krajské nemocnici Liberec, a.s. uvedlo 40% (22) dotázaných odpověď a), 40% (22) odpověď d), jen 10,91% (6) odpověď e) a 9,09% (5) odpověď b). (viz. Tab. 21, graf 21)

## 9.1 Vyhodnocení výzkumných předpokladů

### Předpoklad 1

- Předpokládáme, že sestry při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné po amputaci dolní končetiny dodržují zásady ošetřování pahýlu.

K vyhodnocení předpokladu byly stanoveny otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10 a 11. Z dotazníkového šetření vyplývá fakt, že sestry znají a dodržují zásady péče o nemocné po amputaci dolní končetiny. Znají pooperační komplikace, správnou polohu pahýlu, důvod bandáže pahýlu i dobu zahájení bandáže. **Výzkumný předpoklad se tedy potvrdil.**

### Předpoklad 2

- Domníváme se, že sestry mají dostatek času na edukaci u pacientů po amputaci dolní končetiny.

Jak vyplývá z odpovědí sester na otázku č. 15 dotazníkového šetření, tak sestry mají dostatek času na edukaci u K/P po amputaci dolní končetiny, pouze 3,47% dotázaných uvedlo, jako překážku v edukaci nedostatek času. **Výzkumný předpoklad se tedy potvrdil.**

### Předpoklad 3

- Předpokládáme, že sestry mají k dispozici na oddělení postup či standard ošetrovatelské péče k dané problematice.

Zda nemocnice má standard ošetrovatelské péče na oddělení jsem zjišťovala již před samotným dotazníkovým šetřením, nicméně odpověď staničních sester nebyla

jednoznačná. Projevila se určitá nejistota o existenci a obsahu takového standardu ošetrovatelské péče. K vyhodnocení tohoto předpokladu, byla stanovena otázka č. 19.

Celkově z dotazníkového šetření vyplývá, že skoro polovina dotázaných uvedla, že standard ošetrovatelské péče na oddělení mají, ale po další konzultaci s vrchní sestrou nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. a vrchní sestrou Krajské nemocnice Liberec, a.s. ani jedna nemocnice standard ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny nemá. Krajská nemocnice Liberec, a.s. má k dispozici na oddělení ošetrovatelsko-rehabilitační péči po amputaci dolní končetiny. **Výzkumný předpoklad se tedy nepotvrdil.**



## 10 Diskuze

Ve výzkumné části své bakalářské práce na téma „Ošetrovatelská péče o klienta/pacienty po amputaci dolní končetiny“ jsem si zvolila 3 výzkumné předpoklady.

Prvním předpokladem mé bakalářské práce bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady ošetřování pahýlu. Zda, znají správnou polohu pahýlu, komplikace po amputaci, kdy se provádí první převaz, důvod bandáže a dobu zahájení bandáže. Z výsledků průzkumného šetření vyplývá že, více jak polovina 56,25% dotázaných z obou nemocnic ví, kdy se provádí první převaz po amputaci dolní končetiny. Je potěšujícím faktem, že 100% dotázaných zná správnou polohu pahýlu bezprostředně po amputaci dolní končetiny. 70,83% dotázaných zná nejčastější časnou pooperační komplikaci. Sestry znají správnou dobu zahájení bandáže a také důvod bandáže. Zajímavé zjištění bylo u otázky číslo 10. co patří mezi zásady bandážování pahýlu. Zde měli respondenti na výběr ze tří odpovědí. 52,08% dotázaných uvedlo chybně, stahovat pahýl do konického tvaru klasovým způsobem a 47,92% odpovědělo stahovat pahýl do konického tvaru osmičkovým způsobem. Tuto odpověď považuji za správnou. Potěšující výsledek byl u otázky č. 11, kdy téměř tři třetiny dotázaných ví jaký tlak má bandáž způsobovat.

Ačkoliv nebylo mým cílem porovnávat péči v nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. a v Krajské nemocnici Liberec, a.s., výsledky obou nemocnic jsem porovnála a je třeba konstatovat, že počty jednotlivých odpovědí v obou nemocnicích byly velice vyrovnané.

Mým druhým cílem bylo, zjistit zda mají sestry dostatek času na edukci. Pouze 3,47% dotázaných odpovědělo, že překážkou edukace u klientů/pacientů po amputaci dolní končetiny je nedostatek času. Z výsledků průzkumného šetření tedy vyplývá, že sestry mají dostatek času na edukaci pacientů po amputaci. Jako nejčastější překážku edukace uvedlo nejvíce dotázaných věk, dále bolest a psychický stav K/P po amputaci dolní končetiny. Je potěšujícím faktem, že 54,17% dotázaných uvedlo, že P/K po amputaci edukují a edukaci zapíší do ošetrovatelské dokumentace.

Mým třetím výzkumným předpokladem bylo zjistit, zda mají sestry k dispozici na oddělení standard ošetrovatelské péče k dané problematice. Tento cíl jsem si stanovila ještě před samotným dotazníkovým šetřením. Na tuto myšlenku mě přivedla

konzultace se staničními a vedoucími sestrami ohledně standardu, kdy jejich odpovědi byly nejednotné a zda standard mají, neměly jistotu.

Při hodnocení dotazníků mě překvapily odpovědi u otázky č. 19. kdy 41,67% dotázaných z obou nemocnic uvedla, že standard mají a využívají jej poměrně často.

V nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o. kde nemají standard ošetrovatelské péče ani žádný jiný postup odpovědělo 50% dotázaných, že standard mají a využívají jej poměrně často. V Krajské nemocnici Liberec, a.s. uvedlo 45,45%, že si nejsou jisti, zda takový postup mají v nemocnici k dispozici a 31,82% uvedlo, že standard mají a využívají jej poměrně často. Tato nemocnice má na svém oddělení k dispozici ošetrovatelsko-rehabilitační péči po amputaci dolní končetiny. Je příjemným zjištěním, že 83,33% dotázaných z obou nemocnic by uvítalo standard ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny na svém oddělení. Nejvíce dotázaných uvedlo, že by jim standard pomohl v oblasti bandážování DK (což se projevilo již u otázky č. 10, kdy více jak jedna polovina respondentů uvedla špatný způsob bandážování pahýlu) a polohování pahýlu.

