



UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav ošetrovatelství 3. LF

Dana Pohorská

**Ošetrovatelská péče o klienta po
amputaci dolní končetiny
v Rehabilitačním ústavu Kladruba**

Nursing care of a client after lower limb amputation in the
Rehabilitation Institute Kladruba

Bakalářská práce

Praha, červen 2011

Autor práce: Dana Pohorská

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra kombinovaná forma

Vedoucí práce: Mgr. Jana Heřmanová

Pracoviště vedoucího práce: Ústav ošetrovatelství, 3. LF

Odborný konzultant: prim. MUDr. Hana Zejdová

Pracoviště odborného konzultanta: Rehabilitační ústav Kladruby

Datum a rok obhajoby: červen 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Prohlašuji, že odevzdaná tištěná verze práce a verze elektronická nahraná do Studijního informačního systému (SIS 3.LF UK) jsou totožné.

V Praze, červen 2011

Dana Pohorská

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Janě Heřmanové především za odborné vedení a rady, které mi poskytla v průběhu vypracování bakalářské práce, za její ochotu a cenný čas věnovaný konzultačním hodinám. Také velice děkuji prim. MUDr. Haně Zejdové za její odborné vedení, a také za čas, který strávila čtením a připomínkováním mé práce. V neposlední řadě bych ráda poděkovala i řediteli Ing. Josefu Hendrychovi, MBA za jeho vstřícnost a za umožnění použití materiálů Rehabilitačního ústavu Kladruby a dále Mgr. Evě Talpové za zapůjčení přínosné literatury. Mé poděkování patří samozřejmě také ostatním, kteří přispěli k dokončení této práce.

OBSAH

Úvod	7
1. KLINICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Příčiny amputace dolní končetiny	9
1.1.1 Diabetes mellitus	9
1.1.2 Syndrom diabetické nohy	9
1.1.3 Ischemická choroba dolních končetin.....	11
1.1.4 Akutní uzávěry tepen dolních končetin	11
1.1.5 Chronické uzávěry tepen dolních končetin	11
1.1.6 Další příčiny amputace	12
1.2 Dělení amputací.....	13
1.2.1 Výšky amputací.....	13
1.3 Statistika odloučených klientů po amputaci v RÚ Kladruba	14
1.4 Ošetrovatelská péče po amputaci dolní končetiny.....	15
1.5 Protézování	15
1.5.1 Složení protézy	16
1.6 Rehabilitační léčba	17
1.6.1 Rozdělení rehabilitační léčby	17
1.6.2 Standardní rehabilitační program klientů po amputaci v RÚ Kladruba.....	19
1.7 Základní údaje o klientce.....	21
1.7.1 Lékařská anamnéza	21
1.7.2 Průběh hospitalizace	24
1.7.3 Farmakoterapie.....	25
2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	28
2.1 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové	28
2.2 Ošetrovatelský proces	29
2.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu	30
2.3 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení klientky	31
2.4 Ošetrovatelské diagnózy sestavené v den příjmu	36
2.4.1 Aktuální ošetrovatelské diagnózy.....	36
2.4.2 Potencionální ošetrovatelské diagnózy.....	36
2.5 Plán ošetrovatelské péče.....	37
2.5.1 Krátkodobý plán	37
2.5.2 Plány dlouhodobé.....	39
2.5.3 Potencionální ošetrovatelská diagnóza	47

2.6 Edukace	48
2.6.1 Péče o pahýl.....	49
2.6.2 Prevence diabetické nohy	53
2.6.3 Výživa	54
2.7 Edukace rodiny	54
2.8 Psychický stav klientky po amputaci	55
2.9 Prognóza	59
Závěr	60
Abecední seznam použité literatury	61
Použité zkratky.....	63
Použité webové stránky.....	63
Příloha č. 1 (Ošetřovatelská anamnéza – tabulka)	64
Příloha č. 2 (Ošetřovatelský plán – tabulka)	66
Příloha č. 3 (Patofyziologie diabetických lézí – obrázek).....	70
Příloha č. 4 (RÚ Kladruby – obrázky).....	71
Příloha č. 5 (Rehabilitace – obrázky)	72
Příloha č. 6 (Nasazování protézy, energetická náročnost chůze – obrázky).....	73
Příloha č. 7 (Typy protéz – obrázky)	74
Příloha č. 8 (Otužování, bandážování, polohování).....	75
Příloha č. 9 (Chybné návyky – obrázek).....	76
Příloha č. 10 (Diabetická dieta)	77
Příloha č. 11 (Souhlas ředitele RÚ Kladruby)	80

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala zpracování případové studie Ošetrovatelská péče o klienta po amputaci dolní končetiny v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Toto téma jsem si zvolila na základě svých zkušeností s klienty po amputaci. Několik let pracuji právě v Rehabilitačním ústavu Kladruby jako zdravotní sestra a s těmito klienty jsem v každodenním kontaktu. V Rehabilitačním ústavu Kladruby je naším společným úkolem nejen profesionální péče o tyto klienty, ale také se snažíme klienty edukovat a prakticky naučit soběstačnosti i s tímto postižením. Celý multidisciplinární tým našeho ústavu poskytuje komplexní péči. Touto péčí pomáháme klientům k získání rovnováhy v jejich nelehké životní situaci. V bakalářské práci bych chtěla přiblížit nezastupitelnou úlohu Rehabilitačního ústavu Kladruby v péči o klienty po amputaci dolní končetiny (viz příloha č. 4).

Rehabilitační ústav Kladruby byl založen doktorem Schillerem v roce 1937, kdy tento objekt fungoval jako sanatorium pro léčbu tuberkulózy kostní dřeně. Po válce v roce 1947 začal ústav sloužit jako rehabilitační zařízení, ve kterém se zotavovali lidé s amputací v důsledku válečného poranění. Obor rehabilitace se postupně rozvíjel a areál ústavu byl stále rozšiřován. Dnes je toto místo odborným léčebným ústavem, který poskytuje komplexní celodenní rehabilitační péči klientům po úrazech, nemocích či operacích pohybového a nervového ústrojí.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na klinickou a ošetrovatelskou část. V klinické části se budu věnovat příčinám vzniku amputací, dělení amputací, protézování a rehabilitační léčbě. Tato část bude také obsahovat lékařskou anamnézu, průběh hospitalizace a farmakoterapii.

V ošetrovatelské části mám v plánu nejdříve popsat zvolený model Marjory Gordonové „**Model funkčního zdraví**“ a ošetrovatelský proces. Tento model hodlám využít při ošetrovatelské anamnéze. Důležité informace budu získávat od

klientky pomocí rozhovorů, z lékařské dokumentace a také od manžela klientky. Další cenné informace mi budou poskytnuty v průběhu léčby, pomocí pozorování a také od ostatních členů multidisciplinárního týmu. Na základě získaných informací stanovím aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy k prvnímu dni hospitalizace. Pokračovat budu na základě určených diagnóz sestavením krátkodobého a dlouhodobého plánu. Dále se hodlám zabývat průběhem hospitalizace a hodnocením stanovených cílů. Součástí mé práce by měla také být edukace klientky a její rodiny. V ošetrovatelské části bych se zároveň chtěla soustředit na psychický stav klientky po amputaci.

V závěru se budu věnovat prognóze klientky a zároveň bude tato část shrnutím a zhodnocením celé bakalářské práce. Práce bude uzavřena seznamem odborné literatury a seznamem zkratk a příloh.

1. KLINICKÁ ČÁST

1.1 Příčiny amputace dolní končetiny

Amputace dolní končetiny znamená chirurgické odstranění části nebo celé končetiny. V ČR patří mezi hlavní příčiny amputace dolní končetiny (dále jen DK) onemocnění tepen. Mezi tyto onemocnění se řadí diabetes mellitus (dále jen DM) a ischemická choroba dolních končetin (dále jen ICHDK).

1.1.1 Diabetes mellitus

DM je chronické onemocnění, které má různý mechanismus vzniku. Podstatou je porucha metabolismu glycidů, lipidů i bílkovin. Projevem je zvýšená glykémie. Při dlouhodobé hyperglykémii dochází u diabetika k rozvoji typických komplikací. To jsou mikro a makroangiopatie. Postihují cévy – očí, nervového systému, ledvin a DK. Nárůst DM je způsoben dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) prodlužujícím se věkem, obezitou, sedavým způsobem života, nevhodným stravováním obyvatelstva.¹

1.1.2 Syndrom diabetické nohy

„Diabetická noha patří k nejzávažnějším pozdním komplikacím diabetu, která velmi podstatně ovlivňuje morbiditu a mortalitu. V řadě studií se prokázalo, že 40-70% amputací dolních končetin bylo provedeno diabetikům a počet amputací je u diabetiků 15x vyšší než u pacientů bez diabetu“².

„Syndrom diabetické nohy je podle WHO definován nejen jako ulcerace, ale také jako destrukce hlubokých tkání nohy spojená s neuropatií, angiopatií a infekcí. Podle této definice jsou k syndromu diabetické nohy zařazováni také pacienti

¹ Kálal, Jan. *Rehabilitace amputovaných*. Str. 16 – 19

² Rybka, Jaroslav, et.al. *Diabetologie pro sestry*. Str. 152

s Charcotovou osteoartropatií. Do syndromu diabetické nohy řadíme i stavy po amputacích na dolních končetinách a diagnózu vzhledem k velké tendenci k recidivám považujeme za „celoživotní.“³ (viz příloha č. 3)

Rybka dále ve své publikaci sděluje, že klinická klasifikace syndromu diabetické nohy podle Wagnera je založena na posouzení hloubky ulcerace a přítomnosti infekce.⁴

- **„Stupeň 0** – noha s vysokým rizikem ulcerací;
- **Stupeň 1** – odpovídá povrchovým ulceracím v kůži nepřesahujícím subkutánní tukovou vrstvu;
- **Stupeň 2** – představuje hlubší ulcerace přesahující subkutánní tukovou vrstvu a penetrující na šlachy kloubní pouzdra nebo ke kosti, ale bez známek hluboké infekce;
- **Stupeň 3** – je spojen s hlubokou infekcí – abscesem, osteomyelitidou či infekční artritidou, tenditidou a rozsáhlejší flegmónou. Nebezpečnou komplikací je nekrotizující fascitida. Stupeň 3 je stadium ohrožující končetinu a téměř vždy vyžadující hospitalizaci a chirurgickou intervenci (ve většině případů se ale nejedná o amputaci, ale o chirurgickou léčbu infekce nekrektomií, discisí planty, aponeurektomií, drenáží apod.)
- **Stupeň 4** – označuje lokalizovanou gangrénu, nejčastěji na prstech, přední části nohy či na patě. I v těchto případech lze řadu končetin zachránit, je-li zajištěna adekvátní vaskularizace;
- **Stupeň 5** – extenzivní gangréna nebo nekróza vyžadující vyšší amputaci⁵.

³ Rybka, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Str. 163

⁴ Rybka, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Str. 163

⁵ Rybka, Jaroslav. *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. Str. 163 – 164

1.1.3 Ischemická choroba dolních končetin

„Ischemická choroba dolních končetin je nedokrvení dolních končetin různého původu, nejčastěji aterosklerotického.“⁶

„Ischemický syndrom je způsoben jednak nedostatečným zásobováním tkání okysličenou krví, jednak nedostatečným odplavováním toxických zplodin metabolismu.“⁷

Postupně dochází k zužování arteriálního cévního průsvitu a k ischemii tkání. Projevem jsou narůstající intermitentní klaudikace. K bolestem dochází v počátku při chůzi a v klidu polevují. Pacient pocítuje křeče, které pozvolna zkracují vzdálenost, kterou je schopen ujít bez bolesti. V pokročilém stádiu se objevují trofické změny tkání, které vedou ke vzniku aterosklerotické gangrény. V těchto případech je často nutné přistoupit k amputaci DK z vitální indikace. Mezi rizikové faktory patří kouření, hypertenze, poruchy metabolismu důležitých výživových komponent.⁸

1.1.4 Akutní uzávěry tepen dolních končetin

„Akutní tepenný uzávěr vzniká v 80% na podkladě tromboembolie, ve 20% na podkladě akutní trombózy. Pod místem uzávěru dochází k prudkému poklesu krevního tlaku a náhlé ischemii, která se projeví prudkou bolestí – „jako šlehnutí bičem“, končetina je bledá, chladná, bez hmatné pulzace. Bolest se stává krutá, objevuje se parestezie následovaná anestézií končetiny, barva končetiny je mramorovaná, později cyanotická, během několika dní se objevují trofické defekty.“⁹

1.1.5 Chronické uzávěry tepen dolních končetin

K zhodnocení příznaků chronického postižení tepen DKK je využívána stupnice podle Fontaina a je rozdělena do čtyř stádií:

⁶ Šafránková, Alena, Nejedlá, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Str. 193

⁷ Šafránková, Alena, Nejedlá, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Str. 193

⁸ Kálal, Jan. *Rehabilitace amputovaných*. Str. 16

⁹ Šafránková, Alena, Nejedlá, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Str. 194

I. stádium – bez příznaků, nebo má člověk pocit chladu v prstech a parestézie v plosce nohy a prstech (přítomny i několik let před stádiem klaudikace);

II. stádium – klaudikační bolesti (tzn. křeče svalstva DKK)

- II.a) – klaudikační interval je delší než 200 m
- II.b) – klaudikační interval je kratší než 200 m, nebo skupina lidí s velmi krátkým intervalem pod 50 m;

III. stádium – klidové bolesti, jsou nepříjemné, přicházejí v noci;

IV. stádium – nejzávažnější porucha prokrvení končetin, zpočátku vznik defektů, které se špatně hojí, později vznik gangrény, k rychlému vzniku gangrény přispívá kožní infekce¹⁰.

1.1.6 Další příčiny amputace

Dalšími příčinami amputace jsou úrazy a jejich komplikace (př. Sudeckův syndrom), tumory, infekce (např. gangréna, osteomyelitida).

K úrazovým amputacím dochází většinou u lidí v produktivním věku a častěji postihuje muže. Tyto úrazy jsou často způsobeny dopravními nehodami, pracovními úrazy, suicidia a v některých případech hraje úlohu i alkohol a drogy.

Amputace v důsledku tumoru se vyskytuje u dětí a dospívajících ve věku 10 – 17 let. Nejčastěji to bývá osteosarkom nebo metastatické postižení kosti.

Méně často dochází k amputaci DK z důvodu vrozené či získané malformace.¹¹

Klienti po amputaci DK se v Rehabilitačním ústavu Kladruby (dále jen RÚ Kladruby) léčí na lůžkovém ortopedickém oddělení 2 v tomto zastoupení:

- **nejpočetnější skupinu** tvoří senioři, u kterých došlo k amputaci v důsledku diagnózy DM nebo ICHDK. U některých klientů se stává, že po amputaci jedné DK dochází s odstupem času k amputaci i druhé DK. Toto je pro klienta psychicky velice náročné. Z těchto důvodů se snažíme v RÚ Kladruby klienty dostatečně edukovat i v péči o zachovalou DK.

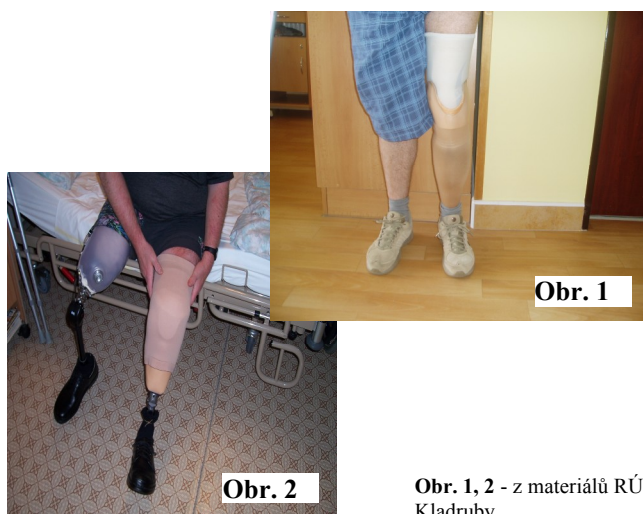
¹⁰ Šafránková, Alena, Nejedlá, Marie. *Interní ošetřovatelství I*. Str. 195

¹¹ Kálal, Jan. *Rehabilitace amputovaných*. Str. 18 – 19

- Edukace je popsána v ošetrovateľskej časti. Naším cieľom je prispieť k udržení funkčnosti zachovalé DK čo najdélle, a také odvrátiť následnú amputaci. Tím chceme předcházet psychickému traumatu klienta. U diabetiků se péče o DKK velmi zlepšila v důsledku rozšiřujících se podiatrických ambulancí. Ale i dnes se ještě setkáváme s malou či žádnou informovaností klientů o specializovaných podiatrických ambulancích;
- **menší skupinu** tvoří klienti po úrazech a klienti po zhoubných nádorech.

1.2 Dělení amputací

- a) jednostranná amputace (Obr. 1);
- b) oboustranná amputace (Obr. 2).

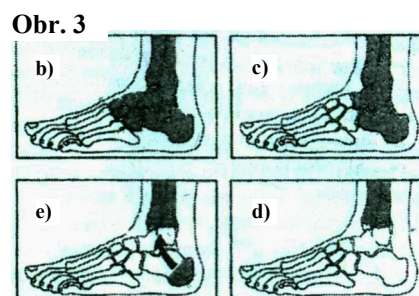


2.2.1 Výšky amputací

Jsou rozlišovány „následující výšky amputací:

1) Amputace chodidla. Ta se dělí na:

- a) Amputace přednoží.
- b) Amputace v Lisfrankově kloubu.
- c) Amputace v Chopartově kloubu.
- d) Amputace dle Symea.
- e) Amputace dle Pirogova.



Obr. 3 - viz citace č. 12

2) Amputace bérce, transtibiální. Má 3 výšky operace:

- Amputace v distální třetině tibie.
- Amputace ve střední třetině tibie.
- Amputace v proximální třetině tibie.

3) Exartikulace v kolenním kloubu.

