

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ PO AMPUTACI
KONČETINY**

Bakalářská práce

Autor práce: Monika Hrůzová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Truplová

Jihlava 2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Monika Hrůzová**
Studijní program: **Ošetrovatelství**
Obor: **Všeobecná sestra**
Název práce: **Kvalita života u pacientů po amputaci končetiny**
Cíl práce: **Cílem práce je zmapovat kvalitu života u jedinců po amputaci končetiny.**

Mgr. Jana Truplová
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Tématem mé bakalářské práce je Kvalita života u pacientů po amputaci končetiny. Toto téma jsem si vybrala, protože se v praxi často setkávám s pacienty, kteří podstoupili amputaci končetiny, a všímám si, jak tato skutečnost ovlivňuje kvalitu jejich života a jak se s danou problematikou vyrovnávají. V teoretické části práce se zaměřuji na historii, definici pojmu amputace, indikace k amputaci končetiny, léčbu a její komplikace, předoperační a pooperační péči či ortopedickou protetiku a kompenzační pomůcky. Zajímám se také o problematiku fantomových bolestí, jelikož jsou po amputaci velmi časté. Dále se pak zaměřuji na péči o pahýl a předoperační a pooperační rehabilitaci, protože ta je u těchto jedinců velmi důležitá.

Výzkumná část mé práce je zaměřena na kvalitu života u pacientů po amputaci končetiny. Zajímám se, v jakých oblastech a jakým způsobem ovlivňuje amputace jejich sociální a osobní život. Pro tuto část práce jsem zvolila kvalitativní přístup. Využila jsem metodu rozhovoru s polootevřenými otázkami. Respondenti pro výzkum jsou muži, ve věku od 25 do 75 let, kteří podstoupili amputaci končetiny v posledních 10 letech.

Klíčová slova

Kvalita života, amputace, protetika, končetiny, rehabilitace, pahýl.

Abstract

The topic of my bachelor thesis is Quality of life in patients after limb amputation. I chose this topic because in practice I often meet patients who have undergone limb amputation, and I notice how this fact affects their quality of life and how they deal with the issue. In the theoretical part of the work I focus on the history, definition of the term amputation, indications for limb amputation, treatment and its complications of preoperative and postoperative care or orthopedic prosthetics and compensatory aids. I am also interested in the issue of phantom pain, as they are very common after amputation. Furthermore, I focus on stump care and preoperative and postoperative rehabilitation because it is very important in these individuals.

The research part of my work is focused on the quality of life in patients after limb amputation. I am interested in which areas and how amputation affects their social and personal lives. I chose a qualitative approach for this part of the work. I used the method of conversation with semi-open questions. Research respondents are men, aged 25 to 75, who have undergone limb amputation in the last 10 years.

Keywords

Quality of life, amputation, prosthetics, limbs, rehabilitation, stump.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 8. dubna 2021

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Janě Truplové za její rady, trpělivost a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky. V neposlední řadě také děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli potřebné informace pro vypracování mé práce a dovolili mi nahlédnout do jejich osobních životů a zkušeností.

Obsah

Seznam zkratk	8
Seznam tabulek	9
Úvod	10
1 Současný stav problematiky	11
1.1 Definice amputace	11
1.2 Historie	11
1.3 Rozdělení dle způsobu provedení	11
1.3.1 Gilotinové amputace	12
1.3.2 Lalokové amputace	12
1.4 Rozdělení dle výše řezu	12
1.5 Rozdělení dle časového období	12
1.5.1 Primární	12
1.5.2 Sekundární	12
1.5.3 Odložené	13
1.6 Příčiny amputací	13
1.7 Stavy vedoucí k amputaci	14
1.7.1 Crush syndrom	14
1.7.2 Ischemická choroba dolních končetin	14
1.7.3 Syndrom diabetické nohy	14
1.8 Diagnostika	15
1.9 Typy amputací	15
1.9.1 Horní končetiny	15
1.9.2 Dolní končetiny	16
1.10 Amputace v dětském věku	16
1.11 Specifika ošetrovatelské péče	17
1.12 Předoperační péče	17
1.12.1 Dlouhodobá předoperační péče	17
1.12.2 Krátkodobá předoperační péče	18
1.12.3 Bezprostřední předoperační péče	18
1.13 Pooperační péče	19
1.14 Komplikace	19
1.15 Fantomové bolesti	19
1.15.1 Léčba fantomové bolesti	20
1.16 Péče o pahýl	20
1.16.1 Bandážování pahýlu	20
1.16.2 Kartáčování pahýlu	20
1.16.3 Masáž pahýlu	20
1.16.4 Prokrvování pahýlu	21
1.16.5 Polohování pahýlu	21
1.17 Rehabilitace	21
1.17.1 Předoperační rehabilitace	21
1.17.2 Pooperační rehabilitace	21
1.18 Protetika	22

1.18.1	Péče o protézu	23
1.19	Kvalita života	24
2	Výzkumná část	26
2.1	Cíl práce.....	26
2.2	Výzkumné otázky	26
2.3	Metodika a průběh výzkumu	26
2.4	Charakteristika respondentů.....	26
2.5	Zpracování dat.....	27
2.6	Výsledky výzkumu	27
2.6.1	Polostrukturované rozhovory	27
2.7	Analýza výsledků	46
2.7.1	První výzkumná otázka.....	46
2.7.2	Druhá výzkumná otázka	47
2.7.3	Třetí výzkumná otázka	47
3	Diskuse	48
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi	51
	Závěr	52
	Seznam použité literatury	53
	Přílohy.....	55

Seznam zkratek

CT	Počítačová tomografie
EKG	Elektrokardiografie
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
NMR	Nukleární magnetická rezonance
RTG	Rentgen
SDN	Syndrom diabetické nohy
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam tabulek

Tabulka 1 Informace o respondentech	27
Tabulka 2 Stručný výčet rozhovoru.....	27
Tabulka 3 Stručný výčet rozhovoru.....	31
Tabulka 4 Stručný výčet rozhovoru.....	34
Tabulka 5 Stručný výčet rozhovoru.....	37
Tabulka 6 Stručný výčet rozhovoru.....	40
Tabulka 7 Stručný výčet rozhovoru.....	43
Tabulka 8 Změna kvality života	46
Tabulka 9 Změna po psychické stránce.....	47
Tabulka 10 Psychologická pomoc	47

Úvod

Amputace je odstranění periferní části těla od celku, buď úrazem, anebo chirurgicky. Amputace patří mezi získaná postižení. Přistupuje se k ní v případě úrazu, anebo při některých typech onemocnění, která jsou natolik závažným stavem, že mohou nemocného ohrozit až na životě.

Amputace představuje velký zásah do života nemocného jedince. Je to výkon, který nemocného ovlivňuje v mnoha směrech. Amputace pacienta ovlivňuje nejen po stránce fyzické, ale také po stránce psychické, a to většinou velmi závažně. Pacient je ve většině případů nucen upustit od svých zálib a koníčků, často musí opustit práci, a to buď dočasně, do zlepšení stavu, anebo trvale a je nucen jít do invalidního důchodu. Jeho osobní či společenský život se mnohdy změní. Návrat k normálnímu životu je poté velmi složitý. Pacient se musí naučit žít s nově vzniklým handicapem, musí se naučit zvládat nové problémy a bariéry. Může se setkávat s lidmi, kteří se na jeho handicap budou dívat negativně, a to může zkomplikovat jeho návrat do normálního života. Často se tito pacienti mohou setkávat s přehnanou lítostí ze strany okolí, která jim zvládnutí jejich nově vzniklé situace může znepříjemnit.

Cílem mé práce bylo zmapovat kvalitu života u jedinců po amputaci končetiny. Chtěla jsem zjistit, v jaké míře amputace ovlivnila kvalitu pacientova života a jak ovlivnila pacienta po psychické stránce. Zajímalo mě, zda pacienti po amputaci využívají pomoc psychologa anebo se se svojí situací vypořádají raději sami.

Práci jsem si vybrala, protože se s lidmi po amputaci ve své praxi často setkávám a pozoruji, jak tato skutečnost pacienty ovlivňuje, a to zejména po psychické stránce. Sleduji, jak pacienti k amputaci přistupují a jaký postoj mají oni či jejich blízcí. Pacienti po amputaci potřebují většinou psychickou podporu, a to nejen od zdravotnického personálu, ale také od jejich rodiny a blízkých. Často jim jejich vyrovnání se se situací může ulehčit i dobrá pomoc odborníka, tedy psychologa. Dalším důvodem k výběru tohoto tématu bylo, že se lidé po amputaci končetiny pohybují i v mém blízkém okolí. Zajímalo mě, jak se změnila kvalita jejich života a také, zda jim byl v jejich rekonvalescenci a rehabilitaci nápomocný zdravotnický personál, anebo se vyrovnali s nově vzniklou situací sami či za pomoci rodiny a blízkých.

Mimo jiné jsem si toto téma vybrala také proto, že jsem chtěla upozornit na možnosti prevence a edukace ohledně stavů či nemocí, které k amputacím vedou. Z pohledu ošetřovatelství mě zajímalo, jakým způsobem můžeme my jako zdravotníci lidem v těchto situacích pomoci. Zaměřuji se na prevenci a edukaci ohledně pozdních komplikací diabetu, které jsou často příčinou amputace. Dále jsem chtěla upozornit na důležitost edukace rodinných příslušníků, kteří jsou často důležitou součástí pacientova života v těžkých obdobích jeho života, jako je právě období po amputaci končetiny.

V teoretické části mé práce se zabývám historií, charakteristikou amputací, jejich rozdělením, příčinami, které k amputaci vedly, diagnostikou, léčbou a následnou rehabilitací. Dále se zabývám také protetickými a kompenzačními pomůckami, protože pacientům usnadňují následné začlenění zpátky do běžného života. Dále zmiňuji také fantomové bolesti, které provází velkou většinu pacientů, a to hlavně v období po amputaci. Některé pouze kratší čas, jiné mají tyto bolesti dlouhé roky.

Pro výzkumnou část práce je zvolen kvalitativní přístup formou polostrukturovaných rozhovorů. V této části se pak zabývám rozбором provedených rozhovorů s respondenty.

1 Současný stav problematiky

V této části se budu zabývat teorií zaměřenou na amputace obecně. Tato část je rozdělena na několik kapitol a podkapitol a obsahuje informace jako jsou třeba příčiny, rozdělení či historie amputací.

1.1 Definice amputace

Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení (Dungl, 2014, s. 117).

Amputace je odstranění periferní části těla od celku úrazem nebo chirurgicky. K amputaci se přistupuje jako k poslední možné záchraně končetiny, případně života jedince.

Dungl uvádí, že „Exartikulace se od amputace liší pouze v tom, že periferie je odstraněna v linii kloubu.“

Účelem amputace i exartikulace je vyloučení onemocnění či funkčního poškození. Vždy jde o snahu ke zlepšení pohybu či návratu funkce (Dungl, 2014).

Amputace horní končetiny se vyskytují daleko méně než amputace dolních končetin (Krásová, 2012).

1.2 Historie

Amputace je historicky nejstarší prokázaný chirurgický výkon. Hlavní zásady tohoto výkonu stanovil již 500 let př.n.l. otec medicíny Hippokratés. Rozdělil první zásady amputací, a to následovně: odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život.

Amputace se vyvíjely v průběhu let. Největší rozmach amputací nastal za válek.

Dříve byly prováděny gilotinové amputace, při kterých nebyla použita anestezie. Při těchto amputacích se krvácení zastavovalo buď zaškrcením pahýlu, anebo ponořením pahýlu do horkého oleje. Gilotinové amputace se nazývají také otevřené, či cirkulární. Laloková amputace, a to i s podvazem cév, byla poprvé provedena v roce 1837.

Gilotinové i lalokové amputace se provádějí i v současnosti. Gilotinové amputace se provádějí zejména ve válečných podmínkách, nikoliv v nemocnicích.

Dříve se periferie odstraňovaly za pomoci jednoho řezu. Dnes je tomu jinak. Nejprve se přeruší kůže, poté se v místě smrštění kůže přeruší svaly a v místě smrštění svalu se poté přeruší skelet/kost. Nakonec je nutné upravit pahýl tak, aby bylo možné správně užívat protézu (Dungl, 2014).

1.3 Rozdělení dle způsobu provedení

Jak jsem již uvedla výše, amputace se dělí na gilotinové a lalokové.

1.3.1 Gilotinové amputace

Gilotinové amputace jsou vždy prováděny jako otevřené amputace. Někdy se tak i nazývají (Dungl, 2014).

Dnes si gilotinovou amputaci ale nemůžeme představit jako původní jednoduché cirkulární oddělení končetiny jedním řezem. Provádí se po jednotlivých krocích od přerušení kůže, až po přerušení kosti, jak jsem již uvedla v předchozí části práce. Je důležitá správná konečná úprava pahýlu (Dungl, 2014).

1.3.2 Lalokové amputace

Laloková amputace prodělala svůj postupný vývoj. Jedná se o dnes již naprosto standardní operační výkon. Tento typ amputace se obvykle provádí jako zavřená amputace, kdy musíme klást důraz na tenodézu (chirurgické přišití šlachy k okolní tkáni) přerušených svalů, která následně vede ke zlepšení funkce, ale i tvaru pahýlu. U lalokové amputace je vždy nutné dopředu naplánovat umístění laloků měkkých tkání tak, aby došlo k důkladnému odstranění patologické tkáně, a aby skelet mohl být přerušen v předem plánované výši. Laloky musí vždy překrývat skelet měkkými tkáněmi. Tyto měkké tkáně se následně dají vymodelovat do konického tvaru pahýlu, na který následně dobře nasedne protéza. Za pomoci myoplastiky či myodézy usilujeme o to, aby byla zachována motorika pahýlu (Dungl, 2014).

