

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Ošetřovatelství



Danuše Uhrová

**Ošetřovatelská péče o pacienta po amputaci dolní
končetiny**

*Nursing care of the patient after amputation of the lower
limb*

bakalářská práce

Praha, 2020

Autor práce: Danuše Uhrová

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná zdravotní sestra

Vedoucí práce: Mgr. Jana Holubová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Předpokládaný termín obhajoby: září 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 8.7. 2020

Danuše Uhrová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala mé vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Holubové za cenné rady a připomínky při vypracování této práce. Dále bych také ráda poděkovala MUDr. Janě Hajčiové za čas a připomínky, které mi věnovala při konzultacích.

OBSAH

ÚVOD.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. KŮŽE.....	7
1.1. SVALY	9
1.1.1. NERVOVÁ SOUSTAVA	10
1.1.2. CÉVY	10
1.1.2.1. STAVBA KOSTERNÍ	12
1.1.2.2. TYPY KOSTÍ	12
1.1.2.3. KOSTRA DOLNÍ KONČETINY.....	13
1.1.2.4. AMPUTACE.....	14
1.1.2.5. ISCHEMICKÁ CHOROBA DOLNÍCH KONČETIN	14
1.1.2.6. SYNDROM DIABETICKÉ NOHY.....	15
1.1.2.7. DIAGNOSTIKA SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY	15
1.1.2.8. TYPY AMPUTACÍ	16
1.1.2.9. KOMPLIKACE AMPUTACÍ.....	17
1.1.2.10. SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE V POOPERAČNÍM OBDOBÍ.....	18
1.1.2.11. PÉČE O OPERAČNÍ RÁNU, PAHÝL A INVAZIVNÍ VSTUPY.....	18
1.1.2.12. PÉČE O DALŠÍ POTŘEBY	19
PRAKTICKÁ ČÁST.....	20
2. ÚVOD DO PRAKTICKÉ ČÁSTI	20
2.1. KAZUISTIKA.....	21
2.1.1. MODEL FUNKČNÍCH VZORCŮ ZDRAVÍ.....	22
2.2. ANAMNÉZA.....	25
2.3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE.....	30
3. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY	37
3.1. EDUKACE	37
3.1.1. BOLEST.....	38
3.1.2. RIZIKO PÁDU.....	41
DISKUSE	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	53
PŘÍLOHY	54

Úvod

Téma své bakalářské práce, které jsem si vybrala zní: „Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci dolní končetiny.“ Toto téma jsem si zvolila na základě svého zájmu o tuto problematiku.

Amputace dolní končetiny, jako operační výkon se objevuje celkem často, a to jako komplikace diabetes mellitus II. typu. Tento zákrok je vždy obrovským zásahem do života daného pacienta. A to například z důvodu obrovské fyzické a psychické zátěže. Pacient se musí naučit znovu a plnohodnotně žít bez nohy, kterou celý život používal.

V teoretické části bych chtěla seznámit čtenáře s anatomií dolní končetiny a vysvětlit, co to vlastně amputace je. Do části anatomie jsem zahrnula a také popisuji anatomii kůže, svalů, kostí, cév a nervů.

V praktické části se snažím přiblížit situaci jedné pacientky, která byla hospitalizována na Následné péči po amputaci dolní končetiny. V jednotlivých dnech se věnuji popisu aktuálního stavu pacientky. V každém zmiňovaném dni se snažím vysvětlit aktuální stav sebeobsluhy, která souvisí s psychickou pohodou pacientky. Okrajově se zmiňuji o chronickém onemocnění pacientky, kterým je diabetes mellitus II. typu.

Psychologická reakce pacientů po amputaci dolní končetiny mohou být různé. Někteří lidé danou situaci přijmou jako „výzvu“ a naučí se s tím žít, tak že by to cizí člověk nepoznal. Druhá reakce na situaci může být negativní, vzdávají to, nemají chuť a sílu rehabilitovat, prostě rezignují. Tito lidé často zůstávají na invalidních vozících, závislí na druhých. Proto je potřeba ve všech fázích ztotožnění se s danou věcí dotyčného člověka podporovat. Psychický stav je v problematice amputací velmi důležitý.

Na konci své práce se dále věnuji ošetrovatelským problémům, které jsem si u pacientky během hospitalizace zvolila. U pacientky jsem si zvolila jako ošetrovatelský problém problematiku bolesti, riziko pádu a edukace, která byla nemalou součástí léčby. V závěru se věnuji shrnutí mé práce a diskuzi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. KŮŽE

Kůže (cutis, derma) pokrývá celé tělo, tak že je schopna rozdělit vnitřní prostředí od vnějšího. Andrea Pokorná a Romana Mrázová ve své literatuře uvádějí: *“Kůže je největší smyslový orgán našeho těla. Tvoří přibližně 12-16 % celkové tělesné hmotnosti a její plocha je u dospělé osoby přibližně 1,5-2,0 m². Jeden čtverečný centimetr má 15 mazových žláz, 100 potních žláz, 3000 nervových tělísek, 1 metr cév a 3 miliony buněk.”* (A. Pokorná, R. Mrázová, 2012, str. 9)

Kůži rozdělujeme na tři vrstvy:

- Pokožka (epidermis)
 - Pokožka je tvořena z mnohvrstvého epitelu. Vrchní vrstva buněk tohoto epitelu neustále odumírá a odlupuje se. Vnitřní vrstva buněk se naopak neustále dělí a vytlačuje staré buňky na povrch těla.
- Škára (dermis)
 - Škára neboli dermis se nachází pod pokožkou a je to vazivová složka kůže, která je pevná a pružná. Na rozdíl od pokožky škára obsahuje nervová zakončení s kapilárními sítěmi.
- Podkoží (subcutis)
 - Pod vrstvou škáry se nachází podkoží, které je z velké části tvořeno tukem. Výška tukové tkáně není všude stejná, tudíž může být na různých místech více či méně obsažená. Jednou z mnoha zajímavostí je, že se v této části kůže nacházejí Vater-Paciniho tělíska, která slouží jako receptory čítí tlaku a tahu. (J. Mikula, N. Müllerová, 2008)

Kůže má různé funkce, které jsou pro nás a náš organismus velmi důležité. V různých odborných literaturách se popis funkcí kůže velmi liší, já zde některé popíši.

- Funkce ochranná
 - Kůže umí naše tělo chránit před různými vnějšími vlivy jako mohou být: bakteriální a virové infekce, chrání nás před mechanickým poškozením, UV zářením a termickým poškozením. Také může ochránit před chemickým poškozením a dehydratací.
- Funkce termoregulační
 - Povrch kůže je schopen díky různým mechanismům udržovat stálou teplotu těla. Děje se tak za pomoci pocení, vazokonstrikce, nebo vazodilatace cév a tukové vrstvy s ochlupením, která funguje jako izolace těla.
- Funkce smyslová
 - V kůži je uloženo nervové zakončení (receptor), které reaguje na určité podněty. Podněty mohou být: chlad, teplo, tlak nebo různá poranění kůže.
- Funkce skladovací a resorpční
 - V podkožním vazivu je uložena tuková tkáň, která má funkci izolační a slouží také jako zásobárna energie. Tato část kůže obsahuje různé vitamíny rozpustné v tucích. Mezi další funkce kůže patří resorpce vody a léčebných prostředků.
- Funkce vylučovací
 - Vylučovací funkce kůže patří mezi další důležité orgány vylučování látek z těla. Vylučování probíhá pomocí mazových a potních žláz. Maz a pot má také funkci ochrannou.
- Metabolická funkce
 - Kůže patří mezi významný metabolický orgán, který je schopen syntézy melaninu a vitamínu D.
- Estetická funkce
 - Kůže má funkci estetickou a do velké míry určuje sociální interakce. (A. Pokorná, R. Mrázová, 2012 a J. Mikula, N. Müllerová, 2008)

1.1. SVALY

V této podkapitole se nejdříve budu věnovat anatomii svalu obecně a dále se více zaměřím na svaly stehna s přihlédnutím k vysoké amputaci ve stehně.

David Kachlík uvádí ve své literatuře: “*Svalová soustava je tvořena kosterními svaly, které jsou funkčně spjati s kosterní a kloubní soustavou, dohromady vytvářejí nervově řízenou aktivní pohybovou soustavu.*“ (D. Kachlík, 2018, str. 34)

Lidské tělo obsahuje něco kolem 600 svalů. Svaly (sval = musculus, m.) dělíme na tři skupiny svalů. V lidském organismu máme svaly kosterní, kožní a útrobní. Dále se svaly rozdělují na svaly příčně pruhované a na svaly hladké. (P. Fiala, J. Valenta a L. Eberlová, 2015)

Sval se skládá z velkého množství buněk, které se shlukují do vláken, která se nazývají svalová vlákna. Tyto vlákna se vzájemně spojují ve svazky, které nazýváme snopečky. Dále snopečky u větších svalů vytvářejí snopce a ze snopců se vytváří břicho svalu. (A. Merkunová, M. Orel, 2008)

STEHENNÍ SVALY

Stehenní svaly dolní končetiny se dělí na přední, zadní svaly stehna a na střední skupinu svalů, kterou nazýváme přitahovače. Dle velikosti stehna lze odhadnout, že se stehno skládá z největších svalů, které hýbají kyčelním a kolenním kloubem. (Abrahams Peter H., 2016)

Přední část stehna se skládá ze svalů, které ohýbají kyčel a natahují koleno. Tyto funkce pohybu souvisejí také se zvedáním nohy a nakročení při chůzi. (Abrahams Peter H., 2016). Hlavní svaly stehna jsou:

- Přední skupina
 - Čtyřhlavý sval stehenní (m. quadriceps femoris)
 - Krejčovský sval (m. sartorius)
- Mediální skupina
 - Hřebenový sval (m. pectineus)
- Zadní skupina
 - Dvojhlavý sval stehenní (m. biceps femoris) (D. Kachlík, 2018)

Díky předním svalům stehna můžeme stehno ohýbat, střední skupina svalů přitahuje stehno a zadní skupina svalů natahuje stehno. (D. Kachlík, 2018)

1.1.1. NERVOVÁ SOUSTAVA

V této další podkapitole se budu také věnovat nejdříve nervové soustavě obecně a pak se zaměřením na inervaci stehenních svalů.

Čihák ve své literatuře uvádí: *“Nervová soustava zprostředkovává vztahy mezi vnějším prostředím a organismem a mezi všemi částmi uvnitř organismu. Z vnějšího prostředí a ze všech částí organismu přijímá informace, které zpracovává a na něž zajišťuje odpověď.”* (R. Čihák, 2016, str. 241)

Nervová soustava se rozděluje na centrální nervový systém (CNS) a periferní nervy. Periferní nervy se dále rozdělují na mozkomíšní nervy a autonomní nervy. (R. Čihák, 2016)

Nervová buňka (neuron) je základní složkou nervové soustavy. Je schopna nervového vzruchu, který dokáže přijmout a přeměnit v elektrochemický akční potenciál, který dále probíhá nervovou soustavou. Neuron obsahuje jádro, které se nazývá perikaryon. Dále má nervová buňka dendrity, které jsou označovány také jako výběžky neuronu. Má jich dokonce několik, dendrity vedou vzruch do těla buňky. V každé nervové buňce je jen jeden neurit (axon), který vede vzruch z buňky k další struktuře. Strukturou může být další nervová buňka, žláza anebo svalová buňka stehna dolní končetiny, které zmiňuji níže. (R. Čihák, 2016)

Svaly stehna jsou inervovány nervy:

- n. femoralis
- n. obturatorius
- n. ischiadicus (D. Kachlík, 2018)

1.1.2. CÉVY

V této podkapitole se bude opět věnovat obecně cévám se zaměřením na cévní řečiště stehna.

Čihák ve své literatuře uvádí: *“Systém krevních trubic vede krev, která zprostředkovává látkovou přeměnu ve tkáních, spojuje místa, jež dodávají živiny a kyslík (plíce), se všemi orgány a tkáněmi celého těla. Ze tkání odvádí oxid uhličitý k vylučování v ledvinách.”* (R. Čihák, 2016, str. 3)

Soustava cév má hlavním orgánem srdce (cor), které pohání krev v cévách. Cévy se dělí na tepny (arteriae), vedoucí krev ze srdce. Tepny se dále dělí na menší tepny, které se dělí na tenkostěnné tepénky. Tepny se v konečné fázi větví na vlasečnice (kapiláry), které jsou konečnými sítěmi cév. Z kapilár se sbíhají cévy (venae), které odvádí krev z kapilár zpět do srdce. (R. Čihák, 2016)

STAVBA CÉV

Cévy mají různou tloušťku cévní stěny, která odpovídá funkčnímu nároku daných oblastí cévního řečiště.