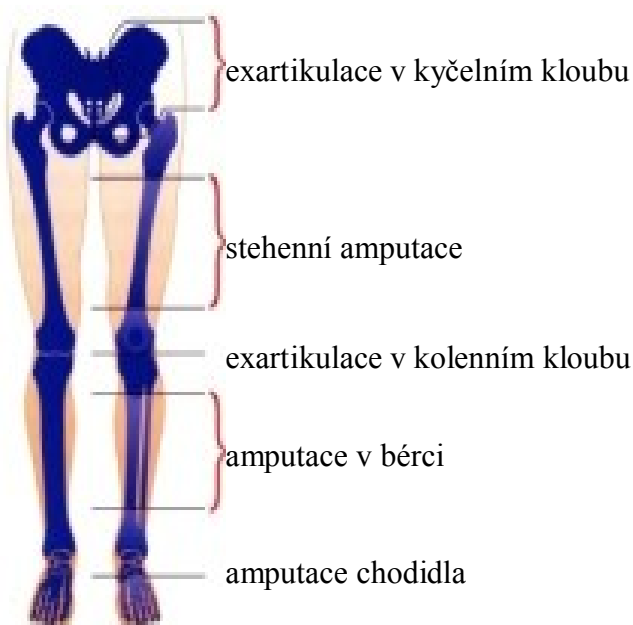
4) Stehenní amputace transfemorální, má dvě úrovně:

- Amputace v distální třetině femuru.
- Amputace v proximální třetině femuru.

5) Exartikulace v kyčelním kloubu.

6) Vyšší úroveň amputace.

- Amputace v polovině pánve – hemipelvektomie.
- Amputace v polovině trupu hemikoroporektomie¹²



Obr. 3 - <http://www.ms-protetik.cz/view.php?cisloclanku=2006100004> ¹³
(použit pouze obrázek)

1.3 Statistika odléčených klientů po amputaci v RÚ Kladruby

Amputace	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
V bérce	29	24	16	30	33	26	16	26
Ve stehně	61	59	56	54	69	53	56	40
Oboustranná	19	15	18	13	22	19	16	16

¹² Kálal, Jan. *Rehabilitace amputovaných*. Str. 48 – 50

¹³ MS ortoprotetika s. r. o. (MS PROTETIKA) [online]. 9. 2. 2011 [cit. 2011-04-12]. Dostupné z: <http://www.ms-protetik.cz/view.php?cisloclanku=2006100004>

1.4 Ošetřovatelská péče po amputaci dolní končetiny

Pahýl bývá v počátku oteklý, bolestivý a objevují se i fantomové pocity, nebo bolesti. K otoku dochází v důsledku změny cévního řečiště, kde došlo k přerušení. Za určitou dobu dochází k úpravě objemu pahýlu i k zmírnění či vymizení fantomových vjemů.¹⁴

Základem ošetřování po amputaci DK je správná péče o pahýl a psychosociální péče již v nemocničním zařízení. Dále má nezastupitelnou úlohu navazující včasná rehabilitační léčba. Součástí navazující péče v rámci RÚ Kladruby na lůžkovém oddělení je péče o pahýl, jizvu, bandážování, polohování, otužování, posilování svalstva, pravidelná kontrola kůže na pahýlu, péče o protézu, komplexní ošetřovatelská a psychosociální péče (viz příloha č. 4, 5, 6, 8).

Výše uvedené úkony jsou podrobně rozebrány v ošetřovatelské části. Nedílnou součástí léčby v RÚ Kladruby je samozřejmě lékařská a rehabilitační péče, která bude popsána později.

1.5 Protézování

Protéza je pomůcka nahrazující amputovanou část DK.

Z hlediska protézování je také důležitá délka amputačního pahýlu. Pahýl by měl mít určitou minimální délku a tvar, aby se pomůcka dala k tělu připojit.¹⁵ Protéza plní úlohu nejen kosmetickou, ale především umožňuje klientovi pohyb. To, zda se klient o protéze naučí chodit je velice složitá problematika. Někteří klienti jsou limitováni dalšími závažnými onemocněními, které jim často znesnadní nebo úplně znemožní chůzi o protéze.

¹⁴ Krawczyk, Jan. *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Str. 4

¹⁵ Kolář, Pavel, et. al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Str. 534

Klienty nelze ohledně protézování posuzovat dle kalendářního věku, protože existují velké individuální rozdíly. Někdy se setkáváme se seniory v pokročilém věku, kteří jsou fyzicky i psychicky velice zdatní a chůzi o protéze se naučí bez problému. Naopak se můžeme setkat s mladšími klienty, kteří se chůzi o protéze nenaučí vůbec. Příčinou může být nezáměr klienta, nedodržování doporučených zásad, ale také lenost klienta (pohodlí lokomoce na mechanickém vozíku). V některých případech je protéza používána pouze z kosmetických důvodů (viz příloha č. 7).

Chůze o protéze je fyzicky velice náročná a klade vyšší nároky na krevní oběh. „Například při stehenní amputaci je spotřeba kyslíku zhruba o 400 % vyšší než při bipedální lokomoci zdravého člověka.“¹⁶ V důsledku zvýšené zátěže může dojít k dekompenzaci zdravotního stavu. Proto musí člověk splňovat ohledně protézování určité fyzické, psychické a sociální podmínky. Dle pečlivého individuálního posouzení by se měl lékař a protetik s klientem domluvit na vhodném protézování (viz příloha č. 6).

Orientační hmotnost jednotlivých protéz:

- Protéza po amputaci přednoží – 0,5 kg až 1,5 kg.
- Protéza po amputaci pod kolenem – 1,5 kg až 2 kg.
- Protéza po exartikulaci v kyčli – přibližně 4 kg.¹⁷

Hmotnost protéz se individuálně liší dle zvoleného materiálu na výrobu a dle jednotlivých protetik.

1.5.1 Složení protézy

„Standardní protéza pro dolní končetinu má tři základní části. Je to lůžko, trubková konstrukce a chodidlo. Lůžko neboli pahýlová objímka je část, která má mít tvar amputačního pahýlu, aby na něj dobře přisedla. Používá se přísavná technika. V minulosti bylo lůžko připevňováno k tělu pomocí pásů. Na spodní

¹⁶ Kolář, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Str. 534

¹⁷ Smutný, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Str. 37

části lůžka je adaptér – zařízení, ke kterému se připojuje další část protézy, tj. trubková konstrukce. Ta je dnes vyrobena z lehké, pevné a pružné kovové roury. Na jejím konci je upevněno chodidlo. Trubková konstrukce se obaluje měkkým plastem vytvarovaným tak, aby se protéza co nejvíce podobala tvaru zachované končetiny. Takto sestavená protéza se používá pouze při bérkové amputaci. Je-li amputace provedena ve vyšší etáži, tedy ve stehně, musí být pomůcka vybavena kolenním kloubem. Jinak je její stavba stejná jako v předchozím případě. Na adaptér se připevní kolenní kloub.¹⁸

U některých klientů se i dnes ještě setkáváme s protézou, která je připevňována k tělu pomocí pásů. Do RÚ Kladruby dojíždí 1x týdně externí protetik a přes celý týden je k dispozici protetický technik (zajišťuje drobné úpravy protéz).

Nasazování protézy a péče o protézu je popsána v ošetrovatelské části.

1.6 Rehabilitační léčba

„Cílem je co nejrychlejší resocializace zdravotně postiženého jedince, zajistit jeho návrat k rodině, do společnosti, umožnit pracovní začlenění, vzdělávání a co největší nezávislost.“¹⁹

1.6.1 Rozdělení rehabilitační léčby

○ fyzioterapie

„Fyzioterapie je léčba fyzikálními prostředky. Obsahem je léčebná tělesná výchova, hry a léčebné sporty, speciální metodiky na podkladě senzomotorické stimulace, reflexních a facilitačních mechanismů. Součástí fyzioterapie je fyzikální terapie (elektroléčba, vodoléčba, masáže, mechanoterapie, léčba světlem a teplem).“²⁰ Dále ultrazvukem, magnetickým polem, laserem.

¹⁸ Kolář, Pavel, et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Str. 534

¹⁹ Kulisoňová, Eva. Pitnerová Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Str. 7

²⁰ Kulisoňová, Eva. Pitnerová Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Str. 8

Individuální léčebná tělesná výchova (dále jen ILTV) a skupinová léčebná tělesná výchova (dále jen SLTV) se cvičí v RÚ Kladrubech v tělocvičně i v bazénu. Toto cvičení je zaměřeno u amputářů na nácvik stabilního sedu, stoje a dále na nácvik správného stereotypu chůze s protézou i bez protézy.

○ **ergoterapie**

„Ergoterapie je pohybová a psychologická léčba prostřednictvím cvičení, edukace a vybraných terapeutických činností. Navazuje na fyzioterapii. Obnovené a zlepšené funkce učí využívat v denním životě, s cílem dosáhnout maximální soběstačnosti a optimálního pracovního, sociálního a rodinného života. Řeší vybavení klienta kompenzačními pomůckami, úpravu prostředí a předmětů denní potřeby, aby bylo dosaženo maximální nezávislosti. Navazuje a prolíná do oblasti pracovní a sociální rehabilitace.“²¹

Komplexnost poskytované péče o klienty v RÚ Kladruby znamená propojenost a týmovou spolupráci nejen sester, lékařů a rehabilitačních pracovníků, ale také psychologů, sociálních pracovníků a nutričních terapeutů.

Podstatou včasného rehabilitačního cvičení u klientů po amputaci je především obnovení fyzické i psychické zdatnosti pomocí dechových cvičení, kondičních cvičení, dále posilováním zdravých částí, vertikalizací (sed, stoj), cvičením rovnováhy (stoj na jedné končetině), cvičením mobility a přesunů na lůžku, výcvikem soběstačnosti, nácvikem lokomočních funkcí, posilováním horních končetin (dále jen HKK).²² Nácvik ovládání a jízdy na mechanickém vozíku je také důležitou složkou rehabilitačního cvičení. (viz příloha č. 5)

Dalším krokem rehabilitačního cvičení s fyzioterapeutem je nácvik chůze o protéze. V RÚ Kladruby nejdříve začínáme s nácvikem nasazování protézy.

²¹ Kulisoňová, Eva. Pitnerová Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Str. 8

²² Kulisoňová, Eva. Pitnerová Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Str. 64

Trénink probíhá jak na rehabilitačním oddělení v rámci léčebné výchovy k soběstačnosti (dále jen LVS), tak i v odpoledních hodinách na lůžkovém oddělení. Poté se musí klient naučit bezpečně stát s pevnou oporou (s pomocí bradel, žebřin, madel). Musí se zpočátku držet oběma rukama a cvičit přenášení hmotnosti ze zdravé končetiny na protézu a opačně. Po zvládnutí bezpečného stoje a chůze s pevnou oporou začíná nácvik stoje a chůze s pomocí chodítka, francouzských holí (dále jen FH), vycházkové hole. Později, je-li klient zdatný, probíhá nácvik chůze bez opory. „U stehenní protézy probíhá nácvik chůze nejprve s uzavřeným kolenním kloubem a teprve v další fázi nácviku se kolenní kloub uvolní (odemkne).“²³ (viz příloha č. 5 a 6)

Chůze se nacvičuje nejdříve po rovině, později na schodech i v terénu. Klienti RÚ Kladruby podle potřeby trénují na modelech schodů (tramvaje, autobusu) nástup, výstup a jízdu na eskalátoru. Důležité je také natrénovat s klientem vstávání ze země s protézou, aby dokázal po případném pádu vstát. Cílem tohoto cvičení je, abychom klienta dostatečně připravili na realitu běžného života.

Zvláštní skupinu tvoří klienti, kterým je ze zdravotních či jiných důvodů kontraindikována chůze o protéze či protézách. V těchto případech je rehabilitační léčba zaměřena především na soběstačnost a výběr vhodných kompenzačních pomůcek. Velice důležitý je výběr vhodného invalidního vozíku mechanického s těžištěm, bez těžiště nebo elektrického, s ohledem na zdravotní stav klienta.

1.6.2 Standardní rehabilitační program klientů po amputaci v RÚ Kladruby

Fyzikální terapie: Princip vysvětlen již ve fyzioterapii (viz výše – str. 17). Tato terapie se využívá k léčbě bolesti, otoku, ke zmírnění svalových spasmů

²³ Kolář, Pavel, et. al. *Rehabilitace v klinické praxi*. Str. 535

ILTV: cvičební blok (je zaměřen na nácvik chůze o protéze a na protahovací cvičení; tato procedura vychází z individuálních potřeb klienta)

SLTV: žíněnky amputářů (jedná se o cvičení, které slouží především k posilování HKK a trupu)

Ergoterapie: Princip vysvětlen již v ergoterapii (viz výše – str. 18). Klient si může zvolit dílnu keramickou či výtvarnou, truhlářskou nebo kovodílnu (typ dílny je zvolen podle zájmu klienta a dle přidružených onemocnění)

LVS: léčba k soběstačnosti a v rámci této procedury se provádí výběr pomůcek

Ostatní: závěsy (slouží k posilování svalů zachovalých končetin), fitness, plavání v bazénu, chodník, ergometr, rumpál, polohování (pahýlu i zachovalé DK), masáže, psychoterapie, logoterapie

Rehabilitační program pro každého klienta je sestavován individuálně, a to dle fyzické zdatnosti, zdravotního stavu a přidružených onemocnění. V průběhu léčby se rehabilitační program individuálně upravuje.

Klienti po amputaci DK, kteří vlastní řidičský průkaz, mohou v průběhu léčby v RÚ Kladrubech absolvovat kondiční jízdy pod vedením zkušeného instruktora. Autoškola má k dispozici automobily bez upraveného řízení nebo s upraveným řízením umístěným na volantu. Po absolvování klient obdrží osvědčení. I toto napomáhá klientovi k získání větší soběstačnosti.

V rámci rehabilitačních procedur v RÚ Kladruby jsou klienti, kteří před amputací rádi sportovali a chtějí v této činnosti pokračovat, informováni o možnosti využití nabídky mnoha sportovních klubů, které sdružují sportovce s handicapem. Podrobnosti je možno nalézt na doporučených webových stránkách.

1.7 Základní údaje o klientce

Jméno: A. P.

Rok narození: 1950

Věk: 60 let

Pohlaví: žena

Stav: vdaná

Vzdělání: střední

Povolání: důchodce, dříve pracovala jako prodavačka potravin

Národnost: česká

Datum přijetí: 1. 9. 2010 ortopedické oddělení RÚ Kladruby

Důvod přijetí: rehabilitační léčba po amputaci levé DK ve stehně

Protéza DK: zhotovena na protetice Č. B.

Oslovení: klientka

1.7.1 Lékařská anamnéza

Rodinná anamnéza: matka zemřela v 63 letech na rakovinu vaječníků, otec zemřel v 73 letech na mrtvici, bratr spáchal sebevraždu ve 40 letech, sestra má cukrovku.

Osobní anamnéza: stav po amputaci levé DK ve stehně pro diabetickou gangrénu 24. 5. 2010, otlak pravé paty, na palci suchá nekróza, DM II. typu, na inzulinu a dietě s mnohočetnými komplikacemi (neuropatie, retinopatie, makro- i mikroangiopatie), renální insuficience, hypertenzní nemoc II. stupně, chronická fibrilace síní, cholecystolithiasis, obesita simplex, depresivní syndrom na terapii, stav po operaci obou očí 2005.

Nynější onemocnění: klientka přijata ke komplexní rehabilitační léčbě po amputaci levé DK ve stehně 24. 5. 2010, toho času bez známek akutního onemocnění, močení bez potíží, stolice zácpovitá 1x za 3 – 4 dny.

Subjektivně: udává fantomové bolesti večer a také problém se spánkem, největší potíže jí dělají nervy – ještě se nesmířila s tím, že nemá nohu, psychologa odmítá. Protézu sama nasadit neumí, potřebuje pomoc při hygieně a oblékání spodní poloviny těla a při přesunech. Cílem klientky je naučit se chodit o protéze.

Pomůcky a sociální výhody: protéza DK, mechanický vozík měla zapůjčený.

Gynekologická anamnéza: menarché v 11 letech, porody 2, aborty 0, menopauza v 46 letech, poslední gynekologická prohlídka 2009.

Pracovní a sociální anamnéza: důchodce, bydlí s manželem v rodinném domě, mají tam 5 schodů se zábradlím, na záchod ani do koupelny se s vozíkem nedostane, v koupelně mají vanu.

Alergická anamnéza: Tramal (při užívání se u klientky objevila vyrážka)

Abusus: nekouří, káva 1x denně, alkohol příležitostně – víno, drogy 0

Farmakologická anamnéza: Godasal 100 mg tablety (dále jen tbl.) 0- 1- 0- 0

Diacordin retard 90 mg tbl. 1- 0- 1- 0

Indap 2,5 mg tbl. 1- 0- 0- 0

Insuman rapid injekční (dále jen inj.) subkutánně (dále jen s.c.) 2- 4- 2- 0 jednotek

Insuman basal inj.s.c. 0- 0- 0- 4 jednotek

Dithiaden tbl. 1- 0- 1- 0

Asentra 50 mg tbl. 1- 0- 0- 0

Mirzaten 30 mg tbl. 0- 0- 0- 1

Apo – Diclo 50 mg tbl. 1- 0- 1- 0 dle potřeby

Lactulosa sirup 1- 0- 0- 0 lžíce dle potřeby

Dieta: 9 + II. večeře

Kategorie: 3 (jedná se o klientku se zvýšenou náročností ošetrovatelské péče)

Objektivní nález při přijetí: výška 168 centimetrů (dále jen cm), hmotnost: 78 kilogramů (dále jen kg), tlak krve (dále jen TK): 130/60 mmHg, tepová frekvence (dále jen TF): 72/min.

Kardiopulmonálně kompenzována, hydratace dobrá, bez cyanosy, bez ikteru, bez otoků.

Hlava a krk: poklep nebolestivý, mozkové nervy intaktní, hrdlo klidné, štítnice a uzliny nezvětšeny.