## 11 Návrh na řešení zjištěných problémů

Vzhledem k tomu, že ani jedna z nemocnic, kde probíhalo výzkumné šetření nemají k dispozici vypracovaný standard ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny, navrhuji následující řešení :

- Vytvořit návrh standardu ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny, který jsem vypracovala, a je přílohou této bakalářské práce. Mnou vypracovaný návrh ošetrovatelského standardu dám k dispozici vedoucím sestřám obou nemocnic.

Jelikož 52,08% dotázaných uvedlo, že stahují pahýl do konického tvaru klasovým způsobem (což považuji za špatnou odpověď), navrhuji následující řešení:

- Proškolit sestry se zaměřením na oblast bandážování a součástí školení provést praktický nácvik bandáže pahýlu.

## 12 Závěr

Touto prací jsem se snažila zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetrovatelské péče o amputovaný pahýl z pohledu sestry. Zaměřit se na oblast edukace pacienta a případné překážky v edukaci. Zjistit, zda v nemocnicích mají postup či standard ošetrovatelské péče k dané problematice.

Amputace je závažný stav, který představuje pro nemocné změny biologické, psychické i sociální. Ošetrovatelská péče o tyto nemocné je velmi důležitá a náročná jak po fyzické stránce, tak i psychické. Zahrnuje komplexní péči od základních potřeb až po seberealizaci nemocného.

Ve výzkumné části mé bakalářské práce jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí anonymního dotazníku. Dotazníkové šetření se týkalo pouze všeobecných sester různého vzdělání a postavení na pracovišti. Výsledky výzkumu jsou graficky zpracovány.

Stanovila jsem si tři výzkumné předpoklady. Prvním výzkumným předpokladem bylo zjistit, zda sestry dodržují zásady ošetrování pahýlu u K/P po amputaci dolní končetiny. Ze samotného dotazníkového šetření vyplývá fakt, že sestry znají a dodržují zásady ošetrování pahýlu, pouze u otázky č. 10, zda se pahýl stahuje do konického tvaru osmičkovým nebo klasovým způsobem uvedlo 52,08% dotázaných, klasovým způsobem. Zde se nemůžeme ztotožnit s Krawczykem (5), který uvádí, že se pahýl stahuje do konického tvaru osmičkovým způsobem.

Druhým výzkumným předpokladem bylo, zjistit zda mají sestry dostatek času na edukaci. Pozitivní výsledek je, že jen 3,47% dotázaných z obou nemocnic uvedlo, jako překážku edukace nedostatek času. Jako nejčastější překážky v edukaci K/P po amputaci dolní končetiny respondenti označovaly věk, bolest a psychický stav K/P po amputaci.

A třetím výzkumným předpokladem bylo zjistit, zda mají sestry na oddělení k dispozici standard ošetrovatelské péče. Ze samotného dotazníkového šetření musím uvést výsledky z nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. kdy 50% dotázaných uvedlo, že standard na oddělení mají a poměrně často jej využívají. Po konzultaci s vrchní sestrou, zda mohu do standardu nahlédnout, jsme došly k závěru, že žádný standard nemají. Zatímco v Krajské nemocnici Liberec, a.s. nejvíce dotázaných uvedlo, že si nejsou jisti, zda takový postup v nemocnici mají, tak 31,82% uvedlo, že standard mají a poměrně často jej využívají. Po další konzultaci s vrchní sestrou této nemocnice, zda mohu do

standardu nahlédnout jsem došly k závěru, že sestry mají na oddělení k dispozici ošetrovateľsko-rehabilitační péči po amputaci dolní končetiny. Jako přílohu mé bakalářské práce přikládám návrh standardu ošetrovateľské péče o K/P po amputaci dolní končetiny, který nabídnu jmenovaným oddělením k dispozici. Ačkoliv, nebylo mým cílem srovnání dvou uvedených nemocnic, tak na závěr bych chtěla uvést, že počty spíše kladných odpovědí v obou nemocnicích byly velice vyrovnané.

Na základě všech poznatků mohu konstatovat, že cíle mé bakalářské práce byly splněny. Jsem přesvědčena o využitelnosti tohoto standardu v každodenní praxi sester v péči o K/P po amputaci dolní končetiny a sjednocením postupu. Zároveň se tímto eliminují případné nesrovnalosti a pochybení sester.

## 13 Seznam bibliografických citací

### Monografie:

- 1) BROZMANOVÁ, B. *Ortopedická protetika*. Martin: Osveta, 1990. s. 478. ISBN 80-217-0133-1.
- 2) DUNGL, P., et al. *Ortopedie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing,a.s., 2005. ISBN 80-247-0550-8.
- 3) HERDMAN, H. *Ošetrovatelské diagnózy – definice a klasifikace*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing,a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4328-80
- 4) KÁLAL, J. *Rehabilitace amputovaných*. Vydání 1. Ústí nad Labem: Ústav zdravotnických studií, 2003. s. 78. ISBN 80-7044-483-5.
- 5) KRAWCZYK, P. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Vydání 1. České Budějovice: Centrum technické ortopedie s.r.o., 2001. s. 32. ISBN 80-238-6884-5.
- 6) MATTHIAS, S., P. OSTER. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 111. ISBN 978-80-247-3013-4.
- 7) PETTY, G., Š. KOVAŘÍK. *Moderní vyučování*. Vydání 4. Praha: Portál, 2006. s. 380 ISBN 80-7367-172-7.
- 8) PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Vydání 3. upr. a dopl. Praha: Portál, 2005. s. 481. ISBN 80-7367-047-X .
- 9) SKALKOVÁ, J. *Obecná didaktika*. Vydání 2. rozš., aktualit. Praha: Grada Publishing,a.s., 2007. s. 322. ISBN 978-80-247-1821-7.
- 10) SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 156-165. ISBN 978-80-247-3129-2.
- 11) SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. s. 114-154. ISBN 978-80-247-3130-8.
- 12) SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci dolní končetiny*. Vydání 1. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009. s. 64. ISBN 978-80-254-3820-6.
- 13) SOSNA, A., kol. *Základy ortopedie*, Praha: Triton s.r.o., 2001. s. 143-161. ISBN 80-7254-202-8
- 14) TRACHTOVÁ, E et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelství*. Vydání 1. Brno: IDV PZ, 1999. s. 9-15. ISBN 80-7013-324-4.
- 15) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání 4. Praha: Portál, 2008. s. 870. ISBN 978-80-7367-414-4.