- Tepny
 - Stěny tepen jsou pevné a pružné, které se dokáží adaptovat na pulsové nárazy krve, která je vypuzována ze srdce. Jelikož je krev vypuzována ze srdce, proudí krev v tepnách rychle.
- Žíly
 - Stěny žil bývají oproti tepnám tenčí. Tloušťka stěn žil se odvozuje podle toho, v jaké oblasti jsou žíly umístěny. Zpravidla se udává, že žíly v končetinách bývají silnější, než žíly v oblasti trupu. V žilách, oproti tepnám, proudí větší objem krve, takže krev proudí pomaleji. (R. Čihák, 2016)

CÉVY V OBLASTI STEHNA

Stehenní tepna (arteria femoralis) je umístěna v celé oblasti stehna až do zákolenní jamky, kde navazuje a pokračuje jako arteriae poplitea. Arteria femoralis lze rozdělit na tři úseky pomocí kterých zásobuje všechny útvary stehna a kolenní kloub. (R. Čihák, 2016)

Stehenní žíla (vena femoralis) vede téměř podél celé délky a. femoralis a dále se větví na v. saphena magna, která přijímá okolní přítoky stehna. (R. Čihák, 2016)

1.1.2.1. STAVBA KOSTERNÍ

Dylevský ve své literatuře uvádí: “*Kost (os, ossis) je složitý, živý a plastický orgán.*”
(I. Dylevský, 2019, str. 45)

Kost se skládá ze tří částí: okostice (periost), kompakty (spongiozy) a kostní dřevě. Periost je silné vazivo, které pokrývá povrch kosti. Je také bohatě prokrvený a inervovaný, nervy periostu zajišťují tzv. kostní bolest. Kostní tkáň neobsahuje žádné nervy, tudíž je necitlivá. Kostní dřevě je uložena uvnitř kosti a je krevtovorným orgánem, který produkuje všechny typy krevních elementů a základní kostní buňky, tedy osteoblasty a osteoklasty. (I. Dylevský, 2019 a I. Dylevský, 2009)

Kostní tkáň řadíme mezi oporná pojiva. Kostní tkáň je tvořena z buněk (osteocyty), vláken a mezibuněčnou hmotou. (I. Dylevský, 2019)

1.1.2.2. Typy kostí

Kosti lze dělit z různých hledisek, podle tvaru:

- Kosti krátké
- Kosti dlouhé (kosti končetin – kost stehenní)
- Kosti ploché
- Kosti nepravidelné (I. Dylevský, 2019)

DLOUHÉ KOSTI

Na dlouhých kostech rozlišujeme dlouhou střední část a dvě koncové epifýzy:

- Dlouhá část kosti – tělo kosti (corpus, diafýza)
- Dvě rozšířené koncové, kloubní části kosti dlouhé kosti (epifýzy) (I. Dylevský, 2019)

1.1.2.3. Kostra dolní končetiny

Kostra dolní končetiny obsahuje nejmohutnější dlouhou kost v těle. (*I. Dylevský, 2019*)

- STEHNO (femur)

Stehenní kost (femur) je nejdelší a nejsilnější kost v lidském těle. Horní (proximální) konec kosti je tvořen kulovitou hlavicí, která zapadá do kyčelní jamky tzv. acetabula. Stehenní kost vybíhá z jedné strany ve velký chocholík (trochanter major) a z druhé strany v malý chocholík (trochanter minor). (*I. Dylevský, 2019*)

- BÉREC (crus)

Bérec je tvořen ze dvou kostí – silnější kost holenní (tibia) a štíhlá kost lýtková (fibula). Kost holenní je silná kost, která jako jediná se spojuje s kostí stehenní. Bérec má za funkci zkracovat dolní končetinu. (*I. Dylevský, 2009*)

- NOHA (pes)

Kostra nohy se skládá ze tří částí: zánártí, nárt a články prstů. (*I. Dylevský, 2009*)

- KLOUBY DOLNÍ KONČETINY

- Kloub kyčelní
- Kloub holenní
- Kloub hlezenní
- Klouby nohy (*I. Dylevský, 2009*)

1.1.2.4. Amputace

Janíková a Zeleníková ve své literatuře uvádějí: *”Amputace je odstranění periferně uložené části těla, včetně krytu měkkých tkání, s přerušením skeletu, které vede k funkční nebo kosmetické změně.”* (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013, str. 14)

Amputace dělíme dle časového hlediska:

- Amputace primární (nutno provést, co nejdříve)
- Amputace sekundární (provádí se po vyčerpání jiných léčebných metod)
- Amputace terciální (cílem je zlepšení funkce nebo kosmetické důvody)

(E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

Amputace je jeden z nejradiálnějších léčebných postupů. Indikace k amputaci dolní končetiny mohou být různé, např. se udává, že pacienty s onemocněním diabetu mellitu postihuje amputace až 60 %. (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

- Trauma
- Infekce
- Nekróza
- Tumory
- Špatná funkce
- Stav kožního krytu a měkkých tkání (P. Dungal a spol, 2014)

1.1.2.5. Ischemická choroba dolních končetin

Ischemická choroba dolních končetin znamená zúžení tepen, které je nejčastěji na podkladě aterosklerózy. K ischemii dolních končetin dochází z různých příčin. Můžeme je rozdělit na akutní a chronické. Mezi akutní řadíme uzávěr průtoku krve (tromboembolie), kdy je pacient v bezprostředním ohrožení života. Akutní stav se projevuje vznikem náhlé prudké bolesti, končetina je bledá, studená a bez hmatné pulzace. (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

Na rozdíl od akutní se chronická vyvíjí postupně. Může za to zhoršený průtok krve dolními končetinami, nejedná se o uzávěr. Tudíž není pacient bezprostředně ohrožen na životě. Nejčastěji se to projevuje bolestmi nohou (klaudikační bolesti). (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

1.1.2.6. Syndrom diabetické nohy

Janíková a Zeleníková ve své literatuře dále uvádějí: *“Syndrom diabetické nohy je definován jako ulcerace nebo poškození hlubokých tkání nohy distálně od kotníku, včetně kotníku, spojené s různým stupněm ischemie a neuropatologie u diabetiků, často s přítomností infekce.”* (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013, str. 212)

Syndrom diabetické nohy se nejčastěji klasifikuje dle Wagnera, kde se popisují stupně, které souvisejí s ulcerací, gangrénou a nekrózou. (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

- Ulcerace – rána nepřesahující podkoží tkáň (povrchová), nebo hluboká, která zasahuje fascie, svaly, nebo šlachy.
- Gangréna – nekróza kůže a přilehlých struktur
- Nekróza – vlhká nebo suchá neživá tkáň (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

1.1.2.7. Diagnostika syndromu diabetické nohy

Základní informace zjistíme v anamnéze pacienta. Anamnézu lze také zařadit mezi základní diagnostické metody. Dále se provádí fyzikální vyšetření (pohled, pohmat, poslech), neurologické vyšetření, Doppler (ultrazvuk cév). (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

Pohled (inspekce) se zaměřuje na povrch kůže, kostní deformity a deformace. Pohmatem (palpace) se sleduje pulsace a teplota končetiny. Jako poslední se provádí vyšetření tepen poslechem (auskultace). (E. Janíková a R. Zeleníková, 2013)

1.1.2.8. Typy amputací

Jak vysoká amputace bude zvolena vždy rozhoduje lékař na podkladě aktuálního stavu pacienta, na stavu přidružených onemocnění a dále se rozhoduje také dle chirurgických možností. O výšce amputace rozhodují dva faktory:

- Stav prokrvení a cirkulace krve v dané končetině
- Schopnost provést po amputaci protézování (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

Rozlišujeme:

- **Amputace prstu**
 - Ve zmiňované literatuře výše Janíková udává: *“Více než 2/3 amputací se provádějí, u diabetiků, na prstech a zánártí.”* (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013, str. 215*)
- **Transmetatazární amputace**
 - Transmetatazární amputace se provádí příčným řezem v nártu. Jedna z indikací může být gangréna více než dvou prstů.
- **Amputace v Chopartově kloubu – tranzstarzární amputace**
 - Méně častá amputace, která se už moc neprovádí z důvodu ztížené rehabilitace po amputaci.
- **Symeova amputace**
 - Další typ amputace, který se už dnes moc nepoužívá. Ihned po amputaci v kloubu kotníku se kosti ohlazují, aby nezpůsobovaly otlaky.
- **Amputace v bérce – transtibiální amputace**
 - Amputace v bérce se řadí mezi nejčastější amputace u pacientů s ischemickými změnami dolních končetin. Vzhledem k umístění amputace mají pacienti největší šanci naučit se samostatně chodit.
- **Exartikulace v kolenu**
 - Tato amputace není tak častá, ale v porovnání s amputací ve stehně je tento typ amputace lepší řešení. Oproti amputacím ve stehně tento typ amputace umožňuje snazší rehabilitaci.
- **Amputace nad kolenem – trans femorální amputace**
 - Provádí se ve třech úrovních – čím kratší je pahýl, tím obtížnější je následná rehabilitace.

- **Exartikulace v kyčli**

- Velmi výjimečně prováděný druh amputace, který je indikován např. pro nádorové onemocnění femuru či infekce. (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

1.1.2.9. Komplikace amputací

Mezi komplikace amputací patří vytvoření krevního hematomu, kterému lze předejít správnou drenáží rány. Další komplikace mohou být například kožní nekróza, dehiscence rány, gangréna pahýlu, kloubní kontraktura a otok. Otokům lze předejít správnou elastickou bandáží, která se aplikuje již už na sále. (*P. Dungal a spol, 2014*)

Správně provedená bandáž je:

- Provedena širokým obinadlem
- Přiložena 24 hodin
- Bandáž je pevná s rovnoměrně působícím tlakem
- Použití osmičkových otoček, ne kruhové – mohou omezovat proudění krve
- Bandáž musí zachovat pohyb v kloubu nad amputací
- Zabraňuje otokům
- Končetina nepulzuje, nebolí (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

Velmi časté jsou také fantomovy obtíže neboli takzvané fantomovy bolesti. Pacienti je pociťují velmi často po výkonu anebo v dalších měsících od výkonu. Často nemají díky léčebným prostředkům bolesti jako takové, ale stěžují si na bolest v místě neexistující části končetiny související s ischemií a na fantomové pocity (nebolestivé vnímání a uvědomování si neexistující končetiny). (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

Pokud mluvíme o fantomové bolesti, máme tedy namysli pocit bolesti vyskytující se po amputaci v místě neexistující části těla. Nejčastěji se vykytují právě u amputací na dolních končetinách. (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

Nejčastěji je bolest popisována jako:

- Pálivá
- Řezavá
- Píchavá (*E. Janíková a R. Zeleníková, 2013*)

1.1.2.10. Specifika ošetrovatelské péče v pooperačním období

Po takto náročném výkonu je pacient umístěn na JIP či standardní oddělení. Odvíjí se to od aktuálního stavu a výše amputace. Například u vysoké amputace femuru by měl být pacient umístěn na JIP, nebo ARO. Odvíjí se to od možných komplikací, které hrozí u tohoto výkonu. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

Ihned po výkonu monitorujeme základní vitální funkce, jakou jsou: krevní tlak, pulzy, tělesnou teplotu, dechovou frekvenci, saturaci a vědomí. Bolest je ze začátku tlumena anestetiky s opiáty. S postupným odezníváním anestetik a snižování opiátů sledujeme intenzitu bolesti, její lokalizaci, charakter. Lze na bolesti aplikovat analgetika dle lékaře a další různé metody, které nejsou spojeny s analgetiky jako je např. aplikace studených zábalů. Pomůže zmírnit otok a bolest pahýlu. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

Dále, podle mě, je velmi důležité sledovat hodnoty glykémie, které konzultujeme s lékařem. Lékař dle glykemií ordinuje optimální dávky inzulínu. Mezi další medikaci patří infuzní terapie, která je ponechána až do obnovení perorálního příjmu. S monitorací glykemií souvisí také monitorace laboratorních hodnot (hematologie, biochemie). *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

Pacient je uložen do polohy na zádech, pahýl je bez podložení, sledujeme prosakování krycích vrstev obvazu. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

1.1.2.11. Péče o operační ránu, pahýl a invazivní vstupy

Cílem ošetrovatelské péče je vytvořit pahýl, který bude vhodný k použití protetiky a pacient se bude schopen plně vrátit, nebo aspoň částečně ke svému životu. Slovo částečně je tam proto, protože je potřeba pacienta dostatečně edukovat a vést ho ke změně životního stylu. Ve většině případů je potřeba regulovat a dobře zvládnout diabetes s obezitou. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

Krátce po operaci je pahýl oteklý, bolestivý a je z něj vyveden Redonův drén. Převazy měníme dle prosaku a vzhledu nohy jako takové pahýl převazuje minimálně jednou krát denně s vizuální kontrolou. Případné komplikace hlásíme lékaři. Komplikacemi se myslí případné hematomy, známky zánětu. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

Bandážování pahýlu je šetrné vzhledem k citlivosti pahýlu. Pahýl bandážujeme do konického tvaru nad blízký kloub. Bandáž by rozhodně neměla pacienta „škrtit“, nebo se mu „zařezávat“ do kůže. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

1.1.2.12. Péče o další potřeby

V celkové ošetrovatelské péči přistupujeme k pacientovi jako individuálnímu jedinci. Každý pacient se se ztrátou končetiny vyrovnává jinak, proto je potřeba dbát na pacientovu psychickou pohodu, snažíme se s ním o tom, co se stalo a jak to vidí dál mluvit. Od psychického stavu se odvíjí u takového pacienta úplně všechno. Na psychické pohodě závisí i to, jak pacient vnímá bolesti, jak moc si to připouští a podlehne tomu. Pacient potřebuje motivaci k tomu uzdravit se, jíst zdravě, hýbat se a rehabilitovat, protože když pacient nechce, tak s ním nikdo nehne. *(E. Janíková, R. Zeleníková, 2013)*

PRAKTICKÁ ČÁST

2. Úvod do praktické části

Pacientka, kterou jsem si vybrala, je diabetička na inzulínu a na lécích PAD. Vzhledem ke stavu pacientky jsem se zaměřila na její psychický stav po amputaci dolní končetiny ve stehně. Nadále jsem se věnovala vybraným ošetrovatelským problémům jako byla bolest a riziko pádu.

Psychologická reakce pacientů po amputaci dolní končetiny mohou být různé. Někteří lidé to přijmou jako „výzvu“ a naučí se s tím žít, tak že by to cizí člověk nepoznal. Druhý stav může být takový, který diametrálně změní člověku život, ale tím negativním způsobem. Vzdají to, nemají chuť a sílu rehabilitovat, prostě rezignují. Tito lidé často zůstávají na invalidních vozících a závislí na druhých. Proto je potřeba ve všech fázích ztotožnění se s danou věcí dotyčného člověka podporovat. Psychický stav je v problematice amputací velmi důležitý.

Psychologická zátěž u pacienta je obrovská. Smířit se s tím, že dotyčný jedinec už nemá končetinu, kterou používal každý den je pro někoho nemyslitelné

Pacienti po takhle těžkém výkonu se musí smířit se spoustou nových věcí. Amputace dolní končetiny má obrovský vliv na kvalitu života a pacienti s přidruženými onemocněními musí leckdy změnit většinu zvyků, které v životě měly. Proto si myslím, že pacienti po amputaci dolní končetiny musí začít od hlavy.