Hrudník: dýchání sklípkové, čisté, akce srdeční nepravidelná, ozvy ohraničené slabě slyšitelné.

Břicho: palpačně měkké, bez rezistence, hepar a lien nezvětšeny, peristaltika klidná, tapotement negativní.

HK: eutrofie, přiměřený tonus, rozsah pohybu s omezením krajních poloh, svalová síla 4 s krátkou výdrží, cití zachováno, orientačně neurologicky bez deficitu.

DK: pravá DK bez otoku, bez známek tromboembolické nemoci, periferní pulzace hmatná, na patě defekt velikosti 5x4 cm s nekrózou + na palci 1x1 cm suchá nekróza, rozsah pohybu s omezením krajních poloh, svalová síla 3 – 4, cití zachováno, vlevo pahýl není formovaný, jizva vtažená ve střední části, rozsah pohybu flexe 100, extenze aktivně 0, po dotlačení 15, svalová síla 4, zachováno cití.

Páteř: v ose, výrazný C/Th přechod s předsunutým držením hlavy a ramen, palpačně trny nebolestivé, SI skloubení nebolestivé, dynamika omezena přibližně na polovinu – vyšetřena v sedě.

Stoj a chůze: neprovede, oslabená síla v rukou.

Mobilita: na mechanickém vozíku.

Soběstačnost: nutná dopomoc ve všech denních činnostech.

Sfinktery: ovládá.

1.7.2 Průběh hospitalizace

Při příjmu klientce sestaven komplexní rehabilitační program.

Rehabilitační program:

ILTV: Cvičební blok, protahování zkrácených a posilování oslabených svalů trupu a končetin, nácvik stabilního sedu, nácvik přesunů, dechová gymnastika, cévní gymnastika, nácvik stereotypu chůze.

SLTV: Žíněny amputářů.

Ergoterapie: Ergoterapie HKK III, DKK I, nácvik nezávislosti, přesuny.

Ostatní: Masáž – částečná masáž zad 2x, závěs – pravé kyčle do flexe, extenze, abdukce, zátěž dle tolerance.

V průběhu léčby byl rehabilitační program drobně upravován dle individuálních potřeb klientky. U klientky byl sledován TK, glykémie, natočen elektrokardiograf (dále jen EKG), provedeny odběry krve, moče.

Hodnoty:

TK: 130/60, 110/90, 95/60, 110/70, 120/80, 100/60, 135/80

EKG: fibrilofluter síní s pravidelnou a přiměřenou odpovědí komor, frekvence 72/min., osa srdeční 0, ST izoel, difuzně ploché T – fibrilofluter síní, nespecifické změny repolarizace.

Moč chemicky: pH 5, bílkovina 3, ostatní 0 (2. 9. 2010).

Krevní obraz: hemoglobin 114g/l, leukocyty 8,8/nl, erytrocyty 3,8mill/ul, hematokrit 0,353, střední objem erytrocytů 93fl, trombocyty 374/nl (21. 9. 2010).

Glykémie: 12,1 mmol/l (2. 9. 2010), glykémie na počátku léčby kolísavé, odebírán glykemický profil + úprava dávek inzulínu, po stabilizaci glykémie, odebírána 1x týdně.

Během léčby došlo k opakovaným epizodám nevolností 2 – 3 denní – důvodem cholecystolithiasa, tyto stavy zvládnuty dietou. Počáteční kolísající glykémie byly způsobeny nedodržením diety klientkou. Defekty na pravé DK v průběhu léčby zhojeny.

Klientka vybavena kompenzačními pomůckami (vhodným mechanickým vozíkem + podsedákem, sedačkou na vanu, podavačem). Sama si zakoupila na protetickém oddělení čtyřkolové chodítko. V průběhu léčby se naučila pečovat o pahýl, nasazovat protézu samostatně, chůzi o protéze pomocí čtyřkolového chodítka. Dále u klientky došlo k zlepšení fyzického i psychického stavu. Při propuštění klientka v kompenzovaném stavu, obdržela kontakt na podiatrickou ambulanci a byla předána do péče praktického lékaře.

1.7.3 Farmakoterapie

Godasal 100 mg tbl.

Indikační skupina: antiagregans

Kontraindikace: přecitlivělost na složku přípravku, aktivní gastroduodenální choroba, v anamnéze krvácení do gastrointestinálního traktu

Nežádoucí účinky: bolest žaludku, nevolnost, zvracení, průjemy, mikrokrvácení

Diacordin Retard 90 mg tbl.

Indikace skupina: vazodilatans, antihypertenzivum, blokátor kalciového kanálu

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, těžká hypotenze, těžší komorová arytmie i v anamnéze, sick sinus syndrom a atrioventrikulární blok u pacientů nezajištěných kardiostimulátorem, flutter či fibrilace síní, kardiogenní šok, komplikovaný infarkt myokardu, srdeční selhání

Nežádoucí účinky: časté bolesti hlavy, závratě, méně častá nespavost či srdeční poruchy

Indap 2,5 mg tbl.

Indikace skupina: antihypertenzivum, diuretikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, přecitlivělost na sulfonamidy, těžká jaterní insuficience a jaterní encefalopatie, závažná renální selhání, hypokalémie

Nežádoucí účinky: vzácné poruchy krve a lymfatického systému

Insuman rapid inj.

Indikace skupina: antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulín

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, hypoglykémie, nesmí se používat do externích nebo implantovaných inzulínových pump nebo do peristaltických pump se silikonovými hadičkami

Nežádoucí účinky: hypoglykémie, alergická reakce na inzulín

Insuman basal inj.

Indikace skupina: antidiabetikum, biosyntetický lidský inzulín

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, hypoglykémie, nesmí být podán intravenózně a nesmí se používat do infuzních pump nebo do externích nebo implantovaných inzulínových pump

Nežádoucí účinky: hypoglykémie, alergická reakce na inzulín

Dithiaden tbl.

Indikace skupina: antihistaminikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, status astmaticus, dále kde je na závalu ospalost

Nežádoucí účinky: útlum, snížená pozornost, anticholinergní účinek, fotosenzitivita

Asentra 50 mg tbl.

Indikace skupina: antidepresivum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, současná léčba inhibitory monoaminoxidáza, současná léčba pimozidem

Nežádoucí účinky: výjimečně nauzea, průjem, anorexie, dyspepsie, tremor, agitace, bolesti hlavy, nadměrné pocení, sucho v ústech, sexuální dysfunkce, závratě, nespavost, nebo nadměrná ospalost

Mirzaten 30 mg tbl.

Indikace skupina: antidepresivum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku

Nežádoucí účinky: ospalost, sedace, sucho v ústech, zvýšení tělesné hmotnosti, zvýšení chuti k jídlu, závratě a únava

Apo – Diclo 50 mg tbl.

Indikace skupina: nesteroidní antiflogistikum, analgetikum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, aktivní peptický vřed, jaterní porfyrie, poruchy krvetvorby

Nežádoucí účinky: nauzea, zvracení, průjem, dyspepsie, epigastrická bolest, plynatost, nechutenství, bolesti hlavy, závratě

Lactulosa sirup

Indikace skupina: digestivum (střevní regulans), laxativum

Kontraindikace: přecitlivělost na složky přípravku, střevní obstrukce, galaktosemie, intolerance laktózy

Nežádoucí účinky: meteorismus, flatulence, bolesti nebo křeče v břiše, nauzea a zvracení, průjem

Informace o přípravcích byly čerpány z webových stránek www.sukl.cz. Zde je možno také získat další podrobnosti o uvedených přípravcích.

2. OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila model dle Marjory Gordonové - „Model fungujícího zdraví“. Důvodem mého rozhodnutí bylo především to, že se v našem zařízení klienti léčí dlouhodobě (i několik měsíců). Proto, abychom mohli poskytovat klientům kvalitní i komplexní bio – psycho – sociální ošetrovatelskou péči, potřebujeme získat o klientovi mnoho ucelených všestranných informací. Tento model vystihuje z mého pohledu nejdůležitější oblasti, kterými je nutno se zabírat v rámci naší dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Důležité informace jsem získala od klientky pomocí rozhovorů, z lékařské dokumentace a také od manžela klientky. Další cenné informace jsem získala v průběhu léčby, pomocí pozorování a také od ostatních členů multidisciplinárního týmu.

2.1 Ošetrovatelský model Marjory Gordonové

„Mezi odborníky na ošetrovatelskou teorii v mezinárodním kontextu existuje v současné době názor, že tento model je z hlediska holistické filozofie to nejkompaktnější pojetí člověka v ošetrovatelství, které bylo zatím vytvořeno. Podle tohoto modelu může sestra kvalifikovaně zhodnotit zdravotní stav jak zdravého, tak i nemocného člověka.

Zdravotní stav klienta může být funkční nebo dysfunkční a při použití tohoto modelu sestra získá komplexní informace k sestavení ošetrovatelské anamnézy. Pak stanoví aktuální a potenciaální ošetrovatelské diagnózy a může poté efektivně naplánovat i realizovat svoji péči.

Základní strukturu tohoto modelu tvoří celkem dvanáct oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu člověka.²⁴

Aby sestra dokázala adekvátně zhodnotit, zda se jedná o funkční nebo naopak dysfunkční zdraví, musí mít dostatečné množství znalostí, dovedností z klinických oborů a také z ošetrovatelství, psychologie atd. A na podkladě těchto skutečností dokáže poté sestavit ošetrovatelské diagnózy a individualizovaný ošetrovatelský plán tak, aby odpovídal potřebám klienta.

Je obecně známo, že se tento model zaměřuje na níže jmenované oblasti:

- 1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**
- 2) Výživa a metabolismus**
- 3) Vylučování**
- 4) Aktivita, cvičení**
- 5) Spánek, odpočinek**
- 6) Vnímání, poznávání**
- 7) Sebepojetí, sebeúcta**
- 8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**
- 9) Sexualita, reprodukční schopnost**
- 10) Stres, zátěžová situace, jejich zvládnání, tolerance**
- 11) Víra, přesvědčení, životní hodnot**
- 12) Jiné**

2.2 Ošetrovatelský proces

Jednou z hlavních průkopnic ošetrovatelského procesu v ČR byla doc. PhDr. Marta Staňková, CSc., která velkou měrou přispěla k modernizaci ošetrovatelství a zavedení procesu do praxe. Tuto ženu obdivuji za její odvalu a sílu toto dokázat; láska k ošetrovatelskému oboru se pro ni stala celoživotním posláním a náplní. V knize SESTRÁ - O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový

²⁴ Trachtová, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Str. 167

smysl, je zmíněna věta, kterou Staňková pronesla již v roce 1996. „ Když nejsou zákony, ani peníze, uděláme, co je potřeba, sami a hned. Kdo bude čekat, bude čekat furt!“²⁵ Za touto myšlenkou si stála i v nelehkých životních situacích a skutečně dokázala být hnacím motorem modernizace ošetrovatelství.

Ošetrovatelský proces se stal hlavním pilířem moderního ošetrovatelství. „Ošetrovatelský proces je základem pro poskytování individualizované vstřícné ošetrovatelské péče. Vede ke zvyšování kvality a efektivity různých metod a technik použitých při ošetrování nemocných.“²⁶

Je známo, že se jedná o propracovaný postup plánování, poskytování a hodnocení ošetrovatelské péče. V tomto postupu se klient aktivně podílí na plánování ošetrovatelských činností v průběhu léčby, pokud mu zdravotní stav však toto umožňuje.

Ošetrovatelský proces změnil přístup sester k nemocným a naučil je zaměřit se na jejich individuální potřeby; tento proces má pět fází (viz níže).

2.2.1 Fáze ošetrovatelského procesu

1) Zhodnocení klienta (anamnéza) – pomocí rozhovoru a pozorování, získáváme specifické informace o klientovi.

2) Stanovení ošetrovatelských diagnóz – na základě zjištěných informací, stanovujeme ošetrovatelské diagnózy dle priorit (aktuální a potencionální diagnózy)

3) Plánování ošetrovatelské péče – dle zvolených diagnóz, stanovujeme ošetrovatelské cíle krátkodobé, dlouhodobé a také by především tyto cíle měly být

²⁵ Škubová, Jarmila, Chvátalová, Helena. *Sestra O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. Str. 39

²⁶ Staňková, Marta. *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. Str. 8

zvoleny reálně, na základě tohoto plánujeme postupy ošetrovatelské péče tak, abychom dosáhli co nejlepšího výsledku.

4) Realizace naplánovaných činností – na základě stanoveného plánu, plníme neboli realizujeme naplánované činnosti.

5) Hodnocení efektu poskytnuté péče – v této fázi hodnotíme, zda jsme splnili vytyčené cíle a při nedosažení těchto cílů přehodnotíme stanovený plán a celý proces opakujeme²⁷.

„Smysl stanovení a vypracování ošetrovatelského procesu spočívá v zabezpečení odborného a kvalitního plánování postupu při uspokojování potřeb nemocných. Zabezpečuje soustavnou péči, dovolí pacientovi podílet se na péči.“²⁸

Jednotlivé činnosti proto plánujeme ve spolupráci s klientem. Respektujeme jeho individualitu a snažíme se ho aktivně zapojovat do ošetrovatelských činností. Poskytovanou ošetrovatelskou péči pečlivě zaznamenáváme do ošetrovatelské dokumentace.

2.3 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení klientky

Ošetrovatelská anamnéza odebrána v den příjmu

Využití měřicí techniky: Barthel test – 50 bodů, závislost středního stupně

Zvýšené riziko pádu – skóre 4

Rozšířená stupnice Nortonové – riziko vzniku dekubitu střední – 20 bodů

Základní nutriční screening – 3 body bez nutnosti zvláštní intervence

Vizuální analogová škála (dále jen VAS) - 5

²⁷ Šamánková, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. Str. 32

²⁸ Šamánková, Marie a kol. *Základy ošetrovatelství*. Str. 32

1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví

Klientka se léčí s DM již 20 let, nejdříve užívala perorální antidiabetika, ale z důvodu častého kolísání glykémie byl nasazen inzulin. S přechodem na inj. inzulin se klientka smířila. Diabetologa navštěvuje pravidelně. Amputaci levé DK nese velice špatně a nemůže se s tím vyrovnat. Klientka má veliké obavy a strach, jak bude zvládat rehabilitaci v našem zařízení. Doufá, že se snad naučí chodit na protéze, aby se stala opět soběstačná. Pociťuje zároveň strach, že kdyby se jí toto nepodařilo, neví, jak by žila dál. U klientky pozorují velkou psychickou tíseň, která je patrná i z držení těla. Při dotazu, zda navštěvuje podiatrickou ambulanci, klientka vůbec netušila, že něco takového existuje, protože ji nikdo neinformoval. Stává se jí, že se objeví hypoglykémie, ale tento stav dokáže rozeznat.

2) Výživa a metabolismus

Výška 168 cm, váha 78 kg, BMI 25

Klientka se snaží dodržovat zásady diabetické diety, ale někdy neodolá a dopřeje si nediabetické potraviny, i když ví, že by to neměla dělat. Přiznává, že má ráda zákusky z cukrárny. Na dotaz, jak často si dopřeje nediabetickou stravu, nejdříve váhá a poté mi sděluje, že 2x až 3x týdně. Doma se stravuje přibližně 6x denně (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře, II. večeře), ale někdy se jí stane, že se zapomene po večerní aplikaci inzulinu najíst. Inzulin si aplikuje pomocí inzulinového pera samostatně; i léky užívá samostatně. Klientka si stěžuje, že v posledních třech měsících přibrala 6 kg, dříve vážila 72 kg. Tekutin vypije v průběhu dne přibližně 0,5 až 1 l, nemá pocit žízně, spíše se musí nutit k pití.

Pije kávu 1x denně k snídani, dále pije v průběhu dne ovocné čaje a vodu se šťávou. Alkohol požívá příležitostně, a to červené víno, nebo pivo. Chrup má vlastní. Kůži má velice suchou, olupující se, trpí na časté svědění pokožky, což je patrné ze škrábanců, které jsou viditelné na první pohled. Pokožku si promazává 1x denně tělovým mlékem.

Na zachovalé pravé DK na patě je defekt velikosti 5x4cm s nekrózou, na palci 1x1cm suchá nekróza, nehty mykotické. Jizva na pahýlu zhojena, mírně navalitá, suchá.

3) Vylučování

Klientka kontinentní, nyní močí bez obtíží, ale udává, že měla opakovaně močové infekce, léčené pomocí antibiotik. Doma se nyní vyprazdňovala na lůžku, pomocí podložní mísy, na WC pomocí zapůjčeného mechanického vozíku se nedostala z důvodu úzkých dveřních zárubní. Stolice kontinentní, ale po amputaci pociťuje, že se jí zhoršilo vyprazdňování, které dříve údajně bylo bez potíží. Tyto potíže přisuzuje nedostatečnému pohybu. Stolice je zácpovitá a k vyprázdnění dochází 1x za 3 až 4 dny, většinou pomocí projímadla (Guttalaxu kapky).

4) Aktivita, cvičení

Klientka si samostatně oblékne horní polovinu těla, ale při oblékání dolní poloviny těla potřebuje dopomoc. Hygienu horní poloviny těla zvládá samostatně, ale potřebuje pomoc při mytí zad a dolní končetiny. Doma koupání zvládala s pomocí manžela a syna 1x týdně, většinou v neděli.

Do koupelny jí převáželi pomocí pojízdné otočné židle a pak společně přenesli do vany, protože nemají sprchový kout. Z důvodu malých dveřních zárubní se pomocí mechanického vozíku do koupelny nedostala. Sed na lůžku bez opory je nestabilní, má tendenci padat. Stěžuje si na to, že jí zeslábly ruce a nemá v nich takovou sílu jako dřív. Cítí se celkově zesláblá. Při dlouhém sezení si stěžuje na bolest v zádech. Přesun z lůžka na mechanický vozík samostatně nezvládá, potřebuje k přemístění velkou pomoc. Má špatnou zkušenost z nemocnice, kde opakovaně při přesunu na mechanický vozík upadla, proto má údajně strach, aby znovu nedošlo k pádu a k poranění.