1.4 Rozdělení dle výše řezu

Amputace dolní končetiny se obecně rozděluje na nízkou, která je provedena cca 10-15 cm pod kolenem, dále pak střední, která je v 1/3 stehna a vysokou, tedy exartikulace v kyčelním kloubu.

Lékaři mají vždy snahu zachovat co největší možnou část končetiny, a také správně vytvarovat pahýl, aby se co nejlépe přizpůsoboval protéze.

Pro to, abychom stanovili výšku amputace, je rozhodující lokální nález, rozšíření infekce, chirurgické možnosti, rozsah postižení končetiny, a to včetně stavu jednotlivých tkání.

Je důležité abychom se řídili radami protetiky a celou záležitost s ním konzultovali. Obecné pravidlo amputací říká, že čím je pahýl delší, tím jsou menší energetické výdaje pro chůzi (Dungl, 2014).

1.5 Rozdělení dle časového období

1.5.1 Primární

Primární amputací se rozumí stav, kdy k amputaci končetiny téměř došlo již během traumatu. Je možné se pokusit o replantaci, anebo se přistupuje pouze k ošetření pahýlu.

1.5.2 Sekundární

K sekundární amputaci přistupujeme v případě postupující nekrózy na končetině, při hnisavých procesech uvnitř kloubu anebo u stavů s celkovou intoxikací. K sekundárním amputacím patří i stavy, kde nám selhal konzervativní postup léčby.

1.5.3 Odložené

Tento typ amputací je využíván u polytraumatických pacientů, kdy je naší prioritou udržení základních životních funkcí a až je pacientův stav lepší, provádí se amputace (Krásová, 2012).

1.6 Příčiny amputací

Amputace se provádí z několika různých příčin. Mezi nejčastější patří cévní příčiny, neurologické příčiny, kožní příčiny, kostní postižení, tumorózní afekce či fyzikální vlivy.

Příčin, které k amputacím vedou, je opravdu mnoho. Příčina amputace se do jisté míry podílí na rozhodnutí o výši amputace (Dungl, 2014).

Nejčastější příčinou amputací **horní** končetiny jsou traumata, která mohou být následkem autonehod, pracovních úrazů a úrazů v domácnosti. Mezi nejčastější stavy, které k amputaci vedou, bych zařadila hlavně těžká poranění, při kterých dochází k oddělení končetiny od těla anebo jejímu rozdrčení. Periferní část končetiny je zničena natolik, že není možná rekonstrukce končetiny a není naděje na vitalitu postižených tkání. K tomuto typu zranění může dojít například při poranění motorovou pilou.

Dále bych uvedla stavy s těžkými infekcemi, kdy je pacient ohrožen na životě z důvodu sepse. Mezi tyto stavy infekce lze zařadit například diabetickou gangrénu.

Další příčinou k amputaci může být také přítomnost zhoubného nádoru, a to například v kosti (osteosarkom).

Jednou z nejčastějších příčin amputace **dolní** končetiny je porucha prokrvení při ischemické chorobě dolních končetin (ICHDK), kdy v končetině dochází k úplné ztrátě krevní cirkulace.

Zda se k amputaci přistoupí či nikoliv je rozhodováno na základě výsledků MESS skóre (magled extremity severity score). Zde se hodnotí věk, úrazová energie, tlaková stabilita a ischemické postižení. Maximální počet bodů je 11, kdy není za žádných okolností možné končetinu zachránit. Při hodnocení 7 a více bodů se jednoznačně přistupuje k provedení amputace. Pod 6 bodů se lékaři snaží končetinu zachránit. Je důležité posoudit také celkový stav pacienta. Ovšem žádný systém bodování nemůže nahradit praktické zkušenosti operátora. Amputace by měla být však provedena až po vyčerpání všech diagnostických a terapeutických výkonů (Dungl, 2014).

Amputace je velice náročný výkon, který může způsobit i celkové selhání organismu, a to například při multiorgánovém selhání, anebo u pacientů starších či pacientů s polytraumatem. Po tom, co zhodnotíme všechny faktory, zdali je možné končetinu zachránit, by měl operátor posoudit i to, zda je tento postup optimální i pro pacienta, což musí být učiněno v souladu s jeho vůlí. Většina pacientů od začátku trvá na pokusu o záchranu končetiny.

K příznakům, které vycházejí z příčin, jež k amputaci vedly, patří především částečná či úplná ztráta krevní cirkulace, cyanóza (nafialovělé až zmodralé zbarvení kůže a sliznic) končetiny, vymizení pulzace na končetině, bledost až bolesti. Často se objevují klaudikační bolesti, což jsou takové bolesti, které se objevují při chůzi a pacient je nucen zastavit a počkat, než tyto bolesti ustoupí (Dungl, 2014).

1.7 Stavy vedoucí k amputaci

Kromě již zmíněných příčin zde uvádím také některé konkrétní stavy, které k amputacím vedou. Detailněji popisují ischemickou chorobu dolních končetin, anebo syndrom diabetické nohy.

1.7.1 Crush syndrom

Crush syndrom je stav, který souvisí se závažnými úrazy. Je velmi nebezpečný a ohrožuje nemocného na životě. Vzniká nejčastěji při zasypání či zavalení, tedy při masivním stlačení zevní silou. Jakmile zasypaného člověka vytáhneme, začne se crush syndrom projevovat. V důsledku pohmoždění a dlouhodobé kompresi svalů a měkkých tkání vzniká ischemie, která vede k uvolňování myoglobinu ze svalu. Na základě toho vzniká myoglobinurie, renální obstrukce a může dojít až k selhání ledvin. Vznikají otoky a nastává metabolický rozvrat.

Jsou-li některé části těla, zejména horní nebo dolní končetiny, crush syndromem příliš poškozeny, je nutné je odstranit, tedy provést amputaci (Kittnar, 2011).

1.7.2 Ischemická choroba dolních končetin

Onemocnění postihuje dolní končetiny. Jedná se o dlouhodobý proces, při kterém ve stěně tepny dochází k postupnému růstu aterosklerotických plátů, dochází k tunutí cévní stěny a zužuje se její průsvit až s možností kompletního uzavěru cévy. Důsledkem tohoto zúžení je pak nedostatečné prokrvení orgánů či tkání. Rozlišujeme formu akutní a chronickou.

Vzniká na podkladě aterosklerózy, která postihuje zejména kuřáky, diabetiky, hypertoniky a obézní jedince.

Typickým projevem ICHDK jsou klaudikační bolesti, které se projevují křečovitými svalovými bolestmi, objevujícími se při chůzi, které po zastavení vymizí. U klaudikační bolesti zjišťujeme tzv. klaudikační interval, tedy vzdálenost, kterou nemocný urazí, než začnou bolesti (Karetová, Vojtíšková, Roztočil, 2016).

1.7.3 Syndrom diabetické nohy

Diabetes mellitus představuje hlavní příčinu amputací dolních končetin, které nejsou zapříčiněny traumatem, tedy netraumatických amputací.

Syndrom diabetické nohy je velmi závažnou komplikací diabetu mellitu.

SDN je dle WHO definován jako infekce, ulcerace nebo destrukce tkání nohou (tj. struktur pod kotníkem) u diabetiků asociovaná s diabetickou neuropatií a různým stupněm ischemické choroby dolních končetin.

Rizikové faktory můžeme rozdělit na zevní a vnitřní. Mezi vnitřní patří zejména diabetická mikroangiopatie, tedy kapilární ischemie, neuropatie či ischemická choroba dolních končetin. Velmi častá je kombinace neuropatie a ischemie.

Mezi zevní faktory můžeme zařadit infekce a traumata. Ulcerace jsou způsobeny např. otlaky z nevhodné obuvi, poraněním, ragádou kůže či plísní (Jirkovská, 2015).

1.8 Diagnostika

Abychom se správně rozhodli, zda je nutné provést amputaci končetiny, je nezbytné provést několik vyšetření.

Jedním z nejdůležitějších vyšetření je odebrání anamnézy, což je souhrn informací o pacientovi a jeho zdraví. Při diagnostice a naplánování dalšího postupu je správná anamnéza pro lékaře naprosto nepostradatelná. Při anamnéze se zaměřujeme např. na genetické predispozice, onemocnění cév či předchozí úrazy a onemocnění.

Dalším prováděným vyšetřením je fyzikální vyšetření pacienta, které zahrnuje měření fyziologických funkcí, vyšetření pohledem, pohmatem, poslechem a poklepem.

Dále se provádí radiodiagnostická vyšetření, jako je RTG, NMR, CT, scintigrafie.

Důležité je také Dopplerovské vyšetření žil, kdy pomocí ultrazvuku měříme rychlost, kterou se krev pohybuje v cévách. Hodnotí se také stav cévní stěny a je možné rozpoznat patologické změny.

Provádí se invazivní vyšetřovací metody, mezi které patří angiografie, flebografie, DSA, selektivní angiografie pro znázornění stavu cév při amputaci, artroskopie.

DSA je zobrazovací metoda, která slouží k zobrazení cévního řečiště.

Angiografie slouží ke zjištění lokalizace a rozsahu trombembolického uzávěru cévy.

Flebografie je RTG vyšetření, které pomocí kontrastní látky zobrazuje hluboký i povrchový žilní systém.

Artroskopie je endoskopické vyšetření, kterým zjišťujeme postižení kloubu.

Neurologické vyšetření při kompresi nervů.

Provádí se odběry krve – KO, FW, CRP, ALP, ASLO, imunologické a serologické vyšetření a vyšetření kostního enzymu. Vyšetřuje se krevní skupina a Rh faktor (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.9 Typy amputací

1.9.1 Horní končetiny

K amputacím na horních končetinách můžeme zařadit:

- Amputace prstů
- Amputace v oblasti ruky
- Exartikulaci zápěstí
- Amputaci s dlouhým předloketním pahýlem
- Exartikulaci loketního kloubu
- Amputace pažní kosti s pahýlem dlouhým, středním či krátkým
- Exartikulace humeroskapulárního kloubu
- Intertorakoskapulární amputace (Dungl, 2014, Čoupková, 2019).

1.9.2 Dolní končetiny

Amputace prstů – nejčastěji se amputuje palec, který hraje významnou roli v opoře. Jedinci proto pokulhávají při běhu, jelikož jim s chybějícím palcem, chybí také opora při odrazu.

Amputace transmetatarzální – kosti metatarzální je nutné odstranit co nejdistaněji je možné, tedy pod hlavičkami metatarzů. Při správném provedení transmetatarzální amputace nehrozí žádné ovlivnění chůze (Mikulová, 2012). **Symeova amputace** se z důvodu technické náročnosti a obtížnosti následného oprotézování provádí jen zřídka. Dává se přednost amputacím v bérce.

Bércové amputace jsou řazeny mezi nejčastější druh amputací u pacientů s ischemickými změnami na dolních končetinách. Až 90 % pacientů absolvuje úspěšnou rehabilitaci a naučí se chodit s protézou. Při tomto typu amputace je nutné resekovat kost lýtkovou (fibulu) proximálněji než kost holenní (tibii) a přední plochu kosti holenní v místě odstranění srazit, díky čemuž můžeme lépe vytvarovat pahýl a předejít místním otlakům kůže (Dungl, 2014).

Exartikulace kolenního kloubu – indikace k exartikulaci v kolenním kloubu není příliš častá. Tento typ amputace je možné provádět několika technikami. Exartikulace v kolenním kloubu umožňuje vytvoření kvalitního zátěžového pahýlu a zachování funkce stehenních svalů. Kvalitní pahýl umožňuje nemocnému snadnější sezení, vstávání a udržování rovnováhy (Dungl, 2014).

Femorální amputace můžeme považovat za běžný operační výkon. Jde o odstranění dolní končetiny v oblasti femuru, tedy kosti stehenní. Pokud nebude pahýl dostatečně dlouhý, může to být komplikace pro následnou rehabilitaci (Dungl, 2014). **Exartikulace kyčelního kloubu** se provádí v poloze na zdravém boku. Nejdříve je nutné odstranit a podvázat arteria femoralis, následně se odstraní celá dolní končetina včetně kyčelního kloubu. Kloubní jamka se vyplňuje svaly a je možné lalokové překrytí. **Hemipelvektomie** – jedná se o amputaci dolní končetiny včetně přilehlé pánevní kosti. Nejdříve se podváže a ošetří tepna a následně se přistupuje k resekci a lalokovému překrytí. Jedná se o velmi náročný výkon prováděný na specializovaných pracovištích (Dungl, 2014).

1.10 Amputace v dětském věku

Amputace prováděné v dětském věku můžeme dělit na vrozené a získané. Vrozené tvoří asi

60 % všech amputací a jsou na podkladě vrozených vad. Získané jsou nejčastěji na podkladě úrazu, infektu či z onkologické indikace (Dungl, 2014).

Amputace v dětském věku jsou specifické z důvodu rostoucího skeletu, a to zejména v raném dětství. Při tomto typu amputací musíme počítat s celkovým tělesným růstem, ale také s růstem amputačního skeletu.

Krajbich stanovil obecné zásady amputací v dětském věku. Uvádí, že se snažíme zachovat co nejdelší pahýl, zachovat důležité růstové ploténky, dáváme přednost exartikulacím před amputacemi, vždy bychom se měli snažit o záchranu kolenního kloubu a o zachování a normalizování proximální část končetiny.

Můžeme říct, že děti snášejí amputace lépe než dospělí. U dětí se nevyskytují neuromy ani fantomové bolesti. Problémem u dětí je, že je nezbytné často měnit protetické pomůcky z důvodu růstu (Dungl, 2014).

1.11 Specifika ošetrovateľskej péče

Pri zvažovaní, zda je nutné provést amputaci, je potřeba uvědomovat si důsledky, které budou mít dopad na kvalitu života pacienta po amputaci. Sekundární amputace mohou kvalitu života zlepšit, protože jim často předchází nesnesitelné bolesti, a proto jsou nejlépe snášeny. I přesto je amputace stále velmi zatěžující, a hlavně stresující výkon, který představuje velké změny a je nutné brát zřetel na psychický stav nemocného.