Mým záměrem bylo zajistit a zlepšit pomocí vhodných ošetrovatelských postupů pacientce kvalitu života a zajistit do budoucna, v rámci rekonvalescence, plnohodnotný život. Využívám k tomu různé pomocné vyhodnocovací škály jako je například Barthel test, vyhodnocování bolesti pomocí škály VAS, riziko dekubitů dle Northonové a riziko pádu dle Conleyové. Dle mého názoru je pro tento případ nejvhodnější model Gordonové. Plně vystihuje potřeby pacienta, které jsou pro danou situaci vhodné.

2.1. Kazuistika

Pacientka XY, 63letá polymorbidní diabetička s diabetem mellitem II. typu léčena inzulinem a perorálními anti diabetiky. Dne 15.8.2019 byla provedena amputace pravé dolní končetiny ve stehně pro nehojící se diabetickou gangrénu na oddělení chirurgie. Dne 23.8.2019 pacientka přeložena na oddělení Následné péče.

Pacientka byla hospitalizována od 23.8 do 18.10.2019. Během hospitalizace jsem se plně pacientce věnovala, zde budu níže popisovat vždy celý jeden den hospitalizace. Mým hlavním cílem se bylo zaměřit na soběstačnost, která se hlavně týkala amputace dolní končetiny. Dále se budu níže zmiňovat o bolestech, které pacientka měla a okrajově o jejím chronickém onemocnění.

Při pozorování pacientky jsem se snažila použít holistický přístup a co nejvíce se zaměřit na individuální přístup k pacientovi jako takovému. Každý jedinec je jiný a je potřeba k němu tak přistupovat. Použila jsem vzorec Marjory Gordon. Tato dáma sestavila a následně pomohla se orientovat zdravotním sestřám v aspektech zdraví a vlivu na funkci organismu. (S. Pavlíková, 2007)

Tato dáma nyní zmíněná se zabývala 12 vzorci:

1. Vnímání zdraví
2. Výživa a metabolismus
3. Vylučování
4. Aktivita a cvičení
5. Spánek a odpočinek
6. Citlivost a poznávání
7. Sebeúcta
8. Vztahy
9. Sexualita
10. Stres – zvládání a tolerance
11. Víra
12. Jiné (S. Pavlíková, 2007)

2.1.1. Model funkčních vzorců zdraví

V knize Modely ošetrovatelství v kostce se popisuje, že model je výsledkem grantu z 80 let minulého století. Dále se v knize popisuje model jako model, který je odvozený z interakce osoby a prostředí. Při kontaktu s pacientem sestra určí funkční a dysfunkční vzorce zdraví. Vzorce obsahují 12 oblastí, označených M. Gordon jako 12 funkčních vzorců zdraví. Každý vzorec představuje jednu část zdraví, která může být funkční, nebo dysfunkční. Model M. Gordon je označován za nejkompexnější chápání člověka v ošetrovatelství z hlediska holistické filozofie. (*S. Pavlíková, 2007*)

- Funkční typ zdraví úzce souvisí s biologickými, vývojovými, kulturními a sociálními faktory.
- Dysfunkční typ zdraví je porucha jednoho, nebo více oblastí zdraví. (*D. Mastiliaková, 2014*)

1. VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

M. Gordon se zde zaměřuje na sběr dat u pacienta s ohledem na vnímání stavu zdraví a pohody klientem. V této kategorii je zařazena i aktivita k udržení zdraví a týká se činností, které pacient dělá anebo nedělá pro udržení stavu zdraví. Posuzovány mohou být návyky jako je kouření a užívání alkoholu. Záměrem je zjistit, co nejvíce informací o pacientovi a o tom, jak vidí svůj zdravotní stav.

2. VÝŽIVA

M. Gordon zmiňuje sběr dat, který se hlavně věnuje příjmu potravy a tekutin s následným vztahem k metabolické potřebě těla jako organismu. Velmi důležitá část pro pacienty trpící diabetem mellitem, konkrétněji bych řekla, že obzvlášť s druhým typem. Ve většině případech se pacienti špatně stravují. Z mých zkušeností to pacienti myslí dobře a dopřávají si plně ovoce s dojmem, že je to zdravé. Všude platí se všeho s mírou a zde dvojnásobně. Potřeba edukace některých pacientů, při následné rekonvalescenci po amputaci dolní končetiny, je obrovská.

3. VYLUČOVÁNÍ

V této oblasti se zohledňuje veškeré vyprazdňování, které rozdělujeme na vyprazdňování močového měchýře a střev. Dále k vyprazdňování patří i kůže. U diabetiků je velmi důležité kontrolovat a sbírat data o bilanci tekutin s následným vylučováním tekutin z důvodu funkce ledvin.

4. AKTIVITA – CVIČENÍ

M. Gordonová se v této kategorii zaměřuje na aktivity spojené s výdejem energie. Všechny činnosti související s pohybem, cvičením jsou posuzovány. Lze mezi této pohybové aktivity zařadit i péči o sebe sama. Tyto schopnosti souvisejí se stavem dýchacího, kardiovaskulárního a pohybového systému a nadále jsou jejich funkce také posuzovány.

5. SPÁNEK A ODPOČINEK

Aby mohl probíhat kvalitní trénink a rehabilitace je zapotřebí kvalitní odpočinek, který se skládá z kvalitního spánku a relaxace. Posuzujeme, zda má pacient poruchy spánku a jak reaguje na nedostatek spánku.

6. VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

V této oblasti se posuzuje smyslové vnímání (hmat, sluch, zrak). Marjory Gordon popisuje, že je velmi důležité, aby pacient rozuměl a chápal, co mu daný člověk říká. Edukace bez správného vyhodnocování informací pacientem nemůže probíhat. Dále se v oblasti vnímání řeší poruchy vnímání, které se týkají bolesti.

7. SEBEPOJETÍ

Sebepojetí se týká sebeúcty. Souvisí s posuzováním sebe sama. Zdravotní sestra zde posuzuje osobní úroveň sebeúcty a poruchy vnímání sebe sama.

8. PLNĚNÍ ROLÍ

Plnění rolí se týká mezilidských vztahů. Zde se zaměřujeme na pacientovi role v životě a jeho mezilidské vztahy. Vyhodnocujeme plnění rolí pacienta a dopad na pacienta jako takového.

9. SEXUALITA

Posuzování se zaměřuje na spokojenost a nespokojenost pacienta. Každý pacient má vlastní sexualitu a potřeby. Vždy je potřeba zde opatrnosti, pro každého je to jinak citlivé téma. Otázky klást opatrně, někdy se pacient svěří sám. Pacienti po amputaci mají strach, stydí se a lze jim v této oblasti pomoci.

10. STRES

Získávání informací se týká vnímání stresu pacientem, jak stres pacient zvládá a jak ho toleruje. Na každého působí stres jinak a je potřeba každého vnímat jako individuální osobnost.

11. VÍRA

Posuzování životních hodnot. Zde sbíráme informace o pacientovi víře, která může být duchovní anebo víra v něco, nebo v někoho. Posuzujeme pacientovi životní cíle, motivace, které ho posouvají dále a jak se mu je daří plnit. V této situaci můžeme pacientovi pomoci s výběrem životních cílů, aby byly přiměřené a lépe dosažitelné.

12. JINÉ *(D. Mastiliaková, 2014)*

2.2. Anamnéza

Lékařská anamnéza

63letá polymorbidní pacientka s diabetem mellitem II. typu léčena inzulinem a perorálními anti diabetiky. Dne 15.8.2019 byla provedena amputace pravé dolní končetiny ve stehně pro nehojící se diabetickou gangrénu na oddělení chirurgie. Dne 23.8.2019 pacientka přeložena na oddělení Následné péče.

OA: Diabetes mellitus II. typu léčící se dlouhodobě na inzulinu a perorálních anti diabetících. Diabetes mellitus II. typu má pacientka s periferními oběhovými komplikacemi – ICHDK. Nadále se pacientka léčí s esenciální (primární) hypertenzí, s chronickou poruchou metabolismu lipoproteinů a trpí obezitou, která je způsobená nadměrným přejídáním. OPERACE: Roku 8/2019 vysoká amputace pravé dolní končetiny, 9/2011 amputace 3-5 prstu levé nohy pro diabetickou gangrénu, v roce 2012 bypass s implantací stentu.

RA: Pacientka je vdova, bezdětná. Manžel zemřel na mozkovou příhodu. Sestra zdravá.

FA: Augmentin 1 g tbl. po 8 hod., Dolsin 100 mg po 6 hod. s.c., Novalgin 500 mg i.m. v mezidobí aplikace opiátu při bolestech, Clexane 0,4 ml s.c., Neurontin 300 mg tbl. (1-1-1), Perinpa 8/2,5 mg tbl. (1-0-0), Omeprazol 40 mg tbl. (1-0-0), Sorbifer durules tbl. (0-0-1), Acidum folicum tbl. (1-0-0), Metformin 1000 mg tbl. (1-1-1), Actrapid s.c. (16j-16j-14j), Mixtard s.c. (na noc 22j) a Nitroglycerin 0,5 mg tbl. pod jazyk (p.p.).

TA: Pacientka uvádí 20 cigaret za den, alkohol příležitostně.

AA: Pacientka XY udává alergie na PNC, brufen a jodové masti.

GA: Od 50 let menopauza, 0 těhotenství

SA: Pacientka žije sama, vdova. Mluví o sestře. (*Chorobopis, 2019*)

Fyzikální vyšetření

Pacientka při vědomí, orientovaná, obličej symetrický, kožní turgor v pořádku. Pacientka obézní (BMI 32 - obezita). Dýchání čisté, sklípkové. Břicho měkké, na pohmat nebolestivé. LDK bez otoku, bez známek tromboembolické nemoci, nebolestivá. PDK po vysoké amputaci bolestivá, pahýl zabandážovaný. (*Chorobopis, 2019*)

Objektivně při přijetí

- TK: 130/80 mmhg, P–76/ min.
- SpO2 - 98 %, dechová frekvence 18/ min.
- TT – 36,6 °C
- Váha: 98 kg
- Výška: 175 cm (*Chorobopis, 2019*)

Diagnostický závěr

- Amputace pravé dolní končetiny pro diabetickou gangrénu
- Diabetes mellitus II. typu s periferními oběhovými komplikacemi
- Esenciální hypertenze
- Porucha metabolismu lipoproteinů
- Chronická ischemická choroba srdeční
- Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií (*Chorobopis, 2019*)

Ošetrovatelská anamnéza

Informace jsem získala rozhovorem s pacientkou dne 23.8.2019 v 11:00 na oddělení Následné péče. K tomuto dni byla pacientka hospitalizována na lůžkách následné péče po amputaci pravé dolní končetiny na chirurgickém oddělení.

VNÍMÁNÍ ZDRAVÍ

Před hospitalizací na chirurgickém oddělení se pacientka necítila dobře. Chůze byla z velké části omezena bolestí pravé dolní končetiny, kterou způsobovala rozsáhlá diabetická gangréna s osteomyelitidou pravé nohy. Po výkonu amputace dolní končetiny se pacientka necítí dobře, vše vidí negativně. Udává velké bolesti, i přes aplikované léky na bolest, zbylého pahýlu po operaci.

Svou obezitu si pacientka uvědomovala už před výkonem, ale nijak ji neřešila. Zdůvodňovala si to svým chronickým onemocněním. Nyní se zajímá jen o vymizení bolesti, nemá zájem se bavit o možnostech snížení váhy. Byla upozorněna na to, že zhubnout bude potřeba, protože ji jedna noha neunes.

Pacientka je silná kuřačka, byla vyrozuměna a zároveň jí bylo doporučeno dané množství omezit.

Pacientka svou situaci momentálně nevidí optimisticky, je po amputaci dolní končetiny a má bolesti. Je nešťastná, že se nemůže o sebe postarat, potřebuje plnou ošetrovatelskou péči. V této nelehké situaci má pacientka strach z budoucnosti.

VÝŽIVA A METABOLISMUS

Pacientka doma nedodržovala diabetickou dietu a udává, že jedla úplně všechno. Doma se nevážila, ví že měla něco přes 100 kg. Při příjmu na chirurgické oddělení pacientku zvážili, protože nevěděla přesnou váhu. Před amputací pacientka měla 108 kg.

Pacientka trpí velkou nadváhou, BMI 32 (obezita). Momentálně pacientka váží 98 kg. Po výkonu pacientka zredukovala váhu o 10 kg, z velké části díky amputaci dolní končetiny. Pacientce byla naordinována diabetická dieta 9/4 redukční. Nemocniční strava jí nechutná. Stěžuje si na stravu, chce nějaké normální jídlo. S příjmem tekutin problém není, většinou pacientka vypije 2 litry za den, a to jemně perlivé vody.

VYLUČOVÁNÍ

V domácím prostředí pacientka neměla žádné obtíže s vyprazdňováním, udává pravidelnou stolicí. V nemocnici pacientka, po operaci, nemá pravidelnou stolicí. Udává, že jednou měla na chirurgickém oddělení zácpu (obstipaci) a musela žádat o lactulozu, která jí pomohla. Momentálně už nebyla na stolicí jeden den.

V den operace byl pacientce zaveden permanentní močový katétr, který je průchodný a odvádí čistou moč.

AKTIVITA A CVIČENÍ

Pacientka doma už moc nechodila kvůli bolesti nohy. Před obtížemi chodila po vesnici a starala se o svou zahradu.

Momentálně je pacientka plně závislá na zdravotnickém personálu, potřebuje plnou ošetrovatelskou péči. Pacientka si sama oblíkne košili, při oblékání spodního části těla potřebuje pomoc. Hygiena se provádí na koupacím lůžku s pomocí sestry. Horní polovinu těla a genitál si pacientka umyje sama. Při mytí dolní poloviny těla potřebuje pomoc.

Za pacientkou bude chodit fyzioterapeut a budou spolu rehabilitovat. První cíl je zesílení rukou a následná vertikalizace. Barthelův test u pacientky vyšel 30 bodů, což znamená nesoběstačnost ve všech ohledech. Přesněji v oblastech oblíkání, hygieny, přesouvání na židli a chůze. Oblast rizika pádu jsem vyhodnotila na 7 bodů. Vzhledem k Barthelově testu a riziku pádu jsem pacientce vyhodnotila riziko dekubitů, které vyšlo 23 bodů. Pacientka bude potřebovat antidekubitní matraci.