Doma klientka trávila většinu času na lůžku. Protézu levé DK si neumí obléci a pahýl neumí polohovat ani bandážovat, v nemocnici jí toto nikdo nevysvětlil. Z tohoto důvodu doma o pahýl nijak nepečovala. Klientka vůbec necvičila. V kyčelním kloubu je patrná kontraktura a pahýl je na dotek velmi citlivý. Péči o domácnost převzal manžel a syn také pomáhal. Obědy jim v týdnu přivážela zavážková služba. O víkendu vařila snacha. Čas si krátila sledováním televize a luštěním křížovek. Dříve ráda četla dobrodružné knihy, ale v posledních letech se

jí zhoršil zrak a čtení je pro ni únavné. Nyní čte především časopisy. Před amputací chodila ráda s manželem na procházky a pracovala na zahrádce. To jí velmi schází.

5) Spánek, odpočinek

Klientka udává, že se v noci často probudí z důvodu fantomové bolesti, která bývá velice intenzivní a nepříjemná. Tato bolest se u klientky objevuje především ve večerních hodinách, ale analgetika užije pouze pokud tato bolest je již nesnesitelná. Říká, že se potom cítí obluzele a že již užívá mnoho léků a nechce si na další zvykat. Budí se přibližně 2x až 3x za noc, ale každý den je to jinak. Proto po obědě usíná přibližně na 1 hodinu. Zjišťuji, zda zná cvičení v představě, které napomáhá zmírnit bolest, ale klientka tuto techniku nezná. Klientka se cítí stále unaveně. Ráda by se této bolesti zbavila.

6) Vnímání, poznávání

Klientka používá brýle na blízko. Prodělala operaci obou očí. Zrak se jí během 2 let údajně zhoršil. Očního lékaře navštěvuje 1x ročně, poslední kontrolu měla loni. Klientka si stěžuje na zhoršení pozornosti, pociťuje roztěkanost svých myšlenek. Je orientovaná, rozrušená z nástupu do našeho zařízení. Slovní vyjadřování je přiléhavé, srozumitelné.

7) Sebepojetí, sebeúcta

Klientka má po amputaci narušenou sebeúctu k vlastní osobě. Říká, že je nyní bez jedné nohy mrzák a v současném stavu nic samostatně nezvládá, což jí velice vadí. Říká, že měla raději umřít a že by rodina měla alespoň pokoj. Při tomto konstatování se rozplakala.

8) Plnění rolí, mezilidské vztahy

Klientka bydlí s manželem ve dvoupatrovém rodinném domku, který si vlastnoručně postavili. Do domu je 6 schodů se zábradlím, bydlí v přízemí a v patře dříve bydlela mladší dcera. Klientka má dvě dospělé děti, dceři je 30 let a má jedno dítě, synovi je 33 let a má dvě děti. Dcera bydlí v Praze a syn ve stejné

vesnici jako klientka. Rodiče klientce již zemřeli. Klientka udává, že rodina se snaží jí ve všem pomáhat, ale ona si myslí, že je neustále obtěžuje. Má ráda svá vnoučata. Dříve se pravidelně navštěvovala s kamarádkou, kterou zná od dětství. Po amputaci se nechtěla s kamarádkou vidět, i když ji byla navštívit v nemocnici. Klientka nechce, aby ji bez nohy viděla kamarádka. Příspěvek na péči nepobírá, ale manžel se údajně již informoval.

9) Sexualita, reprodukční schopnost

Menstruace od 11 let, porody dva, menopauza od 46 let. Na gynekologické prohlídky chodí 1x ročně. Loni však prohlídku neabsolvovala. Vyšetření prsů mamografem před 2 lety bylo v pořádku.

10) Stres, zátěžová situace, jejich zvládnání, tolerance

Stresová situace v poslední době byla pro klientku především proběhlá amputace. S touto situací se ještě psychicky nevyrovnala. V nemocnici se u klientky objevil depresivní syndrom. Ke klientce byl přivolán psychiatr, ten jí naordinoval psychofarmaka, které užívá i nyní. Klientka udává, že se po těchto lécích cítí o trochu lépe.

11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Klientka je věřící a je křesťanka. Před amputací chodila pravidelně v neděli společně s manželem do kostela. Také jí návštěvy kostela chybí. Doufá, že jí snad v našem zařízení pomůžeme, aby jí bylo lépe. Upozorňuji klientku, že je zde možnost 1x týdně ve čtvrtek navštívit bohoslužbu, protože sem dojíždí kněz. Tuto službu je možno po telefonické domluvě zajistit i mimo plánované bohoslužby. Odpovídá, že se tam nedostane, ale klientku ujišťuji, že to není problém, že ji tam rádi dovezeme.

12) Jiné

Klientka má s sebou zhotovenou protézu na DK, avšak nemá mechanický vozík, doma měli vozík půjčený z půjčovny. V nemocnici neobdržela ani FH, byla vybavena pouze podpažními berlemi, o kterých však nechodila. V koupelně na

vanu nemá žádnou sedačku ani madla. V bytě má všude prahy, u koupelny a u WC úzké zárubně. Praní osobního prádla bude zajišťovat rodina. Klientka je při příjmu upravená, oblečení má čisté. Na propustky jezdit nebude, protože to má domů daleko a nesnáší moc dobře cestování autem. Na návštěvu bude jezdit manžel asi 1x za čtrnáct dnů a eventuálně by chtěl někde v blízkém okolí přespat. Klientka je informována o možnosti ubytování ve zdejším penzionu.
(viz příloha č. 1)

2.4 Ošetřovatelské diagnózy sestavené v den příjmu

2.4.1 Aktuální ošetřovatelské diagnózy

- 1) Strach z rehabilitační léčby v souvislosti s neznalostí nového prostředí.
- 2) Deficit soběstačnosti při oblékání, hygieně, vyprazdňování.
- 3) Otlak na patě a na palci pravé DK z důvodu snížené mobility.
- 4) Zhoršená schopnost přemísťování a jízdy na mechanickém vozíku z důvodu nedostatečných dovedností a obav z pádu.
- 5) Smutek související se změnou tělesného vzhledu.
- 6) Omezená hybnost z důvodu kontraktury a nedostatečného formování pahýlu v souvislosti s nedostatkem informací o péči o pahýl.
- 7) Narušený spánek z důvodu fantomové bolesti.
- 8) Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené pohybové aktivity a nedodržování správné životosprávy.

2.4.2 Potencionální ošetřovatelské diagnózy

Riziko pádu z důvodu změněného tělesného těžiště v důsledku amputace DK.

2.5 Plán ošetrovateľskej péče

2.5.1 Krátkodobý plán

Strach z rehabilitační léčby v souvislosti s neznalostí nového prostředí

Cíl:

- a) Do třech dnů nebude mít klientka strach z rehabilitační léčby.
- b) Klientka se nebude bát zeptat na nejasnosti a bude hovořit o svých pocitech.

Plán:

- seznámit klientku s lůžkovým a rehabilitačním oddělením;
- vysvětlit režim na oddělení;
- respektovat strach klientky a být vstřícná k otázkám;
- denně zajistit odvoz klientky na rehabilitační oddělení a do jídelny;
- seznámit klientku s naplánovanými procedurami ve cvičební kartě;
- poučit klientku o prevenci hypoglykémie na rehabilitačním i lůžkovém oddělení;
- komunikovat s klientkou často a získat její důvěru.

Realizace:

Klientka byla první den citlivě seznámena s lůžkovým oddělením a slovně jí bylo popsáno rehabilitační oddělení. Klientka byla neustále uklidňována, aby se ničeho nebála, protože jí budeme se vším, s čím bude potřebovat pomoci, pomáhat. Byla poučena o nutnosti vozit s sebou v tašce cukr nebo sušenku, aby při zvýšené tělesné zátěži v případě hypoglykémie předešla hypoglykemickému kómatu. Klientka byla také upozorněna, že pokud se tento stav objeví, musí toto nahlásit všeobecné sestře. Sanitáři byli informováni o nutnosti odvozu klientky na rehabilitační oddělení a do jídelny denně. Sanitáři klientku odvezli na oběd do jídelny a večer na večeři. Druhý den po obdržení cvičební karty, byla klientka seznámena s rehabilitačním programem, s nezbytnými věcmi, které bude na

rehabilitačním oddělení potřebovat (tašku na cvičební kartu, láhev s pitím, jeden ručník, protézu DK). V 8 hodin byla klientka odvezena dle rehabilitačního programu na proceduru. Při setkání s klientkou na oddělení se ošetrovatelský personál snažil rozhovorem získat její důvěru.

Hodnocení:

První den se klientka přes veškerou naši snahu velice strachovala. Především měla obavy, jak to bude probíhat další den na rehabilitačním oddělení a také v noci z toho špatně spala. Druhý den po seznámení s rehabilitačním oddělením a s přidělenými fyzioterapeuty se strach a obavy snížily a i v noci spala dobře. Třetí den odpoledne udala, že již nemá obavy. Plán byl úspěšně splněn.

Zhoršená schopnost přemísťování a jízdy na mechanickém vozíku z důvodu nedostatečných dovedností a obav z pádu

Cíl:

- a) Klientka bude do 2 dnů vybavena pomůckami a seznámena se správnou technikou přesunů a jízdy na mechanickém vozíku.
- b) Do 14 dnů zvládne samostatně jízdu na mechanickém vozíku.
- c) Do 14 dnů bude klientka zvládat přesuny v přítomnosti ošetrovatelského personálu a do 1 měsíce samostatně.
- d) Klientka bude bez obav sdělovat, které činnosti ještě neovládá.

Plán:

- vybavit klientku mechanickým vozíkem + podsedákem, deskou na přesuny, činkami, terabendem;
- vysvětlit techniku jízdy na vozíku a dohlédnout, aby klientka alespoň 2x – 3x denně trénovala jízdu na mechanickém vozíku;
- domluvit trénink přisedání v rámci oddělení i s pracovníci léčebné výchovy k soběstačnosti (dále jen LVS);
- trénovat s klientkou alespoň 3x denně přesuny z lůžka na mechanický vozík, na WC a zpět na lůžko;

- respektovat únavu klientky a obavy z pádu;
- vysvětlit nutnost posilování horních končetin (dále jen HKK);
- naučit klientku pomocí činek a terabendu posilovat HKK;
- spolupracovat s LVS a rehabilitačním oddělením;
- kontrolovat, zda klientka posiluje a trénuje naučené činnosti;
- chválit klientku za každý drobný úspěch.

Realizace:

Klientce byl první den půjčen mechanický vozík. Druhý den jí byla vysvětlena jízda na mechanickém vozíku a provedena praktická ukázka. Terabend a činky byly půjčeny následující den z rehabilitačního oddělení. S LVS byl domluven trénink přesezení i jízdy na vozíku 1x denně na oddělení. Dopoledne tyto přesuny klientka trénovala s pomocí LVS a v průběhu tohoto dne s ošetrovatelským personálem. Byla prováděna pravidelná kontrola tréninku.

Hodnocení:

Klientka měla obavy z pádu a v počátku jí přesuny vůbec nešly. Jízdu na mechanickém vozíku zvládala již třetí den samostatně. Klientka v první dny moc neposilovala, ale po neustálém vysvětlování začala ráno a večer v lůžku cvičit. Klientka byla chválena, ale samostatné přesuny ještě po čtrnácti dnech sama nezvládala. Plán byl splněn zatím částečně, nutno pokračovat v tréninku.

2.5.2 Plány dlouhodobé

Deficit soběstačnosti při oblékání, hygieně, vyprazdňování

Cíl: Klientka bude do dvou měsíců zcela soběstačná v těchto činnostech.

Plán:

- domluvit s LVS nácvik oblékání na oddělení a nutnost vyzkoušet kompenzační pomůcky pro použití doma;
- oblékání, přesuny do koupelny i na WC s klientkou procvičovat denně;

- klientku v jejích samostatných činnostech podporovat a chválit každý drobný úspěch;
- poučit rodinu o potřebě úpravy bytu;
- domluvit s rodinou návštěvu sociální pracovnice.

Realizace:

S LVS domluven nácvik soběstačnosti na oddělení denně a i na rehabilitačním oddělení.

Je prováděn pravidelný trénink soběstačnosti. Kompenzační pomůcky na cvičebně LVS byly klientce ukázány, řádně vyzkoušeny a klientka si postupně vybrala pomůcky, které jí budou doma usnadňovat život (podavač, sedačka na vanu). Byl vyzkoušen a vybrán vhodný mechanický vozík na domů, který následně lékař předepsal. Klientce byla vysvětlena důležitost odstranění prahů v celém bytě, drobných koberečků, připevnění madel v koupelně a na WC, úprava dveřních zárubní. Klientka s manželem poté navštívila sociální pracovnici, která jim poskytla důležité informace ohledně rekonstrukce bytu, a jak získat příspěvek na péči.

Hodnocení:

Klientka se v průběhu léčení snažila získat soběstačnost, kterou ztratila z důvodu amputace DK. Rodina spolupracovala a chápala nutnost úpravy bytu. Do dvou měsíců klientka zvládla samostatně se obléknout, přesunout se i na WC. Pouze do koupelny vyžadovala asistenci ošetřujícího personálu, protože se bála, aby neupadla. Plán byl splněn.

Otlak na patě a na palci pravé DK z důvodu snížené mobility

Cíl: Do jednoho měsíce budou defekty zhojeny.

Plán:

- vybavit lůžko klientky antidekubitní matrací, molitanovým kolečkem;

- poučit klientku o pitném režimu, výživě a o pravidelné péči o pokožku, vhodné obuvi;
- založit záznam (Péče o rány) a provádět pravidelné zápisy;
- provádět denně převaz dle ordinace lékaře;
- zajistit pravidelné vyfotografování defektu;
- informovat lékaře o zhoršení či zlepšení defektu;
- provádět převaz jedenkrát týdně s lékařem a konzultovat s ním léčbu;
- udržovat lůžko čisté a s důkladně napnutým prostěradlem a podložkou;
- poučit klientku, jak správně pečovat o zachovanou DK a o vhodných cvicích pro lepší prokrvení DK;
- dát kontakt při propuštění na podiatrickou ambulanci a vysvětlit důvod, proč jsou vhodné návštěvy na podiatrii.

Realizace:

Lůžko bylo vybaveno první den antidekubitní matrací, molitanovým kolečkem. Defekt na patě pravé DK velikosti 5x4cm s nekrózou a defekt 1x1cm na palci byly vyfoceny a také byl proveden převaz první den.

Zjištěné defekty byly ošetřeny takto: na palci odstraněna nekróza lékařem, toaleta rány provedena pomocí Prontosanového roztoku + aplikována zvlhčená Tecasorbová mřížka. + do okolí aplikováno Calcium panthotenicum mast + sterilní krytí. Z paty odstraněna nekrotická tkáň, provedena toaleta rány pomocí Prontosanového roztoku + aplikována zvlhčená Tecasorbová mřížka. + do okolí aplikováno Calcium panthotenicum + sterilní krytí. Tecasorb v průběhu dne 4x zvlhčen fyziologickým roztokem. Převazy byly prováděny denně dle ordinace lékaře a zaznamenávány do dokumentace. Defekty jsou pravidelně fotografovány.

Klientce byla vysvětlena důležitost podkládání paty molitanovým kolečkem tak, aby byl odlehčen tlak na patu. Následující den bylo domluveno s lékařem, aby klientka dostávala k dietě ještě bílkovinné přídatky. Bílkovinné přídatky byly domluveny s nutriční terapeutkou. Klientce bylo vysvětleno, aby pozvolna zvýšila příjem tekutin alespoň na dva litry denně. Také jí byla vysvětlena péče o

zachovalou končetinu. Domluveno s klientkou, že při propuštění obdrží kontakt na podiatrickou ambulanci. Z důvodu macerace rány na patě byla sedmnáctý den změněna léčba. Toaleta defektu byla provedena Prontosanovým roztokem + do okolí aplikováno Calcium panthotenicum + Betadinová mast aplikována do rány + sterilní krytí. V následující dny defekt pravidelně převazován způsobem uvedeným výše. Byly prováděny pravidelné kontroly lékařem a odstraňovány hyperkeratózy. Defekt se již dobře hojil. Padesátý den byl defekt zhojen, ale pokožka ještě promazávána Calciem panthotenicem.

Hodnocení:

Defekt na palci se zhojil do jednoho týdne od přijetí klientky. Defekt na patě se však úspěšně podařilo zhojit až za dva měsíce. Časový plán dodržen u defektu na palci, ale u defektu na patě se doba hojení prodloužila na dva měsíce. Při propuštění byl klientce předán kontakt na podiatrickou ambulanci.

Smutek související se změnou tělesného vzhledu

Cíl:

- a) Do 1 měsíce bude mít klientka zlepšený psychický stav (bude bez obav komunikovat o změněném tělesném vzhledu, bude veselejší).
- b) Na konci hospitalizace (cca za 3 měsíce) bude vyrovnána se změnou tělesného vzhledu a bude např. aktivně používat protézu a komunikovat s ostatními klienty bez ostychu.

Plán:

- komunikovat s klientkou denně a získat její důvěru;
- podporovat i respektovat negativní emoce a nechat klientku, aby se nebála tyto emoce ventilovat před personálem;
- zajistit péči psychologa dle zájmu klientky, nenutit klientku a respektovat její rozhodnutí;
- pokud klientka odmítla psychologickou léčbu, tuto péči nabídnout později;
- spolupracovat s psychologem;

- rodinu poučit o vhodnosti častých návštěv, spolupracovat s rodinou klientky;
- seznámit klientku s možnostmi kulturního vyžití (knihovna, kino, divadlo, stolní hry a další);
- sledovat a zapsat denně náladu, psychické projevy;
- zlepšení či zhoršení psychického stavu oznámit lékaři i psychologovi;
- seznámit klientku se stejně postiženou klientkou;
- zhodnotit za 1 měsíc, zda se zlepšuje psychický stav klientky.

