

Kvalita života pacientů před a po amputaci dolní končetiny

Němečková Lucie

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Němečková**

Osobní číslo: **H14191**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života pacientů před a po amputaci dolní končetiny**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti kvality života po amputaci.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BUJICK, Bianca I. et al. Determinants of Quality of Life in Older Adults After Lower Limb Amputation and Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. Journal of the American Geriatrics Society [online]. 2012, 60(4), 796–798 [cit. 2016–10–06]. DOI:

10.1111/j.1532-5415.2011.03880.x. ISSN 0002-8614. Dostupné z:

<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2011.03880.x>

DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. Sestra. ISBN 978-80-247-3625-9.

LUDÍKOVÁ, Libuše. Kvalita života osob se speciálními potřebami. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.

SINHA, Richa et al., Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation. International Journal of Rehabilitation Research [online]. 2014, 37(1), 74–79 [cit. 2016–10–06]. DOI:

10.1097/MRR.000000000000038. ISSN 0342-5282. Dostupné z:

<http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKP TLP:landingpage&an=00004356-201403000-00012>

SMUTNÝ, Milan. Informace pro pacienty po amputaci končetiny. 2. vyd. Brno: MS ortoprotetika, 2013. ISBN 978-80-260-3903-7.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Jarmila Verešová

Ústav zdravotnických věd


Datum zadání bakalářské práce:

9. prosince 2016


Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 18.2.2017

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života pacienta před i po amputaci dolní končetiny. Teoretická část popisuje historii a dělení amputací, nejčastější příčiny amputací, typy amputací a kritéria, dle kterých se rozhoduje o výši amputace. Dále práce popisuje komplikace vzniklé vlivem amputace. Rozsáhlou kapitolou jsou specifika ošetrovatelské péče před i po operaci, péče o pahýl a využití protetiky. Závěr teoretické části pojednává o kvalitě života pacienta.

Cílem práce je zjistit, jaký vliv mají amputace na kvalitu života pacienta v jeho jednotlivých dimenzích.

Klíčová slova: Amputace, komplikace, kvalita života, ošetrovatelská péče, protetika, rehabilitace

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the quality of life of the patient before and after the amputation of the lower limb. The theoretical part describes the history and division of amputations, the most common causes of amputations, the types of amputations and the criteria by which amputation is decided. Furthermore, the work describes complications due to amputation. The extensive chapter is the specifics of nursing care before and after surgery, stomach care and prosthetic use. The conclusion of the theoretical part deals with the quality of life of the patient.

The aim of this thesis is to determine the impact of amputations on the quality of life of the patient in its individual dimensions.

Keywords: Amputation, complications, quality of life, nursing care, prosthetics, rehabilitation

Poděkování

Ráda bych poděkovala mé vedoucí PhDr. Jarmile Verešové, za odborné vedení, cenné rady a ochotu pomoci mi při tvorbě bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, za jejich trpělivost a ochotu při poskytování rozhovorů, díky kterým jsem mohla zrealizovat praktickou část. V neposlední řadě mé poděkování patří mojí rodině, která mě po celou dobu studia podporovala a na konci studia hnala kupředu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

*„Člověk handicapovaný pozná své skryté zdroje sil, teprve,
když se s ním jedná jako s normálním.“*

Gottfried Keller

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 AMPUTACE	12
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ.....	12
1.2 DĚLENÍ AMPUTACÍ.....	13
1.2.1 Gilotinové amputace.....	13
1.2.2 Lalokové amputace.....	13
1.3 PŘÍČINY, INDIKACE A DIAGNOSTIKA AMPUTACE.....	13
1.3.1 Indikace k amputacím.....	14
1.3.2 Diagnostika amputace.....	14
1.4 TYPY AMPUTACÍ.....	15
1.5 ROZHODNUTÍ O VÝŠI AMPUTACE.....	16
1.6 KOMPLIKACE AMPUTACÍ.....	16
1.6.1 Včasné komplikace amputací.....	16
1.6.2 Pozdní komplikace amputací.....	17
1.6.2.1 Fantomové bolesti.....	17
1.7 NEJČASTĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ VEDOUcí K AMPUTACI.....	19
1.7.1 Ischemická choroba dolních končetin.....	19
1.7.2 Syndrom diabetické nohy.....	20
2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE	21
2.1 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE.....	21
2.2 POOPERAČNÍ PÉČE.....	22
2.2.1 Monitorace pacienta.....	22
2.2.2 Poloha pahýlu.....	22
2.2.3 Převaz rány, drény, extrakce stehů.....	23
2.3 PÉČE O PAHÝL.....	23
2.3.1 Bandážování pahýlu.....	23
2.3.2 Otužování pahýlu.....	24
2.3.3 Kartáčování pahýlu.....	24
2.3.4 Masáž pahýlu.....	24
2.3.5 Polohování pahýlu.....	24
2.4 REHABILITACE PO AMPUTACI.....	25
3 PROTETIKA	26
3.1 INDIKACE PROTETICKÉ POMŮCKY.....	27
3.2 PROTETICKÁ PROTETOMETRIE.....	27
3.2.1 Protéza a její části.....	28
3.2.2 Druhy protéz dolní končetiny.....	29
3.2.3 Správná péče o protézu.....	29
4 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA	31

4.1	KVALITA ŽIVOTA.....	31
4.1.1	Kvalita pracovního života	32
4.2	ZDRAVÍ	32
4.3	VLIV ZÍSKANÉHO POSTIŽENÍ NA PSYCHIKU JEDINCE	33
4.4	ZAČLENĚNÍ PACIENTA DO SPOLEČNOSTI.....	33
4.4.1	Psychická podpora nemocného	33
II	PRAKTICKÁ ČÁST	35
5	CÍLE PRÁCE A METODIKA	36
5.1	HLAVNÍ CÍL A DÍLČÍ CÍLE VÝZKUMU	36
5.2	METODIKA VÝZKUMU	37
5.2.1	Charakteristika respondentů.....	37
5.2.2	Metoda pro získání dat výzkumu	37
5.2.3	Organizace šetření	37
5.2.4	Zpracování získaných dat.....	38
6	VÝSLEDKY VÝZKUMU	39
6.1	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 1	39
6.2	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 2	42
6.3	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 3	45
6.4	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 4	48
6.5	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 5	52
6.6	VÝSLEDEK ROZHOVORU S RESPONDENTEM Č. 6	55
7	DISKUZE	58
8	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	61
	ZÁVĚR	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	66
	SEZNAM OBRÁZKŮ	67
	SEZNAM TABULEK.....	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Téma mé bakalářské práce „Kvalita života před i po amputaci dolní končetiny“ jsem si vybrala jelikož, více inklinuji k chirurgickým oborům. Za dobu své školní praxe na chirurgickém oddělení jsem se setkala s nespočetným množstvím pacientů, kteří museli podstoupit amputaci dolní končetiny. Při ošetřování těchto pacientů jsem s nimi mluvila o jejich pocitech a vlivu onemocnění na jejich psychiku, osobní i pracovní život a především kvalitu života, která byla vlivem amputace většinou výrazně ovlivněna.

Nezbytné je také zmínit příčiny amputací jako jsou cévní, neurologické a kožní poruchy, dále také tumory a fyzikální vlivy. Mezi ty nejčastější příčiny pro starší pacienty se řadí ICHDK a komplikace DM, tou je diabetická noha, avšak mezi mladšími pacienty je příčina amputace spíše způsobena úrazem, například motorkáři. V neposlední řadě jsme se určitě všichni prostřednictvím médií dozvěděli o mladém vojákově, který při cvičení na Libavě utrpěl vážné poranění, jehož vlivem přišel o dolní končetinu.

Amputace patří mezi krajní a radikální řešení, proto si myslím, že ve většině případů lze příčinu amputace ovlivnit. Vždy záleží na přístupu pacienta k sobě samému. Diabetici by měli dbát na zvýšenou péči o nohy, zvolit správnou obuv. Naopak lidé trpící ICHDK by se měli vyvarovat rizikovým faktorům, jako je například kouření, velký přísun soli, stres, tučná jídla a naopak by měli zvýšit fyzickou aktivitu, přísun vitamínů a vlákniny.