SPÁNEK A ODPOČINEK

Pacientka v domácím prostředí usínala kolem 22-23 hod. Usínala bez problému, neužívala žádné léky na spaní.

V nemocnici pacientka usíná kolem 23-24 hod. Udává, že je to proto, protože na chirurgickém oddělení dostávala na noc injekci na bolesti, které jí trápí do teď. Během dne občas usne, když bolesti odezní. Je zvědavá, jak se jí bude spát na novém oddělení, má totiž na posteli aktivní antidekubitní matraci.

VNÍMÁNÍ – POZNÁVÁNÍ

Pacientka je orientovaná. Se sluchem a zrakem potíže neudává. Jejím koníčkem je zahrada a pejsek.

Bolesti, které pacientka má charakterizuje jako tupé a bodavé. Už z chirurgického oddělení je informována, že jsou aplikovány opiátové injekce na bolesti a na nynějším oddělení by je chtěla také.

SEBEPOJETÍ – SEBEÚCTA

Pacientka se momentálně hodnotí jako velmi negativní člověk. Svou budoucnost nevidí pozitivně. Se svou aktuální situací se ještě nevyrovnala.

ROLE – VZTAHY

Pacientka je vdova a děti nemá. Vztahy v rodině pacientka nehodnotí kladně. Mluví jen o své kamarádce, se kterou má dobrý vztah. Často se dříve navštěvovaly a doufá, že to tak bude až se vrátí domů. Už se těší na svého pejska, o kterého se momentálně stará její kamarádka.

SEXUALITA

K této otázce se pacientka nechtěla vyjadřovat, bylo jí to nepříjemné.

STRES

Pacientka byla v poslední době velmi ve stresu. V době, kdy se dozvěděla o možnosti amputace až do teď, kdy pacientka je po amputaci dolní končetiny. Má spousty otázek, které ji uvádějí do nejistoty, stresu. Pacientka momentálně udává, že nevidí budoucnost pozitivně.

ŽIVOTNÍ HODNOTY A VÍRA

Pacientka nevyznává žádné náboženství, udává že není věřící. Posléze udává, že věří jen v sama sebe, co se jí prý momentálně nedaří. Motivaci prý nemá skoro žádnou, nechce se jí nic dělat.

2.3. PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Den 23.8. - 1. den hospitalizace (sběr dat 11:00)

Pacientka byla dne 23.8.2019 v 10:45 přijata k hospitalizaci na lůžkách Následné péče týden po operaci na chirurgii. Hospitalizována pro imobilitu (nácvik soběstačnosti) a pro pooperační péči. Při příjmu naměřen TK - 130/80 mmhg, P-76/ min., SpO₂ - 98 %, dechová frekvence 18/ min, TT – 36,6 °C. Pacientka momentálně potřebuje dopomocť s oblékáním dolní poloviny těla, dopomocť při pohybu v lůžku. Plnou náhradu vlastní činnosti potřebuje v koupelně a při přesunu mimo lůžko. V lůžku se pacientka zvládne najíst a napít zcela sama, Barthelův test = 30 bodů (vysoce závislý), hodnocení vzniku dekubitů 23 bodů, hodnocení rizika pádu 7 bodů (střední riziko). Jelikož je pacientka skoro ve všech ohledech omezena v soběstačnosti potřebuje, aby ji zastoupila sestra. Z chirurgického oddělení pacientka přeložena s PMK Fr. č. 18, dnes 9. den.

V den hospitalizace je pahýl, po amputaci, čerstvě převázán, provedla se bandáž pahýlu do konického tvaru. Z chirurgického oddělení ponechány stehy, antibiotika Augmentin 1 g po 8 hod. (5. den) také ponechány z chirurgického oddělení pro nehojící se ránu. Po operaci se v ráně vytvořil absces, který byl exudován. Rána je momentálně bez známek abscesu, klidná.

U pacientky je potřeba se nejvíce zaměřit na péči o pahýl a na aktivní RHB. Soběstačnost je u pacientky momentálně velký problém, na chirurgickém oddělení prováděla jen rehabilitaci s pahýlem v leže. Dále se také věnuje edukaci pacienty ohledně důležitosti být samostatná, o možnostech redukce váhy a v souvislosti i o jejím chronickém onemocnění. Pacientka si stěžuje na velké bolesti VAS 5, proto podáván Dolsin 100 mg s.c. po 6 hod. Pacientka provádí rehabilitaci částečně sama (addukci a abdukci svede sama, flexe je stále obtížná potřebuje pomocť). Lze se dle RHB plánu posadit na lůžko, ale pacientka to sama zatím nezvládá. Do sedu potřebuje pomocť, prý se stále cítí slabá. Dále byl pacientce podáván inzulin Actrapid 12 j. s.c. před obědem a ve stejné dávce i před večeří. Pacientce byl ještě na noc podán Mixtard 22 j. s.c. Pro imobilitu a prevenci tromboembolické nemoci také podáván clexane 0,4 ml s.c.

Den 29.8. - 7. den hospitalizace (sběr dat 8:00)

Pacientka se necítí dobře, rozrušená jinak orientovaná. Pacientka stále udává bolesti pahýlu VAS 5, aplikován Dolsin 100 mg s.c. po 6 hod. V mezidobí byl nově naordinován Novalgin 500 mg (1 amp.) i.m. Bohužel pacientka udává, že opiátové injekce na chvíli pomohou, ale analgetika už ne. Dnes byl proveden převaz, pahýl je lehce oteklý, rána lehce červená, ale bez zjevné sekrece, stehy funkční, stále ponechány. Rána byla opláchnutá Debricasan sol., přiloženo sterilní krytí a znovu provedena bandáž pahýlu. Dle ordinace lékaře měla pacientka dnes posední dávku ATB.

Dnes s fyzioterapeutem pacientka nacvičovala vertikalizaci. fyzioterapeut, ale zhodnotil, že pacientka toho ještě není schopna, a nakonec ke stání u lůžka nedošlo. Pacientka je schopna sama si sednout v lůžku a rehabilitovat pahýlem (addukci, abdukci a flexi). Pacientka udává slabost v rukou, a tudíž nemá dostatečnou sílu se přitahovat rukama a zjistila, že jedna noha jí neunese.

Stále pacientka potřebuje výraznou dopomoc, je soběstačná v lůžku – sama se nají, napije, oblékne si horní polovinu těla a hygienu horní poloviny těla taky zvládne sama. Zatím se, ale nezvládne přesunout z lůžka na židli a s tím i spojení stoj u postele. Dnes jsem pacientce znovu vyhodnotila Barthelův test, který byl vyhodnocen na 35 bodů a odpovídá pacientčině stavu. Dále jsem vyhodnotila riziko vzniku dekubitů, které úzce souvisí s Barthel testem z důvodu vysoké závislosti na zdravotnickém personálu. Riziko vzniku dekubitů jsem vyhodnotila na 25 bodů, pacientce stále zůstává aktivní antidekubitní matrace jako prevence dekubitů.

Pacientce se stále aplikuje inzulin ve stejných dávkách, byl tedy aplikován Actrapid s.c. před snídaní, obědem a před večeří. Pacientce se před jídly měří glykémie, dnes naměřené hodnoty glykemií před jídly: před snídaní 9,8 mmol/ l, před obědem 10, 5 mmol/l a před večeří 11,6 mmol/ l. Dále aplikace clexane 0,4 ml s.c. v 19 hod. jako prevence TEN.

Den 4.9. - 13. den hospitalizace (sběr dat 9:00)

Pacientka je depresivně laděná, subjektivně udává, že od operace je to teď nejhorší. Má starosti, jak to zvládne na invalidním vozíku doma. Bude potřebovat pomoct, má oporu v kamarádce, rodina prý nefunguje. Má starosti o 92letou matku, která je daleko a v nemocnici. Řeší problémy s bydlením. Pacientka je jinak klidná, bez suicidních myšlenek. Vzhledem k depresivnímu myšlení pacientky dnes proběhlo psychiatrické konzilium, dle lékaře doporučen 1 tbl. Quetiapin 25 mg na noc. Ráno naměřen TK – 135/85 P–90/ min.

Dále dnes byl proveden převaz pahýlu. Pahýl citlivý na dotek, pacientka udává bolesti. Rána bez známek infekce, stehy indikovány k vytažení. Rána opláchnutá Debricasan sol. a sterilně krytá suchým krytím. Na pahýlu provedena bandáž.

Dnes zaveden příjem a výdej tekutin. Pacientce byl PMK z důvodu P+V ponechán a zároveň se provedla výměna PMK. Po zavedení funkční, odvádí čirou moč.

V oblasti soběstačnosti se pacientka krok po krůčku zlepšuje. S fyzioterapeutem se daří nacvičit přesun z lůžka na židli. Stále s pomocí, ale pacientka je si schopna s pomocí stoupnout a přesunout se na židli. Pacientka posiluje horní část těla, aby měla dostatečnou sílu se přitáhnout a pomoct si více rukama než jednou nohou, která jí teď moc oporou není kvůli větší nadváze, kterou pacientka má. Po komunikaci s pacientkou vyšlo najevo se chce naučit být soběstačná na invalidním vozíku. Protézování pahýlu odmítá.

Dnes jsem také pacientce znovu vyhodnotila Barhelův test, výsledek hodnocení byl 45 bodů, což znamená závislost středního stupně. Pacientka udělala v této oblasti, která se týká soběstačnosti jako takové, obrovský pokrok. Z tohoto důvodu se pacientce z lůžka odstranila aktivní antidekubitní matrace. Ví, že se musí pravidelně hýbat, jinak by se jí musela matrace vrátit. Pacientka už je mimo riziko vzniku dekubitů, hodnocení vyšlo na 26 bodů.

Bolesti u pacientky dále přetrvávají VAS 4, subjektivně udává, že už to prý není, tak hrozné. Aplikace Dolsin 100 mg s.c. po 6 hod. v pravidelných intervalech, ale nutná. Stěžuje si na fantomové bolesti, hlavně v noci. Subjektivně dodává, že je to prý jako by jí někdo „škubal s kotníkem“.

Dnešní příjem tekutin 1800 ml, výdej tekutin 1400 ml. Dnes se také pacientce měřila glykémie 4x denně: R - 8,5 mmol/ l, P - 11, 7 mmol/ l, V - 9,8 mmol/ l a ve 21:00 - 10,5 mmol/ l. Na noc pacientce byl snížen Mixtard na 16 j. s. c.

Den 17.9. - 26. den hospitalizace (sběr dat 10:00)

Pacientka se cítí lépe, subjektivně udává: „hůř jsem tuhle situaci snášela po operaci, teď už je to „lepší“. Pacientka se snaží vyrovnat se situací, která nastala po amputaci dolní končetiny. Není to pro ni lehké, udává, že stále řeší sociální situaci. Má stále starosti, jak se bude doma o sebe starat.

Dnes, po ranní hygieně, která proběhla ve sprše s dopomocí zdravotnického personálu, se provedl převaz pahýlu. Pooperační rána je bez zjevných známek infekce, bez stehů. Pacientka udává, že v místě rány bolesti pozvolna ustupují, ale pahýl je stále bolestivý, VAS 4. Pacientce stále aplikován opiát Dolsin 100 mg s.c. po 6 hod.

Rehabilitace dnes skoro nemožná, pacientka nespolupracuje. Nechce rehabilitovat, protože údajně není proč, chodit už nikdy po svých nohou nebude, v závěru dodává. Nejraději by jela hned na jednu cigaretu. Pacientka je si schopna přesehnout s pomocí z lůžka na židli, nebo na invalidní vozík. Stále, ale tento úkon nezvládá sama. Dnes proběhla rehabilitace jen na invalidním vozíku, aby se ho pacientka naučila ovládat. Na invalidním vozíku pacientka zvedne sama ujet 50 m po nemocniční chodbě.

Znovu snaha o vysvětlení, nutnosti rehabilitovat, aby pacientka mohla být doma samostatná a nemusela být na někom plně závislá. Po této konverzaci, pacientka, je stále přesvědčená o své pravdě, protetickou náhradu odmítá. Na druhou stranu přiznává, že se cítí slabá v horní polovině těla. Má stále problém se přitáhnout, nadzvednout, aby se mohla přesunout na invalidní vozík zcela sama.

Den 1.10. - 40. den hospitalizace (sběr dat 13:00)

Dnes se cítí lépe. Subjektivně dodává, že hlavně se jí zlepšil psychický stav. Pahýl je již bez sekrece a známek infekce, provedena bandáž. LDK promazána mastí leniens. Bolesti pacientka udává už lépe zvládnutelné, VAS 3, podáván Tramal 50 mg s.c. (max. 2 denně), Fantomové bolesti se občas objevují v kotníku. Ráno před ranní hygienou analgetikum aplikováno, hygiena proběhla na sedačce ve sprchovém koutě. Zde pacientka potřebuje menší dopomoc s dolní polovinou těla. Pacientka se s pomocí přesune na invalidní vozík, pohyb po oddělení je velmi omezený. Pacientka udává slabost v horních končetinách, z důvodu malé síly, v horní části těla, má problém se pohybovat na invalidním vozíku.

S fyzioterapeutem momentálně spolupracuje dobře, posilují dolní končetinu, aby si pacientka byla ve stoji jistější a noha ji lépe unesla. Dále také posilují horní polovinu těla, kterou pacientka musí nahradit chybějící končetinou. Oproti minulému zaznamenanému dni má pacientka zájem o řádnou rehabilitaci, protože zjistila, že bez dané rehabilitace nezvládne péči o sebe samu. Je velmi vidět pacientčina motivace a zájem.