- 16) VONDRÁČEK, L., V. WIRTHOVÁ, J. PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. s. 15. ISBN 978-80-247-3697-6.
- 17) VYHNÁLEK, F. *Chirurgie III., pro střední zdravotnické školy*. Vydání 2. přeprac. Praha: Informatorium, 2003. s. 135. ISBN 80-7333-009.

### **Odborná periodika:**

- 18) HAZULÍKOVÁ, J. *Informovaný pacient – spokojený pacient, zdravotník v roli edukátora. Diagnóza v ošetrovatelství*. Kutná Hora: 2006, roč. 2, č. 7, s. 279-280. ISSN 1801-1341.

### **Zahraniční a internetové zdroje:**

- 19) KURICHI, JE., BE. BATES , MG. STINEMAN. 2010. Amputace. In: JH kámen, M Blouin, editorů. *Mezinárodní encyklopedie rehabilitace*. Dostupné on-line: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/251/>.
- 20) *Society for Surgery* [online], [cit. 2009-12-18]. Dostupné z: <http://www.vascularweb.org/patient/NorthPoint/Amputation.html>.
- 21) VOJTOVÁ, J., *Osetrovatelstvi.eu*. Dostupné z URL: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/8-osetrovatelsky-proces/148-amputace>.
- 22) M.A. *Protetika – Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/data/navody/obrazek2.jpeg>.
- 23) M.A. *Protetika – Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/data/navody/obrazek3.jpeg>.

## 14 Seznam tabulek

Tabulka 1 Délka praxe ve zdravotnictví .....	37
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	38
Tabulka 3 Fantomova bolest.....	39
Tabulka 4 Sledování po amputaci DK .....	41
Tabulka 5 První převaz OP rány .....	42
Tabulka 6 Poloha pahýlu bezprostředně po amputaci .....	44
Tabulka 7 Pooperační komplikace.....	45
Tabulka 8 Zahájení bandáže pahýlu .....	46
Tabulka 9 Důvod bandáže pahýlu .....	47
Tabulka 10 Zásady bandážování pahýlu .....	48
Tabulka 11 Tlak bandáže.....	49
Tabulka 12 Edukace K/P .....	50
Tabulka 13 Metoda edukace.....	52
Tabulka 14 Zahájení edukace .....	53
Tabulka 15 Překážky edukace .....	54
Tabulka 16 Ošetrovatelská problematika.....	55
Tabulka 17 Psychický stav po amputaci DK .....	57
Tabulka 18 Cíl RHB po amputaci.....	58
Tabulka 19 Dostupnost standardu na oddělení .....	59
Tabulka 20 Standard na oddělení.....	61
Tabulka 21 Standard ošetrovatelské péče .....	62



## 15 Seznam grafů

Graf 1 Délka praxe ve zdravotnictví .....	37
Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání .....	38
Graf 3 Fantomova bolest .....	40
Graf 4 Sledování po amputaci DK.....	41
Graf 5 První převaz OP rány .....	43
Graf 6 Poloha pahýlu bezprostředně po amputaci.....	44
Graf 7 Pooperační komplikace .....	45
Graf 8 Zahájení bandáže pahýlu .....	46
Graf 9 Důvod bandáže pahýlu .....	47
Graf 10 Zásady bandážování pahýlu.....	48
Graf 11 Tlak bandáže .....	49
Graf 12 Edukace K/P.....	51
Graf 13 Metoda edukace .....	52
Graf 14 Zahájení edukace.....	53
Graf 15 Překážky edukace.....	54
Graf 16 Ošetrovatelská problematika .....	56
Graf 17 Psychický stav po amputaci DK .....	57
Graf 18 Cíl RHB po amputaci .....	58
Graf 19 Dostupnost standardu na oddělení .....	60
Graf 20 Standard na oddělení .....	61
Graf 21 Standard ošetrovatelské péče .....	62