V teoretické části se zabývám problematikou amputace dolní končetiny. V dávných dobách nebyla amputace jen léčebnou metodou, splňovala hlavně rituální a trestní účely. V dnešní době v civilizovaných zemích amputace slouží jen k léčebným účelům. Nedílnou součástí mé práce je rozdělení amputací, nejčastější příčina a komplikace amputací. Neodmyslitelnou kapitolou je ošetrovatelská péče a pacienta nejen před ale i po amputaci dolní končetiny. Poslední kapitolou teoretické části práce je kvalita života. Ta je v mnoha ohledech velmi zajímavá a v poslední době velmi často diskutovaná v mnoha oborech lidské činnosti, ošetrovatelství nevyjímaje.

Cílem mé práce je zhodnotit, do jaké míry ovlivnila amputace dolní končetiny kvalitu života pacientů a která amputace je z časového hlediska lépe snášena, zdali primární, sekundární nebo terciální.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AMPUTACE

Dle Dungla „*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 ošetření*“ (2014, s. 117).

„*Exartikulace se od amputace liší pouze v tom, že periferie je odstraněna v linii kloubu.*“
Dalším možným výkonem je resekce, která znamená odstranění interkalárního segmentu, ale pouze z části měkkých tkání, přičemž je možnost defekt lokálně nahradit (Dungl et al., 2014, s. 117).

1.1 Historický vývoj

Amputace patří mezi nejstarší podložené chirurgické výkony. Z historického hlediska je zvláštností amputací, že kromě léčebného efektu měly často i rituální nebo i trestní účely. Amputace byly nejčastěji využívány v období válek, kdy byly často i vynuceny nedostatečnými technickými a medikamentózními možnostmi. Byly využívány z důvodu rychlého řešení. Svou roli sehrála neznalost protišokové terapie a časová tíseň.

Hlavní zásady tohoto výkonu stanovil otec medicíny Hippokratés 500 let př.n.l.:

1. Odstranit nemocnou tkáň.
2. Snížit invaliditu.
3. Zachránit život.

Amputace v průběhu doby zaznamenaly svůj vývoj. První amputace se prováděly tzv. gilotinové (cirkulární), byly to amputace bez anestezie, masivní krvácení se stavělo zaškrcením pahýlu nebo ponořením pahýlu do horkého oleje. Amputace moderní jsou tzv. lalokové, tento typ amputace zahrnuje podvaz cév s využitím muskulokutánních laloků k vytvoření měkkého krytu pahýlu. Byly poprvé publikovány Listerem a Brittainem v roce 1837.

Obě techniky jsou dodnes využívány, avšak zejména gilotinová amputace je využívanější ve válečných podmínkách (Dungl et al., 2014, s. 117).

Z výše uvedeného můžeme amputace rozdělovat také z časového hlediska na primární, sekundární a terciární. Kdy primární je prováděna bezprostředně po úrazu, sekundární následkem onemocnění a terciární je amputace pozdní ke zlepšení funkce, či stavu pacienta (Kala, 2010, s. 41).

1.2 Dělení amputací

Jak jsem se již zmínila výše, můžeme rozdělit amputace do dvou skupin na gilotinové a lalokové. Některé amputace mohou být prováděny jako otevřené nebo uzavřené. Otevřené amputace jsou indikovány v případě rozsáhlého infektu, u těžkého poranění a kontaminace měkkých tkání. Při otevřené amputaci není rána primárně uzavřena, to znamená, že bude nutná nejméně jedna další operace k vytvoření pahýlu. Mezi další operace lze zařadit sekundární suturu, reamputaci, revizi, anebo plastické výkony (Dungl et al., 2014, s. 117).

1.2.1 Gilotinové amputace

Gilotinové amputace jsou vždy prováděny jako otevřené, proto se takto někdy nazývají. Dnes si tuhle amputaci ale nelze představit jako původní jednoduché cirkulární oddělení končetiny jedním řezem. Provádí se po jednotlivých krocích, nejprve se přeruší kůže, po její retrakci se v její úrovni přeruší svaly se současným podvazem cév a ošetření nervů a v dalším kroku se nejproximálnější linií přeruší skelet. Jako poslední krok následuje náplast'ová kožní trakce, kdy při její správné aplikaci někdy není nutná revize ani sutura pahýlu. Je důležitá správná konečná úprava pahýlu pro umožnění dobrého oprotézování (Dungl et al., 2014, s. 117).

1.2.2 Lalokové amputace

Laloková amputace je standartní operační výkon, který ovšem prodělal určitý vývoj. Může být provedena jako zavřená amputace, kdy klademe důraz na tenodézu přerušovaných svalů, vedoucí ke zlepšení funkce, ale i tvaru pahýlu. U těchto typů amputace se musí vždy předem naplánovat umístění laloků měkkých tkání tak, aby mohla být důkladně odstraněna patologická tkáň a skelet přerušen v plánované výši. Laloky však musí krýt skelet měkkými tkáněmi. Tyto tkáně se budou dát vymodelovat do konického tvaru pahýlu. Zároveň musíme však usilovat o zachování motoriky pahýlu, čehož dosáhneme buďto myoplastikou nebo myodézou (Dungl et al., 2014, s. 118).

1.3 Příčiny, indikace a diagnostika amputace

Etiologie amputací je z většiny podmíněna a do určité míry se kryje s indikací. Amputace se provádí z několika důvodů:

1. cévní příčina,
2. neurologická příčina,

3. kožní příčina,
4. kostní postižení,
5. tumorózní afekce,
6. fyzikální vlivy.

Příčina amputace se do jisté míry podílí na rozhodnutí o výši amputace (Dunzl et al., 2014, s. 120).

1.3.1 Indikace k amputacím

Indikace k amputacím se do jisté míry zúžily na:

Trauma – dříve velmi časná indikace k amputaci je v dnešní době vytlačována díky možnostem mikrochirurgie a cévní chirurgie. Zůstává v podstatě jedinou absolutní indikací k amputaci, z důvodu nezvratné ischemie z traumatické či jiné příčiny.

Infekt – méně častá indikace, amputace nastává při nezvládnuté akutní sepsi způsobené lokálním infektem nebo pro dlouhodobé lokální procesy. V této situaci je amputace indikována pro život ohrožující stav.

Tumory – k indikaci dojde nejčastěji z důvodu pokročilých či recidivujících maligních onemocnění kostí.

Afunkce – k amputaci dojde z důvodu nezlepšujícího se stavu funkce (vrozené vady, následky traumatu). K této indikaci dojde jen v krajních případech.

Choroby cév na dolních končetinách – amputace je indikována nejčastěji z důvodu diabetické gangrény a chronické arteriální insuficience.

Amputace by měla být však provedena až po vyčerpání všech diagnostických a terapeutických výkonů (Dunzl et al., 2014, s. 119).

1.3.2 Diagnostika amputace

Anamnéza je souhrn údajů týkajících se zdraví pacienta. Správně odebraná anamnéza je při diagnostice a plánování dalšího postupu pro lékaře zcela nepostradatelná. Anamnéza se skládá z několika složek - osobní anamnéza, rodinná anamnéza, pracovní anamnéza, nynější onemocnění, farmakologická anamnéza, sociální anamnéza (Hloch, 2016).

Fyzikální vyšetření – fyziologické funkce (TK, P, TT), pohled (deformace končetiny), pohmat, poklep (bolestivost), patologické změny v pohyblivosti.

Zobrazovací metody – RTG, CT, UZ, Dopplerovo vyšetření cév, Radionuklidové vyšetření.

Invazivní vyšetřovací metody – angiografie, flebografie, digitální subtrakční angiografie, (DSA), selektivní angiografie pro znázornění stavu cév při amputaci, artroskopie pro určení poškození chrupavky, menisků, ruptury vazů.

Krevní odběry – KO, FW, CRP, kostní izoenzym ALP, ASLO, imunologické vyšetření, serologické vyšetření.

Neurologické vyšetření – při kompresi nervů (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 214, Slezáková et al., 2010, s. 146).

1.4 Typy amputací

Na dolních končetinách rozlišujeme několik druhů amputací

Amputace prstu

Odstranění prstů na dolní končetině je nejčastějším druhem amputace. Většina těchto operací je indikována na podkladě komplikací DM. Amputace se může provádět buďto v proximálním článku prstu, nebo odstraněním metatarzální hlavičky při odstranění prstního paprsku (Mikulová, 2012, s. 18-19).