Dále pacientka nedodržuje léčebný režim. Bylo jí doporučeno ošetřujícím lékařem omezit kouření cigaret s čím se pacientka nechce smířit. Vystupňovalo se to až tak, že pacientka zcela přestala dodržovat diabetickou dietu a doporučení, které jí byly dány. Jedla pouze nevhodné potraviny, které jí přinesla kamarádka. V poledne byla naměřena glykémie 31,2 mmol/l, podle ordinace lékaře měla pacientka dostat 12 j actrapid s.c. před obědem. Podle této hodnoty si ošetřující lékař přeje aplikovat 16 j actrapid s.c. Po této události byla naordinována zpět kontrola glykémie 4 denně. Večer před večeří naměřena glykémie 21,9 mmol/l. Po konzultaci s lékařem bylo aplikováno 16 j actrapid s.c. Nutno podotknout, že pacientka pravidelně užívá Metformin 1000 mg p.o. (1-1-1). Ošetřující lékař změnil z důvodu dnešní události aplikace inzulínů: - Actrapid s.c. (16 j-16 j-16 j), Mixtard s.c. (10j - 0-0-18 j). Dnes příjem tekutin 1600 ml a výdej tekutin 1400 ml. Dále je podáván clexane 0,4 ml s.c. Pacientka má stále zavedený permanentní močový katétr z důvodu zhoršeného pohybu mimo lůžko, nedokáže se sama přesunout z invalidního vozíku na WC mísu a zpět.

Pacientku jsem edukovala o důležitosti dodržovat diabetickou dietu a o tom co, se může stát v důsledku nedodržování doporučení, které jí dává zdravotnický personál. Pacientce údajně nechutná diabetická dieta v nemocnici. Dále jsem také edukovala o správné diabetické dietě pacientčinu kamarádku. Při slovní edukaci pacientky jsem zjistila, že informace o daných komplikacích, jako je amputace a další přidružená onemocnění, pacientku trochu „vyděsilo“. Pacientka se mi svěřila, že už se těší domů.

Den 14.10. - 53. den hospitalizace (sběr dat 10:00)

Dnes mi pacientka sdělila radostnou zprávu o schválení žádosti, kterou podávala před pár dny. Zažádala o bezbariérový byt v obci Bitozeves. Udává, že dostala potvrzení o možném novém bytě. U pacientky se hodně projevuje motivace jít domů, sehnala si pečovatelku a kamarádka ji bude pomáhat s ostatními činnostmi.

Pacientka potřebuje stále v některých úkonech pomoc druhé osoby, ale je u pacientky vidět snaha o zvládnutí sebe péče skoro ve všech oblastech. Dokonce má i různé nápady, jak si bude vozit některé věci na invalidním vozíku. S fyzioterapeutem pacientka rehabilituje každý den, nacvičují stoj na jedné noze a dnes tato rehabilitace proběhla i s francouzskými holemi. Pacientka si to jen zkusila, je pevně rozhodnutá pro invalidní vozík. Vzprámený stoj na jedné noze už pacientka zvládne a přeseďne si sama na židli. Zatím vyžaduje přítomnost druhé osoby, má strach, aby nespadla. Další část rehabilitace se velmi zaměřuje na samostatnost v oblasti použití WC. Jelikož pacientka nemůže zajet s invalidním vozíkem až k WC míse, tak se musí asi cca 2 m přesunout po jedné noze. To pacientka zatím sama nezvládne.

Stav soběstačnosti se u pacientky zlepšuje, dle hodnocení Barthel test má pacientka 60 bodů – středně závislý. Vzhledem k pacientčině stavu si myslím, že je to více než dobrý výsledek. Na invalidním vozíku bude mít vždy pacientka nějaký stupeň nesoběstačnosti, ale záleží, jak se tomu podá a jak se s tím „popere“. Riziko pádu po amputaci dolní končetiny je obvyklé, dle Conleyove 5 bodů.

Během dne se rozhodlo, že pacientka by mohla jít domů 18.10. sanitou pro sníženou mobilitu. Z důvodu dimise byl pacientce odstraněn permanentní močový katétr, doporučeno vypít aspoň 2 litry vody a sledovat močení. Byla poučena o možnosti nepříjemných pocitů při močení jako je bolest, řezání a pocit potřeby častého močení. Pacientce byl uvařen urologický čaj. Před odstraněním se cévka pacientce tzv. „kolíčkovala“. Kolíčkování je lidový název pro trénink močového měchýře, který je velmi důležitý pro pacienty, kteří mají déle zavedenou cévku. Blader drill neboli nácvik močového měchýře se provádí vždy po dvou hodinách bez ohledu na pocit močení. Operační rána bez viditelných známek infekce a zarudnutí, zhojena. Provedena bandáž pahýlu na žádost pacientky a promazání druhé končetiny mastí leniens. Na bolesti pahýlu byl pacientce ponechán dle ordinace lékaře Tramal 50 mg p.o. nad VAS 3.

Dnešní glykémie R - 11,9, P - 15,2 a V - 10,2 mmol/l.

3. OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY

Dne 23.8. ve 12 hod. jsem u pacientky určila 2 hlavní ošetřovatelské problémy. Jedním z nich je bolest, kterou pacientka pociťuje po amputaci dolní končetiny. Druhým ošetřovatelským problémem je riziko pádu, které je u pacientky po amputaci dolní končetiny obrovské. Dále se také zmíním o edukaci, která byla u pacientky nedílnou součástí léčby.

3.1. EDUKACE

Juřejníková ve své literatuře uvádí standard edukace jako: *“Model, nebo základní norma pro poznání, závazná míra pro hodnocení.”* (P. Juřejníková, 2010, str. 71)

Z dlouhodobého hlediska, některých onemocnění, je u pacientů problém dodržovat léčebný režim. Je to z důvodu dlouhého trvání léčby leckdy s pomalým pokrokem směrem ke zlepšení. (E. Gurková, 2017)

Hlavní problematikou v této oblasti je motivace a následná adherescence. Adherescence je definována jako: *“Míra, v níž chování pacienta (užívání léků, dodržování diety) koresponduje s doporučeními zdravotnického personálu.”* (E. Gurková, 2017, str. 17) Nejčastěji se tato problematika týká seniorů s dlouhodobým onemocněním hospitalizovaných na odd. LDN. Pacientům se nedostává, od lékařů, tolik pozornosti v oblasti edukace léčebného režimu jako třeba pacientům na odd. akutní péče. V důsledku tohoto fenoménu, pacient, se stoupající náročností a délkou léčby bez dostatečné edukace a podpory snižuje svoje snažení a propadá beznadějším a depresím. (E. Gurková, 2017) Proto je dle mého více než důležitá opakovaná edukace těchto pacientů ze strany zdravotní sestry a rodiny.

Pacientka byla během hospitalizace řádně edukována v mnoha oblastech, které se týkaly soběstačnosti, péče o ránu s rehabilitací a v neposlední řadě edukace v oblasti stravy a změny životního stylu. Edukace probíhala opakovaně při každé vhodné příležitosti. U pacientky byla edukace velmi náročná, ale potřebná, protože pacientka byla v prvních dnech velmi závislá na zdravotnickém personálu. Jelikož byla i rehabilitace velmi komplikovaná a nebyly vidět pokroky, tak rychle jak si pacientka představovala, velmi rychle začala propadat negativismu a depresím. Pacientce bylo potřeba několikrát vysvětlit, že bez důkladné rehabilitace se z lůžka na invalidní vozík sama nedostane.

Motivací pro pacientku byl její pesek. K lepší spolupráci pacientky přispěla také její kamarádka, která chodila na návštěvy.

3.1.1. BOLEST

R. Rokyta ve své literatuře popisuje: „*Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným, nebo potenciálním poškozením tkáně. Bolest je vždy subjektivní.*“ (R. Rokyta a kolektiv, 2009, str. 12)

Bolest můžeme rozdělit (rozlišujeme podle délky trvání)

- Akutní – hodiny až dny
- Chronická – měsíce až roky (R. Rokyta a kolektiv, 2009)

AKUTNÍ BOLEST

Akutní bolest je bolest náhlá například po operaci. Náhle vzniklá bolest může trvat několik dní až několik týdnů. Akutní bolest je charakterizována obrannými reflexi, kterými může být opocením, zrychlené dýchání a vysoký krevní tlak. Tento typ bolesti se dobře léčí analgetiky. (Kolektiv autorů, 2006)

Bolest začíná bolestivým vjemem na nonciceptoru. Nonciceptor je speciální receptor, který je umístěn v kůži, nebo ve stěnách vnitřních orgánů. Dále z nonciceptoru pokračuje bolest přes nervová vlákna až do mozku. Tento děj se nazývá noncicepce. Noncicepce je vnímání bolestivého vjemu, kdy je vjem výsledkem stimulace nonciceptorů. (Kolektiv autorů, 2006)

Fáze noncicepce:

- Transdukce – Transdukce přeměňuje informace z vnějšího prostředí na elektronickou aktivitu, která je dále vedena nervovými vlákny.
- Transmise
- Percepce
- Modulace – Modulace neboli přizpůsobení jsou způsoby (vnitřní a vnější), kterými lze bolest snížit anebo zvýšit. Mezi vnější patří například aplikace analgetik. (Kolektiv autorů, 2006)

PŘEDOPERAČNÍ BOLEST

Předoperační bolest (preemptivní analgezie) znamená to, že je zahájena preventivní léčba skutečné bolesti, nebo bolesti nadcházející spojenou s výkonem. Léčbu předoperační bolesti lze velmi dobře využít před amputací dolní končetiny. Velmi často se používají léky z řady opioidů, které jsou zároveň součástí anesteziologické přípravy před výkonem (premedikace) pacienta. *(R. Rokyta a kolektiv, 2009)*

POOPERAČNÍ BOLEST

Léčba pooperační bolesti je dnes na velké úrovni. Bolest už řeší anesteziolog při operačním výkonu na sále. V tomhle momentě lékař řeší a podává léky (opioidy) na bolest, která je spojená s operačním výkonem. Z praxe je mi známo, že v dnešní době se bez opiodu, kterým je nejčastěji Sufenta, skoro nedá operovat. Tento lék je velmi důležitou součástí analgezie při dlouhotrvajících a bolestivých výkonech jako stabilizátor kardiovaskulárních funkcí. *(R. Rokyta a kolektiv, 2009)*

HODNOCENÍ BOLESTI

Hodnocení bolesti by mělo být individuální, každý pacient cítí a prožívá bolest jinak. Je zapotřebí pacientovi důvěřovat udávanou bolest. *(M. O'Connor, 2005)*

Při hodnocení bolesti by pacient měl sdělit, kde ta bolest je (lokalizace), jak hodně to bolí (intenzita), jak se bolest projevuje a jak dlouho se bolest projevuje. Při hodnocení bolesti se lze zaměřit na pacientovi grimasy v obličeji a pohyb těla. Někdy si totiž lze všimnout hledání úlevové polohy. Abychom mohli správně vyhodnocovat stav bolesti a efekt léčby, tak je potřeba se pravidelně pacienta ptát na stav bolesti a znovu ji přehodnotit. Cílem je najít takovou léčbu, aby pacient necítil žádnou bolest. *(M. O'Connor, 2005)*

Na hodnocení bolesti existují různé hodnotící škály. Mezi nejznámější a nejpoužívanější patří vizuální škála bolesti, numerická škála bolesti, nebo obličejová škála bolesti, která se používá často u dětských pacientů. Z mé zkušenosti se u dospělých pacientů používá numerická škála bolesti. Při hodnocení je pacient vyzván k vyjádření bolesti od 0 do 10, kdy nula znamená žádná bolest a číslo deset znamená největší a nejhorší bolest. *(Kolektiv autorů, 2000)*

Ve světě lze dosáhnout standardu, kterému se říká pain services (služby terapie bolesti). Spočívá to v tom, že tyto služby se zabývají bolestí pacienta už od přijetí, konzultují možný výskyt bolesti po operačním výkonu a probírají možnosti léčby bolesti. V České republice, ve zdravotnictví, se s tímto systémem zatím neseznamujeme, zde se teprve tento systém přístupu k terapiím pooperační bolesti teprve postupně vytváří a formuje. (R. Rokyta a kolektiv, 2009)

Dá se říci, že 100 % chirurgických pacientů má po výkonu bolesti a je potřeba je řešit. V dnešní době je tato problematika přenechávána specialistům jako jsou anesteziologové. Je velmi důležité léčit bolesti správně a důkladně. Nejen, že to pomáhá k většímu komfortu – subjektivní odstranění utrpení, které má pozitivní vliv na léčbu a hojení pooperační rány. (R. Rokyta, 2009)

Mezi další důležité faktory patří důkladné vyšetření bolesti (povaha a původ), aby nebyla bolest mylně zaměněna s jinou bolestí, která může mít jiný charakter a původ.

FANTOMOVA BOLEST

M. Schuler ve své literatuře definuje Fantomova bolest jako: „*Bolestivý vjem v amputované části, nebo ochrnuté oblasti těla (paréza, nebo vytržení nervového kořene). Její intenzitu, frekvenci, trvání, charakter, stejně jako predispoziční faktory nelze předpovídat*“ (M. Schuler a P. Oster, 2010, str. 11)

První zmínky o fantomové bolesti byly už 16. století od francouzských vojáků. V literatuře se udává, že první zmínka v lékařském časopise se objevila až v 19. století. (J. Kurkup, 2007)

Tento typ bolesti se týká především pacientů po amputaci končetiny. Nezáleží, jestli je amputována horní, nebo dolní končetina, udává se, že Fantomova bolest postihuje až 98 % pacientů po amputaci. (M. Schuler a P. Oster, 2010)

Příčina Fantomové bolesti se přesně neví, lze předpokládat, že je to příčina na podkladě paměti před operačním výkonem. Paměť je schopna si uložit jakési stopy předamputační bolesti, které si ukládá na základě jednorázového, nebo opakovaného děje. Tento popisovaný děj lehce přiřadit například k amputačnímu traumatu. (M. Schuler, 2010)

Léčba fantomové bolesti spočívá v profilaxi. Profilaxi lze zhodnotit jako účinnou léčbu Fantomovi bolesti. Bolest by se měla léčit už před operačním výkonem, jak už zmiňují výše. Tento způsob léčby způsobí nemožnost mozku si zapamatovat, vytvořit si paměťovou stopu a následně jí ukotvit v centrální nervové soustavě (CNS). (M. Schuler a P. Oster, 2010)

MOŽNOSTI TERAPIE

Dále ve své literatuře R. Rokyta popisuje: „*Cílem léčby bolesti je snížit, nebo odstranit bolest pacienta s minimálními vedlejšími účinky.*“ (R. Rokyta a kolektiv, 2009, str. 37)

- Nefarmakologická léčba bolesti
- Farmakologická léčba bolesti (R. Rokyta a kolektiv, 2009)

Vnímání bolesti ovlivňuje psychický stav a sociální faktor pacienta. Tyto faktory mohou hrát důležitou roli v pochopení léčby bolesti u starších pacientů. (G. McCleane, 2006)

Pacientka během hospitalizace na oddělení následné péče vnímala bolesti pahýlu velmi intenzivně. Vyžadovala aplikaci opioidů, které jí prý pomáhaly. Velké bolesti přetrvávaly několik týdnů po výkonu vysoké amputace dolní končetiny. V jedné fázi se pacientce aplikovaly opioidy a v mezi čase analgetika (novalgín). Fantomové bolesti pacientka udávala jako tupou, pálivou bolest v kotníku, který neměla. Bolesti nebyly nějak silné a stálé, jen o nich věděla a bylo to lehce nepříjemné, protože nevěděla, co s tím. Při masáži pahýlu a při snaze se soustředit na jiný podnět, ve většině případů, se bolest zmírnila.