## **16 Seznam příloh**

**Příloha č. 1** – Bandáž pahýlu

**Příloha č. 2** – Polohování pahýlu

**Příloha č. 3** – Chybné návyky u K/P po amputaci dolní končetiny

**Příloha č. 4** – Maslowova pyramida potřeb

**Příloha č. 5** – Typy protéz dolních končetin

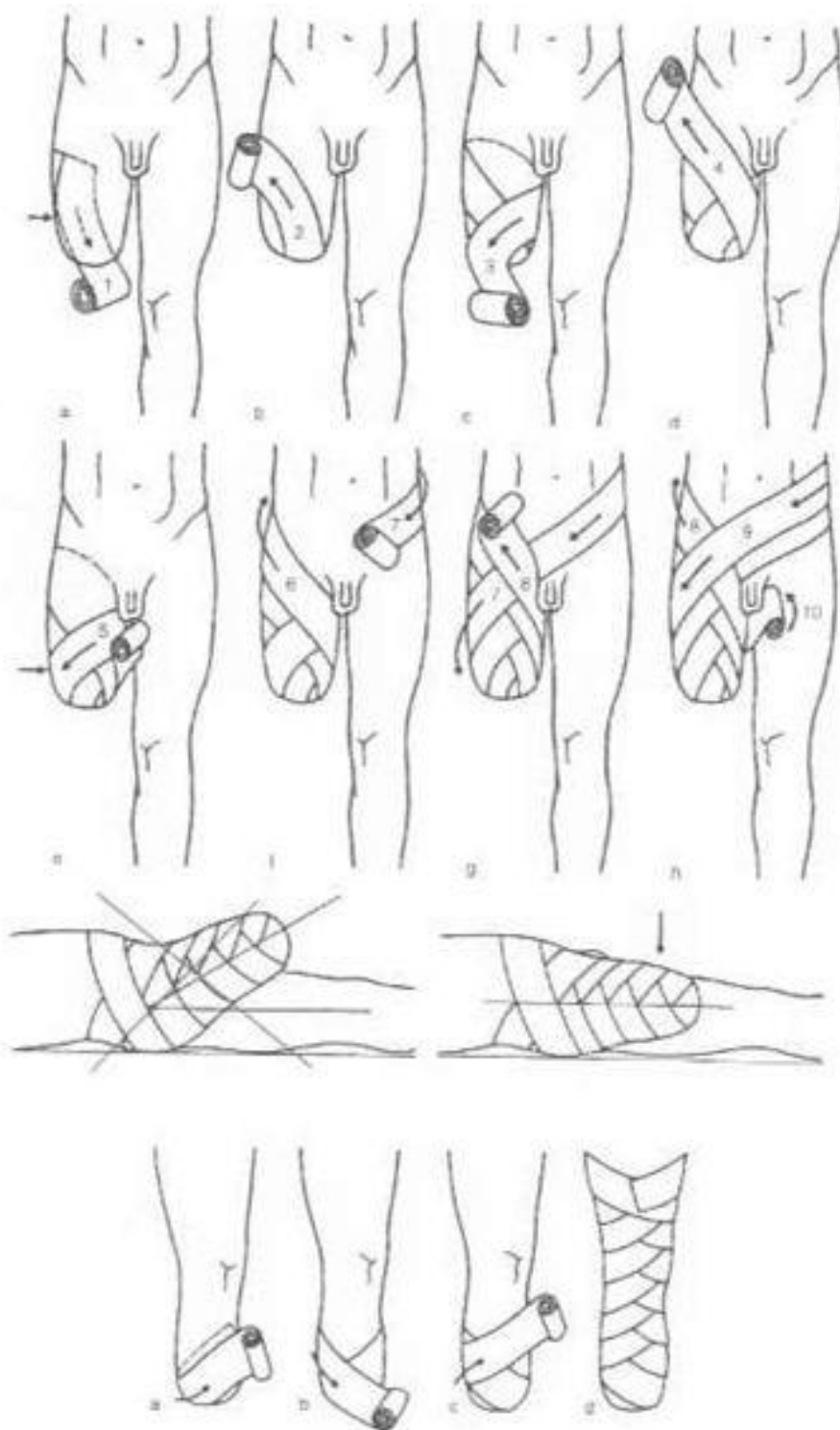
**Příloha č. 6** – Dotazník

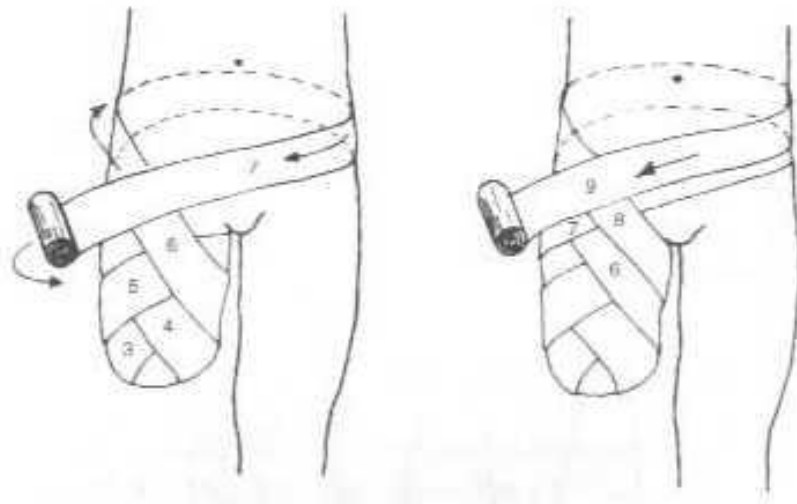
**Příloha č. 7** – Návrh standardu ošetrovatelské péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny

**Příloha č. 8** – Kopie žádosti o provádění dotazníkového šetření v Krajské nemocnici Liberec, a.s.

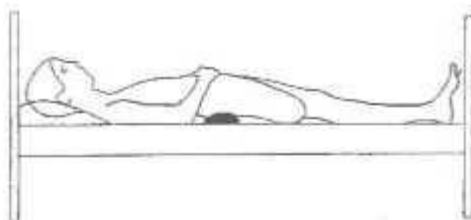
**Příloha č. 9** – Kopie žádosti o provádění dotazníkového šetření v nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o.

**Příloha č. 1 – Bandáž pahýlu (5)**

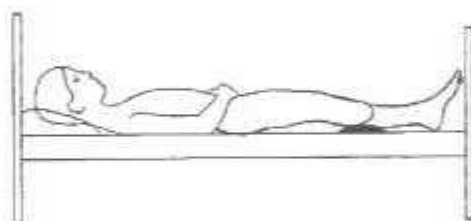




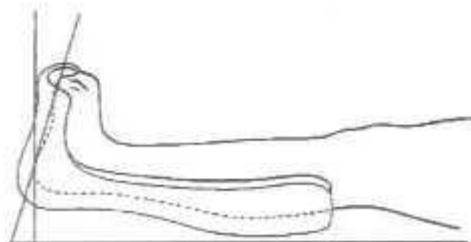
**Příloha č. 2 – Polohování pahýlu (22)**