Transmetatarzální amputace

Metatarzální kosti je nutné resekovat pod hlavičkami metatarzů, co nejdálěji je možné. Při správně provedené amputaci nehrozí žádné ovlivnění chůze (Mikulová, 2012, s. 19).

Amputace v Chopartově kloubu

Amputace není příliš častá, z důvodu ztížené rehabilitace po operaci (Dunzl et al., 2014, s. 125).

Symeova amputace

Amputace jsou indikovány jen zřídka, dává se přednost amputaci v bérce, z důvodu technické náročnosti výkonu a obtížnému oprotézování (Mikulová, 2012, s. 20).

Amputace v bérce

Řadí se mezi nejčastější druh amputace u pacientů s ischemickými změnami na dolních končetinách (Dunzl et al., 2014, s. 125).

Exartikulace v koleni

Indikace téhle amputace není příliš častá (Dungl et al., 2014, s. 125).

Femorální amputace

Tento typ amputace lze považovat za běžný operační výkon. Jedná se o odstranění dolní končetiny ve femuru. Amputace může být provedena ve třech stupních. Pokud není pahýl dostatečně dlouhý, komplikuje se tím následná rehabilitace (Dungl et al., 2014, s. 125).

Exartikulace v kyčelním kloubu

Operace se provádí v poloze na zdravém boku. Výkon zahajujeme podvazem arteria femoralis, poté preparujeme kyčelní kloub. Po odstranění dolní končetiny se doporučuje snést chrupavku acetabula a vytvořenou dutinu vyplnit svaly. Krytí rány je určené již před operací a to buď klasicky gluteálním, nebo dopředu preparovaným adduktorovým lalokem (Dungl et al., 2014, s. 125).

1.5 Rozhodnutí o výši amputace

Dříve byly doporučovány jen určité typy amputací tak, aby bylo možné vyhotovit funkční protézy. S pokrokem vývoje protetické techniky se rozhodujeme podle lokálního nálezu a chirurgických možností. Amputace se vždy provádí ve tkáni, která umožní dobré zhojení. Je-li amputace indikována z důvodu cévního onemocnění, je potřeba zmapovat prokrvení končetiny za pomoci Dopplerova ultrazvukového vyšetření, arteriografie a radionuklidové angiografie. Pokud je však indikací k amputaci tumor, záleží na jeho typu a na stupni generalizace procesu (Sosna et al., 2001, s. 157).

1.6 Komplikace amputací

Komplikace po operaci se mohou rozdělit na včasné a pozdní, mohou však být i lehké, nezávažné, ale také velmi těžké až ohrožující život. Jedná se vždy o negativní jev, který prodlužuje hojení a zvyšuje celkové náklady léčby (Michalský a Volfová, 2008, s. 34).

1.6.1 Včasné komplikace amputací

Včasné komplikace amputací se objevují v bezprostřední návaznosti na operaci, nejčastěji v souvislosti s anestézií. Včasné komplikace se nejčastěji podílejí na zhoršující se prognóze. Mezi tyto komplikace bychom mohli zařadit například poruchy dýchání, kardiovaskulární

selhání, embolizace, infekce, dekompenzovaný diabetes mellitus, pooperační nauzea a zvracení (Garajová, 2010, s. 47 – 48). „Většina těchto komplikací vzniká ještě na operačním sále a jejich řešení spadá do působnosti anesteziologa, ev. operátora (krvácení), jejich život ohrožující podoby vyžadují okamžitou léčbu (apnoe, asystolie atd.)“ (Garajová, 2010, s. 48).

1.6.2 Pozdní komplikace amputací

Pozdní komplikace se objeví až v následných dnech po operaci. Mohou se objevit jak již na JIP tak i na standardních odděleních.

Hematom – této komplikaci lze předcházet správnou drenáží rány. Je to vážný problém který může vést k infekci.

Kožní nekróza – pokud je nekróza menší, je možné ji ponechat a ránu nechat zahojit per secundam. Při větší nekróze je nutná operační revize.

Dehiscence rány – komplikace která vyžaduje revizi rány, drenáž nebo nekrektomii.

Otok – prevencí je správně zvolená elastická bandáž, která je přiložena ihned po amputaci na operačním sále.

Kloubní kontraktura pahýlu – prevencí je časně zahájení pooperačního polohování a cvičení pahýlu.

Infekce – je léčena intenzivní ATB terapií (Dungl et al., 2014, s. 120-121).

1.6.2.1 Fantomové bolesti

Fantomová bolest je charakterizovaná jako bolest pociťovaná v amputované končetině, anebo v jiné chybějící části těla.

Je třeba rozlišit fantomové pocity, fantomové bolesti a pahýlové bolesti.

Fantomové pocity jsou běžně přítomné u pacientů po amputaci buďto chirurgické nebo traumatické. Fantomové pocity jsou někdy vnímány s vysokým stupněm věrohodnosti, jsou skoro identické s reálnou skutečností. Rozdělují se do 3 kategorií:

1. Jednoduché pocity – teplo, chlad, svědění.
2. Komplexní pocity – poloha a délka končetiny.
3. Pocity pohybu končetiny.

Postupem času dochází k regresivní deformaci fantomu (zmenšení velikosti a délky) a teleskopickému efektu (Lejčko, 2001, s. 3).

Fantomová bolest se objevuje až u 75 % pacientů v prvním týdnu po amputaci. Není to však pravidlem, může se objevit i po několika letech. Pacienti nejčastěji popisují bolest jako pálivou, křečovitou, někdy i svíravou. Fantomová končetina je obvykle vnímána v nepřirozeném překrouceném postavení. Fantomová bolest se častěji vyskytuje u pacientů, kteří měli předamputační bolesti. Po několika letech může fantomová bolest u některých pacientů zcela vymizet (Lejčko, 2001, s. 3-4).

Pahýlová bolest je lokalizována v pahýlu, často poblíž jizvy. Bolest má smíšený charakter. Je to například lokální bolestivost, někdy také bodavá či elektrizující bolest. Pahýlová bolest časem ubývá a postupně mizí (Lejčko, 2001, s. 4).

Léčba

Jelikož doposud nebyla zjištěna patofyziologie ani mechanismus vzniku fantomové bolesti, není možné zahájit jednoznačně úspěšnou léčbu. Z toho důvodu byla navržena řada léčebných postupů, jejichž úspěšnost často nepřesahuje efektivitu placeba. Stejně jako u jiných syndromů chronické bolesti závisí léčebný postup na typu bolesti. Léčba samotná zahrnuje postupy neinvazivní, invazivní a jejich kombinaci. Důležité je předejít vzniku fantomové bolesti. Prevence spočívá v ovlivňování bolesti již od počátku jejího vzniku, nikoli až po amputaci. Preemptivní analgezie před amputací končetin s využitím svodných technik může mít velký vliv na rozvoj fantomové bolesti v končetině (Lejčko, 2014, s. 5).

Léčba fantomové bolesti by měla být založena především na neinvazivních postupech, jako jsou postupy farmakologické a nefarmakologické (Lejčko, 2014, s. 5).

Doposud neexistuje farmakologický postup, který by u fantomové bolesti byl jednoznačně efektivní. Používají se různé kombinace léků, které pomáhají lépe zvládat chronickou bolest např. analgetika (jsou indikována pro léčbu chronické nenádorové bolesti, včetně opioidů), antikonvulziva (jsou v první řadě indikována tam, kde jde o paroxysmy vystřelující neuropatické bolesti), antidepresiva (jsou indikována zejména tam, kde fantomová bolest má charakter kontinuální pálivá, palčivá bolest), nebo aplikace lokálních farmak ve formě mastí, olejů a emulzí (Lejčko, 2014, s. 5 - 6).