Nepostradatelnou součástí předoperační péče je psychická příprava pacienta, kterou můžeme zlepšit přístupem personálu, a to jak lékaře, tak i sestru, které se o pacienta v předoperační péči starají. Je nutné, aby lékař pacientovi vysvětlil, o jaká výkon se jedná, jak bude probíhat předoperační příprava i samotný operační výkon a jaké komplikace mohou po operaci nastat. Informuje ho i o předpokládané délce hospitalizace. Je důležité, aby sestry, které se o pacienta starají, k němu přistupovaly empaticky a je velmi důležitá spolupráce s rodinou nemocného a psychologem. Aby sestra byla schopna zodpovědět pacientovi dotazy, měla by být seznámena s pooperačním ošetrovateľským postupem.

Je důležité, aby si pacient nacvičil sebeobsahu a seznámil se s kompenzačními pomůckami, které bude v rámci rekonvalescence a rehabilitace využívat ((Janíková, Zeleníková, 2013).

1.12 Předoperační péče

Jedná se o přípravu pacienta k operaci. Začíná cca 2 týdny před samotnou operací a končí uložením pacienta na operační sál. Cílem je zajistit nemocnému takové podmínky, které mu usnadní snášet operační zátěž. Dalším cílem je předejít následným komplikacím a zlepšit rekonvalescenci.

1.12.1 Dlouhodobá předoperační péče

Provádí se asi 14 dní před plánovaným výkonem. Zahrnuje interní vyšetření pacienta, a to buď jeho praktickým lékařem, anebo internistou. V případě dalších onemocnění je nutná konzultace se specialistou, např. diabetologem (Kotík, 2012).

Do dlouhodobé předoperační přípravy řadíme:

Anamnézu – osobní, farmakologickou, rodinnou, pracovní, sociální, u žen gynekologickou, u mužů urologickou anamnézu. Důležitou součástí anamnézy jsou alergie a abúzy.

Fyzikální vyšetření – jedná se o vyšetření celkového stavu pacienta pohledem, pohmatem, poklepem a poslechem. Současně se měří také fyziologické funkce.

EKG – elektrokardiografie je vyšetřovací metoda, kterou zjišťujeme elektrickou aktivitu srdce pomocí hrudních a končetinových svodů.

RTG srdce a plic

Laboratorní vyšetření – odebíráme krev na biochemii (jaterní testy, bilirubin, urea + kreatinin v séru, glykémie, ionty, celková bílkovina), hematologii (KO, FW, KS + Rh faktor) a hemokoagulaci (INR, APTT). Provádí se také odběry moče na biochemické vyšetření moč + sediment.

Pokud to dovoluje stav nemocného, provádí se před operací autotransfuze. Pokud to jeho stav neumožňuje, měla by být již před operačním výkonem zajištěna krevní konzerva.

Je důležité, aby měl pacient před operačním výkonem dostatečnou psychickou podporu. Měla by být nabídnuta i pomoc psychologa. Pokud to stav pacienta dovolí, měl by v předoperační přípravě probíhat i nácvik sebeobsluhy za kontroly fyzioterapeuta (Blažek, 2012).

1.12.2 Krátkodobá předoperační péče

Krátkodobá předoperační péče se vymezuje na 24 hodin před operačním výkonem a probíhá již za hospitalizace nemocného v nemocnici.

Do krátkodobé předoperační péče řadíme fyzickou, anesteziologickou a psychickou přípravu (Kotík, 2012).

Fyzická příprava

Pacient musí být vymočen a vyprázdněn. Pokud je to nutné, provádí se vycévkování a podává se klyzma. Musí být provedena důkladná hygiena včetně mytí vlasů. Sundávají se veškeré šperky, vyndává se zubní protéza a ukládá se do nádoby s vodou. Oholí a odezinfikuje se operační pole, dezinfikuje se i pupek. Od půlnoci lační, nesmí jíst, pít ani kouřit, aby se předešlo zvracení, anebo aspiraci po operaci.

V den operace se provede bandáž zdravé dolní končetiny, jako prevence vzniku tromboembolické nemoci. Lékař ordinuje antikoagulační léčbu (Fraxiparine, Clexane). Tato terapie je ordinována před i po operaci, ale den před operací se vysazuje (Kotík, 2012).

Anesteziologická příprava

Anesteziolog vyšetří pacienta a zjistí, co může ovlivnit anestezii. Zhodnotí všechna předoperační vyšetření a podle toho určí anesteziologická rizika podle stupnice ASA. Podle rizika poté naordinuje premedikaci a stanoví anesteziologický plán. Průběh anestezie poté vysvětlí pacientovi a ten musí podepsat souhlas s anestezií. Večer před operací se podává perorální premedikace ve formě hypnotik či sedativ (Čoupková, Slezáková, 2012).

1.12.3 Bezprostřední předoperační péče

Vymezuje se na 2 hodiny před samotným operačním výkonem. Jedná se především o kontrolu pacienta – lačnění, vyprázdnění, šperky, protéza, bandáže. Kontroluje se operační pole a dokumentace. Dle ordinace lékaře se 45 minut před odvozem na operační sál aplikuje premedikace ve formě opiátů. Poté už pacient nesmí vstávat z lůžka. Před odvozem je nutné, aby se pacient vymočil a svlékl.

U akutních případů je předoperační péče omezena na několik hodin, kdy se provádí pouze nejnutnější vyšetření, a i premedikace se podává ve snížených dávkách asi 10 minut před samotnou operací.

Po provedení správně předoperační přípravy se pacient odváží na operační sál a je uveden do celkové anestezie. Následně je zaintubován a připojen na ventilátor. Po celou dobu je nutné dodržovat zásady asepse a sledovat fyziologické funkce (Čoupková, Slezáková, 2012).

1.13 Pooperační péče

Jedná se o bezprostřední péči o pacienta po operaci. Zahrnuje pravidelné sledování fyziologických funkcí včetně vědomí, kontrolu krytí operační rány, péči o periferní vstupy a kontrolu drénů. Pacient musí mít minimálně do 2. dne po operaci klid na lůžku. Podáváme medikace dle ordinace lékaře. Jako prevence zánětu se podávají antibiotika. Pomocí analgetické terapie tlumíme bolesti a ke zlepšení prokrvení podáváme vazodilatancia.

Součástí pooperační péče je také péče o pahýl. Je nutné kontrolovat krytí rány, prosakování a provádět pravidelné převazy. Kontrolujeme funkčnost Redonova drénu, který se vyvádí z operační rány při amputaci. Redonova drenáž je uzavřený systém drenáže, který pomocí podtlaku odvádí krev z rány. Pahýl je nutné správně bandážovat a také polohovat, abychom předešli komplikacím. Pravidelně provádíme rehabilitaci a pacienta pomalu připravujeme na užívání protetických pomůcek.

Důležitou součástí pooperační/následné péče je i psychická podpora nemocného. Nejen sestry, ale také rodina musí pacientovi projevit podporu a pomoc v nelehké situaci. Je doporučena také pomoc psychologa (Čoupková, Slezáková, 2012).

1.14 Komplikace

Mezi nejčastější komplikace po amputaci řadíme například hematoma, který vzniká při nesprávné drenáži rány, rozestup rány nebo kožní nekrózu, dále pak gangrénu pahýlu, kdy se musí provést reamputace proximálněji. Může dojít také k otoku, kterému předcházíme správnou bandáží končetiny. Častou komplikací jsou též kontraktury pahýlu, kterým předcházíme časným polohováním a cvičením pahýlu a jednou z nejčastějších komplikací vůbec jsou fantomové bolesti (Dungl, 2014).

1.15 Fantomové bolesti

Jedná se o subjektivní pocit bolesti v končetině, která byla amputována. Syndrom fantomové končetiny se objevuje u drtivé většiny pacientů po amputaci a lze jej rozdělit na fantomové bolest – bolest končetiny, která byla amputována, fantomové pocity – nejedná se o bolest, ale o vnímání neexistující končetiny a za třetí pahýlová bolest – bolest pahýlu v místě amputace (Enger, 2013).

Patofyziologie fantomových bolestí není známá. Nejčastěji se uplatňují vlivy periferní, centrální a psychogenní. Mezi periferní řadíme neuromy, ischemii a svalové křeče v oblasti pahýlu nebo špatnou funkci sympatiku. Fantomové bolesti souvisí s procesy mozku a míchy. Pokud se bolesti objevovali již před amputací, je pravděpodobné, že se budou objevovat i ty fantomové. Stres a negativní emoce mají také velký vliv. Důležité jsou také osobnostní rysy, které řadíme mezi psychogenní vlivy. U většiny pacientů bolesti postupně odezní, ale u 5-10% problémy narůstají a objevují se buď sporadicky nebo přecházejí do chronické formy (Lejčko, 2014).

1.15.1 Léčba fantomové bolesti

Jelikož není známa patofyziologie těchto bolestí, nebylo zatím možné dobře určit úspěšnou léčbu. Princip léčby je podobný jako u jiných chronických onemocnění. Nepostradatelnou roli má prevence vzniku fantomových bolestí, která začíná již před provedením amputace.

Léčbu fantomových bolestí můžeme rozdělit na invazivní a neinvazivní.

Do **neinvazivního** typu léčby patří farmakologická léčba, např. analgetika včetně opiátů, antidepressiva (Imipramin, Deprex), antikonvulziva (Rivotril, Biston), lokálně aplikovaná farmaka (masti, gely, oleje) nebo nesteroidní antiflogistika (Zeman, 2011).

Do nefarmakologické léčby řadíme akupunkturu, masáže, fyzikální terapii, práci s psychologem, elektroterapii, ergoterapii.

Do **invazivního** typu léčby patří chirurgická léčba jako revize a případná neurektomie, déle pak neuroablativní techniky, jako je sympatektomie nebo rizotomie (chirurgické přetěžení míšního kořene), nuromodulační techniky – podávání neurotransmiterů a farmak do CNS, stimulace talamu a míchy a anesteziologické techniky – blokování nervového kmene (Lejčko, 2014).

1.16 Péče o pahýl

Je důležité, aby byla pahýlu věnována dostatečná péče, protože včasné a správné zhojení pahýlu je důležité pro následné užívání protézy. Je nezbytné správně bandážování a tvarování pahýlu, pro snazší oprotézování. K lepšímu prokrvení přispívá sprchování střídavě teplou a studenou vodou. K základní péči patří také masáže pahýlu a ztuhlých jizev (Taplová, 2011).

1.16.1 Bandážování pahýlu

Po první výměně pooperačního obvazu nebo po zhojení rány je možné přikládat elastický obvaz. Díky tomu, že bude na pahýl celý den působit stejnoměrný tlak, umožníme jeho správné vytvarování a později správné uchycení protézy. Obvaz sundáváme 3x denně, při koupání a převazech rány. Je nezbytné naučit se správnou obvazovou techniku. Užíváme elastická obinadla o šířce 10-15 cm. Bandážujeme vždy až nad zdravý kloub. Bandáž přelepíme náplastí přes vrchol pahýlu, abychom předešli jejímu sklouznutí. Je-li to možné, měl by se pacient naučit si končetinu zabandážovat sám (Taplová, 2011).

1.16.2 Kartáčování pahýlu

Je možné provádět jej při koupeli nebo na sucho. Používáme kartáč s měkkými vlákny, abychom neporanili pokožku. Pahýl kartáčujeme za účelem periferní senzomotorické stimulace. Tou podporujeme citlivost pahýlu, jenž je důležitá pro správné vnímání protézy (Taplová, 2011).

1.16.3 Masáž pahýlu

Pahýl masírujeme, abychom zajistili správné napětí podkožních měkkých tkání, napomáháme odstranění pooperačního edému (otoku) a lepšímu prokrvení pahýlu. Pokud je to možné, pacient si masáž provádí sám, a to hnětením, poklepáváním prstů, různými fyzikálními prostředky a vlnitými pohyby (Taplová, 2011).

1.16.4 Prokrvování pahýlu

K lepšímu prokrvení pahýlu využíváme jeho otužování. Můžeme pahýl ponořit do vody, anebo jej osprchovat. Střídáme teplou a studenou vodu. Teplá voda cévy dilatuje a tím zajistí lepší prokrvení, studená naopak navodí vasokonstrikci. Střídání teplé a studené vody opakujeme asi 15 minut. Poslední proud vody by měl být vždy studený (Taplová, 2011).

1.16.5 Polohování pahýlu

Správným polohováním pahýlu předcházíme možným komplikacím, jako jsou např. kontraktury. Je dobré pahýl zatěžovat, např. sáčkem s 1-2 kg. Správná poloha pahýlu po amputaci dolní končetiny je v leže na zádech, kdy pahýl přiložíme ke druhé končetině a je rovně na podložce (Taplová, 2011).

1.17 Rehabilitace

Včasná rehabilitace je velmi důležitá. Správnou rehabilitací usiluje o znovuzачlenění postiženého do společnosti. Cílem rehabilitace je minimalizovat stupeň závislosti nemocného a zvýšit jeho soběstačnost na nejvyšší možnou úroveň. Snažíme se o zlepšení fyzického, ale i psychického stavu. Rehabilitace je celková a je prováděna na zdravé i nemocné končetině. Rehabilitace je také důležitou součástí prevence imobilizačního syndromu u starších jedinců. Snažíme se dosáhnout větší pohyblivosti v kloubech, uvolnit zkrácené šlachy, posílit jednotlivé svalové skupiny, nacvičit správnou chůzi a adaptovat nemocného na zátěž. V rámci léčebné rehabilitace provádí pacient péči o pahýl, oblékání protézy, stoj a samotnou chůzi s protézou (Nedvědová, 2016).

1.17.1 Předoperační rehabilitace

Jestliže je amputace plánovaná, je dobré začít s některými cviky již před operací. Za pomoci fyzioterapeutů se pacient učí posilovací a protahovací techniky, provádí dechovou rehabilitaci, učí se chůzi o berlích. Cílem je připravit nemocného na pooperační období. Lépe zvládne pooperační zátěž (Nedvědová, 2016).