3.1.2. RIZIKO PÁDU

Jako další ošetřovatelský problém u pacientky jsem si vybrala riziko pádu. Jelikož je po amputaci dolní končetiny je ve velkém riziku pádu nejen v prvních dnech hospitalizace z důvodu nového prostředí a aplikací opioidů, ale hlavně z důvodu chybějící dolní končetiny. Pacientka je v riziku pádu během celé hospitalizace.

V knize prevence pádů ve zdravotnickém zařízení se uvádí, že nejčastěji, v USA, navštěvují úrazové ambulance osoby staršího věku 65 let. Dále také uvádí, že v USA se podílejí pády seniorů až 75 % úmrtí osob starších 65 let. S věkem samozřejmě roste četnost pádů, a to u obou pohlaví stějně. (D. Marx, 2007)

Mortalita v USA je až 9500 úmrtí za rok u osob starších 65 let. Nejčastější příčinou je pád. S častými pády je potřeba počítat s vyšší morbiditou. Ve stejnojmenné literatuře se uvádí: “*V nemocnicích zaujímají pády pacientů trvale první místo v žebříčku ohlašovaných událostí.*” (D. Marx, 2007, str. 22)

Pidrman ve své literatuře uvádí definici pádu jako: “Změna polohy, která končí kontaktem těla se zemí.” (V. Pidrman, 2007, str. 163)

FENOMENOLOGIE PÁDŮ

Fenomenologie pádů upřesňuje příčiny pádů a charakteristiku mechanismu pádů. Lze je rozdělit na:

- Pády zhroucením – U pádu zhroucením pacient náhle klesá k zemi. Je to způsobeno ztrátou svalového tonu v dolních končetinách. Tento případ se může dít ze dvou příčin. Jedna z příčin je cerebrální, kdy k této příčině dochází např. u pacientů, kteří trpí epilepsií. Druhá příčina je extracerebrální, která se projevuje náhlou hypotenzí, nebo kardiální synkopou. U těchto pádů je potřeba najít příčinu pádu, někdy je to zjevné z anamnézy pacienta, když ne, tak je potřeba zjišťovat příčinu pomocí monitorace EEG, EKG a TK. (Z. Kalvach a kolektiv, 2008)

- Pády skácením – U pádu skácením se pacient skácí na zem jako “kláda”. Velmi často bez reflexních obranných pohybů, proto se většinou pacienti zraní. Může se jednat o přechodné stavy, kdy má pacient přechodně problém s rovnováhou, anebo u onemocnění, které souvisí s postižením rovnováhy (vestibulární léze a mozkové onemocnění, které souvisí s poruchou integrace prostorové informace). (Z. Kalvach a kolektiv, 2008)

- Pády zakopnutím – Pády zakopnutím se vyznačují pády směrem dopředu při zakopnutí o podlahu nebo překážku na podlaze. Při těchto pádech se často uplatňují ruce, které pacient při pádu nastavuje vpřed. Příčinou těchto pádů může být Parkinsonova nemoc, kdy pacient se pohybuje šouravým stylem chůze. (Z. Kalvach a kolektiv, 2004)

- Pády zamrznutím – Pády zamrznutím jsou velmi podobné pádům zakopnutím, kdy pacient padá vpřed. V tomto případě pacient padá v před, ale z jiné příčiny. Pacient nezakopne, ale v průběhu chůze se nakloní pouze těžiště dopředu bez dolní končetiny, která nakročí vpřed. U těchto pacientů noha zůstane “přilepená” na zemi. Tento jev způsobuje přenesení váhy na špičky, kdy začne pacient cupitat a následně padá. (Z. Kalvach a kolektiv, 2004)

- Nediferencované pády – Když pády nelze definovat do výše uvedených skupin, nazývá se daný pád nediferencovaný. Tyto pády často bývají z prosté nepozornosti, nepřizpůsobení chůze terénu. Nejčastěji se nediferencovaný pád týká pacientů s demencí. *(Z. Kalvach a kolektiv, 2004)*

Klasifikovat pády také lze dle faktorů fyziologických a faktorů prostředí. *(D. Marx, 2007)*

- Náhodné pády – Z hlediska fyziologického může pacient běžně upadnout, protože zakopl. Z hlediska faktorů prostředí může pacient upadnout po mokré podlaze.
- Nepředvídatelné fyziologické pády – zde tkví příčina ve stavu nepředvídatelnosti, kterou může být např. náhlá mdloba.
- Předvídatelné fyziologické pády – zde se pracuje s pravděpodobností. Do této kategorie zahrnujeme pacienta s rizikem pádu, nebo potenciálním rizikem pádu. U těchto osob se dá pád očekávat a předcházet mu. *(D. Marx, 2007)*

FAKTORY PODPORUJÍCÍ VZNIK ÚRAZŮ

V e své literatuře R. Vytejčková uvádí osm faktorů podporující vznik úrazu. Zmiňuje se o věku, poruchy smyslového vnímání, faktory spojené se životním stylem, úroveň vědomí, mobilita, schopnost komunikace, emoční stav a nedostatečná informovanost. Dle mého názoru je z těchto faktorů nejdůležitější mobilita. Ta se týká především pacientů s poruchou hybnosti, rovnováhy a koordinace. K pádu dochází tehdy, když pacient špatně zhodnotí svůj stav, myslí si, že to zvládne a následně při chůzi dochází k pádu. Proto je i moje zmiňovaná pacientka ve velkém riziku pádu. Dříve byla zvyklá normálně chodit a teď po amputaci se musí “naučit” znovu postavit do stoje vzpřímeného na jedné noze. Samozřejmě je se stojem spojená rovnováha a koordinace těla, která je častá příčina pádů. *(R. Vytejčková, 2011)*

POPÁDOVY SYNDROM

Popádový syndrom může u některých osob tzv. motání se v nekonečném kruhu. Doslova to znamená, že když pacient jednou upadne, má strach z opakovaného pádu, na který reaguje sníženou aktivitou. Snížená aktivita znamená větší imobilitu a při větší imobilitě se zvyšuje riziko pádu starší osoby v seniorském věku. (R. Zeleníková, 2016)

Mezi rizikové faktory strachu z pádu mohou být např. vyšší věk, předchozí pád, onemocnění. (R. Zeleníková, 2016)

PREVENCE PÁDU

Nejdůležitější je prevence pádů, aby se předešlo vysoké mortalitě u osob starších 65 let. Zeleníková ve své literatuře uvádí: „*Prevence je soubor opatření, která předcházejí mimořádným událostem a jejím následkům.*“ (R. Zeleníková, 2016)

Prevence pádu může být různorodá, ale musí splňovat určité podmínky jako jsou např. musí být efektivní, finančně ekonomické a 100 % proveditelné v jakékoliv situaci. (R. Zeleníková, 2016)

MODEL PREVENCE PÁDŮ

WHO (World Health Organization) uvádí v praxi model prevence pádu, která je opřena o 3 důležité pojmy.

- „Podvědomí“
- „Assessment“
- „Intervence“ (R. Zeleníková, 2016)

Při přijetí pacienta je potřeba provést řádné poučení o tom, jak si pacient může přivolat pomoc. Nejedná se jen o zmiňované pacienty, kteří spadají do rizika pádu, ale i o pacienty u kterých žádné riziko nepředpokládáme a nehrozí. (R. Vytejková, 2011)

V dalším kroku je důležité pomoci pacientovi s orientací na novém oddělení. Znamená to ukázat pacientovi, kde je sociální zřízení s WC a sesternu, aby si pacient mohl dojit za ošetřujícím personálem, kdyby se něco dělo. (R. Vytejková, 2011)

V případech méně pohyblivých pacientů je dobré, aby se denně hýbali a tím pádem znovu a znovu trénovali chůzi a svalstvo. Pravidelná fyzická aktivita je prevence pádů. Správná kompenzace onemocnění a snížení rizikové medikace opět snižuje riziko pádu u pacienta. (A. Šafránková a M. Nejedlá, 2006)

U těchto pacientů je potřeba snižovat, co nejvíce rizikové faktory vnějšího prostředí. Chodba by měla být, tak volná, aby projel i pacient s chodítkem, nebo invalidním vozíkem. Vždy by měla být viditelně označena, když je podlaha mokrá a pacient řádně poučen, jak se má v takové situaci chovat. Mít dobré osvětlení i v nočních hodinách je také velmi nápomocné od případného pádu. *(A. Šafránková a M. Nejedlá, 2006.)*

Základ všeho je, ale mít pacienta řádně v takovém případě označeného barevným identifikačním štítkem a mít jasně označené riziko pádu v dokumentaci. Tohle je jeden ze zásadních kroků, jak předejít pádům u starších pacientů. *(A. Šafránková a M. Nejedlá, 2006)*

Při každé možnosti lze pacienta edukovat a nabádat k opatrnosti při pohybu na oddělení. Při přijetí pacienta a hodnocení mobility, když to lze, vždy myslíme na vzdálenost mezi umístěným pacientem na pokoji a WC. Čím blíže bude pacient k WC, tím menší riziko pádu bude. *(R. Vytejšková, 2011)*

Pacientka po vysoké amputaci dolní končetiny byla ve velkém riziku pádu. Riziko pádu ze začátku bylo odvozeno z prvního dne na novém oddělení a ze stavu mobility ve kterém pacientka byla. První dny až týdny byla pacientka mobilní na lůžku, potřebovala větší pomoc zdravotnického personálu a ve většině oblastech soběstačnosti byla nesoběstačná. Postupnou rehabilitací se pacientka naučila pracovat se svým tělem, a hlavně s horní polovinou těla. Důvod je ten, že pacientka během hospitalizace odmítla možnost protézování pahýlu a byla rozhodnutá, že se bude učit pohyb na invalidním vozíku.

Postupně během hospitalizace bylo největší riziko pádu možnost pádu při přesouvání z lůžka na invalidní vozík a opačně. Dle mého názoru jsou všeobecně tito lidé po amputaci dolní končetiny stále v riziku pádu i v domácím prostředí, dokud se nenaučí perfektně ovládat své tělo.

DISKUSE

Fantomova bolest je velmi zásadní problém a komplikace u pacientů po amputaci dolní končetiny. Je potřeba určit správnou léčbu, protože bolesti jako takové snižují kvalitu života. V této části diskuse bych chtěla porovnat léčbu Fantomové bolesti popisovanou v časopise *Anesteziologie & Intenzivní medicína* z roku 2019 s popisovanou léčbou z roku 2016.

Kaiser ve své literatuře udává procento vzniklých fantomových bolestí po amputaci dolní končetiny. Dle jeho literatury vznikají bolesti v 60 až 85 % případů. Z toho je, ale 1 až 10 % bolestí nesnesitelných. Takže lze říci, že fantomové bolesti po amputaci nemají pouze 2 pacienti z 10. (*R. Kaiser, 2016*) Lejčko v článku z roku 2019 udává, že bolesti se objevují v 50 až 75 % případů amputací dolní končetiny. (*J. Lejčko, 2019*)

Zaujalo mě stanovisko obou zdrojů, kdy se bolesti objevují. Bolesti se objevují už před výkonem samotné amputace. Tyto bolesti nohou mít mnohdy za následek právě se objevující fantomovy bolesti po výkonu. Není to bohužel ojedinělé. Pacienti, kteří jsou indikováni k výkonu mají tzv. syndrom diabetické nohy, a právě oni mívají bolesti, které je potřeba před výkonem začít léčit. (*J. Lejčko, 2019 a R. Kaiser, 2016*)

Jelikož nebyla dodnes ještě přesně stanovena léčba pooperační bolesti jako je fantomova bolest, tak se doporučuje využívat více možností léčby bolesti najednou. Samozřejmě každému pacientovi pomáhá trochu něco jiného. Bohužel, jak popisuje Lejčko, léčebné metody leckdy nepřekročí 30 % úspěšnost. (*J. Lejčko, 2019*)

Jak se zde zmiňují, léčba musí být komplexní. U většiny pacientů nestačí pouze léčba farmakologická i v případě, kdy se používají léky ze skupiny opioidů. Lejčko se také zmiňuje, že lékem první volby z opioidů je morfin (*J. Lejčko, 2019*). Na druhou stranu se Kaiser opírá o léčbu léky ze skupiny antiepileptik. Podle jeho zmiňované literatury je lékem první volby gabapentin či pregabalin. Dále až popisuje antidepresiva a analgetika. (*R. Kaiser, 2016*)

Dále se doporučuje kombinovat farmakologickou léčbu s nefarmakologickou. Jedna z nejzásadnějších metod této léčby je TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace). Léčba spočívá ve stimulaci povrchu těla, pro nás je to tedy povrch části pahýlu, na který jsou umístěny elektrody. Stimulace probíhá elektrickým proudem. Velkou výhodou této metody jsou minimální vedlejší účinky a možnost lze používat i doma. (*R. Kaiser, 2016*)