Nefarmakologické postupy zahrnují několik výkonů, které pomáhají ulevovat od fantomové bolesti. Mezi první řadíme psychologickou péči, která má podstatný význam. Psychologickou péči bychom měli zahájit již v období před amputací, její součástí je podrobná informace o fantomové bolesti a možnostech její léčby. Pacienti často zažívají depresi, jsou emočně labilní, mají obavy z budoucnosti. Často zamlčují svoje skutečné fantomové bolesti, aby

nebyli označeni jako duševně nemocní, z toho důvodu jim musíme poskytnout psychickou oporu. TENS je stimulace povrchu těla elektrickým proudem, provádí se pomocí přiložených elektrod. Aplikace elektrod je možná jak na pahýl tak i na kontralaterální končetinu. TENS je možné používat i v domácím prostředí. Fyzikální léčba je složená z několika postupů např. UZV, aplikace tepla a chladu, masáže. Každý pacient požaduje v této oblasti velice individuální přístup. Mezi netradiční nefarmakologické postupy řadíme i akupunkturu, kterou by měl indikovat a provádět jen zkušený odborník (Lejčko, 2014, s. 6).

Mezi invazivní léčbu řadíme chirurgické výkony. Revizi pahýlu u pacientů s evidentní patologií a neuroktomií, která spočívá v částečné resekci periferního nervu (Lejčko, 2014, s. 7).

1.7 Nejčastější onemocnění vedoucí k amputaci

Mezi nejčastější onemocnění, které vedou k amputaci dolních končetin, patří ischemická choroba dolních končetin, syndrom diabetické nohy a nádorová onemocnění.

1.7.1 Ischemická choroba dolních končetin

Podstatou onemocnění je nedokrvení končetin. Na vzniku tohoto onemocnění se podílí spousta faktorů, jako je například kouření, špatná životospráva a fyzická aktivita, genetika, věk, hypertenze. Ischemickou chorobu dělíme na *akutní* (končetina je bezprostředně uzavřena) a *chronickou* (průtok krve se postupně zhoršuje) (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 212).

1. Akutní uzávěr

Náhle vzniklé nedostatečné prokrvení končetin či náhle se zhoršující již existující ischemická choroba končetin, projevující se bolestí, poruchou cití a hybnosti různé intenzity a rozsahu v závislosti na etiologii a lokalizaci tepenného uzávěru (Čertík, 2003, s. 17).

Akutní končetinová ischemie se dělí na netraumatické a traumatické. Netraumatické akutní ICHDK se častěji vyskytují u stárnoucích pacientů, bohužel v důsledku pozdní diagnostiky přechází do stádia ireverzibilních ischemických změn s nutností amputačních výkonů. Traumatické akutní ICHDK jsou naopak běžnější u mladších pacientů a pacientů v produktivním věku (Čertík, 2003, s. 17).

Nejčastější příčinou je trombembolie, která se často projeví prudkou bolestí končetiny. Končetina je bledá, studená a bez hmatné pulzace. V brzké době se objevují trofické defekty (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 212).

2. Chronický uzávěr

Onemocnění se rozvíjí pomalu, projevují se klaudikačními bolestmi dolní končetiny (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 212).

1.7.2 Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy je definován jako ulcerace nebo destrukce hlubokých tkání spojená s neurologickými abnormalitami a s různými stupni ischemie dolních končetin. Je zde velice důležitá správná edukace diabetiků. V průběhu několika let vzniklo několik klasifikačních škál, podle kterých se snažíme komplexně popsat rozsah a hloubku defektů. Mezi používané patří například Wagner a Texaská klasifikace (Kudlová, 2015, s. 154).

Syndrom diabetické nohy má několik spolu souvisejících faktorů. Nejčastěji se na něm podílí předchozí ulcerace, neuropatie, angiopatie a trauma. Ztížené hojení způsobuje výkyvy hodnot glykémie a infekce (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 212).

Klinický obraz není jednoznačný, dělíme jej na nohu neuropatickou, ischemickou a neuroischemickou, každá má své specifické projevy.

Neuropatická noha - je nebolestivá, teplá, růžově zbarvená, s hmatnou periferní pulzací. Nejčastěji postihuje pacienty s DM 1. typu.

Ischemická noha - je chladná, bez hmatné periferní pulzace, může být přítomná bolestivost. Nejčastějšími pacienty jsou hypertonicí a kuřáci (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 213).

2 SPECIFIKA OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Amputaci je vždy nutné pečlivě zvážit, je důležité uvědomit si důsledky, které budou mít dopad na další život pacienta. Lépe snášeny jsou amputace sekundární, kterým předchází období nekonečné bolesti, tyto amputace mohou přinést v konečném důsledku zvýšení kvality života pacienta, ale i přesto je amputace výkonem stresujícím a znamená obrovskou změnu v životě pacienta. Je důležité myslet na psychický stav pacienta, dát mu čas a poskytnout mu podporu při rozhodování (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 216).

2.1 Předoperační péče

Cílem předoperační přípravy je zajistit nemocnému vyhovující podmínky pro zvládnutí záteže operace, předcházet komplikacím a zlepšit následnou rekonvalescenci.

Nedílnou součástí je psychická příprava pacienta, tu lze zlepšit přístupem personálu. Lékař nemocnému vysvětlí, o jaký výkon jde, jak operace bude probíhat a zda se dají očekávat nějaké operační a pooperační komplikace a následná délka hospitalizace (Michalský a Volfová, 2008, s. 18). Sestra je vůči pacientovi empatická, je důležitá spolupráce s příbuznými a psychologem. Sestra musí být seznámena s ošetřovatelským postupem po operaci, aby odpověděl na případné dotazy pacienta. Za pomoci fyzioterapeuta si pacient nacvičí sebeobsluhu a seznámí se s pomůckami. Jedná se o zákrok plánovaný, proto mu předchází dlouhodobá předoperační příprava (Vávra a Dostalík, 2009, s. 36-37).

Předoperační příprava je rozdělena do tří částí

1. Předoperační vyšetření je rozděleno na interní a anesteziologické vyšetření

Interní vyšetření zahrnuje fyzikální vyšetření (TK, P, TT, Sp2O), laboratorní vyšetření (KO, FW, moč + sediment, glykémie, jaterní testy – ALT, AST, bilirubin), specifická laboratorní vyšetření (ionty, hemokoagulace, krevní skupina), EKG, RTG S+P – u pacientů nad 40 let, nebo s onemocněním kardiovaskulárního systému

Anesteziologické vyšetření je vyšetření anesteziologem, který sepíše, za jakých podmínek a okolností může být pacient operován. Určí způsob anestezie, zvolí premedikaci a nakonec stanoví anesteziologické riziko (Vávra a Dostalík, 2009, s. 36-37).

K dalším potřebným vyšetřením před amputací dolní končetiny můžeme zařadit UZ, CT, angiografie.

2. Předoperační příprava večer před operací

Příprava zahrnuje několik kroků. Podepsání informovaného souhlasu s hospitalizací, celkovou anestezií a amputací dolní končetiny. Bezprostřední příprava pacienta je zahájena celkovou koupelí, oholením operačního pole a označením amputované končetiny. Pacient musí být 6-8 hodin před operací lačný.

3. Předoperační příprava ráno před operací

Zahrnuje bandáž zdravé DK (z důvodu prevence TEN). Odstranění šperků a protetických pomůcek pacienta. Zavedení PŽK a aplikaci infúzí dle ordinace lékaře (u diabetika je aplikována infúze glukózy doplněná inzulinem). Podání premedikace dle ordinace anesteziologa. Aplikace ATB i.v. pro prevenci infekce. Zavedení PMK a provedení očisty střev (Vávra a Dostalík, 2009, s. 36-37).

2.2 Pooperační péče

Pooperační fáze začíná probuzením pacienta z celkové anestezie. Pacient je přeložen po operaci na JIP (jednotka intenzivní péče) nebo standartní oddělení, uložení záleží na aktuálním stavu pacienta, výšce amputace a riziku pooperačních komplikací. Pacient na JIP přijíždí s již ošetřeným pahýlem. Ten je kryt mastným tylem a sterilní gázou, na ni je přiložena vata a obinadlo. Obinadlem se snažíme postupně vytvarovat konečný tvar pahýlu. Obvaz zakončíme škrobovým obinadlem s furnúry křížem přes sebe nad vrcholem pahýlu (Sosna et al., 2001, s. 158).

2.2.1 Monitorace pacienta

V bezprostřední pooperační péči jsou u pacienta sledovány hlavně vitální funkce (TK, P, TT, SpO₂, dýchání a vědomí), bolest. Dále sledujeme, zda je přítomný prosak přes krytí, v případě prosakování nadvážeme dalším obvazem přes prvotní krytí. Z rány je vyveden redonův drén, na kterém sledujeme funkčnost, a množství odpadu (Sosna et al., 2001, s. 158).