1.17.2 Pooperační rehabilitace

Fyzioterapeut by měl s rehabilitací začít již druhý den po operaci, a to poklepovou masáží a polohováním pahýlu. Poklepová masáž se provádí přes obvaz a neměla by být přes bolest.

Do rehabilitace patří polohování a podkládání pahýlu, bandážování a po zhojení měkkých tkání se začíná i se zatěžováním pahýlu. Pahýl opíráme o čím dál tvrdší podložku, kdy začínáme třeba s polštářem, poté matrací, a nakonec třeba s dřevěnou bedýnkou. Pacient by měl mít jistotu ve stoji v berlích a střídát zdravou nohu s pahýlem. Pacient se musí naučit stabilitě, protože po amputaci se může jeho těžiště těla změnit a stabilita mu následně může dělat potíže. Musí se naučit správnému držení těla. Nejdříve se pacient učí chůzi v bradlech a poté přechází na chůzi o berlích. Začíná s chůzí po rovině a po získání jistoty a stability pokračuje s chůzí po schodech. Následně se učí chůzi i po různém terénu.

Je potřeba aby fyzioterapeut s pacientem nacvičil také sedání a vstávání anebo procházení dveřmi přes práh. Po celou dobu sleduje fyzioterapeut pacientovi chyby a včas jej na ně upozorní. Pokud to stav a věk pacienta dovolí, je dobré nacvičit i techniku pádu.

Po dohodě lékaře s fyzioterapeutem se pacientovi přikládá protéza. U prvního setkání pacienta s protézou je přítomen i protetik. Zprvu se seznámí s její funkcí a údržbou. Učí se, jak si protézu správně nasadit. Dále je rehabilitace s protézou obdobná jako rehabilitace bez ní. Zprvu se pacient učí chodit v bradlech a poté o berlích (rovina, schody, různý terén). Až si je pacient chůzí jistý a je stabilní, může začít s chůzí bez berlí (Klusoňová, 2011).

Pokud pacient nemůže či nechce užívat protézu, musí se naučit zacházení s invalidním vozíkem, např. přelézání z lůžka na vozík a opačně.

Po amputaci horní končetiny se rehabilitace odvíjí od toho, zda má protéza plnit funkci kosmetickou, anebo má umožňovat provádění určitých činností. Pacient se musí naučit zacházet s protézou. Učí se ovládat svalové napětí, jak jej zvýšit, aby mohl poté protézou vykonat nějaký pohyb. Musí se naučit umístit protézu končetiny do určitého postavení, které usnadňuje manipulaci. Pacient provádí nácvik úchopu, dovedností, používání kosmetické protézy, používání protézy ovládané tělem či nácvik používání elektricky ovládané protézy (Klusoňová, 2011).

1.18 Protetika

Ortopedická protetika je lékařský obor, který se zabývá stavbou a aplikací protetických pomůcek, které mají nahradit nebo zlepšit funkci chybějící části těla nebo ji kosmeticky upravit. Ortopedickou protetiku můžeme rozdělit do čtyř podoborů:

Vlastní protetika – pracuje s vlastní protézou končetiny, která se aplikuje na povrch těla

Epitetika – zabývá se kosmetickou náhradou, bez náhrady ztracené funkce

Ortotika – pracuje s pomůckami, které kompenzují nebo ovlivňují pouze funkční stránku poškození (ortézy, korzety)

Kalceotika – zabývá se výrobou ortopedické a speciální obuvi (Dungl, 2014).

Protetika k léčbě pacientů využívá zevně aplikované protézy, opakem jsou endoprotézy, které jsou vloženy do těla chirurgickou cestou.

Ke stavbě a výrobě protetických pomůcek se využívají přírodní i syntetické materiály. Mezi přírodní patří např. kůže, dřevo, kovy a mezi syntetické patří tkaniny, plasty nebo silikon.

Protéza je vždy vyhotovena tak, aby vyhovovala individuálním potřebám pacienta, nikoliv aby se pacient přizpůsoboval protéze. Pacient a protéza tvoří funkční jednotku, tzv. biomechanický celek. Dobře navržená a sestavená protéza, musí vždy plně vyhovovat fyzickým předpokladům pacienta. Užívání protézy má neodmyslitelný vliv na mobilitu i na psychosociální přístup pacienta po amputaci, tím může ovlivnit kvalitu jeho života (Dungl, 2014).

Protézy horní končetiny rozdělujeme na pasivní a aktivní. Pasivní řeší kosmetickou stránku a aktivní funkční stránku.

Nejdůležitější částí protézy je pahýlové lůžko, které ji spojuje s tělem. Skládá se ze tří částí – horní, střední a dolní. Aby protéza netlačila a bylo možné ji správně ovládat, je důležité, aby pahýlové lůžko správně fungovalo. Rozeznáváme tři typy pahýlových lůžek – závěsné, semikontaktní a plně kontaktní.

Závěsné pahýlové lůžko je vymodelováno do přibližného tvaru pahýlu a k upevnění protézy ke končetině se používají pomocné části. Pomocné části se využívají k zajištění stability mezi lůžkem a pahýlem a řadíme k nim např. řemínky či bandáže. Výhodou je možnost upevnění i ke špatně vymodelovanému pahýlu. Nevýhodou je ztížená ovladatelnost protézy.

U semikontaktního pahýlového lůžka se používá k udržení protézy závěsný aparát, který umožňuje lepší ovladatelnost protézy.

Plně kontaktní pahýlové lůžko nevyžaduje k upevnění žádné pomocné či závěsné části. Funguje na principu podtlaku a dokonalého vytvarování pahýlového lůžka. Díky tomu dochází k plnému kontaktu s amputačním pahýlem a nejlepší funkčnosti protézy. Podtlak je regulován podtlakovým ventilem.

O typu lůžka se rozhoduje již při samotné amputaci, ale také v pooperačním období, což závisí na bandážování pahýlu, otužování či rehabilitaci (Dungl, 2014).

Pro vyhotovení jakékoliv protetické pomůcky nám pomáhá protetometrie, která zahrnuje několik způsobů měření, jako je například:

Prosté měření, kdy používáme nejčastěji krejčovskou míru

Plošné obkresy, při kterých znázorňujeme dostatečné velikosti na běžný papír

Otisky nohy, za pomoci kterých zjišťujeme statické tlakové poměry plosky

Sádrový model, který nám umožní nejdokonalejší znázornění velikosti a tvaru

Plastická poloforma, která umožní trojrozměrné zobrazení koncových částí těla

CAD-CAM technologie, jejíž princip je založen na počítačové 3D modelaci protetického výrobku.

Podklady pro zhotovení protézy můžeme získat jedním z výše uvedených způsobů anebo jejich kombinací. Tato měření se provádí v poloze, ve které bude pomůcka využívána a na nahém těle (Dungl, 2014).

Bionické klouby jsou zatím největším úspěchem protetiky, kdy do mechanické protézy vstupuje elektronika a umělá inteligence. Bionický kloub má za účel simulovat pohyby zdravého kloubu.

1.18.1 Péče o protézu

Péče o protézu je velmi důležitá. Péče o pahýlové lůžko protézy je závislá na typu materiálu, ze kterého je lůžko vyrobeno.

Plastové části stačí omývat hadříkem či mýdlovou vodou a *kožené části* je nutné důkladně vysušit.

K péči o *silikonový návlek* nám postačí mýdlo s neutrálním pH a omytí tekoucí vodou.

Vnitřní mechanické části jsou ošetřeny z výroby a nijak se neomývají. V případě potíží je třeba vyhledat pomoc protetika.

Pěnový či molitanový kryt se nijak neošetřuje. Je-li nasáklý vysušíme jej ručníkem a necháme volně vyschnout.

Kosmetická punčocha se přepírá v rukách s běžnými mycími prostředky.

Pacienti po amputaci mají nárok na 2 protézy za 2 roky (Krawczyk, 2011).

1.19 Kvalita života

Kvalita života je podle definice WHO „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem.*“

Poprvé byl koncept kvality života popisován Aristotelem, který jej popsal jako pocit štěstí.

Člověk musí průběžně přizpůsobovat své požadavky, hodnoty a cíle dle aktuálních podmínek prostředí a svých vlastních schopností, v souvislosti s chronickým onemocněním – amputací.

Kvalita života závisí na okolnostech, jako jsou čas a situace, ve kterých ji posuzujeme.

Kvalita života se zaměřuje jak na pozitivní, tak i negativní aspekty dopadu nemoci.

Výrazný podíl mohou mít různí činitelé, jako jsou materiální a finanční zajištění, aktuální stav zdraví, pracovní podmínky, vzdělání, ale také životní situace.

Kvalita života úzce souvisí s onemocněním, v našem případě s amputací končetiny, která má výrazný vliv na fyzický i psychický stav pacienta, na jeho dosavadní způsob života a naplňování vyšších potřeb – seberealizace (Olišarová, Dolák a Tóthová, 2013).

Na kvalitu života má vliv i kulturní rozdílnost. V některém náboženství se postižení chápe jako trest za provinění, v jiném jako směs soucitu a lásky, kdy je nezbytné se o nemocného starat.

Kvalitu života a životní spokojenost nelze chápat jako synonyma, avšak tyto dva pojmy spolu velmi blízce souvisí.

Kvalita života je dlouhodobým cílem ošetrovatelství a je v něm určena prostřednictvím celkové životní spokojenosti a spokojenosti s určitými oblastmi života, nebo jejich vnímáním. Správné zhodnocení kvality života je důležité pro zlepšení ošetrovatelské péče (Čepelová, 2016).

Kvalita života je komplexně ovlivněna fyzickým zdravím, psychickým stavem, úrovní nezávislosti, sociálními vztahy a environmentálními vztahy. Kvalita života je často vnímána jako důležitý faktor, ukazující výsledky rehabilitačních programů pro osoby s amputací (Matos, D. R., Naves, J. F., Araujo, T. C. C. F., 2020).

Jako jeden z mnoha ukazatelů kvality života, můžeme brát subjektivní vnímání zdravotního stavu nemocného. Kvalita života není zcela závislá na objektivním zdravotním stavu, proto jej musíme měřit samostatně.

Ke zhoršení kvality života může dojít i u blízkých, kteří se o postiženého starají. Kvalitu života pečujícího můžeme zvýšit tím, že podpoříme pacienta v jeho nezávislosti, lépe jej informujeme a edukujeme pečujícího (Gurková, 2011).

Pro posouzení kvality života používáme standardizované dotazníky jako jsou například SF - 36, WHOQOL-BREF a WHOQOL-100.

Dotazník WHOQOL-100 je sestaven ze 100 položek. Dotazník WHOQOL-BREF je sestaven z 24 položek, které jsou sdruženy do 4 domén a dvou samostatných položek hodnotících celkovou kvalitu života a zdravotní stav dotazovaných. Dotazník SF – 36 obsahuje celkem 36 položek, které jsou rozděleny do 8 dimenzí. Každá položka/otázka obsahuje několik navržených odpovědí na principu škálové stupnice. Dimenze jsou: fyzické fungování, fyzická omezení, tělesná bolest, všeobecné zdraví, vitalita, sociální fungování, emoční problémy a duševní zdraví.

Kromě těchto 8 dimenzí obsahuje dotazník SF - 36 jednu položku, která nepatří do žádné konkrétní dimenze. Tato položka popisuje současné zdraví, které srovnává se zdravím před rokem. Jde o jednu samostatnou položku (Gurková, 2011).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat kvalitu života u jedinců po amputaci končetiny.

2.2 Výzkumné otázky

VO č. 1: Jak se u pacientů po amputaci končetiny změnila kvalita jejich života?

VO č. 2: Jak amputace končetiny ovlivnila pacienty po psychické stránce?

VO č. 3: Byla pacientům nabídnuta pomoc psychologa? Byla tato pomoc úspěšná?

2.3 Metodika a průběh výzkumu

Nejčastěji užívanou metodou ke zjišťování a měření kvality života je dotazník anebo strukturovaný či polostrukturovaný rozhovor.

Pro tuto bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní metoda výzkumu, a to pomocí polostrukturovaného rozhovoru s respondenty. Polostrukturovaný rozhovor je takový, ve kterém máme předem dané téma. Otázky jsou předem připravené a je možné je různě doplňovat či zaměňovat. Respondent, který se účastní rozhovoru má možnost vyjadřovat své vlastní myšlenky (Hendl, 2016).

Důvodem pro výběr rozhovoru s respondenty byla možnost bližšího kontaktu a lepšího pochopení zkoumané problematiky.

Respondenti byli předem seznámeni s tím, že rozhovory budou sloužit pro vypracování této bakalářské práce. Všechny rozhovory byly poskytnuty dobrovolně, zcela anonymně a s ústním souhlasem respondentů. Aby se respondenti cítili dobře a neměli strach z cizího prostředí byly rozhovory s jejich souhlasem prováděny v jejich soukromí. Respondenti odpovídali na předpřipravené otázky, kterých bylo dohromady 16. Každý respondent měl možnost vyjádřit své vlastní pocity a názory. Z důvodu zachování anonymity nebudou použita jména ani iniciály respondentů. Rozhovory byly zaznamenány na mobilní telefon v podobě audio nahrávek. Tyto nahrávky byly následně přepracovány do písemné podoby a poté smazány.

2.4 Charakteristika respondentů

Rozhovoru se zúčastnilo celkem 6 respondentů. Všichni respondenti byli muži, různých věkových kategorií s různým životním stylem, kteří podstoupili amputaci končetiny v posledních 10 letech. Věk respondentů byl v rozmezí od 25 do 75 let. Všichni respondenti souhlasili s provedením výzkumného šetření v jejich soukromí. Všichni respondenti byli z mého okolí. Většinu znám osobně, některé respondenty jsem oslovila pomocí sociální sítě.