V další části diskuze bych chtěla popsat porovnání rizikových faktorů a prevence pádů. Pády patří mezi nejčastější a nejrizikovější nežádoucí události u seniorů a chronicky nemocných ve zdravotnickém zařízení. Nežádoucí události jako jsou pády prodlužují a komplikují léčbu. V časopise Praktický lékař z roku 2019 se udává, že od roku 2011 se ve zdravotnickém zařízení sledují příčiny pádů. Dále se také píše, že pády jsou indikací kvality ošetrovatelé péče. Tato nežádoucí událost je dnes sledována na národní úrovni a výsledky jsou vyhodnocovány v celosvětovém měřítku. V časopise mě zaujaly výzkumy, které jsou z různých zemí světa. *(J. Vácová, 2019)*

Ve výzkumu ze Španělska v roce 2014-2015 mě zaujaly výsledky z nemocnice v Andalusii, kde zjistili, že screeningové nástroje jako jsou Downton a Strafity jsou velmi neúčinné a nedostatečné nástroje ke sledování rizika pádu. Zatímco výzkum z Brazílie z roku 2017, který zaznamenává data z roku 2015-2016 o vhodnosti a bezpečnosti škály dle Morse Fall Scale. Výsledky ukázaly potřebu používání vyhodnocovacích protokolů u každého pacienta, který je hospitalizovaný ve zdravotnickém zařízení. Všeobecným výsledkem všech uvedených výzkumů v daném časopise je potřeba zdravotních sester v oblasti edukace pacientů. Také je samozřejmě důležité pravidelné vzdělání zdravotnického personálu v oblasti nových poznatků a prevenci pádů. *(J. Vácová, 2019)*

Dále mě zaujal výzkum z roku 2017 pojednává o preventivních opatřeních proti pádu u starších osob. Z výzkumu vyplynulo, že se často používají postranice u lůžka v celé délce. Je to myšleno jako prevence pádu z lůžka u zmatených pacientů, ale ukázalo se, že ve 36,5 % byla příčinou pádu zvednutá boční postranice u lůžka pacienta. S věkem roste riziko pádu a přítomnost následných zranění. Je tedy potřeba používat nejen doporučená opatření, ale také velmi dobře zhodnotit efektivnost použité metody, aby nebylo opatření více kontraproduktivní než ochranné. *(I. Brabcová, 2017)*

ZÁVĚR

Touto bakalářskou prací jsem chtěla více objasnit a ukázat problematiku amputace dolní končetiny, která vznikla jako komplikace diabetu mellitu II. typu. Dále jsem chtěla ukázat, jak může být ošetrovatelská péče o takové pacienty komplikovaná, a to i na takovém oddělení jako je Následná péče.

V případové studii jsem se snažila popsat základní ošetrovatelskou péči u pacientky po amputaci dolní končetiny s chronickým onemocněním. Nejednalo se jen o pouhou ošetrovatelskou péči jako takovou. Popisem ošetrovatelské péče spolu s edukací pacientky jsem chtěla právě více vyzdvihnout důležitost edukace pacientů. Leckdy, pro nás vnímané, negativní chování pacientů, kteří nechtějí spolupracovat a “vzdávají” veškeré snahy se uzdravit tkví v nedostatečné informovanosti o povaze onemocnění. S těmito případy se více dle mého názoru setkáváme u starších osob, kteří nemají buď přístup k internetu, nebo mají problém na poprvé všechno pochopit, zapamatovat si. Podle mého názoru je tedy u této skupiny pacientů potřeba více a častěji edukovat a ptát se čemu nerozumí a kde je tedy problém.

V případě této pacientky byla potřeba se zaměřit na soběstačnost jako takovou, protože pacientka byla týden po výkonu amputace mobilní jen v rámci lůžka, a to ještě omezeně. Pacientka byla v prvních dnech hospitalizace dle Barthel testu velmi závislá, potřebovala velkou pomoc zdravotnického personálu. Na konci hospitalizace se pacientka pohybovala na invalidním vozíku. Výsledkem byla pacientka, která se pohybovala na invalidním vozíku a těšila se domů.

Jelikož pacientka byla hospitalizovaná na oddělení Následné péče v rádech týdnů, tak jsem se snažila vystihnout nejvíce zajímavé dny. Uvedený příklad případové studie popisuje, jak efektivní může edukace být. Můžu se domnívat, že by bez edukace pacientka dopadla podobně, ale já se domnívám, že edukace má velký podíl na novém začátku, který se pacientka po tak velké zásahy do života rozhodla dále žít.

Edukace v této problematice jako diabetes mellitus s komplikací amputace dolní končetiny je velmi důležitá. Je potřeba pacienta uvědomit, jak je důležité z větší části změnit dosavadní styl života. Je to jeden z hlavních důvodů, proč pacienti dospějí ke komplikaci jako je amputace. Nedodržování správných dietních návyků a nedodržování léčby, kterou naordinuje lékař si často pacient sám a leckdy nevědomky, napomáhá k častějším výkyvům glykemií.

Snaha je poukázat na to, že když bude pacient rozumět více příznakům a pocitům, tak bude moct lépe aktuální situaci řešit a třeba se zamyslet, proč je dobré dodržovat dietní doporučení stále, a nejen před kontrolou v diabetologické poradně.

V této bakalářské práci jsem se snažila vyzdvihnout a zároveň vyvrátit mýtus o tom, že péče na Následné péči není méněcenná, ba naopak je zde prostor pro věci, na které na jiných odděleních třeba není až na takový čas jako je třeba častější komunikace a edukace pacienta. I na takovém oddělení je potřeba se samo vzdělávat, abychom mohli předávat aktuální informace pacientům, kteří nemají informace úplné nebo dokonce milné.

Samozřejmě i zde je potřeba aktivní spolupráce pacienta, protože bez té to efektivně nejde. Aby mohl být pacient aktivní a měl tu správnou motivaci, musí být pacient v dobrém psychickém stavu. Smířit se s tak náročnou situací jako je amputace není jednoduché. S tímto souvisí kvalitní edukace, která pomáhá pochopit problematiku a smířit se s daným stavem.

U dané pacientky mě překvapilo, jak se nakonec se situací smířila. V prvních dnech bylo vidět hodně negace ze strany pacientky, nechtěla nic dělat a svým způsobem to vzdávala.

Po velmi důkladné edukaci se pacientka rozhodla lépe spolupracovat, a dokonce našla v sobě motivaci začít někde jinde a znovu. Proměna pacientky, která svůj stav po amputaci nechtěla řešit a život jako takový vzdávala se stala úžasná žena, plná nových snů a motivací.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A DALŠÍCH ZDROJŮ

1. **ABRAHAMS**, Peter H. *Lidské tělo: ilustrovaný průvodce*. Přeložil Zuzana STLOUKALOVÁ, přeložil Libor LUPTÁK, přeložil Jaroslav KUČERA. Praha: Svojtka & Co, 2016. ISBN 978-80-256-1892-9.
2. **BRABCOVÁ**, Ivana. Souvislosti mezi pády pacientů a vybranými rizikovými faktory. *Praktický lékař*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2017, **97**(4), 163-167.
3. **ČIHÁK**, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-3817-8.
4. **ČIHÁK**, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
5. **DYLEVSKÝ**, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
6. **DYLEVSKÝ**, Ivan. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2111-3.
7. **FERKO**, Alexander, Zdeněk ŠUBRT a Tomáš DĚDEK, ed. *Chirurgie v kostce*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-1005-1.
8. **FIALA**, Pavel, Jiří VALENTA a Lada EBERLOVÁ. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
9. **GURKOVÁ**, Elena. *Nemocný a chronické onemocnění: edukace, motivace a opora pacienta*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0461-1.
10. **CHOROBOPIS**
11. **JANÍKOVÁ**, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
12. **JUŘENÍKOVÁ**, Petra. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2171-2.
13. **KACHLÍK**, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

14. **KAISER**, Radek. Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5808-4.
15. **KAISER**, Radek. *Chirurgie hlavových a periferních nervů s atlasem přístupů*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5808-4.
16. **KALVACH**, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2490-4.
17. **KOLEKTIV AUTORŮ**. Vše o léčbě bolesti: příručka pro sestry. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1720-4.
18. **KURKUP**, John. *History of limb amputation*. London: Springer Science + Business Media, 2007. ISBN 978-1-84628-443-4.
19. **LEJČKO**, Jan. Fantomova bolest – klinický obraz a léčba. *Anesteziologie & Intenzivní medicína*. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2019, **30**(1), 27-32. ISSN 1214-2158.
20. **MARX**, David. *Prevence pádů ve zdravotnickém zařízení: cesta k dokonalosti a zvyšování kvality*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1715-9.
21. **MASTILIAKOVÁ**, Dagmar. Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika v moderní ošetrovatelské praxi. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
22. **MCCLEANE**, Gary a Howard SMITH. *Clinical Management of the Ederly Patient in Pain*. New York: The Haworth Medical Press, 2006. ISBN 0-7890-2020-1.
23. **MERKUNOVÁ**, Alena a Miroslav OREL. Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
24. **MIKULA**, Jan a Nina MÜLLEROVÁ. Prevence dekubitů. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2043-2.
25. **O'CONNOR**, Margaret a Sanchia ARANDA. Paliativní péče: pro sestry všech oborů. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4.
26. **PAVLÍKOVÁ**, Slavomíra. Modely ošetrovatel'stva v kocke. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1918-4.
27. **PIDRMAN**, Vladimír. Demence. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
28. **POKORNÁ**, Andrea a Romana MRÁZOVÁ. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN isbn978-80-247-3371-5.

29. **ROKYTA**, Richard. Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3012-7.
30. **SESTRA A URGENTNÍ STAVY**. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2548-2.
31. **SCHULER**, Matthias a Peter **OSTER**. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
32. **ŠAFRÁNKOVÁ**, Alena a Marie **NEJEDLÁ**. Interní ošetřovatelství II. Praha: Grada, 2006. ISBN 978-80-247-1777-7.
33. **ŠKRLA**, Petr a Magda **ŠKRLOVÁ**. Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2616-8.
34. **ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ. 3. LF UK**. Ošetřovatelská anamnéza.
35. **VYTEJČKOVÁ**, Renata. Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3419-4.
36. **VÁCOVÁ**, Jana. Rizikové faktory pádů hospitalizovaných pacientů. Praktický lékař. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2019, 99(4), 139-146. ISSN 0032-6739.
37. **ZELENÍKOVÁ**, Renáta. Prevence pádů seniorů [online]. 2016, 1. února 2016 [cit. 2020-07-04]. Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/prevence-padu-senioru-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EnuVtIgZLcNPAfjH9TCp8eY/>

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

m² – Metr čtverečný
UV – Ultrafialové záření
CNS – Centrální nervový systém
JIP – Jednotka intenzivní péče
ARO – Anesteziologicko-resuscitační oddělení
PAD – Perorální antidiabetika
VAS – Vizuálně analogová škála (bolesti)
ICHDK – Ischemická choroba dolních končetin
mg – Miligram
ml – Mililitr
OA – Osobní anamnéza
RA – Rodinná anamnéza
FA – Farmakologická anamnéza
TA – Toxikologická anamnéza
AA – Alergologická anamnéza
GA – Gynekologická anamnéza
SA – Sociální anamnéza
BMI – Body mass index (index tělesné hmotnosti)
LDK – Levá dolní končetina
PDK – Pravá dolní končetina
TK – Krevní tlak
TT – Tělesná teplota
SpO₂ – Saturace krve kyslíkem
mmHg – Milimetr rtuťového sloupce
kg – Kilogram
cm – Centimetr
°C – Celsiův stupeň
PMK – Permanentní močový katetr
g – Gram
ATB – Antibiotika
mmol/l – Milimol na litr
LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných
EEG – Elektroencefalografie
EKG – Elektrokardiografie
WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)
TENS – Transkutánní elektrická nervová stimulace
RHB – rehabilitace

PŘÍLOHY

Ošetřovatelská anamnéza

(Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK – pro studijní účely)

Oddělení : LDN

Datum a čas odběru anamnézy : 23. 8. 2019 v 11:00

Jméno (iniciály) : HP Pohlaví : ŽENA Věk : 63

Datum přijetí : 23. 8.

Stav : VDOVA

Povolání : PENZISTA

Rodina informována o hospitalizaci : ano ne

Diagnóza při přijetí (základní) : STAV PO AMPUTACI PRAVÉ DOLNÍ KONČETINY PRO DIAB. GANGRÉNU

Chronická onemocnění : DIABETES MELLITUS II. TYPU, ESSENCIÁLNÍ HYPERTENZE, OBÉZITA, PORUCHA NĚT. LIPOPROTEINEMIE

Infekční onemocnění : NE ANO

Režimová opatření : NEMA

Léčba:

Operační výkon : VÝSOKÁ AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY. Pooperační den : 8.
Farmakoterapie : AUGMENTIN 1g po 8. hod. • SORBIFER DURULES 10-0-1)
• DOLBISIN 100 mg, a.c. po 6. hod. • ACIDUM FOLICUM (1-0-0)
• NOVALGIN 500 mg, a.c. p.p. • METFORMIN 1000 mg (1-1-1)
• CLEXANE 0,4 mg, a.c. v 19.⁰⁰ • ACTRAPID, a.c. (16-16-14)
• NEURONIN 300 mg (1-1-1) • MIXIARD, a.c. (0-0-22)
• PERITRA 2/2,5 mg (1-0-0) • NITROGLYCERIN 0,5 mg (p.p.)
• DITEPRAZOL 40 mg (1-0-0)

Jiné léčebné metody : P.H.B.