Amputovaný ve stehně s podloženou pánví



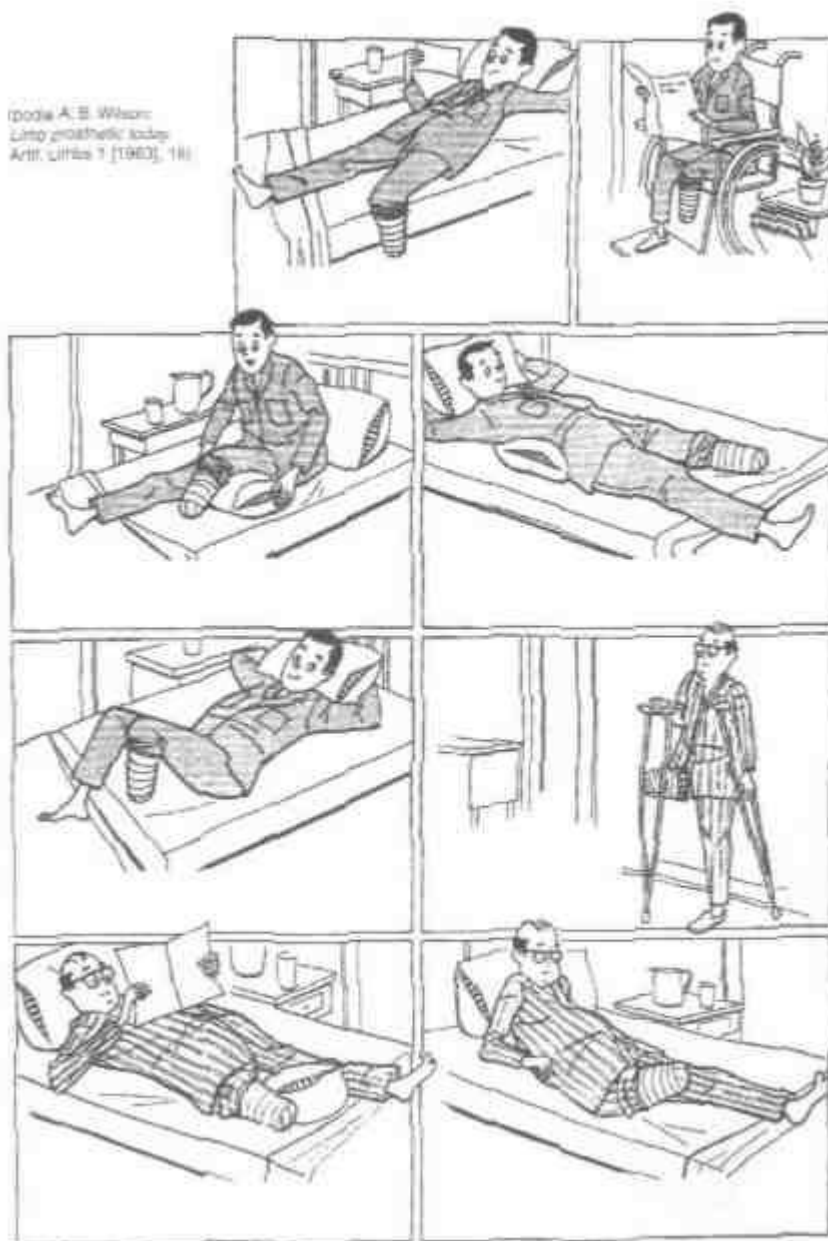
Amputovaný v bérce, vrchol pahýlu podložený do 3 cm



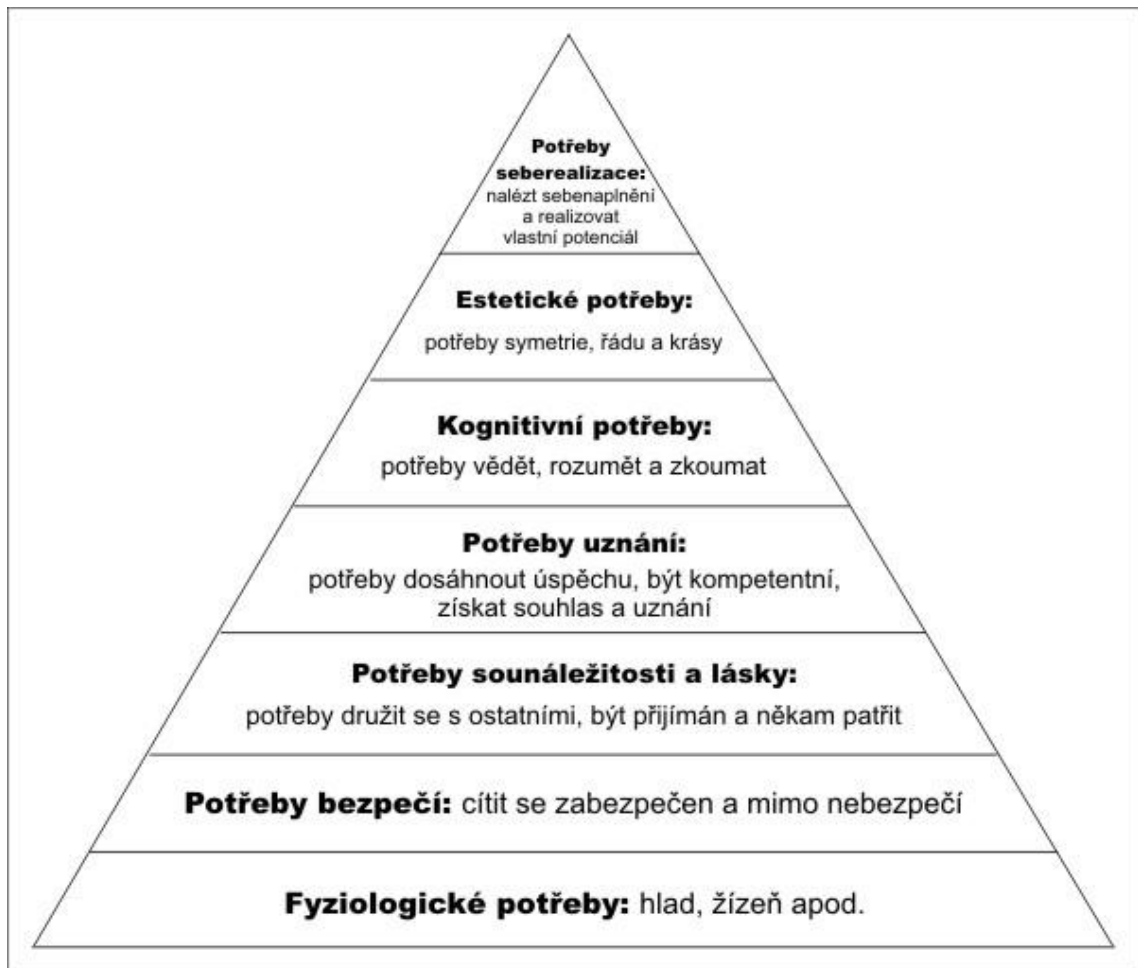
Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

**Příloha č. 3 – Chybné návyky u K/P po amputaci dolní končetiny (23)**

(Dodd A. B. Wilson:  
Limp prosthetic limb  
Artif. Limbs 1 [1963], 14)



**Příloha č. 4 – Maslowova pyramida potřeb (14)**



**Příloha č. 5 – Typy protéz dolních končetin (13)**



- a – Protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu
- b – Protéza stehenní
- c – Protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu
- d – Protéza pro amputaci v bérce a níže



## **Dotazník**

Dobrý den,

Jmenuji se Jana Tomášová, jsem studentkou Technické univerzity v Liberci, oboru Ošetřovatelství, všeobecná sestra. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce, na téma : „ Ošetřovatelská péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny.“

Dotazník je anonymní a získané informace budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce s cílem zmapovat a vyhodnotit kvalitu ošetřovatelské péče o amputovaný pahýl se zaměřením na oblast edukace K/P po amputaci dolní končetiny.