Realizace:

S klientkou byl několikrát za den navázán rozhovor, ale psychologa zatím odmítla. Chce se pokusit o zvládnutí tohoto stavu sama. Klientka byla seznámena s kulturními akcemi v našem zařízení, ale zatím nechce žádnou akci navštívit a ani nechce půjčit žádné knihy. Denně bylo zapisováno psychické rozpoložení klientky. Klientka byla pátý den seznámena se stejně postiženou klientkou. Rodina je poučena a spolupracuje. Po čtrnácti dnech byla opět citlivě připomenuta možnost návštěvy psychologa a nyní již klientka s touto návštěvou souhlasí. Poté již chodila pravidelně na psychoterapii. Po měsíci byl zhodnocen psychický stav – klientka je vyrovnanější se ztrátou DK. Dále pokračujeme v nastaveném plánu a návštěvách psychologa. Na přání klientky jí byly půjčeny knihy z místní knihovny. Navštěvuje již i kadeřníka.

Hodnocení:

Klientka postupně klidnější, ventiluje své pocity. Při propuštění domů je do určité míry smířena s postižením. Plán byl úspěšně splněn.

Omezená hybnost z důvodu kontraktury a nedostatečného formování pahýlu v souvislosti s nedostatkem informací o péči o pahýl

Cíl:

- a) Klientka bude do jednoho měsíce umět správně pečovat o pahýl a bude umět samostatně oblékat protézu.
- b) Do třech měsíců bude zvládat chůzi o protéze

Plán:

- poučit klientku o správné péči o pahýl;
- naučit klientku otužovat, masírovat pahýl (poklep prsty, střídavé sprchování, míčkování);
- klientka bude jizvu na pahýlu promazávat 3x denně;
- vybavit klientku pomůckami na polohování a bandáž (elastická obinadla, zátěž);
- klientka bude provádět bandážování a polohování 4x za den (přes den bandáž 2 hodiny, polohování maximálně 20 minut);
- informovat klientku o možnosti protetických služeb;
- naučit klientku, jak správně oblékat protézu;
- klientka bude trénovat oblékání protézy 1x denně na LVS, 1x denně v rámci ILTV a 1x denně na oddělení;
- v počátku pomáhat klientce s péčí o pahýl a později dohlížet, zda provádí naučené činnosti správně;
- spolupracovat s fyzioterapeutem a trénovat dle zvládnutí klientky (stoj v bradlech, chůze s pomůckou) dle sdělení fyzioterapeuta.

Realizace:

Klientka byla poučena, jak má správně pečovat o pahýl a byla vybavena pomůckami. Je prováděno pravidelné bandážování, polohování pahýlu. Bandáž pahýlu pomocí obinadel klientka samostatně nezvládá. Nacvičujeme nasazování protézy. Klientka navštívila protetické oddělení, kde jí byla protéza upravena. Po úpravě již protéza vyhovuje. Trénink klientka provádí na oddělení i na LVS. Je prováděn nácvik stoje v počátku bez protézy a poté s protézou 2x denně v bradlech s oporou na oddělení, stoj je nejistý. Pro klientku je toto velice náročné, cvičení zvládá s velkou dopomocí. Chůze pomocí chodítka klientce na začátku nácviku vůbec nešel. Měla velký strach z pádu, a proto byla při nácviku psychicky velmi strnulá. Nadále byl prováděn nácvik chůze o chodítka a pozvolna se strach zmírňoval.

Hodnocení:

Samostatné nasazování protézy již klientka po čtrnácti dnech začala pomalu zvládat. Bandážování pomocí obinadel samostatně neovládala, a proto začala k bandáži používat pahýlový návlek (elastická punčoška), který jí předepsal protetik. Polohování pahýlu na lůžku po prvním týdnu zvládá samostatně. Stoj s oporou je jistý po dvou měsících, ale chůze s chodítkem je stále ještě nejistá. Po pár krocích je unavená. Před propuštěním přejde klientka samostatně pomocí chodítka celou chodbu na oddělení. Ale poté si musí ihned odpočinout. Plán splněn částečně.

Narušený spánek z důvodu fantomové bolesti

Cíl: Do jednoho měsíce bude klientka zvládat bolest pomocí naučených technik a přes noc bude spát alespoň 6 hodin.

Plán:

- seznámit klientku s metodami sledování bolesti;
- dát klientce formulář na sledování bolesti a vysvětlit;
- klientka bude denně zaznamenávat projevy bolesti;
- naučit klientku cvičení v představě;
- doporučit vhodnost střídavého sprchování pahýlu teplou a studenou vodou před spánkem;
- sledovat kvalitu spánku u klientky denně a zapsat, jak klientka spala;
- každý týden v pátek vyhodnotit záznam sledování bolesti;
- seznámit klientku s možností úlevových poloh;
- podávat analgetika dle ordinace lékaře; změny oznámit lékaři.

Realizace:

Klientce byly vysvětleny důvody sledování bolesti a dán formulář. Vysvětlena jí také byla metoda cvičení v představě. Klientka byla seznámena s možností úlevových poloh. Klientce byl poskytnut malý polštářek na polohování a

pravidelně byl vyhodnocován formulář na bolest. Podány analgetika dle potřeby klientky. Klientka docházela na relaxační cvičení.

Hodnocení:

Klientka prvních čtrnáct dnů denně zaznamenávala výskyt fantomové bolesti, její intenzitu, charakter, ovlivnění, a další údaje do formuláře na Sledování bolesti. Jednou týdně sestra vždy vyhodnotila sledování bolesti.

Intenzita bolesti ve večerních hodinách se po dobu čtrnácti dnů pohybovala dle VAS na stupni 3 – 4. Klientka se snažila o zvládnutí bolesti, ale v prvních dvou týdnech musela užívat naordinované analgetikum (Apo-Diclo tbl. 1x denně večer). Bolest narušovala kvalitu spánku. K ovlivnění bolesti začala plně využívat cvičení v představě. Toto cvičení trénovala na rehabilitačním oddělení s fyzioterapeutem a začala navštěvovat i skupinu relax. Ve třetím týdnu se začala bolest zmírňovat a intenzita se pohybovala mezi 2 – 3 stupni, analgetikum užila pouze 2x. Spánek byl méně narušován bolestí a délka i kvalita spánku se zlepšila. Ve čtvrtém týdnu bylo ukončeno denní sledování bolesti, protože se bolest již denně neobjevovala. V noci spala šest hodin bez bolesti. V případě objevení bolesti byla klientka poučena, že má tuto skutečnost oznámit sestře. Plán splněn.

Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené pohybové aktivity a nedodržování správné životosprávy

Cíl:

- a) Klientka se bude vyprazdňovat pravidelně alespoň 1x za 2 dny bez laxativ.
- b) Klientka bude dodržovat správnou životosprávu a každý měsíc sníží tělesnou hmotnost o 2 kg.

Plán:

- poučit klientku o správné životosprávě při diabetické dietě a o nutnosti jejího dodržování; domluvit schůzku s nutričním terapeutem;
- poučit klientku o pitném režimu; klientka vypije alespoň 2 litry tekutin denně;

- 1x týdně provést zvážení tělesné hmotnosti klientky a zapsat do dokumentace;
- nabádat klientku ke zvýšení pohybové aktivity;
- doporučit masáž břicha ke zlepšení střevní peristaltiky; klientce bude umožněno vyprazdňování na WC; zachovávat soukromí při vyprazdňování;
- sledovat pravidelnost vyprazdňování a vyprázdnění zapsat;
- při zácpě podat dle ordinace lékaře laxativa; obtíže oznámit lékaři.

Realizace:

Klientka byla poučena o diabetické dietě a pitném režimu.

Dále byla domluvena schůzka s nutričním terapeutem. S nutričním terapeutem se domluvili na úpravě diety a přidání ovoce a zeleniny do jídelníčku. Bylo klientce doporučeno, aby si zakoupila švestkový dia džus a vhodné minerálky bez cukru. Klientka byla také poučena, aby konzumovala stravu, která jí je podávána a nedojídala se nevhodnými potravinami. Vysvětlena byla klientce také nevhodnost pití černého čaje. Klientka byla při potřebě se vyprázdnit vždy odvezena na WC. Pravidelnost vyprazdňování byla sledována a pečlivě zaznamenávána do dokumentace. Klientka byla vážena každou středu ráno.

Hodnocení:

Klientka po vysvětlení a návštěvě nutriční terapeutky začala dodržovat správnou životosprávu a také zvýšila tělesnou aktivitu. Laxancia po třech týdnech již nebyla potřeba. Klientka se začala pravidelně vyprazdňovat a byla ráda. Plán byl splněn.

Tělesná váha byla během prvního měsíce snížena pouze o 1 kg. Nadále se pokračovalo v nastaveném plánu a celkem za tři měsíce zhubla o 3,5 kg. Plán splněn částečně.

2.5.3 Potencionální ošetřovatelská diagnóza

Riziko pádu z důvodu změněného tělesného těžiště v důsledku amputace DK

Cíl: Klientka v průběhu léčby neupadne.

Plán:

- upravit bezpečně prostředí klientky;
- informovat o signalizačním zařízení;
- poučit klientku o bezpečné obuvi na pravé DK i protéze;
- naučit klientku před přemístěním vždy důkladně zabrzdit vozík;
- seznámit klientku s dodržováním bezpečnosti v průběhu úklidu na oddělení (výstražné tabule upozorňující na mokrou podlahu).

Realizace:

Klientce bylo bezpečně upraveno prostředí na pokoji. Byla poučena o nutné bezpečnosti při přesunech a bezpečné obuvi. Také jí byly ukázány výstražné tabule, které používá úklidová firma při vytírání podlahy.

Hodnocení:

V průběhu léčby u klientky nedošlo k pádu. Plán splněn.
(viz příloha č. 2)

2.6 Edukace

Mezi důležité prvky komplexní léčby v našem zařízení patří edukace klientů. Dobře edukovaný klient lépe spolupracuje a také chápe postupy léčby. Tyto postupy snadněji dodržuje tak, aby výsledek byl co možná nejlepší. S edukací začínáme od prvního dne hospitalizace a pokračujeme v průběhu celé léčby. U klientů po amputaci je prioritou správná péče o pahýl a o protézu. Edukaci provádíme na základě vědecky podložených poznatků a dlouholetých zkušeností s touto problematikou v našem zařízení. Dále provádíme edukaci zaměřenou dle oblasti, která vychází z odebrané anamnézy.

Tato klientka byla edukována v péči o pahýl a dále v oblastech, které jsou popsány níže (viz také příloha č. 6, 8, 9).

2.6.1 Péče o pahýl

– do této oblasti spadá především:

Péče o jizvu

Cílem vhodné péče je dosažení pevnosti a také pružnosti jizvy na pahýlu. Při ošetřování pahýlu je velice důležité jizvu alespoň 3x denně promazávat nedráždivými přípravky např. Calcium panthotenicum, Leniens mast, Indulonou nebo jinými přípravky. Jizvu je nutné při promazávání masírovat, aby nedošlo ke ztuhnutí a fixaci jizvy ke spodině.

Bandáž pahýlu

Cílem bandáže je ideálně tvarovaný pahýl do konického tvaru, dále zamezení otoku pahýlu, adaptace měkkých tkání na tlak a tah. Také je důležité, aby se klientka naučila bandážovat pahýl samostatně bez pomoci. Na bandážování se používá elastické obinadlo široké 10 – 14cm, eventuálně pahýlový návlek (elastická punčoška), kterou může předepsat protetik.

Správná technika provádění bandáže

První otáčku nikdy nevedeme cirkulárně přes pahýl, aby nedošlo ke stlačení povrchového žilního systému a k nedostatečné drenáži pahýlu. Bandáž je nutné provádět až nad zachovalý kloub končetiny, v klientčině případě až nad kyčelní kloub. Bandážování je vhodné provádět 3x – 4x denně. Zpočátku se nechává bandáž dle individuální snášenlivosti i např. 15 minut a postupně interval prodlužujeme. Doporučená doba ponechání bandáže je maximálně 2 hodiny. Po uplynutí této doby je nutné pahýl odbandážovat a nechat volný, aby se pahýl dostatečně prokrvil. Na noc pahýl však nikdy nebandážujeme, protože by mohlo dojít k nedostatečnému prokrvení, a tím ke vzniku komplikace.

Polohování pahýlu

Cílem polohování je zabránit nebo odstranit kontrakturu v kyčelním kloubu, která může znesnadnit nasazování protézy a zejména samotnou chůzi na protéze. K polohování se používají polohovací sáčky o hmotnosti 0,5 až 4 kg. Polohování provádíme nejdříve bez zátěže a později pomocí zátěže 3x – 4x denně. Interval polohování postupně prodlužujeme z 5 minut až na 20 minut. Polohovat je možno vleže na břiše, vleže na zádech. Při polohování vleže na břiše je nutné amputovaný pahýl podložit pomocí př. ručníku, malého polštářku do zanožení a zátěž přiložit na hýžděovou část amputované strany. Při polohování na zádech zatížíme přední část pahýlu. Na počátku bude pomáhat ošetřovatelský personál a později bude klientka provádět polohování samostatně. Není vhodné používat flekční úlevové polohy, protože tyto polohy napomáhají ke vzniku kontraktury.

Otužování pahýlu

Cílem je zlepšení mikrocirkulace v oblasti vrcholu pahýlu a adaptovat pahýl na tlak lůžka protézy. Zmírnění fantomové bolesti.

Možné techniky otužování

- a) sprchování střídavě teplou a studenou vodou (nikoli horkou a ledovou !!!);
- b) poklepová masáž prsty (eventuelně vyměkčenou vařečkou);
- c) kartáčování jemným kartáčkem; míčkování a otírání suchou žínkou.

Pravidelná kontrola kůže na pahýlu

Cílem je zabránit vzniku defektu na pahýlu při používání protézy. V počátku používání protézy často dochází ke vzniku oděrek nebo puchýřů. Z tohoto důvodu je nutné si pahýl kontrolovat vždy po sundání protézy a i při jakýchkoli nepříjemných nebo svědivých pocitech. Při zjištění defektu je nutno toto ihned oznámit ošetřujícímu personálu. Včasná ošetření vede k rychlému zhojení defektu, a tím také k zamezení vzniku komplikací.

Prevence:

- a) je-li kůže suchá, ošetřuje se mastným krémem;
- b) je-li kůže potivá, vysušuje se neagresivními prostředky – př. pudrem, kaffrovou masťou, pleťovou vodou atd.²⁹

Zásady užívání končetinové protézy

Protézu je nutno používat denně, aby došlo ke správnému vytvarování pahýlu. Před nasazováním protézy je nezbytné pahýl alespoň na 1 – 2 hodiny nebo minimálně alespoň ½ hodiny zabandážovat, aby se protéza lépe nasazovala. Po jedné až dvou hodinách se odstraní z pahýlu bandáž a na pahýl se navlékne punčoška. Dalším krokem je opatrné nasazení protézy. Důležité je hlavně dbát na správné nasazení protézy, aby nedošlo ke vzniku defektu, protože při chůzi je kůže na pahýlu více namáhaná z důvodu změny těžiště. Při užívání protézy je nutno nosit pevnou protiskluzovou obuv, aby chůze o protéze byla bezpečná. V průběhu léčby dochází ke změnám objemu pahýlu, a tudíž je nutná protetiká úprava protézy. Do našeho zařízení dojíždí pravidelně 1x týdně externí protetik, který provádí technické úpravy na protéze. První zhotovená protéza se nazývá prvovybavení. Je technicky na stejné úrovni jako následující, ale zde se počítá s opakovanými úpravami pahýlového lůžka s ohledem na měnící se pahýl. Po stabilizaci tvaru pahýlu se přistupuje k výrobě definitivní protézy.

Péče o končetinovou protézu

Je důležité, abyste se pečlivě starali o protézu, aby vám co nejlépe sloužila. V péči o protézu je nutné přesně se řídit dle návodu, který klient obdržel při převzetí protézy. Je vhodné používat na ošetření protézy pouze přípravky doporučené od výrobce

²⁹ Kulisoňová, Eva. Pitnerová Jana. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Str. 64

Důležité informace

- vnitřní povrch protézového lůžka omývat vodou a sušit volně na vzduchu;
- ostatní části protézy pečlivě chránit před působením vody a prachu.

Možné komplikace při nedodržování zásad péče o pahýl

- a) nedostatečně formovaný pahýl, obtížné nasazování protézy – důvodem bývá nebandážování pahýlu v pravidelných intervalech nebo příliš krátký pahýl;
- b) vznik nebo zvětšení kontraktury v kyčelním kloubu – důvodem je, že klient nepoložuje v pravidelných intervalech;
- c) defekt na pahýlu, nedostatečná péče o pokožku pahýlu;
- d) závada na protéze při nedostatečné péči o protézu.

Klientce byly prakticky ukázány výše zmiňované postupy a v průběhu léčby bylo s klientkou vše nacvičováno.

Cvičení v představě

(Toto cvičení částečně vychází z metodiky dle Feldenkraise, je aplikováno na stavy po amputacích.)

Klientka byla seznámena s metodou cvičení v představě, kterou lze ovlivnit fantomovou bolest. A to následovně:

Vysvětleno klientce, že při fantomové bolesti si má představit původní dolní končetinu bez amputace. Pomocí mysli s končetinou kroužit, prošlapovat, při svědění podrbat a při cvičení intenzivně prodýchat. Cvičení je vhodné provádět v klidu a za intenzivního soustředění, aby docházelo k relaxaci.³⁰ Tato metoda byla dále procvičována na rehabilitačním oddělení v rámci skupinového cvičení a skupiny relax.

³⁰ Pavlů, Dagmar. *I. Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Str. 192

2.6.2 Prevence diabetické nohy

Ohledně preventivní péče o zachovalou pravou DK provedla edukaci u klientky sestra, která absolvovala v rámci celoživotního vzdělávání kurz na podiatrii v IKEMu Praha. Tato sestra vysvětlila důležitost péče o zachovalou končetinu.