Má nemocný informace o nemoci : ano ne částečně

Alergie : ano ne jaké : PNC, BRUFEN, JOD

Fyziologické funkce : P : 76¹ TK : 130/80 D : 12 SpO2 : 98/ TT : 36,6 °C

1) Vědomí

stav vědomí : při vědomí porucha vědomí bezvědomí GSC : 15

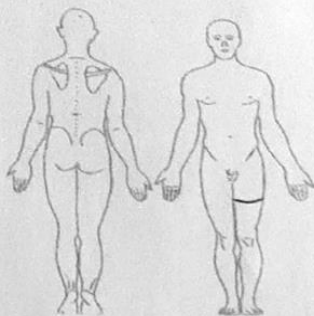
Orientovaný Deorientovaný

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

2) Bolest

bolest : ano akutní chronická
 tupá bodavá křečovitá svalová jiná
 ne
lokalizace :



Intenzita : /---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/---/
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

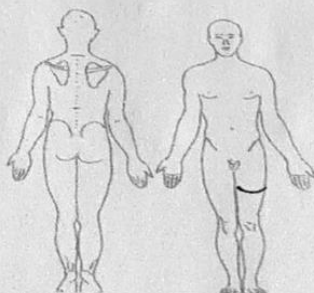
3) Dýchání

potíže s dýcháním : ano ne
dušnost : ano klidová námahová noční
 ne
Kuřák : ano ne Kašel : ano ne

4) Stav kůže

změny na kůži : ano ekzém otoky dekubity jiné
 ne Riziko vzniku dekubitů – Nortonové skóre: ...23...

lokalizace :



Hodnocení rány: BEZ ZNA'MEK ABSCESSU, STEHY PONECHA'NY, PAHY'L OTEKLY
Ošetření rány: DEBRIDECASAN + SUOHE' K'RYTI + BANDA'Z

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK©

Ošetrovatelská anamnéza dle 3. LF UK

5) Vnímání zdraví

Celková úroveň zdraví (nemocnost, vleká choroba) PAC SE STAĽE NEMŠIRILA SE STAVEM
PO AMPUTACII, O SVĚ ZDR. STAVU JE PLNĚ INFORMOVÁNA

Úrazy: ano ne jaké:

6) Výživa, metabolismus

Dieta: 9/4 Nutriční skóre: 1x ANO

Hmotnost: 98 kg Výška: 175 cm BMI: 32 - OBEZITA

Chuť k jídlu: ano ne

Potíže s přijímáním potravy: ano ne jaké:

Užívá doplňky výživy: ano ne jaké:

Enterální výživa: Parenterální výživa:

Denní množství tekutin: 2000 ml Druh tekutin: voda, čaj

Úbytek nebo zvýšení hmotnosti v poslední době: ano ne o kolik: 10 kg

Umělý chrup: ano ne horní dolní

Potíže s chrupem: ano ne

7) Vyprazdňování

problémy s močením: ano pálení řezání retence inkontinence
 ne

problémy se stolicí: ano průjem zácpa inkontinence
 ne

stolice pravidelná: ano ne

datum poslední stolice: 22.8.

Způsob vyprazdňování: podložní mýdla/močová láhev

Inkontinenční pomůcky

Toaletní křeslo

Močový katétr počet dní zavedení: 9

Rektální odvodný systém:

Stomie:

8) Aktivita, cvičení

Pohybový režim: LEŽÍ, BEZ OMEZENÍ

Barthel test: 30

Riziko pádu: ANQ skóre: 7

NE

Pohyblivost: chodící samostatně

chodící s pomocí

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

ležící pohyblivý ležící nepohyblivý

pomůcky jaké : HRAZDIČKA V UŠI

9) Spánek, odpočinek

počet hodin spánku : 8 hodina usnutí : 23-24

poruchy spánku : ano ne jaké :

hypnotika : ano ne

návyky související se spánkem : NEMA

10) Vnímání, poznávání

potíže se zrakem : ano ne jaké :

potíže se sluchem : ano ne jaké :

porucha řeči : ano ne jaká :

kompenzační pomůcky : ano ne jaké :

orientace : orientován

dezorientovaný místem časem osobou

11) Orientační zhodnocení psychického a sociálního stavu

Emocionální stav : klidný rozrušený

Pocit strachu nebo úzkosti : ano ne z budoucnosti

Úroveň komunikace a spolupráce : dobrá obtížná

Plánování propuštění

Bydlí doma sám : ano ne

kdo bude o klienta pečovat po propuštění : KAMARÁDKA

kontakt s rodinou : ano ne

12) Invazivní vstupy

Drény : ano ne jaké : Datum zavedení:

Permanentní močový katétr : ano ne

i.v. vstupy : ano periferní datum zavedení: kde:

Stav :

centrální datum zavedení: kde:

stav :

ne

Ústav ošetrovatelství, 3. LF UK ©

Sonda : ano ne jaká : datum zavedení :

Stomie : ano ne jaká : stav :

Endotracheální kanyla : ano ne č.ETR : datum zavedení :

Tracheotomie : ano ne č. : od kdy :

Arteriální katétr : ano ne

Epidurální katétr : ano ne

Jiné invazivní vstupy :

Základní hodnotící škály pro identifikaci rizik

1. Barthelové test základních všedních činností (ADL - activities of daily living)

Činnost	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
7. použití WC	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko- židle	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomoci neprovede	10 5 0

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech:

0-40 bodů: vysoce závislý / 23.8. - 30 bodů

45-60 bodů: závislost středního stupně

65-95 bodů: lehce závislý

100 bodů: nezávislý

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

2. Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice dle Nortonové

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	< 10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobry 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	< 30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhroššený 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	< 60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč+stolice 1

Zdroj: Staňková, M.: České ošetřovatelství 6- Hodnotící a měřicí techniky v ošetřovatelské praxi. Brno. IDVPZ 2001. ISBN 80-7013-323-6

Nebezpečí vzniku dekubitu je významné při 25 bodech a méně.

23.8 - 23 bodů

3. Hodnocení nutričního stavu

NRS – Nutritional Risk Screening

Je BMI (kg/m ²) pod 20,5?	ANO	NE
Zhubl pacient za poslední 3 měsíce?	ANO	NE
Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?	ANO	NE
Je pacient závažně nemocen (např. intenzivní péče)?	ANO	NE

1x ANO

Hodnocení:

Jsou-li všechny odpovědi NE, opakujte hodnocení 1x týdně.

Je-li jedna odpověď ANO, zavolejte nutričního specialistu.

Zdroj: Grofová, Z., Nutriční podpora – praktický rádce pro sestry, Grada 2007

4. Zhodnocení rizika pádu u pacienta

Dle Conleyové upraveno Juráskovou 2006 – doporučeno ČAS

Rizikové faktory pro vznik pádu		
Anamnéza:		
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese)		3 body
<input checked="" type="checkbox"/> věk 65 let a více		2 body
<input type="checkbox"/> pád v anamnéze		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladi na lůžkové odd.		1 bod
<input type="checkbox"/> zrakový/sluchový problém		1 bod
<input checked="" type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychotropní látky, hypnotika, tranquilizery, antidepresiva, laxativa)		1 bod
Vyšetření		
<input type="checkbox"/> Soběstačnost		
- úplná	0b	
- částečná	2b	
- nesoběstačnost	3b	
<input checked="" type="checkbox"/> Schopnost spolupráce		
- spolupracující	0b	
- částečné	1b	
- nespolečující	2b	
Přímým dotazem pacienta (informace od příbuzných nebo ošetřovatelského personálu)		
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě?	ANO	3 body
<input type="checkbox"/> Máte v noci nucení na močení?	ANO	1 bod
<input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout?	ANO	1 bod
Celkem:		
0-4 body	Bez rizika	
5-13 bodů	Střední riziko	23.8 - 7 bodů
14-19 bodů	Vysoké riziko	

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK ©

Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

5. Hodnocení vědomí

Glasgow Coma Scale

Hodnocený parametr	Reakce	Body
Otevření očí	spontánně otevřené	4
	na slovní výzvu	3
	na bolestivý podnět	2
	oči neotevře	1
Slovní odpověď	přiléhavá	5
	zmatená	4
	jednotlivá slova	3
	hlásky, sténání	2
	neodpovídá	1
Motorická reakce	pohyb podle výzvy	6
	na bolestivý podnět účelný pohyb	5
	na bolestivý podnět obranný pohyb	4
	na bolestivý podnět jen flexe	3
	na bolestivý podnět jen extenze	2
	na bolestivý podnět nereaguje	1
Hodnocení:	15 bodů - pacient při plném vědomí / 23. 8. 3 body - pacient v hlubokém bezvědomí	

Zdroj: NEUWIRTH, J. Sledování a hodnocení fyziologických funkcí. In: KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005, s. 46-56. ISBN 80-246-0845-6

Ošetřovatelské zhodnocení

PACIENTKA JE ORIENTOVANÁ, KOMUNIKUJE A SPOLUPRÁČÍ. MOMENTÁLNĚ
JE PAC. MOBILNÍ? JE V LŮŽKU, SED. V LŮŽKU S. DOPOMOCÍ & PRAVOT.
PERSONÁLU.
DNES 8. DEN PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY, NA L.P.M. PŘELOŽENA
PO REHABILITACI. AMPUTACE BYLA PROVEDENA VE STEHNEV. POTENCIÁLNĚ
PROVEDENA BANDAŽ. PANTYLU DO KONČEKHO TVARU. RANA KURNA,
BEZ ZNAČEK INFEKCE, STŘEŽY PONECHÁNY.
PO IMOBILITĚ ZAVAZEN. PMT. EP. Č. 18. 9. DEN. INVAZIVNÍ VSTUPY MENA!
PAC. UDAVA. VELKÉ. POKESD. RÁNSKÝ. 5. 1. 10. PORAŇ. OPIOID - POKESD. 100mg A.C.
U PAC. JE POTŘEBA NAČINIK. SO. BEZTAČNOSTI.

Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK©

Ošetřovatelská anamnéza dle 3. LF UK

Tabulka č. 1, Barthelové test základních všedních činností (ADL – activities of daily living) k 1. dni hospitalizace.

Činnosti	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
30 bodů – vysoce závislý

Tabulka č. 2, Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupně dle Nortonové (1. den)

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršen 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
23 - nebezpečí vzniku dekubitů

Tabulka č. 3, hodnocení rizika pádu dle Conleyové, upraveno dle Jiráskové 2006 (1. den)

Rizikové faktory pro vznik pádu
Anamnéza:
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese) 3 body <input type="checkbox"/> věk 65 let a více 2 body <input type="checkbox"/> pád v anamnéze 1 bod <input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na odd. 1 bod <input type="checkbox"/> zrakový/ sluchový problém 1 bod <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychogenní látky, hypnotika, antidepressiva, laxativa) 1 bod
Vyšetření:
<input type="checkbox"/> Soběstačnost - úplná 0 b. - částečná 2 b. - nesoběstačnost 3 b.
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce - spolupracující 0 b. - částečně 1 b. - nespolupracující 2 b.
Přímím dotazem pacienta
<input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? ANO 3 body <input type="checkbox"/> Máte v noci nucení močení? ANO 1 bod <input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout? ANO 1 bod
Celkem: 7 bodů
0–4 body Bez rizika
5–13 bodů Střední riziko
14–19 bodů Vysoké riziko

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK

Tabulka č. 4, Barthelové test základních všedních činností (ADL – activities of daily living) k 7. dni hospitalizace.

Činnosti	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
35 bodů – vysoce závislý

Tabulka č. 5, Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupně dle Nortonové (7. den)

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršen 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
25 bodů – nebezpečí vzniku dekubitů

Tabulka č. 6, Barthelové test základních všedních činností (ADL – activities of daily living) k 13. dni hospitalizace.

Činnosti	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
45 bodů – závislost středního stupně

Tabulka č. 7, Hodnocení rizika vzniku dekubitů – rozšířená stupně dle Nortonové (13. den)

Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Přidružená onemocnění	Fyzický stav	Vědomí	Aktivita	Mobilita	Inkontinence
Úplná 4	<10 4	Normální 4	Žádné 4	Dobrý 4	Bdělý 4	Chodí 4	Úplná 4	Není 4
Částečně omezená 3	<30 3	Alergie 3	DM, vysoká TT, anémie, kachexie 3	Zhoršen 3	Apatický 3	S doprovodem 3	Část. omezená 3	Občas 3
Velmi omezená 2	<60 2	Vlhká 2	Trombóza, obezita 2	Špatný 2	Zmatený 2	Sedačka 2	Velmi omezená 2	Převážně moč 2
Žádná 1	> 60 1	Suchá 1	Karcinom 1	Velmi špatný 1	Bezvědomí 1	Leží 1	Žádná 1	Moč + stolice 1

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
26 bodů

Tabulka č. 8, Barthelové test základních všedních činností (ADL – activities of daily living) k 53. dni hospitalizace.

Činnosti	Provedení činnosti	Body
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence moči	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
6. kontinence stolice	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK
60 bodů – závislost střední stupně

Tabulka č. 9, hodnocení rizika pádu dle Conleyové, upraveno dle Jiráskové 2006 (53. den)

Rizikové faktory pro vznik pádu
Anamnéza:
<input type="checkbox"/> DDD (dezorientace, demence, deprese) 3 body <input type="checkbox"/> věk 65 let a více 2 body <input type="checkbox"/> pád v anamnéze 1 bod <input type="checkbox"/> pobyt prvních 24 hodin po přijetí nebo překladu na odd. 1 bod <input type="checkbox"/> zrakový/ sluchový problém 1 bod <input type="checkbox"/> užívání léků (diuretika, narkotika, sedativa, psychogenní látky, hypnotika, antidepressiva, laxativa) 1 bod
Vyšetření: <input type="checkbox"/> Soběstačnost - úplná 0 b. - částečná 2 b. - nesoběstačnost 3 b.
<input type="checkbox"/> Schopnost spolupráce - spolupracující 0 b. - částečně 1 b. - nespolupracující 2 b.
Přímím dotazem pacienta <input type="checkbox"/> Míváte někdy závratě? ANO 3 body <input type="checkbox"/> Máte v noci nucení močení? ANO 1 bod <input type="checkbox"/> Budíte se v noci a nemůžete usnout? ANO 1 bod
Celkem: 5 bodů
0–4 body Bez rizika
5–13 bodů Střední riziko
14–19 bodů Vysoké riziko

Tabulka převzata z ošetřovatelské anamnézy dle 3. LF UK