Předem Vám děkuji za ochotu a čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Jana Tomášová  
3. ročník bakalářského studia TUL

Nebude-li uvedeno jinak, zakroužkujte prosím jednu odpověď. Případně doplňte odpověď na vytečkovanou část .

.....  
.....

**1. Délka Vaší praxe ve zdravotnictví?**

- a) méně než 5 let
- b) 6-10 let
- c) 11-20 let
- d) nad 21 let

**2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) Středoškolské – střední odborné vzdělání s maturitou
- b) Středoškolské se specializací – vyšší odborné vzdělání
- c) VŠ – bakalářské
- d) VŠ – magisterské
- e) Jiné .....

**3. Fantomova bolest je?**

- a) bolest v místě amputovaného pahýlu, která vznikne bezprostředně po operaci a vymizí do zahojení operační rány
- b) bolest vycházející z chybějící končetiny
- c) bolest a pocity (dotyku, horka, chladu,...), vycházející z chybějící končetiny
- d) krátkodobá bolest, vystřelující do kotníku amputované končetiny

- 4. Co bezprostředně sledujete u K/P po amputaci dolní končetiny? (označte tři nejdůležitější)**
- a) fyziologické funkce (TK,P,D,vědomí – nejméně po ½ hod. do stabilizace stavu)
  - b) náhle vzniklé krvácení z pahýlu
  - c) Fantomovu bolest
  - d) tělesnou teplotu a projevy infekce
  - e) Redonův drén (kontrola funkce, množství a vzhled)
  - f) kontrolní odběry biologického materiálu
- 5. V jakém časovém horizontu se provádí první převaz operační rány?**
- a) 1. den po operaci, následně obden
  - b) 2. den po operaci s výměnou krytí 2x denně
  - c) z důvodu prevence infekce se převaz prvních 5 dnů neprovádí vůbec
  - d) první převaz se provádí zpravidla 3. den po operaci (rozhoduje stav pacienta a požadavky operátéra)
- 6. Jaká je nejvhodnější poloha pahýlu bezprostředně po amputaci dolní končetiny?**
- a) na boku neoperované DK s podloženým pahýlem
  - b) na zádech se zvýšenou polohou pahýlu
  - c) na rovném lůžku bez podloženého pahýlu
  - d) v polosedě do úhlu 90° bez podloženého pahýlu
- 7. Jaká časná pooperační komplikace se nejčastěji vyskytuje u K/P po amputaci dolní končetiny?**
- a) dehiscence rány
  - b) hematom, který může vést k infekci
  - c) kontraktura vzniklá špatným polohováním pahýlu
  - d) vznik tromboembolické nemoci
  - e) Fantomova bolest
- 8. Kdy zahajujete bandáž pahýlu u K/P po amputaci dolní končetiny?**
- a) až 2. den po operaci
  - b) pokud obvaz prosakuje
  - c) po odstranění stehů a drénů z pahýlu
  - d) nejdéle 3. den po amputaci dolní končetiny
- 9. Proč zahajujeme bandáž pahýlu?**
- a) k prevenci otoků
  - b) k podpoře hojení operační rány
  - c) k tvarování pahýlu
  - d) k prevenci krvácení operační rány

**10. Mezi zásady bandážování pahýlu patří?**

- a) stahovat pahýl do konického tvaru osmičkovým způsobem
- b) nestahovat pahýl, jen lehce obvázat cirkulárním způsobem
- c) stahovat pahýl do konického tvaru klasovým způsobem

**11. Bandáž má způsobit tlak?**

- a) zvyšující se od distálního konce směrem k proximálnímu
- b) snižující se od distálního konce směrem k proximálnímu
- c) všude stejný

**12. Edukujete K/P v péči o amputovaný pahýl?**

- a) ano edukuji, o edukaci vedeme záznam do edukačního formuláře
- b) ano edukuji, o edukaci záznam nevedeme
- c) ano edukuji, edukaci zapíši do ošetrovatelské dokumentace
- d) needukuji

**13. Jakou metodu používáte při edukaci K/P? (můžete označit více odpovědí)**

- a) ústní formu
- b) písemnou formu (edukační materiály)
- c) ústní a písemnou formu
- d) praktický nácvik
- e) DVD, VHS, CD
- f) žádnou

**14. Kdy zahajujete edukaci u K/P po amputaci dolní končetiny?**

- a) pokud o edukaci pacient požádá
- b) 1. den po operaci
- c) po odstranění stehů a drénu z pahýlu
- d) u plánovaných příjmů již předoperačně

**15. Jaké jsou nejčastější případné překážky v edukaci K/P po amputaci dolní končetiny? (označte tři nejdůležitější)**

- a) věk
- b) bolest
- c) komunikační/duchovní bariéry
- d) nedostatek času
- e) psychický stav pacienta/klienta
- f) s žádnými jsem se nesetkala

**16. Označte tři oblasti oš. problematiky, které u K/P po amputaci dolní končetiny nejčastěji řešíte?**

- a) akutní nebo chronickou bolest
- b) soběstačnost (hygiena, výživa, vyprazdňování)
- c) RHB
- d) potřebu jistoty a bezpečí
- e) psychiku (porucha sebepojetí, sociální interakce)
- f) protetiku

**17. Sledujete u K/P po amputaci dolní končetiny jeho psychický stav?**

- a) ano sleduji, s průběžným záznamem do dokumentace a v případě naléhavosti informuji lékaře
- b) ano sleduji, do dokumentace nezaznamenávám, v případě změny informuji lékaře
- c) ne, nesleduji

**18. Hlavním cílem RHB u K/P po amputaci dolní končetiny v prvních pooperačních dnech je?**

- a) podpora krevního oběhu ( prevence trombembolické nemoci )
- b) zabránění vzniku kontraktur
- c) zvýšení či udržení fyzické a psychické kondice nemocného
- d) motivace pacienta

**19. Máte na Vaše oddělení pracovní postup či standard ošetrovatelské péče o K/P po amputaci dolní končetiny?**

- a) ano, využívám jej poměrně často, abych si upřesnila některé postupy a nejasnosti
- b) ano, ale používám jej jen zcela ojediněle
- c) ne, nemáme (informace čerpám z jiných zdrojů)
- d) ne, není jej třeba
- e) nejsem si jista, zda takový postup v nemocnici k dispozici máme

**20. Uvítala by jste standard ošetrovatelské péče u K/P po amputaci dolní končetiny na Vašem oddělení?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**21. V jaké oblasti by Vám standard ošetrovatelské péče u K/P po amputaci dolní končetiny nejvíce pomohl a ujasnil některé nejasnosti? (můžete označit více odpovědí)**

- a) bandážování DK
- b) RHB péče
- c) protetika
- d) polohování pahýlu
- e) bolest po amputaci

**Příloha č. 7** – Návrh standardu ošetrovatelské péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny

**Návrh standardu ošetrovatelské péče o klienty/pacienty po amputaci dolní končetiny**

## **Definice**

Amputace je oddělení periferní části těla. Snesení nemocné končetiny je poslední možností po vyčerpání všech možných terapeutických výkonů k její záchraně. Tento termín je běžně používán pro ztrátu části nebo celé končetiny.