- a) vhodná obuv pro diabetika – obuv dostatečně široká ve špičce, bez podpatku, nejlépe vyrobená z kůže;
- b) nošení vhodných ponožek – vyhovující jsou ponožky bavlněné, které nemají lemy a švy;
- c) denní cvičení – alespoň 5 minut denně, jako prevence omezení pohyblivosti kloubů a zajištění dostatečného prokrvení DK;
- d) každodenní kontrola DK – slouží k včasnému zjištění defektu a k brzkému ošetření, kontrolu je možno provádět pomocí zrcátka nebo druhé osoby;
- e) doporučila využívání medicínální pedikúry, aby se předešlo nešetrnému ošetření a vzniku komplikací;
- f) pravidelné sledování hodnot glykémie.

2.6.3 Výživa

O výživě poučila klientku přizvaná nutriční terapeutka:

- a) stravovat se pravidelně 6x denně;
- b) vyloučit sladké výrobky; sladit náhradními sladidly;
- c) omezit živočišné tuky (například sádlo, tučná masa, máslo a další), protože zvýšené množství tuků přispívá k zvyšování tělesné hmotnosti, k dekompenzaci diabetu a k rozvoji aterosklerózy;
- d) k svačině je vhodné konzumovat ovoce v malých porcích, protože obsahuje jednoduché cukry;
- e) konzumovat přiměřené množství zeleniny, protože obsahuje vlákninu a zlepšuje vyprazdňování;
- f) pít 1,5 - 2 litry tekutin denně, vhodné jsou stolní a minerální vody bez příchutě, bez cukru, čaj, nepít alkohol;
- g) nekonzumovat zvýšené množství živočišných bílkovin, protože zvýšené množství může přispívat k poškození ledvin (mastné výrobky, vuřty, párky, měkké sýry a další);

Nutriční terapeutka v závěru edukace vybavila klientku edukačním letákem (viz příloha č. 10).

2.7 Edukace rodiny

Manžel byl poučen o nutnosti úpravy bytu ohledně manželčina postižení. Úpravu bytu by bylo vhodné uskutečnit v průběhu hospitalizace manželky. Nutné je odstranění prahů, drobných koberečků, připevnění madel na WC a do koupelny, úprava dveřních zárubní. Byla provedena prohlídka sociálního zařízení na oddělení, aby manžel získal představu, jak zrekonstruovat prostory ve vlastním bytě. Doporučili jsme mu, aby společně s manželkou navštívili rehabilitační oddělení, a to především LVS, aby se měli možnost prakticky seznámit s možnými pomůckami, které by manželce usnadnily život v domácím prostředí (například sedačky do vany, madla, chodítka a další). Zdravotně sociální pracovnice vysvětlila, o jaké příspěvky mohou zažádat na Městském úřadě:

- a) průkaz ZTP – II. stupně;
- b) příspěvek na úpravu bytu – max. 50 tisíc/za rok, maximální výše příspěvku 70% vynaložených nákladů;
- c) příspěvek na péči – podle stupně závislosti na druhé osobě, žádá se na Městském úřadu, poté přichází domů zdravotně sociální pracovnice, která provede šetření a obvodní lékař dodává lékařskou zprávu, posudkový lékař rozhoduje o výši příspěvku či o zamítnutí.

2.8 Psychický stav klientky po amputaci

Amputace DK vyvolává u člověka psychické trauma a odráží se na jeho psychickém stavu. V knize Milana Smutného *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*³¹ jsou uvedeny tyto reakce na ztrátu končetiny:

- fáze šoku, kdy je pacient silně otřesen;
- fáze reaktivní, kdy je pacient zklamaný a úzkostlivý, také je odmítavý;
- fáze adaptace, ve které pacient reálně zhodnotí situaci a je zřejmá jeho snaha o získání informací;
- fáze reorientace, kdy pacient začíná jednat a vyhledává pomoc;
- fáze překonání krize – pacient začíná fungovat v upravených poměrech.

Je samozřejmé, že každý klient na nastalou situaci reaguje jiným způsobem – toto může ovlivňovat několik faktorů. Záleží na pohlaví klienta, zda se jedná o ženu či muže; dále je nutno zohlednit věk klienta, psychickou vyspělost a neméně důležitou složkou je také klientovo dosažené vzdělání a jeho celkový zdravotní stav i to, z jakého důvodu k amputaci došlo. Důležité je také to, zda se jednalo o jednorázový výkon, nebo postupné reamputace. Zásadní je i fakt, zda se klient mohl alespoň částečně na amputaci připravit. Pokud je klientovi oporou navíc ještě i rodina, je prokázáno, že se klient se stávající situací vyrovná rychleji. Zdravotníci by měli být vysoce erudovaní v této problematice, aby dokázali o klienta pečovat všestranně, zajišťovat jeho psychickou pohodu a respektovat individualitu každého člověka.

³¹ Smutný, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Str. 55

Změna vzhledu neodmyslitelně patří k problematice amputace končetiny, a proto se s touto situací musí náš klient nějakým způsobem vyrovnat. Velice obtížně se vyrovnává s tím, že „původně nedotčené, zdravé tělo je nyní vnímáno jako „ne celé“. Může mít strach z pobytu na veřejnosti, z toho, že lidé spatří jeho odhalenou amputovanou končetinu. Zde je třeba povzbudit amputovaného, aby si zvykl na pohledy jiných lidí.“³² V tomto případě je velice přínosné, pokud klienta podpoří a případně doprovodí některý člen jeho vlastní rodiny či blízký přítel. Tito lidé by měli být klientovi oporou při prvních setkáních s cizími lidmi.

V případě výše zmíněné klientky A. P. bylo vyrovnávání se s postižením poměrně obtížné. Klientka byla velice depresivní, v neustálé psychické tenzi. Na počátku u této klientky byla patrná narušená sebeúcta k vlastní osobě, a také jí sužovala fantomová bolest. Bolest u klientky přispívala také k zvýšenému psychickému rozladění.

Je prokázáno, že u lidí po amputaci se objevuje fantomová bolest, která se projevuje výraznými pocity, ba i bolestmi v částech těla, které byly člověku amputovány.

Jedná se o zvláštní představu, která je uchována v mozkové nervové tkáni tak, že člověk pociťuje amputovanou končetinu jako by k amputaci ani nedošlo.³³ Tito lidé mají často obavy, aby si okolí o nich nemyslelo, že jsou podivíni. A často se bojí tyto pocity sdělovat.

Klientka při sebemenší zmínce o změněném tělesném vzhledu byla ihned plačtivá a emocionálně rozladěná. Tyto stavy už u klienty probíhaly v průběhu nemocniční léčby. Klientce vyhovovalo domácí prostředí, kdy ji nikdo neviděl a dokonce odmítala i návštěvu dlouholeté kamarádky. Zde byla rodina opravdovou oporou, ale klientka naopak pociťovala, jako by byla pro své okolí břemenem – i s tím se těžko smířovala.

³² Smutný, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Str. 55

³³ Křivohlavý, Jaro. *Psychologie nemoci*. Str. 85

Na počátku hospitalizace v našem ústavu chtěla klientka situaci zvládnout sama, bez pomoci psychologa. Toto rozhodnutí jsme zcela respektovali a naopak jsme se snažili klientku citlivým přístupem podporovat v její nelehké situaci. V průběhu léčby byla klientka seznámena s jinou stejně postiženou ženou a je patrné, že i toto mělo vliv na pozdější klientčin souhlas s návštěvou psychologa. Toto setkání bylo velice přínosné, protože poté již klientka docházela k psychologovi pravidelně a celkově se zdála být psychicky vyrovnanější. S nastalou situací se do konce pobytu v našem zařízení v určitém rozsahu smířila.

Postižení změní člověku nejen tělesný vzhled ale i život v tom smyslu, že se náhle stávají závislími na okolí a potřebují pomoci. Postižení vnímají velmi těžce závislost na druhých lidech. Je to zásah do osobního života, který je v některých případech provázen dokonce i rozepřemi mezi partnery a někdy dospějí manželé až k rozvodovému řízení.

V první fázi vyrovnání se s problémem nastává pro klienta obtížné období i z hlediska ekonomické stránky života. Klienti po amputaci mají omezenou pracovní schopnost – klient například již není schopen vykonávat práci, kterou dříve bez problémů zvládal. Samozřejmě záleží na tom, zda se jedná o jednostranného či oboustranného amputáře, a také je nutno brát v potaz výšku amputace. Zanedbatelné není ani to, jakou práci v zaměstnání vykonával a jaké má dosažené vzdělání. I zde je rozdíl ve věku klienta – se situací se jinak vyrovná člověk mladší (např. ve třiceti letech) a jinak starší osoba, která například již pobírá starobní důchod. Přínosem pro klienta může být také přiznání invalidního důchodu, který slouží jako určitá kompenzace sníženého výdělku. Mladší klienti mají větší snahu a tendenci vrátit se do zaměstnání a ke svým koníčkům.

Klientům ke zvládnutí všech těchto zmíněných aspektů v našem zařízení přispívají také čtyři zkušení psychologové, kteří pomáhají klientovi rychleji se adaptovat na vzniklou situaci. Také se snaží nastínit další možné aktivity a ukázat že život po amputaci nekončí. Pokud má rodina zájem, může také navštívit zdejšího psychologa, který se snaží jim pomoci s vyrovnáváním.

Hlavním cílem našeho zařízení pomocí multidisciplinárního týmu, je především psychická adaptace klienta na postižení, vytvoření vhodných sociálních podmínek, aby se také necítil méněcenný ve společnosti a měl reálný přístup k budoucnosti.

Samozřejmě chápeme, že pro našeho klienta je toto velice obtížné, proto se snažíme mu poskytovat citlivě co nejlepší péči. Máme snahu o to aby, se u nás cítil co nejlépe.

2.9 Prognóza

Klientka je velice polymorbidní. V současnosti je klientka po zdravotní stránce kompenzovaná, do určité míry soběstačná i edukovaná. Při propuštění do domácího léčení byla klientka vybavena pomůckami, které v RÚ Kladruby vyzkoušela. Během hospitalizace manžel provedl doporučené úpravy bytu a vyřídil příspěvek na péči, průkazku ZTP - II. stupně. Domnívám se, že pokud bude klientka i v domácím prostředí dodržovat doporučené zásady správné životosprávy, pravidelně cvičit, pečovat o zachovalou DK i pahýl a začne pravidelně navštěvovat podiatrickou ambulanci, může předejít amputaci zachovalé DK a žít kvalitním životem.

Jestliže však nebude doporučené zásady dodržovat, může se její zdravotní stav natolik dekompenzovat, že dojde k amputaci zachovalé DK. Vzhledem k tomu, že amputaci DK velice špatně psychicky prožívala, dá se předpokládat, že další amputace by byla pro klientku možná i fatální.

Závěr

Bakalářská práce je rozdělena na klinickou a ošetrovatelskou část. V klinické části jsem se věnovala příčinám vzniku amputací, dělení amputací, protézování a rehabilitační léčbě. Dále popisuji lékařskou anamnézu, průběh hospitalizace a farmakoterapii.

Zvolený model Marjory Gordonové „Model funkčního zdraví“ a ošetrovatelský proces jsem popsala v části ošetrovatelské. Vybraný model jsem aplikovala při ošetrovatelské anamnéze. Na základě získaných informací (pomocí rozhovorů a pozorování) jsem stanovila aktuální a potencionální ošetrovatelské diagnózy k prvnímu dni hospitalizace. Pokračovala jsem na základě stanovených diagnóz sestavením krátkodobého a dlouhodobého plánu. Dále jsem popsala průběh hospitalizace a zhodnotila jsem stanovené cíle. Součástí mé práce se stala také edukace klientky a její rodiny. V ošetrovatelské části jsem poukázala na psychický stav klientů po amputaci, ale především jsem se soustředila na psychický stav zvolené klientky.

Závěrečnou prognózu klientky bylo těžké definovat vzhledem k tomu, že záleží na mnoha faktorech – zda bude klientka dodržovat doporučené zásady a zda bude i v domácím prostředí nadále podporována rodinou.

Snažila jsem se v bakalářské práci přiblížit nezastupitelnost následné komplexní léčby v RÚ Kladrubech. V přílohách jsem se snažila i pomocí obrázků ukázat prostředí, kde péče probíhá i samotné klienty s tímto handicapem. Veškeré použité materiály jsou se souhlasem jednotlivých klientů, a také se souhlasem ředitele RÚ Kladrub (viz příloha č. 11). Práci uzavírám seznamem odborné literatury a seznamem zkratk a příloh.

Abecední seznam použité literatury

Použitá literatura:

KÁLAL, J., *Rehabilitace amputovaných*. Ústí nad Labem, 2003. 78 stran. ISBN 80-7044-83-5.

KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ J., *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. Druhé doplněné vydání - NCO NZO v Brně, 2005. 117 stran. ISBN 80-7013-423-2.

KOLÁŘ, P. et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. První vydání – Galén, Praha, 2009. 713 stran. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRAWCZYK, P., *Rehabilitační a protetická péče po amputaci*. Dotisk prvního vydání - Federace ortopedických protetiků technických oborů, duben 2001, 30 stran. ISBN 80-238-6884-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. První vydání – Grada Publishing, Praha, 2002. 200 stran. ISBN 80-247-0179-0.

PAVLŮ, D., *I. Speciální Fyzioterapeutické koncepty a metody*. Druhé opravené vydání – Akademické nakladatelství Cerm, s.r.o. Brno, prosinec 2003. 239 stran. ISBN 80-7204-312-9.

RYBKA, J. et. al. *Diabetologie pro sestry*. První vydání – Grada Publishing, Praha, 2006. 288 stran. ISBN 80-247-1612-7.

RYBKA, J., *Diabetes mellitus – komplikace a přidružená onemocnění*. První vydání – Grada Publishing, Praha, 2007. 320 stran. ISBN 978- 80-247-1671-8.

SMUTNÝ, M., *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. První vydání – Federace ortopedických protetiků technických oborů, Praha, 2009. 64 stran. ISBN 978-80-254-3820-6.

STAŇKOVÁ, M., *Jak zavést ošetrovatelský proces do praxe*. První vydání – DOTISK. IDV PZ v Brně, 1999. 49 stran. ISBN 80-7013-282-5.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., *Interní ošetrovatelství I*. První vydání – Grada Publishing, Praha, 2006. 280 stran + 4 strany barevné přílohy. ISBN 80-247-1148-6.

ŠAMÁNKOVÁ, M. et. al. *Základy ošetrovatelství*. První vydání. Univerzita Karlova v Praze – nakladatelství Karolinum, květen 2006. 353 stran. ISBN 80-246-1091-4.

ŠKUBOVÁ, J., CHVÁTALOVÁ, H., *Sestra O životní cestě ženy, která dala svému povolání nový smysl*. První vydání – NCO NZO, Brno, 2004. 140 stran. ISBN 80-7013-407-0.

TRACHTOVÁ, E., FOJTOVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Druhé nezměněné vydání – DOTISK. Brno : NCO NZO v Brně, 2006. 186 stran. ISBN 80-7013-324-4.

Použité zkratky

cm – centimetr

DK – dolní končetina

DKK – dolní končetiny

DM- Diabetes mellitus

EKG – elektrokardiograf

FH – francouzské hole

HKK – horní končetiny

ICHDK – Ischemická choroba dolních končetin

ILTV – individuální léčebná tělesná výchova

inj. - injekční

kg – kilogram

LVS – léčebná výchova k soběstačnosti

RÚ – Rehabilitační ústav

s.c.- subkutánně

SLTV – skupinová léčebná tělesná výchova

tbl. - tablety

TF – tepová frekvence

TK – tlak krve

VAS – Vizuální analogová škála

WHO – Světová zdravotnická organizace

Použité webové stránky

www.ms-protetika.cz

www.sukl.cz

Příloha č. 1

Ošetřovatelská anamnéza – str. 2



Rehabilitační ústav Kladruby, Kladruby 30, KLADRUBY 25762

Ošetřovatelská anamnéza

*A.P. * 1950*

Datum příjmu *19 1950*

Pojišťovna *111*

Oddělení: **Lůžkové oddělení 2**

str. 2

Hodnocení rizika vzniku dekubitů - rozšířená stupnice Nortonové

Schopnost Motivace	Věk	Stav kůže	Zvláštní rizika, souběžná onemocnění	Fyzický stav	Stav vědomí	Aktivita	Pohyblivost	Inkontinence	Body
<input checked="" type="checkbox"/> úplná <input type="checkbox"/> malá	<input type="checkbox"/> do 10 let <input type="checkbox"/> do 30 let	<input type="checkbox"/> normální intaktní <input type="checkbox"/> lehké změny (suchá šupinatá kůže) <input type="checkbox"/> lehká alergie (záneš)	<input type="checkbox"/> žádné <input type="checkbox"/> lehká forma souběžného onemocnění (např. snížení imunity, diabetes mellitus na dítě)	<input type="checkbox"/> dobrý <input type="checkbox"/> zhoršený	<input checked="" type="checkbox"/> bdělý, jasně vědomí <input type="checkbox"/> apatický	<input type="checkbox"/> chodíci samostatně <input type="checkbox"/> chodíci s pomocí <input type="checkbox"/> s doprovodem	<input type="checkbox"/> plná <input type="checkbox"/> částečně omezená	<input checked="" type="checkbox"/> žádná kontinentní <input type="checkbox"/> občasná	4 3
<input type="checkbox"/> částečná	<input type="checkbox"/> do 60 let	<input type="checkbox"/> střední změny (vlhká, těžší alergie, zánět) <input type="checkbox"/> těžké změny (alergie těžké macerace porušena)	<input type="checkbox"/> střední forma (např. sclerosis multiplex, diabetes kompenzovaný léky komplik. parabalie) <input type="checkbox"/> těžká forma (např. nervů, cév, kachexie, karionom diabetes kompenzovaný inzulinem s těžšími mnohokomp. ikcemi, kvadruplegie)	<input type="checkbox"/> špatný	<input type="checkbox"/> zmatený	<input type="checkbox"/> sedící na lůžku v křesle <input checked="" type="checkbox"/> v invalidním vozíku	<input type="checkbox"/> velmi omezená	<input type="checkbox"/> převážně močová	2
<input type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> nad 60+	<input type="checkbox"/> těžké změny (alergie těžké macerace porušena)	<input type="checkbox"/> těžká forma (např. nervů, cév, kachexie, karionom diabetes kompenzovaný inzulinem s těžšími mnohokomp. ikcemi, kvadruplegie)	<input type="checkbox"/> velmi špatný	<input type="checkbox"/> stupor až bezvědomí	<input type="checkbox"/> ležící	<input type="checkbox"/> zcela omezená <input checked="" type="checkbox"/> žádná	<input type="checkbox"/> moči i stolice	1

Riziko vzniku dekubitů: nízké 25-24 bodů, střední 23-19 bodů, vysoké 18-14 bodů, velmi vysoké 13-9 bodů.
Postupuj dle os. standardu SOS08 SOS18 a met. pokynů/indikatoru kvality Prevence vzniku dekubitů. *20 bodů*

Aktivita

Pohyb

neomezený
 používá pomůcky (FH, vozík)
 potřebuje pomoc k pohybu (dopomoc)
 neschopen přesunů z vozíku na lůžko a zpět

Vyprazdňování

nevyžaduje pomoc
 v anamnéze

nykturie/inkontinence
 vyžaduje pomoc (cévkování, vyprazdňování)

Medikace

neuzívá rizikové léky
 užívá léky ze skupiny diuretik, antiepileptik, antiparkinsonik, antihypertenziv, psychotropní léky nebo benzodiazepiny.