2.5 Zpracování dat

Výzkumné šetření probíhalo v období od března do června 2021. Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Word 2010. Ze získaných rozhovorů jsem nejdříve udělala stručný výčet ve formě tabulek. Poté jsem udělala doslovný přepis polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné otázky jsou zaznamenány v tabulkách.

Tabulka 1 Informace o respondentech

Respondent	Věk	Místo amputace	Příčina amputace	Uplynulá doba od amputace
R.1	61	LDK pod kolenem	Komplikace DM	5 let
R.2	42	PDK pod kolenem	Autonehoda	8 let
R.3	25	PDK v koleni	Osteosarkom	2 roky
R.4	53	LHK v předloktí	Úraz	4 roky
R.5	72	LDK ve stehně	Komplikace DM	6 let
R.6	59	PDK v bérce	ICHDK	3 roky

Zdroj: autorka

2.6 Výsledky výzkumu

2.6.1 Polostrukturované rozhovory

Respondent č. 1

R.1 je muž, který se narodil v roce 1960. Je vyučený elektrikář, nyní v invalidním důchodu. Žije s manželkou na vesnici v rodinném domečku. Má dvě dcery. Mezi záliby patří šachy, sledování sportu v televizi a vnoučata. Léčí se s diabetem mellitem. Bez genetické zátěže. Amputace byla provedena na levé dolní končetině pod kolenem.

Rozhovor by proveden 25.4.2021 u respondenta č. 1 doma. U rozhovoru byla přítomna i jeho manželka, která se zájmem poslouchala.

Tabulka 2 Stručný výčet rozhovoru

Věk	61
Příčina amputace?	Komplikace diabetu – SDN.
Doba od amputace?	5 let.
Kvalita života před amputací?	Spíše dobrá.
Záliby před amputací?	Procházky, šachy, práce na zahradě, sledování sportu, vnoučata.

Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Ano.
Záliby a koníčky po amputaci?	Šachy, sledování sportu v TV. Omezil procházky i práci na zahradě. S vnoučaty si nemůže hrát tolik, jako před amputací.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Osobní život se spíše nezměnil. Musel pouze omezit práci na zahradě na minimum a procházky na krátké pouze po vesnici. Společenský život se nezměnil. Nesetkal se s žádnou negativní reakcí.
Změna po psychické stránce?	Žádná rapidní změna
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Byla. Nepřijal, jeho největší oporou je manželka a děti. Pomoc psychologa nebyla třeba.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	Žije v rodinném domečku na vesnici. Pouze odstranili prahy a místo vany pořídili sprchový kout se sedačkou.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Má vyhotovenou protézu, ale dlouho s ní nevydrží. Používá ji na kratší procházky či cestu do města. Po domě se pohybuje za pomoci berlí.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Po amputaci hlezna měl infekci v ráně, která se nehojila. Byla nutná druhá operace a amputace pod kolenem. Fantomovy bolesti měl, ale už se neobjevují.
Rehabilitujete pravidelně?	Po amputaci v nemocnici rehabilitoval podle plánu. Nejdříve s rehabilitační sestrou a potom sám. Teď už nerehabilituje pravidelně, pouze chodí na procházky.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Je v invalidním důchodu.
Obava ze vzhledu?	Nejdříve se obával, jak na něj budou lidi z okolí reagovat. Se svým vzhledem je již smířený.
Strach z budoucnosti?	Nemá. S amputací je smířený.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.1: „Já se už dlouho léčím s cukrovkou. Nohu mi uřízli, protože se mi udělal bolák na patě a ten se kvůli cukrovce špatně hojil, takže mi noha začala černat a měl jsem infekci.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.1: „V květnu už to bude 5 let, co mi nohu uřízli. To už je doba.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.1: „Já myslím, že jo. Byl jsem v podstatě zdravější a dost aktivní. Hrál jsem si hodně s vnoučatama. Pořád jsme něco vymýšleli. Vedli jsem s manželkou normální spokojený život.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.1: „Než mi nohu uřízli tak jsem hodně chodil na procházky. S manželkou jsme chodili k rybníku anebo na houby. Rád jsem si hrál s vnoučatama, třeba i na honěnou. Máme menší zahrádku a tam jsem taky často byl. Rád jsem se staral o zeleninu, ale to už moc nemůžu. No a jinak jsem s kamarádama vždycky hrál šachy anebo jsme v hospodě koukali na sport.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.1: „Byl. Po amputaci už jsem nemohl dělat svoji práci, protože jsem měl problém se dostat kam potřebuju a nemohl jsem už pracovat.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.1: „No dost. Šachy hraju pořád, ale na procházky chodím málo. Moc daleko totiž nejdou. Taky už si nemůžu hrát tolik s vnoučatama jako předtím, ale i tak si užijeme dost srandy spolu. Tady do hospody dojdou, a to je občas důležitý.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.1: „Moje sociální postavení se nijak nezměnilo. Doma mě manželka bere pořád stejně s nohou nebo bez ní. Jediný, co mě štve, že nemůžu řídit. Manželka už se bojí, takže když tady v jednotě nesežene, co potřebuje, jezdí nakupovat s dcerami. Kamarádi mě taky berou normálně. Nikdo se na mě nedíval nijak špatně ani mě nijak nelitovali.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.1: „Ze začátku trochu jo. Bála jsem se, jak to budu zvládat. Nejdřív jsem byl trochu v rozpacích, ale rychle jsem se smířil. Teď už žádnou změnu nepociťuju.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.1: „Jo v nemocnici mi nabízeli pomoc psychologa, ale já ji nepotřeboval. Oporou mi byla manželka a s amputací jsem se docela rychle smířil.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.1: „Bydlím v rodinném domku s manželkou. Víím, že v nemocnici mi o bezbariérovém přístupu říkali, ale u mě to nebylo potřeba, protože nemáme doma žádný schody nebo tak. Jediný, co mi dělalo problém byla vana, takže jsme místo ní pořídili sprcháč, kde je takový to sedátko. A museli jsme odstranit prahy, aby se mi líp chodilo.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.1: „Používám berle, takový ty podpažní. Protézu mám taky, ale dlouho na ní nevydržím. Spíš jen na krátkou procházku anebo když jedeme do města, ale doma se pohybuju s berlema.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.1: „Já měl prvně nohu amputovanou u kotníku, kvůli patě, ale vůbec se to nehojilo a pak jsem dostal infekci. No takže mi nohu uřízli pod kolenem a pak už to bylo v pohodě. Fantomovy bolesti jsem měl asi dva roky. Ze začátku to bylo docela blbý. Pořád jsem měl pocit, že mě ta noha hrozně svědí a občas jsem cítil bolesti, i když nebylo čeho. Ale už asi 3 roky nemám žádný bolesti.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.1: „Když jsem byl v nemocnici, tak zamnou pravidelně docházela rehabilitační sestra. Nejdřív jsem cvičil s ní, a pak i sám doma. Ale už nějakou dobu nerehabilituju, akorát se snažím chodit na zahrádku a na procházky, abych měl pohyb.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.1: „Už nepracuju. Jsem v invalidním důchodu.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.1: „Teď už ne. S tím, že nemám nohu, jsem se smířil. Však takových lidí je. Ale bál jsem se, jestli se na mě nebudou lidi dívat jinak, hlavně dcery a vnoučata, ale je to dobrý.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.1: Spíš ne. Snažím se dodržovat režim, aby nepřišly komplikace a neufikli mi i tu druhou. Jím dietně, chodím na pravidelné kontroly, tak snad to bude dobrý.“

Respondent č. 2

R.2 se narodil v roce 1979. Je vyučený automechanik. Žije s manželkou a dvěma dětmi v malém městě. Mezi záliby patří hlavně auta a sport. S ničím se neléčí, je bez genetické zátěže. Amputace byla provedena na pravé noze pod kolenem.

Rozhovor byl proveden 29.3.2021 u respondenta doma. Byl velmi vstřícný a rád spolupracoval.

Tabulka 3 Stručný výčet rozhovoru

Věk	42
Příčina amputace?	Autonehoda.
Doba od amputace?	8 let.
Kvalita života před amputací?	Velmi dobrá.
Záliby před amputací?	Auta, sport, rodina.
Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Pouze dočasně.
Záliby a koníčky po amputaci?	V podstatě beze změny.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Nezměnil.
Změna po psychické stránce?	Ze začátku ano, se svým stavem se již smířil.
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Ano byla. Přijal.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	Byt. Bylo nutné pouze sundat prahy.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Používá hlavně protézu vyhotovenou na míru. Občas berle.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Fantomové bolesti měl pouze asi rok. Žádné jiné komplikace neuvádí.
Rehabilitujete pravidelně?	Snaží se rehabilitovat pravidelně podle plánu.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Pracuje jako automechanik.
Obava ze vzhledu?	Dřív se hodně bál. Lidi se na něj koukali, ale po letech už se smířil.
Strach z budoucnosti?	Trochu ano.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.2: „Měl jsem autonehodu, při které jsem o nohu přišel. Nebyla to moje vina, tím víc mě to štvalo.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.2: „Už je to něco málo přes 8 let. Bylo mi tehdy 34.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.2: „Rozhodně ano. Byl jsem mladý, zdravý, aktivní. S manželkou jsme žili naprosto spokojeně. Máme dvě děti, dělal jsem práci co mě bavila. Rozhodně bych si na svůj život před tou nehodou nestěžoval.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.2: „Rozhodně rodina. Hodně jsme jezdili s dětma na výlety. Občas jsme chodili hrát s kamarády ping-pong nebo tenis. Bavila mě moje práce a auta celkově. Moc se toho nezměnilo.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.2: „Po amputaci ano. Nějakou dobu jsem byl doma kvůli rekonvalescenci, ale hned jak jsem se s protézou zžil, do práce jsem se vrátil.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.2: „Skoro nijak. Po amputaci jsem samozřejmě nedělal nic, co předtím, ale celkem rychle jsem se naučil chodit s protézou a mohl jsem dělat všechno co dřív. Pořád chodím s kamarády na pinec a občas i na tenis, i když ten je pro mě fyzicky trochu náročnější. Hodně jezdíme po výletech, ať už s manželkou nebo i dětma. Auta mě pořád baví, jsem rád, že jsem se mohl vrátit do práce.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.2: „Moje sociální postavení doma se nezměnilo. Manželka mi byla po nehodě velkou oporou a za to jsem jí moc vděčný. Nikdy mi nedávala vinu, ani mě přehnaně nelitovala. Kamarádi mě berou normálně, stejně jako předtím. Nesetkal jsem se s nikým, kdo by mě odsuzoval nebo tak, i když po nehodě mě hodně lidí z okolí litovalo.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.2: „Rozhodně. Po nehodě jsem na tom byl dost špatně. Nemohl jsem se smířit s tím, že najednou ze dne na den nemám nohu. Nemohl jsem pracovat. Byl jsem na dně, protože jsem si život bez nohy nedovedl vůbec představit, ale za pomoci psychologa a rodiny jsem se z toho dostal. S amputací jsem se smířil docela rychle. Naučil jsem se dělat všechno s protézou, tak jako kdybych měl normálně nohu.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.2: „Byla. V nemocnici jsem byl dost na dně, takže jsem jejich nabídku psychologa přijal. Myslím, že jsem udělal dobře, protože mi to hodně pomohlo. Největší oporou mi byla hlavně moje žena.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.2: „Bydlím v bytě v 1. patře. Ze začátku mi trochu dělaly problém schody a vana, ale všechno jsem se naučil. Jediný, co mi překáželo byly prahy, takže jsem je dal pryč.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.2: „Krátko po amputaci jsem měl berle, ale jakmile mi vyrobili protézu, tak jsem je zahodil a rychle jsem se naučil pohybovat se s protézou. Berle používám jen občas, když je toho pohybu na mě dost a protézu musím na chvíli odložit.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.2: „Komplikace jako takové jsem neměl. Rána se hojila dobře. Psychicky jsem na tom byl špatně a fantomovy bolesti jsem měl taky, ale jenom asi rok, za což jsem rád.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.2: „Rozhodně jo. Začal jsem už v nemocnici se sestrou, která mi ukázala, co a jak a určila mi plán. Snažím se toho pořád co nejvíc držet, protože si myslím, že je to důležitý. Jsem ještě mladej a chci, aby mě ta noha omezovala co nejmíň.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.2: „Pracuju. Nějakou dobu jsem musel práce nechat, ale jakmile jsem se všechno naučil, do práce jsem se rád vrátil. Vrtat se v autech mě baví. Nedělá mi problém vlézt pod auto nebo cokoliv opravit, takže mě ta amputace až tolik neomezuje.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.2: „Teď už ne. Když jsem o nohu přišel tak jo. Bylo mi teprve 34, manželce 31, měli jsem dvě celkem malé děti. Měl jsem strach, že se manželce už nebudu líbit, nebo že se mě děti budou bát, ale nic takového se nestalo. Moje rodina je úžasná. Když mám kalhoty, tak ani nikdo nepozná, že nohu nemám, ale dřív na mě lidi hodně koukali.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.2: „Trochu asi ano. Mám obavu, aby nenastaly třeba nějaké komplikace, až budu starší, ale doufám, že to bude všechno dobrý.“

Respondent č. 3

R.3 je mladý muž, narozený v roce 1996. Je vyučený jako obráběč kovů, pracuje ve fabrice na výrobu autodílů. Žije s přítelkyní ve 3. patře panelového domu v menším městě. Mezi jeho záliby patří vaření, cvičení a běh. Jeho babička zemřela na nádorové onemocnění. Amputace byla provedena na pravé noze v kolenní.

Rozhovor byl proveden 15. 4. 2021 u pána doma.