## **Rozdělení amputací dolní končetiny**

- nízká (10-15 cm pod kolenem)
- střední (rozhraní 1/3 stehna)
- vysoká (odstranění v kloubu – exartikulace).

## **Indikace**

- Těžké úrazové poškození končetiny, jejíž zachování je možné (rozdrcení končetiny).
- Postižení zhoubným nádorem – nejčastěji to bývá osteosarkom s nejčastější lokalizací na stehenní, holenní a pažní kosti, a to v blízkosti kloubu.
- Úplná ztráta krevního oběhu v končetině po vyčerpání všech konzervativních i operačních metod k zajištění krevního oběhu.
- Při ohrožení K/P sepsí – diabetická gangréna, osteomyelitida.
- Těžké poškození končetiny s úplnou ztrátou její funkce.

## **Symptomatologie**

Vychází z příčin, které vedou k amputaci. Nejčastěji se jedná o bolest, nedostatečné prokrvení, gangrény, změna barvy kůže, klaudikační bolest, apod.

## **Diagnostika**

Provádí se základní vyšetření krve, moči, vyšetření cév DK pomocí USG a další klinická vyšetření dle příčiny, která vedla k rozhodnutí o amputaci.

## **Komplikace amputací**

- Zde doporučuji popsat nejčastější celkové komplikace + nejčastější komplikace po amputaci DK jako je:

- Hematom – důležitá správná drenáž
- Kožní nekróza – zleží na velikosti
- Dehiscence rány – revize, nefrektomie, drenáž, resutura
- Gangréna pahýlu – snesení a amputace pahýlu
- Otok – prevencí je správná drenáž
- Kloubní kontraktura pahýlu – prevencí pooperační polohování a cvičení
- Fantomové pocity a bolesti – bolesti medikamentózní řešení, případně revize pahýlu nervu

### **Kompetence personálu**

Všeobecná sestra, Zdravotnický asistent pod odborným vedením všeobecné sestry.

### **Informovanost pacienta**

- Posouzení stavu K/P po amputaci DK
- Klinické posouzení rány
- Laboratorní výsledky
- Informovanost pacienta, zjistit zda má dostatek informací

### **Předoperační příprava**

- Doporučuji zde popsat zásady v oblasti bio-psycho-sociální péče.

### **Pooperační péče**

- V této kapitole doporučuji popsat sledování základních životních funkcí, péči o pahýl po OP, sledování Redonova drénu, polohování pahýlu + ošetrovatelskou péči jako :
  - Vyprazdňování - vhodné pomůcky, prevence zácpy, případná dopomoc.
  - Nutrice a hydratace - prevence zácpy, dostatek tekutin, vše s ohledem na přidružená onemocnění.
  - RHB - časná mobilizace (posazování, stoj u lůžka s udržení rovnováhy, opora o berle, vstávání ze židle a lůžka pomocí berlí, nácvik chůze, aktivizace nemocného, RHB zdravé končetiny.



## **Bandážování pahýlu**

- Pomocí pahýlového návleku s léčebným účinkem – kompresí k tvarování pahýlu nebo pomocí elastického obinadla.

### Hlavní zásady bandážování elastickým obinadlem:

- k bandážování používáme dostatečně široká elastická obinadla (10 – 14 cm)
- první otáčky obvazu nevedeme přes pahýl cirkulárně – může dojít ke stlačení povrchového žilního systému a nedostatečné drenáži pahýlu
- bandážovat až nad zachovaný kloub končetiny
- u stehenní amputace bandážujeme přes pás
- vzadu by otáčky obvazu měly sahat až k sedacímu hrbolu a na vnitřní ploše stehna až do rozkroku tak, aby se při bandážování nevytvořily valy měkkých tkání
- u amputace v bérce bandážujeme nad kolenní kloub
- bandážujeme 3x denně, vždy střídáme bandáž s další péčí o pahýl
- bandážování přes noc – ne u pacientů s cévní příčinou amputace !  
(Příloha č. 1)

## **Možné ošetřovatelské diagnózy**

➤ Zde je nutné doplnit ošetřovatelské intervence + cíle

- Akutní bolest
- Deficit sebeděže při koupání a hygieně
- Deficit sebeděže při oblékání a úpravě zevnějšku
- Deficit sebeděže při jídle
- Deficit sebeděže při vyprazdňování
- Deficit znalost
- Efektivní léčebný režim
- Ochota zlepšit sebezpojetí
- Riziko infekce
- Riziko pádu
- Porušená chůze
- Porušená tkáňová integrita
- Porušený obraz těla

- Riziko bezmocnosti
- Riziko imobilizačního syndromu
- Riziko intolerance aktivity
- Ochota doplnit deficitní vědomosti
- Riziko pooperačního poškození
- Riziko poškození
- Zhoršená schopnost přemístit se
- Riziko traumatu
- Riziko zácpy
- Strach
- Úzkost
- Zhoršená pohyblivost na lůžku

### **Ošetřovatelská péče**

- Zajištění potřeb nemocného
- Péče o hůře mobilního nemocného
- Péče o vyprazdňování
- Péče o nutrici a hydrataci N, prevence zácpy
- Dopomoc v sebeobslužných činnostech, pomůcky k ruce nemocného
- Prevence pádu
- Dokonalá péče o pahýl, nácvik RHB, sebeobsluhy, mobility

### **Pomůcky**

- Vypsát zde pomůcky používané při převazu pahýlu.