2.2.2 Poloha pahýlu

Je důležité správně polohovat končetinu ihned po převozu z operačního sálu. Z důvodu prevence pooperačního otoku je nutná včasná elevace operované končetiny. Ta ale nesmí být zajištěna podložením pahýlu ve flexi. Takovéto polohování vede k nezvratným flekčním kontrakturám, které těžce poškozují pacienta. Správnou elevaci amputované končetiny zajistíme nastavením lůžka (Sosna et al., 2001, s. 158).

2.2.3 Převaz rány, drény, extrakce stehů

Pokud krytí neprosakuje a nejsou žádné další viditelné komplikace, provádíme prvním převaz za 2. - 3. dny po operaci, dále převazuje již každý den s vizuální kontrolou rány. Pokud se objeví nějaké komplikace, ihned hlásíme lékaři.

Drény odstraňujeme obvykle po 48 až 72 hodinách, při prvním převazu. Záleží však na množství odpadu a ordinaci lékaře. Na drénu sledujeme jeho funkčnost, množství a barvu odpadu.

Stehy extrahujeme, pokud je rána zahojená bez komplikací mezi 10. – 14. dnem. Pokud jsou přítomny komplikace například dehiscence rány, stehy vytahujeme ob jeden (Janíková a Zeleníková, 2013, s. 218-219).

2.3 Péče o pahýl

Velký důraz se klade na správnou péči o pahýl ihned po operaci. Je důležité správné bandážování a tvarování pahýlu, pro snazší oprotézování pahýlu.

2.3.1 Bandážování pahýlu

Bandážování pahýlu lze zahájit, až se zhojí pooperační rány nebo je vyměněn první pooperační obvaz, je však důležité správné zvolení bandáže. Obvaz by měl být elastický, jeho šířka závisí na druhu amputace, při amputaci pod kolenem zvolíme 10 cm šířku obinadla, při amputaci nad kolenem zvolíme šířku obinadla 12 -14 cm (Smutný, 2009, s. 12).

Pahýl bandážujeme obinadlem od vrcholu postupně proximálně, z důvodu snižování pooperačního otoku a správného formování pahýlu. Správně bandážovaný pahýl je zárukou úspěšného uchycení protézy. Aby mohl být pahýl dobře vytvarován, musí na něj působit pevný a stabilní tlak po celých 24 hodin, s výjimkou mytí nebo převazu rány. Pokud je však amputace v důsledku cévního onemocnění, bandáž se na noc sundává (Smutný, 2009, s. 13).

Pahýl zabandážujeme osmičkovým tahem, ne cirkulárním, protože cirkulárním tahem se zabíjí proudění krve. Kónického tvaru pahýlu dosáhneme, pokud bude působení tlaku větší na konci pahýlu než na horní části pahýlu. Po sundání bandáže pahýl masírujeme. Pokud po zabandážování začne pahýl pulsovat, musí se bandáž ihned sundat a přebandážovat (Smutný, 2009, s. 12-13).

„Po odstranění stehů a zhojení kůže pahýlu následují další čtyři činnosti, které mají zásadní význam pro bezproblémový průběh rehabilitace“ (Taplová, 2011, s. 40)

2.3.2 Otuzování pahýlu

Pahýl by měl být několikrát denně otuzován, nejvhodnější způsob je sprchování, může se však zvolit i ponoření do vody. Voda by měla být nejprve vlažná následně studená, proces by se měl několikrát opakovat cca 10 – 20 minut. Díky vyšší teplotě vody je navozená vazodilatace, která umožňuje lepší prokrvení. Chladnější voda způsobuje naopak vazokonstrikci. Poslední proud by měl být vždy studený (Taplová, 2011, s. 40).

2.3.3 Kartáčování pahýlu

Kartáčování pahýlu lze provádět při koupeli, ale i na suché kůži. Je vhodné zvolit kartáč, který nemá příliš tvrdá vlákna, aby se neporanila pokožka. Jemné škrábání plní funkci periferní senzomotorické stimulace. Citlivost pahýlu je důležitá, z důvodu vnímání protézy (Taplová, 2011, s. 40).

2.3.4 Masáž pahýlu

Je důležitá pro zajištění správného napětí měkkých podkožních tkání, pomáhá zlepšit prokrvení pahýlu a napomáhá k odstranění pooperačního edému. Masáž pahýlu si pacient většinou provádí sám, záleží však na délce a pohyblivosti pahýlu. Masáž se provádí lehkým poklepáváním konečky prstů, hnětením, vlnivými pohyby kůže a také různými fyzikálními prostředky (Taplová, 2011, s. 40).

2.3.5 Polohování pahýlu

Správné polohování pahýlu je důležité z důvodu předcházení komplikacím, jako jsou flekční kontraktury pahýlu. Jako prevence kontraktur se doporučuje vleže na zádech zatěžovat pahýl nejlépe sáčkem se zátěží 1 – 2 kg, nebo vleže na břiše se přikládá zátěž na hýždě (Taplová, 2011, s. 40). Avšak spoustu pacientů po amputaci dolní končetiny nedodrží režim a polohují končetinu špatně.

Mezi nejčastější špatné polohy pahýlu po amputaci můžeme zařadit polohu v leže na zádech s pahýlem ve flexi nebo ponechání pahýlu viset přes okraj lůžka. Mezi další můžeme zařadit vypodložení páteře, kyčle nebo kolene polštářem. Nevhodné je také sedět na invalidním vozíku s pahýlem ve flexi. Při opírání o podpažní berle nesmí pahýl spočívat na rukojeti berle (Smutný, 2009, s. 19).

Správná poloha pahýlu po amputaci je v leže na zádech, kdy pahýl je přinožený k druhé končetině a je rovně na podložce. Poloha v leže na břiše se řadí mezi optimální polohy, pacient při téhle poloze protahuje kyčelní kloub (Smutný, 2009, s. 20).

2.4 Rehabilitace po amputaci

Cílem rehabilitace je zajistit maximální stupeň nezávislosti a soběstačnosti pacienta, udržet nejen dobrý fyzický, ale hlavně psychický stav, podporovat ho a motivovat. Rehabilitace doprovází pacienta během všech fází následujících po amputaci (včasná pooperační fáze, aktivní terapie, protetické vybavení a nácvik, následná péče) (Jindra, Věchtová a Bielmeierová, 2015, s. 605 - 606).

Fyzioterapeut se stará od počátku o jizvu, otok, svalový tonus, správné polohování pahýlu, balanční cvičení, přesuny, aktivní posilování, elektroterapii.

Posilovací cviky zapojují svaly pahýlu, ale i zbývající svaly těla jako celku. Cvičení by se mělo zahájit co nejdříve po operaci (cca 1-2 den). Díky pravidelnému cvičení si pacient udrží fyziologický rozsah kloubů, zvýší svalovou sílu a naučí se svalové koordinaci nezbytné pro pohybování se s protézou. K odkládání cvičení není žádný důvod, ani zavedený močový katetr, nebo pooperační drény nejsou překážkou. Důležitou součástí cvičení je kondiční cvičení, které zahrnuje posilování, sed na lůžku, nácvik soběstačnosti (Birgusová a Rosický, 2004, s. 25; Nedvědová, 2016, s. D7).

3 PROTETIKA

Ortopedická protetika je obor, který se zabývá návrhem stavby, stavbou a aplikací protetických pomůcek. Tento obor se dále dělí na další podobory.

Protetika je nauka o náhradě ztracených částí těla, náhrada se provádí protézami aplikovanými na povrch těla, opakem jsou endoprotézy, které jsou implantovány do těla chirurgicky.

Ortotika je nauka o náhradě oslabených funkcí pohybového aparátu. Pomůcky, které kompenzují nebo ovlivňují pouze funkční stránku poškození, neovlivňují morfologii dané tělní partie (př. ortéza).

Epitetika je nauka o kosmetické úpravě ztracené nebo deformované části těla, bez náhrady ztracené funkce.

Adjuvatika je nauka o pomůckách pro tělesně postižené, pomůcky jim usnadňují sebeobsluhu, hygienu i práci (př. berle, madla, invalidní vozíky).

Kalceotika je nauka o ortopedické obuvi, zabývá se návrhem a stavbou individuální ortopedické obuvi a individuálních ortopedických vložek (Sosna et al., 2001, s. 161).