Tabulka 4 Stručný výčet rozhovoru

Věk	25
Příčina amputace?	Osteosarkom.
Doba od amputace?	2 roky.
Kvalita života před amputací?	Velmi dobrá.
Záliby před amputací?	Sport, běhání, cvičení, fitness.
Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Dočasně ano.
Záliby a koníčky po amputaci?	Musel omezit běh i cvičení. Našel si zálibu ve vaření.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Trochu ano.
Změna po psychické stránce?	Po zjištění diagnózy měl deprese. Už se se svým stavem pomalu smiřuje.
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Ano byla. Nepřijal.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	3. patro, byt. Bez nutných úprav.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Zpočátku používal berle, nyní hlavně protézu.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Po operaci měl fantomové bolesti asi rok a půl. Nyní má občas zvláštní pocity, ale bez bolesti.
Rehabilitujete pravidelně?	Ano.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Pracuje ve fabrice.
Obava ze vzhledu?	Trochu ano.
Strach z budoucnosti?	Ano.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.3: „Rakovina. Měl jsem osteosarkom, což je nádor kosti. Nějakou dobu mě bolela noha, ale protože jsem hodně cvičil, běhal a chodil do fitka, myslel jsem si, že je to tím. Jenže ty bolesti neustoupili, ani když jsem se šetřil, tak jsem zašel k doktorovi a ten mě poslal na RTG, kde mi našli ten nádor.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.3: „Bylo mi 23, takže už dva roky no.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.3: „Jasně! Máme s přítelkyní byt, měl jsem práci, která mi nevadí a mohl jsem sportovat, což mě fakt naplňuje. Bylo mi 23, byl jsem mladej a naprosto zdravěj. Rozhodně jsem si neměl na co stěžovat. Dělal jsem to, co mě bavilo.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.3: „No hlavně fitko. Bavilo mě zkoušet, co dokážu a celkem mi to šlo. Často jsme s přítelkyní běhali, třeba takových 6 km a občas jsme chodili hrát tenis.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.3: „Tak po tý operaci jo. Nějakou dobu trvalo, než jsem se z toho všeho dostal. Hodně jsem cvičil a pak jsem se učil chodit s protézou.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.3: „Řekl bych, že hodně. Do fitka nechodím, protože na to zatím nemám. Tenis taky hrát nemůžu, ale aspoň jsem se naučil s protézou dobře chodit, a tak s mladou hodně chodíme po vycházkách. Zase na druhou stranu, našel jsem si zálibu ve vaření. Když jsem nemohl cvičit, tak jsem byl hodně doma a občas jsem vařil. No a začalo mě to celkem bavit, takže teď třeba uvařím přítelkyni něco dobrého k večeři a jí to udělá radost.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.3: „To asi jo. Přítelkyně mi byla oporou, a taky moje rodina. Hlavně mamka. Ale taky mě hodně litovali. Nejen rodiče, ale i kamarádi. Už se to ale zlepšuje, tolik na mě lidi nekoukají a ani tý lítosti už není tolik co dřív.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.3: „Rozhodně. Po tom, co mi našli ten nádor, tak jsem byl hodně v háji. Řekli mi, že jediná možnost je amputace, ale že mám štěstí, protože nádor nikam nemetastazoval. Já to jako štěstí teda rozhodně neviděl, protože přijít o nohu je dost blbý. Dlouho jsem to vstřebával a po operaci jsem to snášel dost zle. Byl jsem strašně smutnej, ale hlavně hrozně naštvaněj. Nechtěl jsem si nechat pomoci, pořád jsem nechápal, proč se to stalo zrovna mě. Asi rok jsem byl mimo. Nepracoval jsem, nikam moc nechodil, byl jsem taková hromádka neštěstí, jak se říká. Ale pořád mě motivovala moje přítelkyně a já se kvůli ní hrozně snažil všechno zlepšit. Hodně jsem rehabilitoval a učil se co nejlíp žít s protézou, co mi vyrobili. Pořád mě to občas zatrápí, ale už jsem na tom rozhodně líp a snažím se na sobě makat, abych se mohl co nejvíc vrátit ke svému životu před tím.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.3: „Jo. V nemocnici mi pomoc psychologa nabízeli, ale já to bral jako slabost, žejo. Chtěl jsem se s tím vyrovnat po svém a díky podpoře rodiny to taky zvládám. Možná s odstupem času si říkám, že jsem tu pomoc využít mohl, ale teď už je to jedno.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.3: „Máme s mladou byt. Bydlíme ve 3. patře, ale je tady výtah, což mi dost pomohlo, hlavně ze začátku. V bytě jsme nic upravovat nemuseli. Máme tady dost velký sprcháč, takže s koupáním problém nebyl. Chvilku jsem přemýšlel, že vyházím prahy, protože mi občas překáželi, když jsem šel s berlema anebo se učil chodit s protézou, ale pak jsem si na ně zvykl a nechal je tam.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.3: „Používám protézu a dřív berle. Teď teda hlavně tu protézu.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.3: „Měl jsem ty bolesti. Trvalo to tak rok a půl. První půl rok se to nedalo vydržet, ty bolesti byly celkem častý a léky mi na to nezabíraly. Postupem času se to zlepšilo a teď žádný bolesti nemám, ale občas takový divný pocity jakoby mě ta noha, kterou nemám, svědila nebo tak.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.3: „Rehabilituju hodně. Snažím se na sobě makat, aby to bylo zas dobrý. Chtěl bych si jednoho dne zase zaběhat nebo se třeba i vrátit ke cvičení.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.3: „Asi před půl rokem jsem se do práce vrátil, takže pracuju. Občas mě ta noha trochu pobolívá, když dlouho stojím, ale jinak mě to nijak neomezuje.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.3: „Tak jasně. Jako po tý operaci na mě každej pořád koukal. Vůbec mi to nepomáhalo. Nejsem se sebou úplně spokojenej. Kdo by byl, když nemá nohu, ale snažím se s tím vyrovnat co nejlíp.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.3: „Jo. Bojím se, aby se rakovina nevrátila. Taky toho, že se nikdy nevrátím k úplně normálnímu životu.“

Respondent č. 4

R.4 se narodil v roce 1968. Vyučil se a pracoval jako zámečník. Žije sám v domě na vesnici, je rozvedený. Mezi jeho záliby patří čtení a práce na zahradě. Bez genetické zátěže. Amputace byla provedena na levé horní končetině v předloktí.

Rozhovor byl proveden 29.5.2021 u respondenta doma. Byl trochu méně komunikativní než ostatní respondenti.

Tabulka 5 Stručný výčet rozhovoru

Věk	53
Příčina amputace?	Úraz.
Doba od amputace?	4 roky.
Kvalita života před amputací?	Spíše dobrá.
Záliby před amputací?	Práce se dřevem, četba.
Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Ano.
Záliby a koníčky po amputaci?	Se dřevem nepracuje. Začal pracovat na zahradě. Čte.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Ano.
Změna po psychické stránce?	Spíše ano.
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Ano byla. Odmítl.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	Dům. Nebyly nutné žádné změny.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Nepoužívá nic.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Fantomové bolesti asi rok a půl.
Rehabilitujete pravidelně?	Ne.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Je v invalidním důchodu.
Obava ze vzhledu?	Ne.
Strach z budoucnosti?	Ne.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.4: „Pracovní úraz. Ruku mi rozdrtil lis na železo.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.4: „Už jsou to 4 roky.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.4: „Tak asi jako normální. Byl jsem rozvedený už tehdy, ale tak měl jsem práci a nebyl jsem nijak nemocný. Takže spíš jo.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.4: „No tak když jsem ještě mohl, tak jsem pracoval se dřevem. Vyráběl jsem různé věci, jako třeba i menší kusy nábytku. To mě bavilo. Jinak jsem hodně četl detektivky.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.4: „To byl no. Bez ruky to nešlo.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.4: „No hodně. Pracovat se dřevem už nemůžu, ale zase místo toho dělám na zahradě. Mám takovou malou zahradu, kde mám dva stromy a menší záhon, tak se starám o to. I když občas mi i to dělá problémy a ta ruka mi chybí.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.4: „To asi jo. Dřív jsem se hodně bavil s chlapama z práce. Od té doby, co nepracuju, tak se už nevídáme. Lidi z vesnice na mě občas koukají, ale mě to nijak nevadí. Omezuje mě to, že nemůžu řídit. Kamkoli potřebuju musím jet autobusem anebo se domluvit s někým, kdo mě odveze.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.4: „Tak jasně, že jo. Jako když pracujete, děláte všechno, co vás baví a najednou nemáte jednu ruku, je to blbý. Dost vás to pak omezuje v hodně věcech. Já jsem aspoň rád, že jsem nepřišel o pravou, protože jsem pravák.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.4: „To mi nabízeli hned v nemocnici, ale já odmítl. Nebylo to potřeba.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.4: „Bydlím v domě se zahrádkou na vesnici. Nic takového nebylo nutné.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.4: „Nepoužívám nic. Protézu mi vyrobili, ale nevyhovuje mi to, takže jsem ji zahodil a nepoužívám už nic.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.4: „Komplikace žádné nebyly. Všechno se mi hojilo, tak jak mělo. Ale ty fantomovy bolesti jsem měl. Trvalo to asi rok a půl a od té doby mám pokoj.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.4: „Nerehabilituju vůbec.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.4: „Od toho úrazu jsem v invalidním důchodu.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.4: „Ne. S tím, že nemám ruku, už jsem se smířil. Když na mě někdo blbě kouká, tak to neřeším.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.4: „Ani ne. Myslím, že můžu dělat spoustu věcí. Tolik mě to neomezuje, protože se o sebe dokážu postarat sám a snad ještě dlouho to tak zůstane.“

Respondent č. 5

R.5. je muž, který se narodil v roce 1949. Pracoval celý život jako zedník, nyní je v důchodu. Žije s manželkou v prvním patře rodinného domu. Ve druhém patře bydlí jeho syn s rodinou, který mu pomáhá. Mezi jeho záliby patří křížovky, jeho pesek a vnučka. Léčí se s diabetem mellitem. Jeho maminka měla diabetes, na jehož komplikace následně zemřela. Amputace byla provedena ve stehně levé nohy.

Rozhovor byl proveden 27.3.2021 u respondenta doma.

Tabulka 6 Stručný výčet rozhovoru

Věk	72
Příčina amputace?	Komplikace diabetu.
Doba od amputace?	6 let.
Kvalita života před amputací?	Spíše špatná.
Záliby před amputací?	Křížovky, procházky s pejskem, vnučka.
Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Již nepracoval.
Záliby a koníčky po amputaci?	Procházky musel omezit.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Spíše ano.
Změna po psychické stránce?	Změnu pocítil spíše k lepšímu.
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Nebyla. I kdyby ano, nepřijal by ji.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	První patro rodinného domu. Odstranili prahy.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Protéza mu nevyhovuje. Používá invalidní vozík nebo berle.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Komplikace po operaci neměl. Fantomovy bolesti pociťoval asi 3 roky od amputace.
Rehabilitujete pravidelně?	Spíše ne.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Je ve starobním důchodu.
Obava ze vzhledu?	Ne.
Strach z budoucnosti?	Ano.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.5: „Nohu mi uřízli, protože jsem měl cukrovku a už dlouho mě bolela. Měl jsem potíže několik let. Jsem rád, že mi tu nohu uřízli, protože se mi ulevilo.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.5: „Už 6 let mám pokoj.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.5: „Jak už jsem říkal. Já měl hodně bolesti, takže dobrou bych neřekl. S manželkou jsme si užívali důchod a vnučku, ale ty bolesti mě omezovaly.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.5: „Před amputací jsem chodil s pejskem na vycházky, ale moc daleko jsem nedošel, kvůli těm bolestem. Hrál jsem si s vnučkou a taky hodně luštil křížovky. Vždycky jsme s manželkou luštili spolu a radili si.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.5: „Nebyl. Já už jsem byl v té době ve starobním důchodu.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.5: „Na procházky už nechodím, ale křížovky luštíme a s pejskem si dost vyhraju i doma. Vnučka bydlí s námi, takže zamnou taky hodně chodí.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.5: „Trochu asi ano. Nemůžu se už pohybovat tak, jako dřív, takže už moc nikam nechodím. Někdy třeba přijdou na návštěvu nějakí známí, ale moc se s lidmi z okolí už nevidám. Jsem trochu odkázaný na pomoc rodiny. Hlavně po té operaci jsem měl problém se přemisťovat třeba na toaletu a do sprchy, ale už jsem se zlepšil a zvládnou to i sám. Hodně mi pomáhal syn a taky mě podporovala manželka. Snacha je zdravotní sestra, tak mi po operaci pomáhala s rehabilitací. Jsem jim vděčný, že se o mě tak starají.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.5: „Když pomínu, že mám problém chodit někam dál mimo dům, tak je to spíš lepší než před tou operací. Předtím jsem byl občas dost mrzutý a smutný, protože jsem měl ty bolesti, ale když se mi ta noha pak zahojila a neměl jsem žádný komplikace, tak je to teď lepší, protože už žádné bolesti nemám, a tak jsem rád.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.5: „Takovou pomoc mi nikdo nenabídl. Hodně mi pomohla jedna sestřička, byla moc hodná a radila mi co a jak, ale i kdyby mi tu pomoc nabídli, tak bych odmítl, protože mě nejvíc pomohla moje rodina a hlavně jsem byl spíš rád po té operaci. Pomoc psychologa jsem určitě nepotřeboval.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.5: „Bydlím v prvním patře rodinného domu, jak vidíte. Naštěstí nemáme schody, takže jsem nemusel řešit žádné velké změny. Museli jsme odstranit prahy na podlaze, abych se tady mohl pohybovat s vozíkem.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.5: „Protézu mi sice vyrobili, ale špatně se mi s ní chodí. Často se mi na tom pahýlu dělají otlaky, když ji používám. Dřív jsem chodil s tou protézou a holema, ale teď už spíš jenom ty hole používám anebo taky vozík.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.5: „Komplikace určitě ne. Všechno se mi krásně zahojilo, až jsem byl překvapený, protože mám právě cukrovku a často se mi zranění hojily špatně. Bolesti jsem měl asi 3 roky, ale určitě byly menší než ty, co jsem měl před operací.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.5: „Poslední dobou už spíš ne. Po té operaci zamnou chodila snacha a pomáhala mi s rehabilitací, ale teď už se mi moc nechce.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.5: „Já jsem ve starobním důchodu.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.5: „Ne. Já už jsem starej a nikdo se na mě nekouká. Manželka mě má ráda i bez té nohy.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.5: „Samozřejmě. Už nejsme s manželkou nejmladší, tak se bojím, jak to spolu budeme zvládat. Nechci, aby se o mě musel starat syn nebo snacha, abych se už sám o sebe nepostaral.“

Respondent č. 6

R.6 se narodil v roce 1962. Vyučil se v oboru zemědělství. Pracoval v JZD. Nyní je v invalidním důchodu. Je rozvedený, žije s partnerkou v bytě ve městě. Má dva syny, kteří ho navštěvují. Mezi jeho záliby patří zvířata a motorky. Léčí se pro srdeční slabost, dochází do kardiologické ambulance. Bez genetické zátěže. Amputace byla provedena na pravé dolní končetině v oblasti bérce.