Smyslové poruchy

žádné
 vizuální, sluchové, smyslový deficit

Mentální status

orientován (místem, časem)
 občasná/roční desorientace
 historie desorientace/demence (v anamnéze)

Věk

18-75
 nad 75

Pád v anamnéze

Skóre 3 a vyšší než 3, postupuj dle os. standardu SOP 03 *4 body*

Nutriční screening BMI (kg/m na 2):

Stres: střední faktor: chron. onemocnění (diabetes, mellitus).
vysoký faktor: akutní dekompenzované onemocnění apod.

Výsledek: A+B+C+D+E+F
0-3 body bez nutnosti zvláštní intervence.
4-7 bodů intervence nutričního terapeuta, dieta, režim
8-11 bodů malnutrice těžká, nutná intervence nutričního terapeuta a speciální nutriční léčba
Nežle-li klienta zhodnotit a zvažít započítat 2 body, nežle-li od klienta získat informace započítat 3 body. V takových případech vynech body B, C, D.
Postupuj dle met. pokynu č. 13 Nutriční screening *5 body*

Příloha č. 2

Ošetřovatelský plán – str. 1

Ošetřovatelský plán: u klientky A. P., věk 60 let – po amputaci levé DK ve stehně (v den příjmu)

Datum	Ošetřovatelská diagnóza	Cíl	Plán ošetřovatelské péče	Realizace	Hodnocení
1. září 2010	Strach z rehabilitační léčby v souvislosti s neznalostí nového prostředí.	<p>a) Do třech dnů nebude mít klientka strach z rehabilitační léčby.</p> <p>b) Klientka se nebude bát zeptat na nejasnosti a bude hovořit o svých pocitech.</p>	<p>- seznámit klientku s lůžkovým a rehabilitačním oddělením;</p> <p>- vysvětlit režim na oddělení;</p> <p>- denně zajistit odvoz klientky na rehabilitační oddělení a do jídelny;</p> <p>- seznámit klientku s naplánovanými procedurami ve cvičební kartě;</p> <p>- poučit klientku o prevenci hypoglykémie na rehabilitačním i lůžkovém oddělení;</p> <p>- komunikovat s klientkou často a získat její důvěru.</p>	<p>- klientka seznámena s lůžkovým oddělením a slovně popsáno rehabilitační oddělení;</p> <p>- vysvětlen režim na oddělení;</p> <p>- sanitární informování o nutnosti vožení klientky;</p> <p>- klientka poučena o hypoglykémii;</p> <p>- klientka uklidňována, často komunikováno s klientkou.</p>	<p>a) b) cíl nesplněn, postupuj dále a zhodnot' za 1 týden</p> <p>Pohorská Dana</p>
1. září 2010	Zhoršená schopnost přemísťování a jízdy na mechanickém vozíku z důvodu nedostatečných dovedností a obav z pádu.	<p>a) Klientka bude do 2 dnů vybavena pomůckami seznámena se správnou technikou přesunů a jízdy na mechanickém vozíku.</p> <p>b) Do 14 dnů zvládne samostatně jízdu na mechanickém vozíku.</p> <p>c) Do 14 dnů bude klientka zvládat přesuny v přítomnosti ošetřovatelského personálu a do 1 měsíce samostatně.</p> <p>d) Klientka bude bez obav sdělovat, které činnosti ještě neovládá.</p>	<p>- vybavit klientku mechanickým vozíkem + podsedkem, deskou na přesuny, činkami, terabendem;</p> <p>- vysvětlit jízdu na vozíku + dohlédnout, aby klientka 2x-3x denně trénovala jízdu na vozíku;</p> <p>- domluvit trénink přesezení v rámci oddělení + s LVS;</p> <p>- trénovat s klientkou přesuny alespoň 3x denně;</p> <p>- respektovat únavu klientky a obavy z pádu;</p> <p>- vysvětlit posilování HKK;</p> <p>- naučit posilování; spolupracovat s LVS;</p> <p>- kontrolovat klientku, zda posiluje;</p> <p>- chválit klientku za každý úspěch.</p>	<p>- půjčen mechanický vozík + podsedák;</p> <p>- domluven trénink s LVS.</p>	<p>a) b) c) d) cíl nesplněn, postupuj dále zhodnot' za 1 týden</p> <p>Pohorská Dana</p>

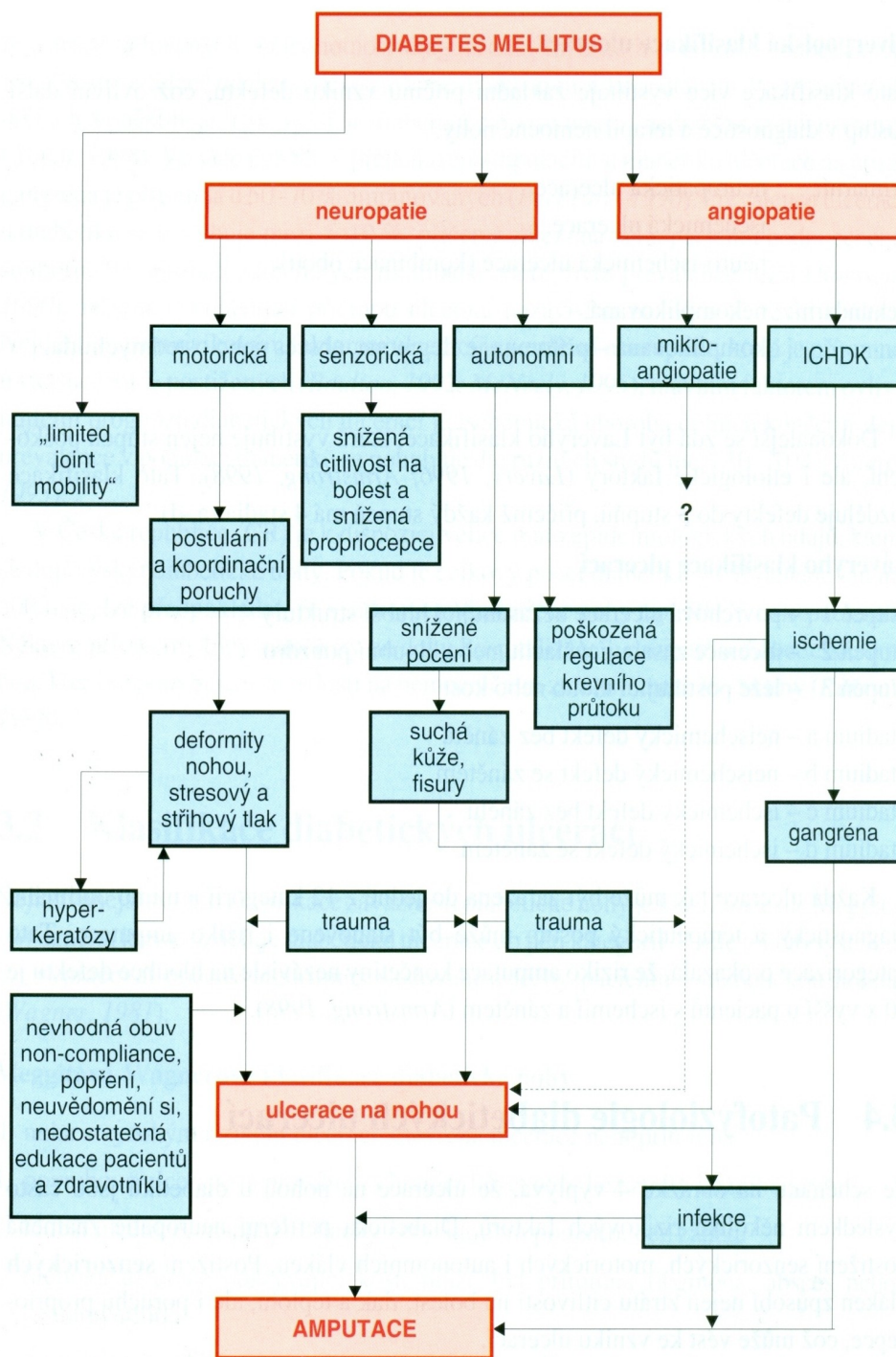
Ošetrovateľský plán – str. 2

1. září 2010	Deficit soběstačnosti při oblékání, hygieně, vyprazdňování.	Klientka bude do dvou měsíců zcela soběstačná v těchto činnostech.	<ul style="list-style-type: none"> - domluvit s LVS návčik oblékání na oddělení a nutnost vyzkoušet kompenzační pomůcky; - oblékání, přesuny do koupelny a na WC s klientkou procvičovat denně; - klientku chválit a podporovat; - poučit rodinu o potřebě úpravy bytu; - domluvit s rodinou návštěvu zdravotně sociální pracovnice. 	<ul style="list-style-type: none"> - s LVS domluven návčik soběstačnosti na oddělení a i na rehabilitačním oddělení. 	cíl nesplněn, postupuj dále, vhodnoť za 1 týden Pohorská Dana
1. září 2010	Otlak na patě a na palci pravé DK z důvodu snížené mobility.	Do jednoho měsíce budou defekty zhojeny.	<ul style="list-style-type: none"> - vybavit lůžko klientky antidekubitní matrací, molitanovým kolečkem; - poučit klientku o pitném režimu, výživě a péči o pokožku; - založit záznam (Péče o rány); - provádět denně převaz dle ordinace lékaře + 1x týdně s lékařem; - zajistit pravidelné vyfotografování defektů; - poučit klientku, jak správně pečovat o zachovalou DK; - dát kontakt při propuštění na podiatrickou ambulanci. 	<ul style="list-style-type: none"> - lůžko vybaveno antidekubitní matrací, molitanovým kolečkem; - defekty vyfoceny + proveden převaz; - založen záznam (Péče o rány) + proveden zápis o převazu defektů; - klientce vysvětlena důležitost podkládání paty. 	cíl nesplněn, postupuj dále, vhodnoť za 1 týden Pohorská Dana
1. září 2010	Smutek související se změnou tělesného vzhledu.	<ul style="list-style-type: none"> a) Do 1 měsíce bude mít klientka zlepšený psychický stav (bude bez obav komunikovat o změně tělesném vzhledu, bude veselejší). b) Na konci hospitalizace (cca za 3 měsíce) bude vyrovnaná se změnou tělesného vzhledu a bude např. aktivně používat protézu, komunikovat s ostatními klientkami. 	<ul style="list-style-type: none"> - komunikovat s klientkou denně a získat důvěru; podporovat i respektovat negativní emoce; - zajistit péči psychologa dle zájmu; - rodinu pouč o vhodnosti návštěv - seznámit klientku s kulturním vyžitím; - sledovat a zapsat denně náladu klientky; - změny nahlásit lékaři; - vhodnoť za 1 měsíc, zda se zlepšuje psychický stav klientky. 	<ul style="list-style-type: none"> - s klientkou několikrát za den navázán rozhovor, ale psychologa zatím odmítla; - seznámena s kulturním vyžitím; - zapsána do dokumentace nálada a projevy klientky. 	cíl nesplněn., postupuj dále, vhodnoť za 1 týden Pohorská Dana

<p>1. září 2010</p>	<p>Omezená hybnost z důvodu kontraktury a nedostatečného formování pahýlu v souvislosti s nedostatkem informací o péči o pahýl.</p>	<p>a) Klientka bude do jednoho měsíce umět správně pečovat o pahýl a bude umět samostatně oblékat protézu. b) Do třech měsíců bude zvládat chůzi o protéze.</p>	<p>- poučit klientku o správné péči o pahýl; - naučit klientku otužovat, masírovat pahýl; - klientka bude jízvu na pahýlu 3x denně promazávat; - vybavit klientku pomůckami na polohování a bandáž; - klientka bude provádět 4x za den bandáž a polohování; - informuj klientku o možnosti protetických služeb; - nauč oblékání protézy, klientka bude trénovat v rámci LVS, ILTV, na oddělení; - v počátku klientce pomáhej a dále dohlížej.</p>	<p>- poučena o správné péči o pahýl; - klientka vybavena pomůckami; - informována o protetických službách.</p>	<p>cíl nesplněn, postupuj dále, vhodnoť za 1 týden Pohorská Dana</p>
<p>1. září 2010</p>	<p>Narušen spánek z důvodu fantomové bolesti</p>	<p>Do jednoho měsíce bude klientka zvládat bolest pomocí naučených technik a přes noc bude spát alespoň 6 hodin.</p>	<p>- seznámit klientku s metodami sledování bolesti; - dát klientce formulář na sledování bolesti; - naučit cvičení v představě; - doporučit sprchování pahýlu teplou a studenou vodou před spánkem; - sledovat kvalitu spánku + zapsat; - pravidelně v pátek vyhodnotit bolest; - seznámit s plevovými polohami; - podávat analgetika dle ordinace lékaře; - změny oznámit lékaři.</p>	<p>- klientce vysvětleny důvody sledování bolesti + dán formulář; - seznámena s úlevovou polohou; - doporučeno sprchování pahýlu; - seznámena se cvičením v představě.</p>	<p>cíl nesplněn, postupuj dále, vhodnoť za 1 týden Pohorská Dana</p>

<p>I. září 2010</p>	<p>Porucha vyprazdňování stolice z důvodu snížené pohybové aktivity a nedodržování správné životosprávy.</p>	<p>a) Klientka se bude vyprazdňovat pravidelně alespoň jednou za dva dny bez laxativ. b) Klientka bude dodržovat správnou životosprávu a každý měsíc sníží tělesnou hmotnost o 2 kg.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - poučit klientku o životosprávě; - domluvit schůzku s nutričním terapeutem; - poučit klientku o pitném režimu; - klientka vypije alespoň 2 litry tekutin denně; - 1x týdně klientku zvážit + zapsat; - nabádat klientku ke zvýšené pohybové aktivitě; - umožnit vyprazdňování na WC; - zachovávat soukromí při vyprazdňování; - sledovat pravidelnost vyprazdňování + zapsat; - při zácpě podat dle ordinace lékaře laxativa; - obtíže oznámit lékaři. 	<ul style="list-style-type: none"> - domluvena schůzka s nutričním terapeutkou; - poučena o pitném režimu; - seznámena s pravidelným sledováním hmotnosti. 	<p>a) b) cíl nesplněn, postupuj dále, vhodný za 1 týden Pohorská Dana</p>
<p>I. září 2010</p>	<p>Riziko pádu z důvodu změněného tělesného těžiště v důsledku amputace DK.</p>	<p>Klientka v průběhu léčby neupadne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - upravit bezpečně prostředí klientky; - informovat o signalizačním zařízení; - poučit klientku o bezpečné obuvi na pravé DK i protěže; - naučit klientku před přemístěním důkladně vždy zabrzdit vozík; - seznámit klientku o dodržování bezpečnosti v průběhu úklidu na oddělení. 	<ul style="list-style-type: none"> - prostředí bezpečně upraveno; - informována o signalizačním zařízení; - poučena o bezpečné obuvi; - poučena o bezpečnosti při úklidu na oddělení; - poučena o nutnosti vždy důkladně zabrzdit vozík před přesunem. 	<p>cíl nesplněn, postupuj dále, vhodný za 1 týden Pohorská Dana</p>

Příloha č. 3 – Patofyziologie diabetických lézí



Staffa, R. *Záchrana kriticky ischemické končetiny*. Str. 30

Příloha č. 4

RÚ Kladruby



(z materiálů RÚ Kladruby)



Příloha č. 5

Rehabilitace



(z materiálů RÚ Kladruby)

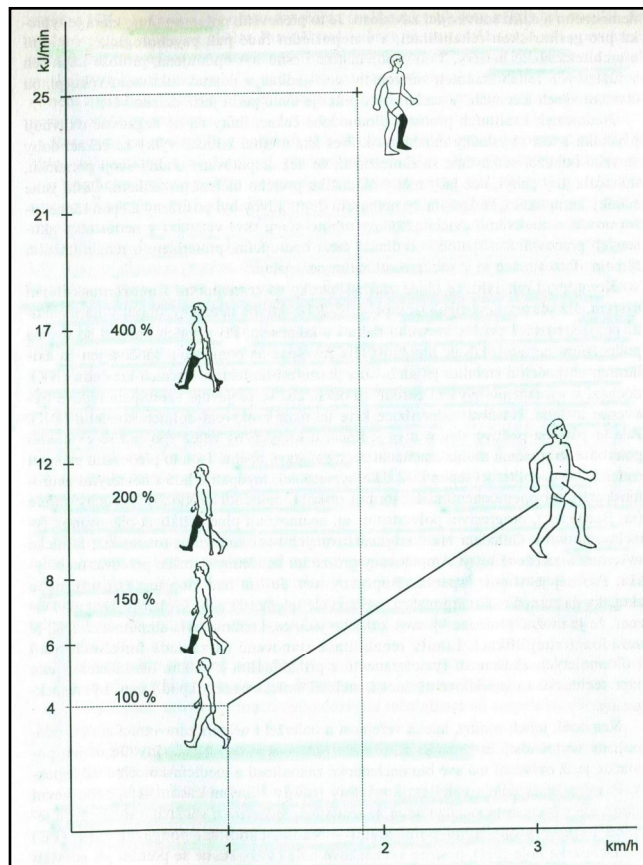
Příloha č. 6 – Nasazování protézy + energetická náročnost chůze o protéze