### **Edukace K/P po amputaci DK**

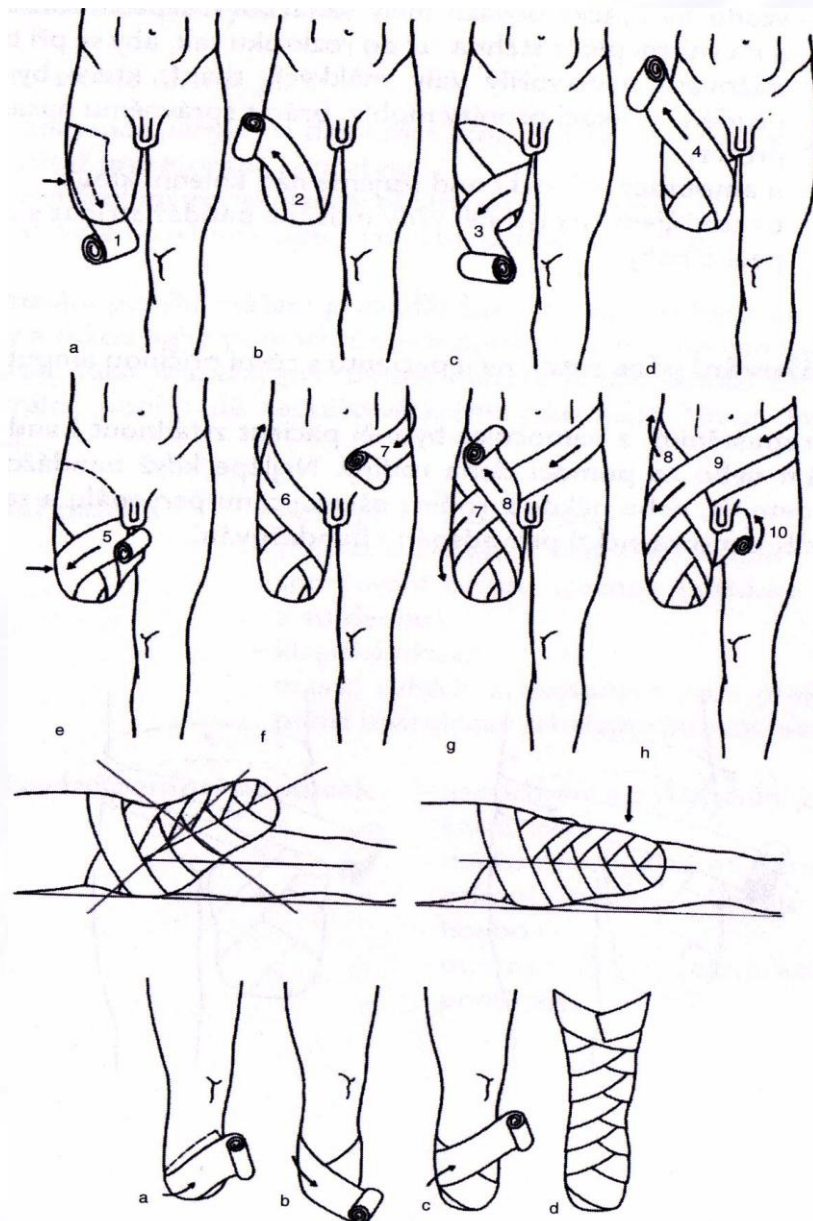
- Uvést způsoby edukace + pomůcky používané k edukaci.

### **Přílohy**

**Příloha č. 1** – Bandáž pahýlu

**Příloha č. 2** – Polohování pahýlu

Příloha č. 1 – Bandáž pahýlu



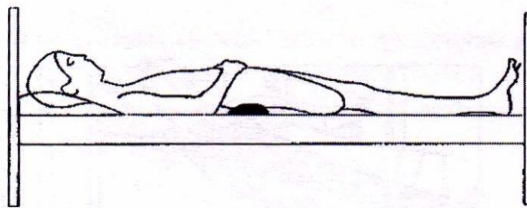
## Příloha č. 2 - Polohování pahýlu

### Vleže na zádech

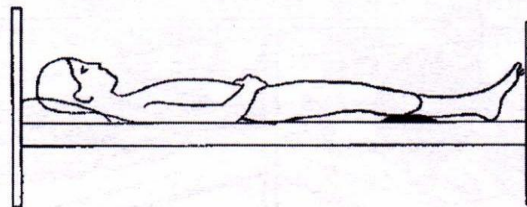
- u stehenní amputace s podloženou pánví (ne bederní páteří)
- u bércevé amputace nízké podložení konce pahýlu

### Vleže na břiše

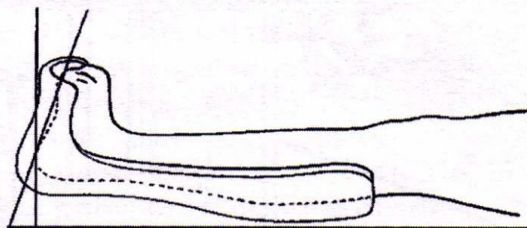
- horní polovina trupu v horizontále - stehenní pahýl podkládáme do zanožen



Amputovaný ve stehně s podloženou pánví



Amputovaný v bérce, vrchol pahýlu podložený do 3 cm


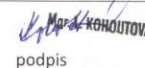


Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

**Příloha č. 8 – Kopie žádosti o provádění dotazníkového šetření v Krajské nemocnici Liberec, a.s.**

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU**

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Tomášová Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Ošetrovatelství	Z10000124	III.
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Krajská nemocnice Liberec, a.s., chirurgické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	1. 11. 2012	
Datum ukončení výzkumu	31. 12. 2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	30 respondentů	
Počet oslovených respondentů (klientů)	1	
Poznámka:		

Ve Velkých Hamrech..... dne 15. 12. 2012

  
.....

podpis studenta



**Příloha č. 9 – Kopie žádosti o provádění dotazníkového šetření v nemocnici Jablonec nad Nisou, p.o.**

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU**

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Tomášová Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Ošetřovatelství	Z10000124	III.
Téma práce	Ošetrovatelská péče o pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o., chirurgické oddělení	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Hana Bláhová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	1. 11. 2012	
Datum ukončení výzkumu	31. 12. 2012	
Počet oslovených respondentů (personálu)	30 respondentů	
Počet oslovených respondentů (klientů)	1	
Poznámka:		

VE Velkých Hamrech..... dne 15. 10. 2012

*Tomášová*

podpis studenta