Rozhovor byl proveden 8.5.2021 u respondenta doma.

Tabulka 7 Stručný výčet rozhovoru

Věk	59
Příčina amputace?	ICHDK.
Doba od amputace?	3 roky.
Kvalita života před amputací?	Spíše dobrá.
Záliby před amputací?	Motorky, zvířata, kolo.
Musel jste opustit vaše zaměstnání?	Ano.
Záliby a koníčky po amputaci?	Své koníčky musel v jisté míře omezit. Na kole nemůže jezdit vůbec.
Změnil se váš sociální a společenský život?	Spíše ano.
Změna po psychické stránce?	Určitě ano. Po operaci se cítil hodně osamělý.
Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Přijal jste ji?	Ano byla. Pomoc odmítl.
Dům/byt? Bylo nutné provést nějaké změny?	Byt. 2. patro s výtahem.
Kompenzační pomůcky? Protéza?	Pohybuje se pomocí berlí nebo invalidního vozíku. Protézu neužívá.
Komplikace po operaci? Fantomové bolesti?	Po operaci byly komplikace v podobě infekce rány. Rána se zahojila per secundam. Fantomové bolesti stále pociťuje.
Rehabilitujete pravidelně?	Spíše ano.
Pracujete nebo jste v důchodu?	Je v invalidním důchodu.
Obava ze vzhledu?	Ne.
Strach z budoucnosti?	Ano.

Doslovný přepis rozhovoru

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?

R.6: „Příčinou bylo to, že se mi neprokrvovali nohy. Měl jsem ucpaný cévy. Začalo to tak, že mi byla pořád zima od noh a při chůzi mě ty nohy občas bolely.“

2. Jaká doba uběhla od amputace?

R.6: „Od amputace uběhly 3 roky.“

3. Zhodnotil byste kvalitu vašeho života před amputací jako dobrou?

R.6: „To asi ano. Byl jsem sice rozvedený a žil sám, ale moji synové mě často navštěvovali a mohl jsem normálně pracovat. Léčím se na kardiologii, protože mi zjistili nějakou srdeční slabost, ale nijak mě to neomezovalo.“

4. Jaké byly vaše záliby před amputací?

R.6: „Já jsem byl vášnivěj motorkář. Měl jsem starou Jawu 350, na který jsem jezdil a pionýra. Pořád jsem se v tom vrtal, hodně mě to bavilo. Tu zálibu jsem zdědil po tátovi, taky to byl motorkář. Jezdil jsem po okolí na kole a taky jsem se rád staral o zvířata. Měl jsem pejska, ale před dvěma rukama mi zemřel.“

5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?

R.6: „No z práce jsem odejít musel, protože to bez nohy nešlo.“

6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?

R.6: „No hodně. Na kole jezdit nemůžu. Pejska už taky nemám a do práce, kde byla zvířata, o která jsem se staral už taky nechodím. Na motorce už jezdit nemůžu, takže jsem ji nechal synovi, který se v tom taky vrtá. Občas zamnou na ní přijede anebo když jedu já k němu, tak se v tom vrtáme spolu, ale to mi ten požitek z jízdy samozřejmě nahradit nedokáže.“

7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?

R.6: „Společenský určitě jo. Lidi z práce mě hrozně litovali. Jeden syn bydlí daleko, takže se moc nevidáme, ale ten druhý mi pomohl, když jsem potřeboval. Takže nějaké sociální postavení se asi moc nezměnilo. Moc už nechodím někam mezi lidi, jsem spíš doma.“

8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?

R.6: „Tak to je jasný, koho by to neovlivnilo. Když mi tu nohu uřízli, tak jsem se cítil hodně sám. Bydlel jsem tady sám a jezdil zamnou akorát syn s rodinou. Moc jsem se s nikým nevidal, ani jsem nikam nechodil. Před rokem a půl jsem si našel přítelkyni, a to mi taky dost pomohlo. Mám zase o důvod víc k radosti, když na to nejsem sám.“

9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?

R.6: „Pomoc mi nabídli, ale já nechtěl. Všechno jsem chtěl zvládnout sám.“

10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?

R.6: „Bydlím v bytě ve 2. patře. Musel jsem vyndat prahy, abych se tu mohl pohybovat s vozíkem, a taky si koupit pomůcky do koupelny.“

11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?

R.6: „Já protézu mít nemůžu, protože jsem kardiak. Doktoři mi to nedoporučili, protože bych to prý nezvládl. Protéza je těžká a dělalo by mi to problém. Takže se pohybuju buď na vozíku anebo chodím o berlích.“

12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?

R.6: „Já měl komplikace hned po té operaci. Ta rána se mi nehojila a dostal jsem infekci, takže jsem kvůli tomu byl i dýl v nemocnici. Pak už to bylo ale dobrý a zahojilo se to. Ty fantomovy bolesti mám pořád, už od operace, ale není to tak hrozný.“

13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?

R.6: „To ano. Snažím se cvičit, abych se o sebe co nejvíc dokázal postarat sám.“

14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R.6: „Jsem v invalidním důchodu.“

15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R.6: „Teď už vůbec. Neřeším to. Když jsem byl po operaci, tak jsem se bál, jak na mě budou lidi reagovat, hlavně rodina, ale všechno bylo v pohodě. Partnerce to taky nevadí, prý se jí líbím i takhle.“

16. Cítíte strach z budoucnosti?

R.6: „Budoucnosti se trochu bojím. Říkám si, že už nejsem nejmladší, tak abych neměl nějaký problém a dokázal se o sebe postarat.“

2.7 Analýza výsledků

Pro výzkumné šetření byly stanoveny tři výzkumné otázky. Výsledky výzkumných otázek jsou zpracovány v jednotlivých tabulkách.

2.7.1 První výzkumná otázka

Zjistit, zda a jak se u pacientů po amputaci končetiny změnila kvalita jejich života.

Tabulka 8 Změna kvality života

Respondent	Horší	Spíše horší	Stejná	Spíše lepší	Lepší
R.1		X			
R.2			X		
R.3		X			
R.4	X				
R.5					X
R.6	X				

Zdroj: autorka

Jeden z respondentů uvádí, že kvalita života po amputaci je stejná, jako před ní. Dva respondenti uvedli, že se kvalita jejich života rapidně zhoršila. Dva respondenti uvedli, že kvalita jejich života je spíše horší, ale nepociťují tak rapidní změny. Pouze jeden respondent uvedl, že kvalita jeho života je po amputaci lepší, protože již nemá bolesti, které ho před amputací velmi omezovaly.

2.7.2 Druhá výzkumná otázka

Zjistit, zda a jak amputace končetiny ovlivnila pacienty po psychické stránce.

Tabulka 9 Změna po psychické stránce

Respondent	Negativně	Spíše negativně	Spíše pozitivně	Pozitivně
R.1		X		
R.2	X			
R.3	X			
R.4		X		
R.5				X
R.6		X		

Zdroj: autorka

Dva ze šesti respondentů uvedli, že amputace je ovlivnila po psychické stránce negativně. Tři respondenti neuvádí tak rapidní změnu, ale přesto je amputace ovlivnila spíše negativně. Jeden z respondentů uvádí, že jej amputace ovlivnila po psychické stránce pozitivně, a to pro úporné bolesti před amputací, které díky operaci už nemá.

2.7.3 Třetí výzkumná otázka

Zjistit, zda byla pacientům nabídnuta pomoc psychologa a případně, zda byla tato pomoc úspěšná.

Tabulka 10 Psychologická pomoc

Respondent	Byla pomoc nabídnuta?	Přijal pomoc?	Byla pomoc úspěšná?
R.1	Ano	Nepřijal	-
R.2	Ano	Přijal	Ano
R.3	Ano	Nepřijal	-
R.4	Ano	Nepřijal	-
R.5	Ne	-	-
R.6	Ano	Nepřijal	-

Zdroj: autorka

Při hodnocení třetí výzkumné otázky mě zaujalo, že pět ze šesti respondentů se se svým stavem vyrovnalo samo nebo s rodinou. Pouze jeden respondent využil pomoc psychologa, která byla úspěšná. Jednomu z respondentů nebyla pomoc nabídnuta.

3 Diskuse

V této bakalářské práci jsem se zabývala kvalitou života u pacientů po amputaci končetiny. V teoretické části jsem se zabývala amputacemi obecně. Pro výzkumnou část jsem si zvolila formu kvalitativního šetření, za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s respondenty.

V praktické části jsem výsledky výzkumného šetření porovnávala s bakalářskou prací Lucie Němečkové (2017) na téma „Kvalita života pacientů před a po amputaci dolní končetiny“, která pro svůj výzkum využila kvalitativní šetření za pomoci rozhovorů se 6 respondenty, také s bakalářskou prací Evy Šaškové (2013) na téma „Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin“, které taktéž využila kvalitativního šetření za pomoci polostrukturovaných rozhovorů. Pro srovnání jsem využila také zahraniční studii autorů Matos, D. R., Naves, J. F., Araujo, T.C.C. F. (2020), která má název „Quality of life of patients with lower limb amputation with prostheses“. V této studii byl využit dotazník SF – 36.

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem šest respondentů. Všichni respondenti byli muži, kteří prodělali amputaci končetiny v posledních deseti letech. Němečková (2017) i Šašková (2013) ve své práci měli respondenty obou pohlaví. Myslím, že i pohlaví může být faktorem, který dokáže ovlivnit, jak se pacienti se svým stavem vyrovnají. Ke stejnému závěru došli ve své studii i Matos, D. R., Naves, J. F., Araujo, T.C.C. F. (2020), kteří uvádí, že muži se s amputací vyrovnávají lépe než ženy. Cílem této práce bylo zmapovat kvalitu života u jedinců po amputaci končetiny. Ke zjištění kvality života byly stanoveny tři výzkumné otázky, které zkoumaly, zda a jak ovlivnila amputace kvalitu života respondentů, zda a jak se změnil jejich život po psychické stránce, a zda byla nabídnuta psychologická pomoc, případně jestli byla tato pomoc úspěšná. Výzkumné šetření probíhalo od března do června roku 2021. Rozhovory s respondenty probíhaly s jejich souhlasem v jejich soukromí. Veškeré rozhovory probíhaly v klidném prostředí bez rušivých elementů s ústním souhlasem respondentů. Respondenti byly různých věkových skupin, a to v rozmezí od 25 do 72 let. Příčiny amputace se u respondentů lišily, stejně jako doba, která od amputace uplynula.

Výzkumná otázka č. 1: Zjistit, zda a jak se u pacientů po amputaci končetiny změnila kvalita jejich života.

Amputace končetiny je získané onemocnění, které pacienty ovlivňuje nejen po stránce fyzické, ale také psychické, osobní a sociální. Odpovědi na otázky týkající se změny života z důvodu amputace se nelišily tak výrazně, jak jsem očekávala. S prací Šaškové (2013) se shodují v tom, že respondentům v produktivním věku se kvalita života změnila více než respondentům v důchodovém věku. Většina respondentů musela změnit či omezit své koníčky, nebo se musí spoléhat na své blízké. Ke stejnému závěru došla ve své práci i Šašková (2013). Často musí lidé po amputaci opustit své zaměstnání. Někteří se vrátí nebo si najdou jiné zaměstnání a někteří musí do invalidního důchodu.

Všichni respondenti uvedli, že se kvalita jejich života po amputaci změnila. Dva ze šesti dotazovaných respondentů uvedli, že se kvalita změnila spíše negativně. Všichni respondenti museli omezit či úplně opustit své dosavadní koníčky a záliby. Tři respondenti museli opustit své zaměstnání trvale a jsou v invalidním důchodu. Jeden respondent byl ve starobním důchodu již před amputací. Dva respondenti uvedli, že své zaměstnání museli opustit pouze dočasně. Nyní oba pracují na stejném místě, jako před amputací. Sociální a společenský život se výrazně změnil

třem respondentům. Dva se setkali s velkou lítostí ze strany okolí. Jeden respondent uvádí, že se jeho sociální a společenský život změnil hlavně v období po operaci, nyní se vrátil do normálu. Dva respondenti změnu sociálního a společenského života neuvádí anebo není výrazná. Jeden z respondentů uvádí, že se kvalita jeho života po amputaci zlepšila, kvůli dlouhodobým bolestem, které díky operaci již nemá. Sociální a společenský život se příliš nezměnil.

Jeden z respondentů uvádí, že neužívá žádné kompenzační pomůcky, protéza mu nevyhovuje. Tři respondenti používají protézu. Jeden nepoužívá žádné jiné kompenzační pomůcky, dva z nich se pohybují i pomocí berlí. Dva respondenti se pohybují i za pomoci invalidního vozíku. Jeden z respondentů nemůže používat protézu z důvodu dalšího onemocnění. Jeden z respondentů dříve protézu užíval, ale často měl otlaky, proto již protézu neužívá. Stejně jako uvádí ve své práci Šašková (2013), i mě zarazila kvalita vyrobených protéz. Naopak Němečková (2017) ve své práci uvádí, že díky protetické pomůcce se životní standard respondentů zvýšil a kvalita života s protézou se může rovnat kvalitě života před amputací.