Protetika se zabývá léčbou pacientů zevně aplikovanými protézami. Protéza nahrazuje kosmeticky i funkčně ztracenou část těla. Protéza je vždy zhotovena podle individuálních potřeb pacienta. Není přípustné nutit pacienta, aby se přizpůsoboval protéze. Pacient a protéza musí tvořit vždy funkční jednotku, stav označujeme jako „biomechanický celek“. Protéza, která je správně navržena a zhotovená, musí vždy plně vyhovovat fyzickým předpokladům pacienta (Dungl et al., 2014, s. 97).

Pro protetické ošetření pacienta je důležité správné načasování, které ovlivňují zejména fyzické schopnosti pacienta, psychický stav pacienta, schopnost chůze s oporou dvou francouzských berlí a úplné zahojení pahýlu. Použití protézy má významný vliv na mobilitu a psychosociální fungování pacienta po amputaci. Tím ovlivňuje kvalitu jejich života (Dungl et al., 2014, s. 97; Sinha et al., 2014, s. 74).

Protézy můžeme rozdělit do dvou skupin – exoskeletové a endoskeletové. Exoskeletové protézy jsou funkčně i tvarově zajištěny stavebními díly. Endoskeletové protézy jsou zajištěny funkcí stavebního modulu a vnější je tvořen kosmetickým krytím. K výrobě a stavbě protéz se používají materiály jak přírodní (kůže, dřevo, slitiny různých kovů), tak i umělé (tkaniny, termoplasty, silikony). Při zhotovení protézy se počítá s elastickými vlastnostmi některých

materiálů, díky kterým se protéza ještě více přibližuje normální funkci nahrazované části těla (Gallo et al., 2011, s. 194).

3.1 Indikace protetické pomůcky

Lékař indikuje protetickou pomůcku po zhodnocení morfologického nebo funkčního postižení. Protetickou pomůcku indikuje lékař vždy cíleně ke konkrétnímu pacientovi podle jeho klinického nálezu. Poukaz na protetickou pomůcku je vydán na základě výběru z nabídky firemních katalogů, nebo je pacientovi doporučena individuální pomůcka na míru. Lékař při výběru protetické pomůcky nesmí zapomenout na zhodnocení celkového stavu pacienta, zda vůbec bude pacient schopen pochopit práci s protetickou pomůckou (nasazení pomůcky, běžné denní činnosti s pomůckou, ošetřování pomůcky). Po určení způsobu výroby lékař zváží samotnou stavbu pomůcky. Materiál, ze které bude pomůcka vyrobena, typy vyztužení pomůcky a výšku pomůcky, kam až má zasahovat.

Protetické pomůcky jsou hrazeny buďto částečně nebo plně z veřejného zdravotního pojištění, o příspěvku rozhoduje typ a účel pomůcky. Protetické pomůcky pro sport z veřejného zdravotního pojištění nejsou hrazeny v žádné výši (Dungl et al., 2014, s. 95).

3.2 Protetická protometrie

Měrné podklady patří k základním údajům potřebným pro vyhotovení jakékoliv protetické pomůcky. Mezi základní způsoby měření patří:

Prosté měření, kdy používáme zpravidla krejčovskou plátěnou míru.

Plošné obkresy, při kterých zhotovujeme na běžný papír dostatečné velikosti.

Otisky, které slouží ke zjištění statických tlakových poměrů v plosce nohy.

Plastické poloformy umožňují trojrozměrné zobrazení akrálních částí těla.

Sádrový model umožňuje nejdokonalejší náhled na velikostní a tvarové parametry.

CAD-CAM technologie spočívá v nasnímání skenovaného tělního povrchu do počítače (Dungl et al., 2014, s. 95).

Měrné podklady lze získat jedním nebo kombinací více způsobů. Tyto podklady získáváme na nahém těle v poloze, ve které bude pomůcka využívána (Dungl et al., 2014, s. 95).

3.2.1 Protéza a její části

Protéza se skládá z pahýlového lůžka, pomocné části a periferie protézy. Pahýlové lůžko je velice individuální, je to základní a rovněž nejdůležitější část protézy, která pokrývá povrch amputačního pahýlu. Lůžko je tvořeno třemi základními částmi horní, střední a dolní. Horní část lůžka je věnec s vymodelovanými opěrnými plochami. Přes ně se přenáší velká část zátěže pacientova těla. Střední část lůžka je vymodelována podle tvaru pahýlu. Dolní část lůžka je dno přizpůsobené tvaru pahýlu (Gallo et al., 2011, s. 195).

O typu pahýlového lůžka se rozhoduje již před amputací a v brzkém pooperačním období. Rozeznáváme tři typy pahýlových lůžek podle kontaktu pahýlu a lůžka, a fixace protézy k tělu pacienta.

Závěsné pahýlové lůžko – jeho výhodou je snadná aplikace, tvar lůžka je formován do přibližného tvaru pahýlu, proto lze protézu aplikovat i na amputační pahýl bizarního tvaru. K udržení protézy na místě je nutné přídavné závěsné zařízení, kvůli kterému se zhoršuje ovladatelnost lůžka a tím i celé protézy (Dungl et al., 2014, s. 98).

Semikontaktní pahýlové lůžko – vyžaduje také k udržení na místě přídavné závěsné zařízení, je zde ale zlepšen kontakt pahýlu s pahýlovým lůžkem protézy. Díky tomuto zvětšení kontaktní plochy po obvodu se zlepšuje ovládání pahýlového lůžka a tím i celé protézy (Dungl et al., 2014, s. 98).

Kontaktní pahýlové lůžko – nevyžaduje k udržení protézy na místě přídavné závěsné zařízení. Díky dokonalému vytvarování vnitřního povrchu pahýlového lůžka, dochází k úplnému kontaktu s vnějším povrchem pahýlu za současného vzniku podtlaku. Podtlak se zde reguluje „podtlakovým ventilem“ (Dungl et al., 2014, s. 98).

Pomocnými díly jako jsou bandáže, řemínky, závěsná zařízení pro aktivní pohyb, je protéza vybavena, pokud je potřeba zlepšit stabilitu, nebo zajistit lepší ovládání protézy.

Periferie protézy je možno stavět dvěma způsoby buďto klasickou technologií, při čemž se využívá kov, kůže, plast, dřevo, nebo moderní technologií, což je technika podtlakového lití dvousložkových pryskyřic, používání termoplastů a předem vyrobených dílců, jako jsou například klouby, chodidla a ostatní náhradní díly (Sosna et al., 2001, s. 162).

3.2.2 Druhy protéz dolní končetiny

Sandalové protézy

Používají se po amputaci v Lisfrankově nebo Chopartově kloubu, po nasazení na nohu se obouvají do sériové nebo ortopedické obuvi.

Štítové protézy

Používají se po vyšší amputaci, jako je Symeho amputace, po nasazení se protéza kryje punčochou a obouvá se do ortopedické obuvi.

Bércové protézy

Se vyrábějí již moderní technologií jako protézy modulární, což znamená, že obsahují pahýlové lůžko, modulární adaptér a dle výšky amputace protetické chodidlo, kolenní nebo kyčelní kloub.

Exartikulační kolenní protézy

Využívají speciálního kloubu pro exartikulace, který má osu pohybu těsně pod kondyly femuru.

Stehenní protézy

Pro vyhovující a dostatečnou funkci protézy musí být správně vytvarované pahýlové lůžko.

Exartikulační kyčelní protézy

Základem protézy je výroba pánevního koše, který nahrazuje pahýlové lůžko (Sosna et al., 2001, s. 162; Gallo et al., 2011, s. 196).

3.2.3 Správná péče o protézu

Protéza je nezbytná součást pacienta po amputaci, proto je důležité, aby se jí věnovala dostatečná péče. Ortopedický protetik má za úkol obeznámit jak správně pečovat o pomůcku.

Péče o pahýlové lůžko závisí na materiálu, ze kterého je vyrobeno. Plastové části se udržují snadno, k omytí postačí hadřík a mýdlová voda. Kožené části je důležité vysušit.