(z materiálů RÚ Kladruby)

Energetická náročnost chůze o protéze

Dylevský, Ivan, et,
al., *Pohybový systém a zátěž*.
Str. 237



Příloha č. 7 – Typy protéz

Protéza pro exartikulaci v kyčelním kloubu



Protéza stehenní



Protéza pro exartikulaci v kolenním kloubu



Protéza bércevní



MS ortoprotetika s. r. o. (MS PROTETIKA) [online]. 9. 2. 2011 [cit. 2011-04-12].
Dostupné z: <http://www.ms-protetik.cz/view.php?cislocianku=2011020012>

Amputace chodidla a protéza (z materiálů RÚ Kladruby)



Příloha č. 8 - Otužování, bandáž, polohování

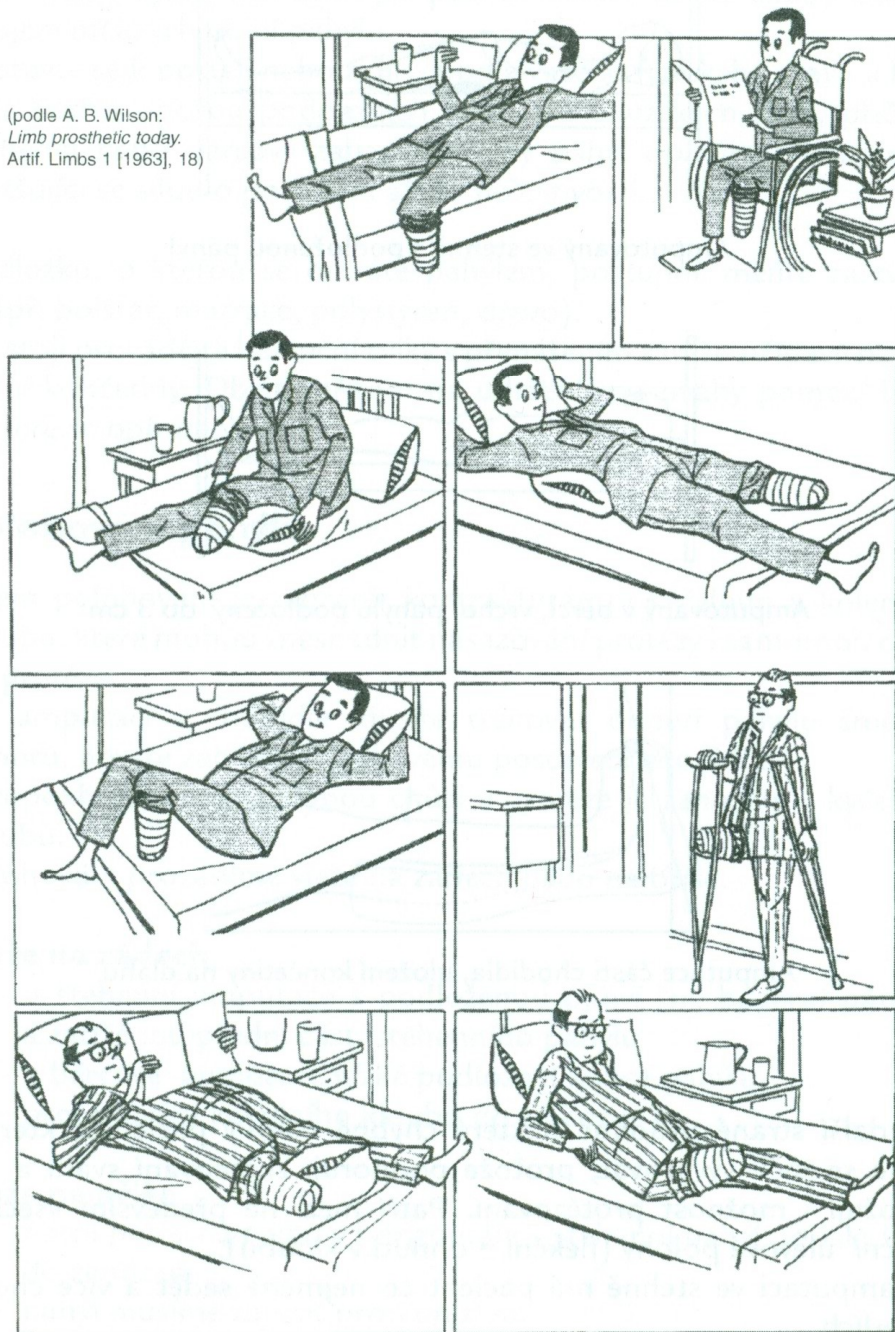


(z materiálů RÚ Kladruby)

Příloha č. 9 – Chybné návyky

Chybné návyky – TAKTO NE !!!

(podle A. B. Wilson:
Limb prosthetic today,
Artif. Limbs 1 [1963], 18)





REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY
KLADRUBY 30
257 62 KLADRUBY U VLAŠIMI

Diabetická dieta

Diabetická dieta má v zásadě dvojí charakter :

- a) charakter léčebný, díky kterému je udržována látková přeměna v rovnováze, především je pak díky stanovené toleranci sacharidů určen takový příjem, který nevede k zvýšení hladiny krevního cukru. Diabetická dieta je tak důležitým faktorem při udržování normálních hladin glykémie.
- b) charakter preventivní, který má zabránit či oddálit vznik diabetických komplikací, které jsou spojeny s vysokými hladinami krevního cukru. Z tohoto hlediska musí mít diabetická dieta nejen optimální dávky a složení sacharidů, ale také optimální dávku a složení tuků.

Potraviny obsahující sacharidy

Vzhledem k rychlému vstřebávání vyloučíme jednoduché cukry (cukr, džem, med, čokoládu, cukrovinky, zmrzlinu atd.)

Příjem složených cukrů se řídí povoleným množstvím (např.mouka, pečivo, chléb, těstoviny, rýže, ovoce atd.)

Musíme si také uvědomit, že určité množství cukru obsahuje také mléko a mléčné výrobky.

Vláknina neodmyslitelně patří do stravy diabetika. Má příznivý vliv na látkovou přeměnu cukrů a tuků, je důležitá pro vyprazdňování žaludku a střev.

Zařazování takových potravin jako jsou např. luštěniny, sója, ovesné vločky, kukuřičné lupínky je velmi vhodné právě pro jejich vysoký obsah vlákniny.

Pečivo, chléb - vhodné : chléb tmavý, celozrnný, žitný, ječný

méně vhodné : bílé pečivo, veka, světlý chléb, mouka

nevhodné : sladké pečivo, zákusky, dorty

Příloha - vhodné : brambory, bramborová kaše, rýže, vařené luštěniny,

méně vhodné : těstoviny, knedlíky houskové a bramborové

Ovoce - vhodné : jablko, grep, citrón, rybíz, kiwi, pomeranč, mandarinka, jahody, broskve, meruňky, borůvky, meloun

méně vhodné : banán, švestky, hrušky, hroznové víno, višně, třešně, ryngle

-ovoce je nejlépe podávat v čerstvém stavu, k přilepšení si můžete dopřát 80g vlašských ořechů

Zelenina je nejvhodnější potravina pro diabetiky. Denní dávka by měla být asi tak 300 – 400g. Opět je vhodnější v čerstvém stavu. Pokud je nutná tepelná úprava, tak co nejkratší dobu, nejlépe vařením v páře. Vhodná je všechna zelenina.

Potraviny obsahující bílkoviny

Bílkoviny a jejich výběr se neliší od základní stravy, ale je potřeba pamatovat, že bílkoviny živočišného původu jsou sdruženy s tuky, proto je vhodné zařazovat nízkotučné druhy, můžeme použít i rostlinné bílkoviny např. sóju, sójové mléko, sójové maso, luštěniny, rostlinné maso

Maso - vhodné : králíčí, kuřecí, libové hovězí, libové vepřové, telecí, srnčí, ryby

méně vhodné : libové uzeniny, šunka (obsahují větší množství tuků a soli), jestliže si občas dopřejeme uzeninu, měla by být čerstvá a libová, uzené ryby

nevhodné : tučná masa, tučná uzenina

Technologická úprava - vhodná : vaření, pečení, dušení, horkovzdušná trouba, opékání, grilování

méně vhodné : smažení

Mléko - maximální denní dávka je 1/2l

vhodné : mléko nízkotučné, kyselé, kefír, Biokys

méně vhodné : plnotučné mléko, šlehačka, smetana, zakysaná smetana

Mléčné výrobky - vhodné : nízkotučné sýry, nízkotučné bílé jogurty, tvaroh bez tuku

méně vhodné : Niva, hermelín, bryndza, Blatácké zlato

nevhodné : tučné sýry, tučný tvaroh, uzené sýry, slazené jogurty

Vejce – jsou nejen zdrojem bílkovin, ale i cholesterolu v žloutku, proto bílky můžeme jíst ve větším množství a celá vejce jen 1-2x týdně



REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY
KLADRUBY 30
257 62 KLADRUBY U VLAŠIMI

Potraviny obsahující tuky

Tuky jsou potravinou vysoce energetickou a současně zvyšující riziko rozvoje cévních onemocnění. Proto je vhodné omezovat tuky živočišné a používat hlavně tuky rostlinné.

Je třeba snížit celkovou spotřebu tuků.

vhodné : rostlinné tuky (např. Alfa, Rama, Flora), oleje (např. slunečnicový, sójový, kukuřičný, olivový, řepkový)

méně vhodné : máslo

nevhodné : sádlo, slanina, špek, škvarky, šlehačka, palmový olej, kokosový olej, ztužené margaríny

Nápoje - denní dávka tekutin by měla být 2-3l, ale jejich druhy je potřeba vybírat podle obsahu energie a cukru

vhodné : čistá voda, voda s citrónem, bylinné čaje, sodovky, stolní voda bez příchuti, minerálky

nevhodné : slazené nápoje, džusy

Pozor na alkohol! V kombinaci s inzulínem a některými antidiabetiky může vyvolat těžké hypoglykémie. Obsahuje nejen množství energie, ale i sacharidů. Ve výjimečných situacích je možné pití vinný střík z přírodního nepřislažovaného vína.

Sladidla - vhodné : náhradní sladidla neenergetická (Sacharin, Aspartam, Nutrasweet, Kandisan)

méně vhodná : náhradní sladidla energetická (Dukaryl, Spolarin, Fruktóza)

nevhodná : cukr, med

Diabetické výrobky – pokud konzumujete tzv. diabetické potraviny (dia.potraviny : dia.sušenky, dia.pečivo, dia.kompoty, dia-pivo, dia-víno, dia-limonády, dia-čokolády) je třeba je vybírat podle typu umělých sladidel a složení. Do jídelního lístku tyto výrobky často nezařazujeme pro vyšší energetický obsah a pro vyšší obsah tuků.

Rozdělení stravy během dne – nejčastěji je strava rozdělena do pěti až šesti denních dávek. Pauza mezi jednotlivými dávkami by měla být asi 3 hodiny. Stravovací režim lze ve spolupráci s nutriční terapeutkou (dietní sestrou) přizpůsobit zaměstnání i zálibám tak, aby to vyhovovalo Vašemu zdraví a aby jste se cítili co nejlépe. Mezi důležité součásti životosprávy patří úměrná fyzická námaha (např. plavání, turistika). Kouření značně zhoršuje zdravotní prognózu.

Možnosti výměny potravin

Místo $\frac{1}{4}$ l mléka můžeme podat toto množství jiných potravin :

50g tvarohu, 50g taveného sýra, 1ks vejce, 50g netučné uzeniny

Místo 50 (100)g tvarohu :

50 (100)g taveného sýra, 50 (100)g netučné uzeniny, $\frac{1}{2}$ (1) vejce

Místo 70g libového masa :

100g netučné uzeniny, 100g tvarohu, 2ks vajec

Místo 100g libového masa :

100g netučné uzeniny, 150g tvarohu, 2ks vajec a 40g sýra nebo netučné uzeniny

Místo 100g brambor :

130g bramborové kaše, 80g vařených těstovin, 70g vařené rýže, 90g vařených luštěnin, 70g bramborových knedlíků, 50g houskových knedlíků, 40g chleba (žemle)

Místo 150g brambor :

200g bramborové kaše, 120g vařených těstovin, 100g rýže, 140g luštěnin, 100g bramborových knedlíků, 70g houskových knedlíků, 60g chleba (žemle)



Zelenina v hodnotě 10g sacharidů

130g celeru, 180g zelené fazolky (čerstvé nebo mražené), 300g zelené fazolky sterilované, 350g čerstvých hub, 70g zeleného hrášku (čerstvého nebo sterilovaného), 300g chřestu, 150g kapusty, 200g kedlubny, 250g květáku, 120g mrkve, 250g zelené papriky, 120g pórku, 250g rajčat, 300g ředkviček, 120g červené řepy, 300g špenátu (syrový nebo mražený), 200g červeného zelí, 300g hlávkového zelí, 250g kyselého zelí, větší množství 400g i více salátových okurek a hlávkového salátu

Zelenina v hodnotě 15g sacharidů

200g celeru, 250g zelené fazolky (čerstvé nebo mražené), 450g zelené fazolky sterilované, 500g čerstvých hub, 100g zeleného hrášku (čerstvého nebo sterilovaného), 450g chřestu, 250g kapusty, 300g kedlubny, 400g květáku, 180g mrkve, 400g zelené papriky, 180g pórku, 400g rajčat, 450g ředkviček, 180g červené řepy, 450g špenátu (syrový nebo mražený), 300g červeného zelí, 450g hlávkového zelí, 400g kyselého zelí, větší množství 500g i více salátových okurek a hlávkového salátu

Ovoce v hodnotě 10g sacharidů

50g ananasu, 120g angreštu, 40g banánu, 80g borůvek, 80g broskve, 80g brusinek, 120g citrónu, 100g grepu, 60g hrušky, 70g jablka, 120g jahod, 90g kiwi, 100g mandarinek, 70g malin, 160g melounu, 80g meruněk, 60g nektarinek, 70g ostružin, 90g pomeranče, 70g rybízu červeného, 50g rybízu černého, 60g rynglí, 60g švestek, 60g třešní, 60g hroznového vína, 70g višní

Ovoce v hodnotě 15g sacharidů

70g ananasu, 180g angreštu, 60g banánu, 120g borůvek, 120g broskve, 120g brusinek, 180g citrónu, 150g grepu, 90g hrušky, 110g jablek, 180g jahod, 140g kiwi, 150g mandarinek, 110g malin, 240g melounu, 120g meruněk, 90g nektarinek, 110g ostružin, 140g pomeranče, 110g rybízu červeného, 80g rybízu černého, 90g rynglí, 90g švestek, 90g třešní, 90g hroznového vína, 110g višní

Potraviny v hodnotě 10g sacharidů

20g dalačanku, 20g housky, 20g chleba konzumní běžný, 25g Grahamův chléb, 25g rezný (pšeničnožitný), 15g křehký chléb, 10g kukuričný křehký chléb, 15g těstoviny suché, 40g vařené těstoviny, 15g rýže syrová, 40g rýže vařená, 15g vločky pšeničné, 15g kroupy suché, 15g pohanka suchá, 15g jáhly suché, 15g čočky suché, 45g čočky vařené, 15g hrách suchý, 40g hrách vařený, 15g fazole suché, 50g fazole vařené, 10dkg suchary, 15g mouky (pudinkový prášek), 20g sójové mouky, 35g bramborových knedlíků, 20g houskových knedlíků, 35g hranolek, 50g brambor, 40g bramboráku, 20g brambůrků, 100ml džus jablečný 100%, 300ml džus rajčatový 100%, 40g džem dia, 200g kompot dia, 50g kompot jablekový sladký, 15g slané crecry, 50g oříšků, 200ml mléka, 150ml bílého jogurtu, 120ml ovocného jogurtu, 500ml kefiru, 40g smetany v prášku, 200ml kysané smetany

Váha zeleniny a ovoce se rozumí v syrovém stavu po očištění, váha masa a příkrmů je uváděna až po kuchyňské úpravě.

Příloha č. 11

ŽÁDOST O PÍSEMNÉ POVOLENÍ POUŽÍVÁNÍ NÁZVU A MATERIÁLU RÚ KLADRUBY

V Bolině dne 8. listopadu 2010

Vážený pane řediteli,

tímto dopisem bych Vás ráda požádala o poskytnutí písemného svolení s užitím názvu Rehabilitačního ústavu Kladruby v názvu své závěrečné bakalářské práce a také v samotném textu této práce. Zamýšlený název mé bakalářské práce ještě není schválen, ale měl by být tento: Následná ošetrovatelská péče o klienta po amputaci dolní končetiny v rehabilitačním ústavu Kladruby.

Zároveň bych požádala o písemné povolení použití dostupných materiálů a informací ke zvolenému tématu, které byly nashromážděny v tomto zařízení (údaje o rehabilitaci, o léčbě a léčebných postupech na lůžkovém oddělení, různé statistiky a další případné potřebné materiály).

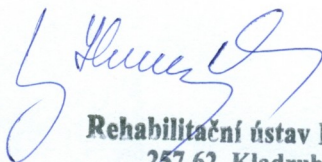
Předem děkuji za kladné vyřízení.

S pozdravem



Dana Pohorská
Staniční sestra LO2

souhlasím



Rehabilitační ústav Kladruby
257 62 Kladruby 30
Ing. Josef Hendrych, MBA