Dva respondenti uvedli, že nebylo nutné zřídit bezbariérový přístup. Další čtyři respondenti uvedli, že se změna týkala hlavně odstranění prahů či úpravy koupelny, což uvedla ve své práci také Šašková (2013). Jeden z respondentů si pořídil pomůcky do koupelny a jeden respondent musel vyměnit vanu za sprchový kout.

Všichni respondenti uvedli, že se setkali s fantomovými bolestmi. Jeden z respondentů měl fantomovy bolesti asi tři roky, ale uvádí, že nebyly tak omezující jako bolesti, které měl před operací. Jeden z respondentů uvádí, že měl bolesti jeden rok. Jeden respondent měl spíše fantomovy pocity, bolesti výjimečně. Trvalo to dva roky. Dva respondenti uvádí, že bolesti trvaly asi rok a půl. Jeden z respondentů uvedl, že nejvíce ho bolesti omezovaly půl roku po operaci a léky nezabíraly. Jeden z respondentů, který je tři roky od operace uvádí, že fantomovy bolesti stále má, ale ne v takové míře jako po operaci.

Výzkumná otázka č. 2: Zjistit, zda a jak amputace končetiny ovlivnila pacienty po psychické stránce.

Změnu po psychické stránce uvádí všech šest respondentů. Většina respondentů se s psychickými změnami setkala zejména v období těsně po amputaci. Jeden respondent uvedl, že se po amputaci cítil hodně sám, s nikým se moc nevidal, ani nikam nechodil. Pomohl mu hlavně syn s rodinou. Jeden z respondentů uvedl, že amputace ho po psychické stránce ovlivnila pozitivně. Před operací měl bolesti, které ho omezovaly a byl mrzutý. Po zahojení se cítí lépe, než před operací. Jeden respondent, který přišel o část levé horní končetiny uvádí, že se jeho život po psychické stránce změnil spíše negativně. Amputace ho ovlivňuje v mnoha věcech, ale je rád, že nepřišel o dominantní končetinu. Jeden z respondentů uvedl, že po zjištění diagnózy se cítil na dně. Lékaři jeho nádor braly jako štěstí, protože se nikam nešířil, on to viděl jinak. Dlouho to vstřebával a po operaci to snášel dost zle. Byl smutný, naštvaný a nechtěl jsem si nechat pomoci. Asi rok měl tyto problémy. Motivovala ho přítelkyně, kvůli které se snažil všechno zlepšit. Nyní uvádí, že už je na tom lépe. Jeden respondent uvedl, že se se svojí situací nemohl smířit a cítil se na dně. Díky pomoci rodiny a psychologa už je na tom dobře. Jeden respondent uvádí změny pouze po operaci, nyní žádné psychické změny nepociťuje. S Němečkovou (2017) se shodují v tom, že většině respondentů pomohla s vyrovnáním hlavně jejich rodina.

Výzkumná otázka č. 3: Zjistit, zda byla pacientům nabídnuta pomoc psychologa a případně, zda byla tato pomoc úspěšná.

Psychologická pomoc byla nabídnuta pěti respondentům. Překvapilo mě, že jednomu z respondentů nebyla pomoc nabídnuta vůbec, stejně jako respondentovi č. 5 v práci Šaškové (2013). Z pěti respondentů, kterým byla tato pomoc nabídnuta, ji čtyři odmítli. Pouze jeden respondent tuto pomoc přijal. Jeden z respondentů uvádí, že s odstupem času by svoje rozhodnutí změnil a tehdy by pomoc přijal. Respondent, který pomoc psychologa přijal ji hodnotí, jako úspěšnou. Šašková (2013) ve své práci uvádí, že pomoc psychologa přijali dva ze šesti respondentů a oba uvedli, že pomoc nebyla úspěšná. Většina respondentů se chtěla se svým stavem vyrovnat sama. Jeden respondent se se svou situací vyrovnal sám. Pět respondentů uvedlo, že jim největší oporou byla rodina a blízcí. Jeden uvedl, že se jeho život zlepšil, když si našel novou partnerku. Jeden respondent uvedl, že pomoc psychologa bral jako slabost, proto odmítl. Jeden z respondentů uvedl, že mu s vyrovnáním se se situací pomohla také sestřička v nemocnici, která o něj pečovala a radila mu.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Amputace je radikálním zásahem do života. Pacienti, kteří musí podstoupit amputaci, vyžadují kvalitní a pečlivou přípravu před operačním zákrokem, ale také dobrou pooperační péči a rehabilitaci. Dle mého názoru, by se mělo v předoperační přípravě co nejvíce věnovat pooperačnímu období a dobře popsat celý průběh operace, aby se minimalizoval stres pacientů.

Na základě výsledků výzkumného šetření bylo zjištěno, že nejdůležitějším faktorem pro pacienty je jejich rodina, která jako sociální faktor hraje významnou roli v předoperačním i pooperačním období. Rodina je důležitou součástí pacientova života v jeho nejtěžších obdobích. Jakékoli onemocnění či zranění zasáhne nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu a nejbližší. Doporučila bych, aby se rodinám pacientů věnovala větší pozornost např. v oblasti edukace rodinných příslušníků o následné péči a možnostech pomoci nemocnému.

V období hospitalizace jsou pro nemocného nejbližší osobou zdravotníci. První osoba, kterou pacient uvidí po probuzení z narkózy je všeobecná sestra nebo jiný zdravotnický pracovník. Lékaři, sestry i ostatní zdravotnický personál by měl být pro pacienta jistou oporou v těžké situaci.

Doporučila bych pacienty co nejvíce informovat o možnostech použití kompenzačních pomůcek, které mohou výrazně zkvalitnit jejich život. Pozornost by měla být věnována edukaci o správném použití kompenzačních pomůcek. Pacienti by měli být informováni o nároku na vyhotovení protézy na míru a také o možnosti úpravy této protézy v případě potíží. Protetické pomůcky mohou pacientům velmi zkvalitnit život, ale také mohou být komplikací, pokud se pacient bude o pomůcky špatně starat. Proto bych doporučila edukovat pacienty o správné péči o protetické pomůcky.

Jednou z nejčastějších příčin, které vedou k amputaci jsou komplikace diabetu, kterým by se mělo podle mého názoru předcházet díky správné prevenci a edukaci. Jako všeobecné sestry můžeme pacienty informovat o správné dietě, doporučit jim návštěvu diabetologické ambulance a informovat je o tom, že je důležité nosit správnou obuv, aby se předcházelo otlakům. Měly by být edukovány o tom, že nesmí podcenit žádná drobná poranění, která se kvůli diabetu mohou špatně hojit, případně mohou nastat takové komplikace, které vedou právě až k amputaci končetiny.

Závěr

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života u pacientů po amputaci končetiny. Na začátek bych ráda uvedla, že vypracování této práce pro mě bylo přínosem. Mohla jsem blíže prozkoumat danou problematiku a načerpat znalosti, které mohu použít při vykonávání mé ošetrovatelské praxe.

Tato práce je rozdělena na dvě základní části, a to teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje několik kapitol. Výzkumná část je založena na kvalitativním šetření za použití polostrukturovaných rozhovorů. Tohoto šetření se zúčastnilo šest respondentů.

Cílem této práce bylo zmapovat kvalitu života u jedinců po amputaci končetiny. K dosažení tohoto cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky a to: Zjistit, zda a jak se u pacientů po amputaci končetiny změnila kvalita jejich života, zjistit, zda a jak amputace končetiny ovlivnila pacienty po psychické stránce, zjistit, zda byla pacientům nabídnuta pomoc psychologa a případně, zda byla tato pomoc úspěšná. Na základě zjištěných dat byly výzkumné otázky zodpovězeny.

Dle mého názoru byl cíl této práce splněn. Na základě provedených rozhovorů jsem zmapovala kvalitu života u dotazovaných respondentů, kteří prodělali amputaci končetiny v posledních deseti letech. Zjistila jsem, jak se změnila kvalita jejich života po amputaci a jak je tato skutečnost ovlivnila po psychické stránce.

Při vypracování této práce jsem se setkala se šesti respondenty, kteří prodělali amputaci končetiny z různých příčin. Z poskytnutých rozhovorů je patrné, že takto rapidní zásah, jako je amputace končetiny, ovlivní nemocné i jejich rodiny a blízké. Za důležitou součást péče o pacienty po amputaci považují dobrou informovanost pacientů i jejich rodin. Pokud jim budou předány kompletní a srozumitelné informace je možné pracovat na smíření se s amputací.

Každý jedinec se s amputací vyrovnává po svém. Některým z nich pomůže hlavně jejich rodina, jiní se se svým stavem chtějí vyrovnat sami a někteří si nechají pomoci od odborníka.

Amputace ovlivnila kvalitu života všech dotazovaných respondentů. Z výsledků výzkumu vyplývá, že kvalita života po amputaci končetiny je u pěti respondentů horší. Pouze jeden respondent uvedl kvalitu života po amputaci jako lepší. Příčina amputace a to, co jí předcházela očividně ovlivňuje následnou kvalitu i psychické vnímání zdravotního stavu.

Negativně ovlivnit následnou kvalitu života po amputaci mohou komplikace, jako jsou například infekce rány nebo fantomovy bolesti, se kterými se setkali všichni dotazovaní respondenti. Jeden z respondentů má fantomovy bolesti stále. Naopak pozitivně ovlivnit následnou kvalitu života pomohou právě zdravotníci svým přístupem a také dobré kompenzační pomůcky, ty mohou život po amputaci velmi zkvalitnit.

Věřím, že tato bakalářská práce bude sloužit jako zdroj informací veřejnosti, která se bude o toto téma zajímat.

Seznam použité literatury

- BLAŽEK, Martin. Předoperační vyšetření a příprava chirurgického pacienta. Interní medicína pro praxi [online]. 2012, 2012(14), 7 [cit. 2021-7-29]. Dostupné z: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dS6zVlJmGdYJ:https://www.interni.medicina.cz/pdfs/int/2012/11/06.pdf+&cd=4&hl=cs&ct=clnk&gl=gr&client=firefox-b-d>
- ČEPELOVÁ, Slávka. Kvalita života a hodnotová orientácia: Quality of Life and Value Orientation. Lifelong learning = Celoživotní vzdělávání. Brno: Mendelova univerzita v Brně, Institut celoživotního vzdělávání, 2016, 6(1), 26-55. ISSN 1804-526X.
- ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3602-0.
- DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- INGER, Thomas. Fantomová bolest. Brno: MOBA, c2013. ISBN 978-80-243-5545-0.
- GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- JIRKOVSKÁ, A. Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením. Praha: Maxdorf, 2015. 351 s. ISBN 978-80-7345-436-4.
- KARETOVÁ, Debora, Jana VOJTÍŠKOVÁ a Karel ROZTOČIL. Ischemická choroba dolních končetin: novelizace 2016. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, [2016]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-81-7.
- KITTNAR, Otomar. Lékařská fyziologie. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3068-4.
- KLUSOŇOVÁ, Eva. Ergoterapie v praxi. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOTÍK, Luboš. Předoperační vyšetření dospělých. Praha: Mladá fronta, 2012. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2696-3.
- KRÁSOVÁ, Jana. Vliv protézování na horních končetinách na soběstačnost v aktivitách všedního dne. Plzeň, 2012. Bakalářská práce. ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Vedoucí práce MUDr. Marie Kulakovská.
- KRAWCZYK, Petr. Ortopedická protetika. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2011. ISBN 978-80-7464-096-4.
- LEJČKO, Jan, 2014. Fantomová a pahýlová bolest. In: Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči [online]. Praha: Verlag Dashöfer [cit. 2021-07-29]. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/pks/onb/33/chir-4-fantomova-a-pahylova-bolest-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EoJ6bBMAXBSYGltR1VgBMDQ/?uri_view_type=3

Matos, D. R., Naves, J. F., Araujo, T. C. C. F. (2020). Quality of life of patients with lower limb amputation with prostheses. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, e190047. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e190047>

NEDVĚDOVÁ, Ilona. Rehabilitace pacientů po amputaci dolní končetiny [online]. [cit. 2021-7-20]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/38708-rehabilitace-pacientu-po-amputaci-dolnikoncetiny>

OLIŠAROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ. Quality of life as a part of nursing. *Kontakt* [online]. 2013, 15(1), 14-21 [cit. 2021-7-20]. ISSN 12124117. Dostupné z: [doi:10.32725/kont.2013.003](https://doi.org/10.32725/kont.2013.003)

ŠAŠKOVÁ, Eva. Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin. Zlín, 2013. Bakalářská práce. UTB ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce PhDr. Eva Hrenáková.

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA. *Chirurgická propedeutika*. 3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3770-6.

Přílohy

Příloha 1 Otázky rozhovoru

Rozhovor

1. Jaká byla příčina, která vedla k amputaci?
2. Jaká doba uběhla od amputace?
3. Zhodnotil byste kvalitu života před amputací jako dobrou?
4. Jaké byly vaše záliby před amputací?
5. Byl jste nucen opustit vaše zaměstnání?
6. Jak amputace ovlivnila vaše záliby a koníčky?
7. Ovlivnila amputace váš sociální a společenský život?
8. Ovlivnila amputace váš život i po psychické stránce?
9. Byla vám nabídnuta psychologická pomoc? Využil jste tuto nabídku?
10. Bydlíte v době nebo bytě? Bylo nutné zařídit bezbariérový přístup?
11. Používáte nějaké kompenzační pomůcky či protézu?
12. Měl jste po amputaci komplikace jako například fantomovy bolesti?
13. Rehabilitujete pravidelně podle rehabilitačního plánu?
14. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?
15. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?
16. Cítíte strach z budoucnosti?