Silikonový návlek je velice jednoduchý na údržbu, stačí mýdlo s neutrální pH a nakonec omytí pod tekoucí vodou

Vnitřní mechanické části se neomývají žádným roztokem. Mechanismus je již ošetřen z výroby. V případě problému s mechanickou částí vyhledejte ortopedického protetika

Pěnový – molitanový kosmetický kryt, je součástí všech typů protéz, neomývá se žádnými roztoky, pokud je však silně nasáklý vysušte ručníkem a nechte volně doschnout.

Kosmetická punčocha, která je převlečena přes molitanový kryt, čistíme přepíráním v rukách ve vlažné vodě za pomoci běžných saponátů

Pacient má nárok na 2 funkční protézy za 24 měsíců. Kromě dostatečného čištění je důležité kontrolovat i jednotlivé spoje (Smutný, 2009, s. 53).

4 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA

V dnešní zrychlené době spolu kvalita života a zdraví velmi úzce souvisí. Abychom podpořili tuto souvislost, musíme se podle toho chovat, i když v některých případech se stává, že pro zvyšování kvality života jsme ochotni upřednostnit jiné hodnoty než zdraví.

4.1 Kvalita života

„Kvalita života je pojem, který je používán v řadě disciplín a do medicíny, psychologie a pedagogiky se dostal přes ekonomii a sociologii, kde při zkoumání např. životní úrovně se ukázaly více rozhodující kritéria kvalitativní než kvantitativní“ (Řehulková et al., 2008, s. 5).

Kvalita života je závislá na okolnostech, čase i situacích, ve kterých ji posuzujeme. Výrazný podíl mohou mít různé determinanty, jako jsou materiální a finanční zajištění, zdraví, pracovní podmínky, vzdělání, ale také životní situace. V ošetrovatelství je vnímána také jako motivace, která člověka nutí ke změně dosavadní situace. Je úzce spojena s onemocněním v tomto případě s amputací dolní končetiny, která má výrazný dopad na fyzický i psychický stav pacienta, na jeho dosavadní způsob života a naplňování vyšších potřeb ve smyslu sebe-realizace (Olišarová, Dolák a Tóthová, 2013, s. 15).

Definovat kvalitu života je velmi obtížné, jelikož vychází z podmínek, ve kterých pacient žije. Je ovlivněna socioekonomickými faktory, zdravotním stavem a dalšími proměnnými.

Poprvé byl tento koncept popisován řeckým filozofem Aristotelem, popisoval ho jako pocit štěstí, určitý druh duševní činnosti. Z individuálního hlediska lze kvalitu života definovat jako subjektivně vnímaný život jednotlivce. Vnímání kvality života je ve vztahu k ošetrovatelství velmi důležité, jelikož přímo souvisí s poskytováním péče. Zahrnuje koncept „well-being“, spokojenost se svým životem (Olišarová, Dolák a Tóthová, 2013, s. 16).

Kvalitu života a životní spokojenost nemůžeme chápat jako synonyma, ale jako velmi blízké spolu související pojmy. V současnosti se řadí k významným tématům v oblasti výzkumu v ošetrovatelství. Jedná se o ucelený koncept, který pomáhá charakterizovat oblast tělesné a psychické pohody, sociálních vztahů, somatických aspektů spojených s onemocněním a léčbou (Olišarová, Dolák a Tóthová, 2013, s. 16).

Správné hodnocení kvality života je důležitým nástrojem pro zlepšení ošetrovatelské práce. Pro získání vhodných informací je důležité použít správnou metodu výzkumu. Výzkum se

dělí dle použité metodologie na kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní výzkum je založen na práci s větším počtem respondentů pomocí dotazníkového šetření a analýz dat. Kvalitativní výzkum na rozdíl od kvantitativního nezpracovává výsledky pomocí statistických metod, ale pomocí subjektivního přístupu výzkumníka. Pro získání dat se využívají rozhovory. Tento výzkum pracuje s menší skupinou respondentů a analýza se provádí aplikací metod kvalitativní analýzy (Angelová, 2013, s. 28).

4.1.1 Kvalita pracovního života

Kvalita pracovního života je často vnímána jako součást kvality života. Práce pro osoby se zdravotním postižením, v tomto případě po amputaci dolní končetiny, je velice důležitým prvkem jejich života nejen z pohledu ekonomického, ale i z pohledu sociálního. Na jedince lze pohlížet různě, posuzujeme je na základě druhu amputace. Z pohledu společnosti jsou často spojeny představy, můžeme je nazvat předsudky, které ovlivňují pracovní uplatnění jedince (Ludíková et al., 2013, s. 12-15).

4.2 Zdraví

Zdraví představuje v životě člověka jednu z nejvýznamnějších hodnot. Moderní pojetí zdraví chápe tento stav jako plné tělesné, duševní a sociální pohody. Definice zdraví dle WHO je popisována jako složitě provázaný komplex biologických, psychických a sociálních aspektů (Mlčák, 2011, s. 10 - 11).

Plné zdraví se pojí s pozitivním psychickým a fyzickým stavem člověka, který blízce souvisí i s jeho uspokojivým sociálním fungováním, jež umožňuje člověku žít, pracovat a milovat. Subjektivní chápání zdraví se přirozeně mění v průběhu života, a to v závislosti na pohlaví, věku a vzdělání (Mlčák, 2011, s. 12).

Pravidelná pohybová aktivita a vhodný způsob tělesného cvičení má nejen pozitivní vliv na psychiku člověka a zejména na jeho emoční ladění, ale umožňuje lidem lépe kontrolovat jejich hmotnost a napomáhá i ke snazšímu zvládnutí stresu a zátěže. Mezi další faktory, které mají pozitivní vliv na psychiku člověka, bychom mohli zařadit pravidelný spánek, vyhýbání se stresu, předcházení úrazů, uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb (Mlčák, 2011, s. 20).

4.3 Vliv získaného postižení na psychiku jedince

Amputace je jedním z mála zákroků, která se podílí na významných změnách v životě pacienta. Je to nutné chirurgické řešení pacientova závažného stavu. Amputace přináší několik životních změn v oblasti somatické, psychické a sociální. Všechny tři oblasti spolu velmi úzce souvisí. Z hlediska somatického, se pacientovi po amputaci změnilo tělo, proto začne sám sebe vnímat jinak, cítí bolest v amputované končetině a často trpí fantomovou bolestí. Bolest ovlivňuje spánek a díky tomu se zvyšuje únava, pacient může být depresivní a odmítá spolupracovat. Změny v psychice jsou velmi časté, jelikož po amputaci u pacientů dochází k pocitům méněcennosti, k depresím a k obavám z budoucnosti po zdravotní, ekonomické a sociální stránce. Ze sociálního hlediska v první řadě musí pacient ukončit své dosavadní zaměstnání, pokud ho tedy zaměstnání výrazně omezuje. Dochází ke změnám v mezilidských vztazích, jak v kruhu rodinném tak přátel (Angelová, 2013, s. 28-29; Buijck et al., 2012, s. 126).

4.4 Začlenění pacienta do společnosti

V dnešní době je začlenění pacienta s handicapem do společnosti velmi těžké. I když mají pacienti po amputaci mnoho kompenzačních i protetických pomůcek, které jim ulehčují život, zakrývají chybějící amputované části, začlenění je obtížné. Mnoho lidí nedokáže takhle postiženého člověka přijmout, neuvědomují si na jakém podkladě nebo příčinou k amputaci došlo. V ČR existuje několik nadací či organizací například No Foot, No Stress!, M.A. Ortopedická Protetika s.r.o., nebo i Liga vozíčkářů, které se věnují lidem po amputaci. Tyto nadace i organizace pomáhají pacientům k návratu do života, umožní jim se seznámit s lidmi se stejným postižením a napomáhají k zvýšení kvality pracovního života (Šášková, 2013, s. 34; Ludíková, 2013, s. 12).

„Kvalita pracovního života je spojována s vysokou úrovní pracovní spokojenosti, fyzickým i duševním zdravím, vyhlídkou na delší život (naději na dožití) a celkovým smyslem pohody (pocitu zdraví)“ (Dvořáková, 2005 cit. podle Ludíková, 2013, s. 12).

4.4.1 Psychická podpora nemocného

Po amputaci je důležitá psychická podpora nejen od zdravotnických pracovníků, ale také od rodinných příslušníků a přátel. Díky podpoře ostatních je možné, že pacient lépe přijme diagnózu a bude lépe probíhat následná léčba, ale i rehabilitace. Plnohodnotná psychologická podpora, je závislá na vzájemném vztahu důvěry. Pravidelná podpora pomáhá pacientovi

k pozitivnímu a aktivnímu přístupu k životu. Nemůžeme zajistit plnohodnotnou kvalitu života, ale snažíme se ji aspoň přiblížit, aby pacient po odeznění akutní fáze nezůstal na nemoc sám (Šášková, 2013, s. 32-33).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE PRÁCE A METODIKA

5.1 Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce je zhodnotit kvalitu života před a po amputaci dolní končetiny.

Dílčí cíle výzkumu

Cíl 1: Zjistit míru kvality života před amputací dolní končetiny.

Cíl 2: Zjistit, zda příčina amputace dolní končetiny ovlivňuje její přijetí.

Cíl 4: Zjistit, zda při používání protetických pomůcek se zvyšuje kvalita života.

Cíl 3: Zjistit změny kvality života v oblasti tělesné, psychické a sociální.

Hypotézy

Na základě získaných informací a stanovení dílčích cílů jsme zformulovali následující hypotézy.

Hypotéza 1

Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů, měla kvalitu života před amputací na vysoké úrovni.

Hypotéza 2

Předpokládáme, že více jak 50 % respondentů ovlivnila příčina přijetí amputace.

Hypotéza 3

Předpokládáme, že více jak 75 % respondentů má díky protetickým pomůckám zlepšenou kvalitu života.

Hypotéza 4

Předpokládáme, že více jak 80% respondentů, zaznamenalo změny v oblasti tělesné, psychické a sociální.

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Charakteristika respondentů

Respondenti byli vybíráni dle předem určených kritérií. Pro dostatečné srovnání bylo vybráno několik respondentů, někteří se lišili věkem, výškou a příčinou amputace, délkou amputace a využitím kompenzačních a protetický pomůcek.

Pro zachování anonymity byli respondenti označeni R1 – R6. Osobní informace jsou zpracovány v tabulce č. 1.

5.2.2 Metoda pro získání dat výzkumu

Pro sběr dat do bakalářské práce jsme zvolili kvalitativní výzkumné šetření, pomocí polostandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je jednou z nejčastějších metod využívaných pro zhotovení kvalitativního výzkumu. Rozhovor byl veden podle předem stanovené struktury, některé otázky byly však zaměněny z důvodu plynulejšího vedení rozhovoru.

Rozhovory jsme uskutečnili s respondenty, kteří odpovídali výše daným kritériím. Dohromady bylo šest respondentů, všichni s poskytnutím informací v rozhovoru souhlasili. Rozhovory byly zaznamenány na mobilní telefon, poté byly přepsány. Výpovědi respondentů byly doslovně přepsány, originální nahrávky jsou k dispozici u tazajícího se.

Délka rozhovorů byla různá, ovlivňovaly ji různé aspekty. Svou roli sehrála hlavně uplynulá doba a příčina amputace. Na začátku každého rozhovoru respondent uvedl základní informace o sobě, jakými jsou věk, pohlaví, druh amputace a uplynulá doba od amputace. Rozhovory byly většinou vedeny v domácím prostředí respondentů.

5.2.3 Organizace šetření

Výzkumnému šetření předcházelo sestavení hlavních a dílčích cílů. Na základě cílů byly sestaveny otázky pro rozhovory. Tyto otázky byly sestaveny s pomocí vedoucího práce PhDr. Jarmily Verešové, která vytvořené otázky pomohla upravit a následně schválila. Rozhovory byly realizovány od března do dubna 2017.

Seznam otázek kladených v rámci polostandardizovaného rozhovoru viz. Příloha P: IV.

5.2.4 Zpracování získaných dat

Rozhovory byly nejprve zaznamenány na mobilní telefon a potom doslovně přepsány. Závěrečná část se zabývá analýzou získaných rozhovorů, získaná data jsou obsažena v diskuzi. Diskuze uvádí srovnání, ale i odlišnost.

Respondenti	Pohlaví	Věk	Výška amputace	Příčina amputace	Uplynulá doba od amputace
R1	Žena	87 let	PDK v koleni	Pozdní komplikace diabetu	9 let
R2	Muž	39 let	PDK v bérce	Pozdní komplikace diabetu	10 let
R3	Žena	62 let	LDK v koleni	Úraz	6 let
R4	Muž	59 let	LDK v bérce	Pozdní komplikace diabetu	14 let
R5	Muž	30 let	PDK v koleni	Autonehoda	7 let
R6	Muž	20 let	LDK ve stehně	Osteosarkom	3 roky

tabulka č. 1 - informace o respondentech

6 VÝSLEDKY VÝZKUMU

6.1 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 1

Respondent č. 1 je žena, věk 87 let. Amputace byla provedena na pravé dolní končetině v koleni. S amputací žije již 9 let. Respondent č. 1 se dlouhodobě léčí s diabetem. Rozhovor byl zaznamenán u paní doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R1: „Před amputací jsem dělala vše. Hlavně po chalupě jsem pracovala, starala se o domácnost a naše hospodářství.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R1: „Hospodařila jsem na poli, měli jsme krávu, kačeny, takže práce na dvoře bylo dost. Dělalo mi to radost.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R1: „Žila jsem dobrý život, jen občas mě bolela noha. Ale jinak jsem žila s manželem spokojený život. Užívali jsme si spolu důchodu.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R1: „Bylo to způsobené cukrovkou, nohy mě bolely. Napřed se mi udělala vyrážka, kterou jsem léčila na kožním. Za nějaký čas jsem šla do nemocnice, protože se to nelepšilo. Za pár týdnů to začalo černat okolo prstů, poté mi uřezali dva prsty a za 14 dní mi uřezali celou nohu.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R1: „Napřed jsem nechtěla, hodně jsem plakala, ale jelikož mi řekli, že jestli nepodstoupím amputaci tak mi zbývají jen 2 roky života. Tak jsem se zalekla a na tu amputaci jsem kývla.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R1: „Po operaci mě to právě vůbec nebolelo. Druhá pacientka, která ležela vedle mě také po amputaci, sebou házela a neustále plakala od bolesti, ale mě to vůbec nebolelo, ani jsem nic necítila. Rána se hojila bez komplikací.“

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R1: „V nemocnici jsem cvičila, ale druhou nohu jsem měla slabou. A jelikož jsem silnější, tak jsem neměla tolik síly cvičit mimo postel. Tak jsem cvičila jen na posteli. Domů mi dovezli polohovatelnou postel s hrazdou, díky které jsem se mohla přesouvat za pomoci dcery z lůžka na vozík.“

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R1: „Nepocítuji více únavu. Samozřejmě je vše více náročné a unavující. Ale celkově se více unavená necítím.“

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R1: „Používám vozík, který mi museli zhotovit na míru, jelikož jsem silnější. Čekala jsem na něj 3 měsíce, až byl zhotovený, tak jsem na něm odjela z nemocnice domů.“

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R1: „Jelikož jsem silnější a moje zdravá noha je slabší, mám problém se na ní udržet jen vedle postele. Proto jsem o žádnou protetickou pomůcku nestála.“

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R1: „Bydlím v domě s manželem a dcerou. Oba dva se o mě starají. Manžel sice špatně slyší, ale je na mě hodný a ochotně mi vždy podá, co potřebuji. Dcera má nějakou vadu s očima, nesmí zvedat nic těžkého ani se namáhat. Proto jsem přemýšlela, že si podám žádost do domova důchodců.“

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R1: „Největší problémy asi jen přemísťování z vozíku na záchod. Ale dcera mi koupila madla, která se upevnila okolo záchodu, a já se mohla skoro samostatně na záchod přemístit.“

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R1: „Do zaměstnání už nechodím, jelikož jsem v důchodu, a moje sociální postavení doma se nijak výrazně nezměnilo. Všichni mi byli velkou oporou.“

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R1: „Nepocítuji.“

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R1: „Mám už tolik roků, že jsem si řekla, když je tolik lidí po amputaci, kteří to přečkají a zvládnou, tak i já to zvládnou. Strach z budoucnosti mám jen kvůli možné amputaci druhé nohy, která je pořád oteklá a zarudlá.“

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R1: „Nepociťuji, smířila jsem se s tím.“

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R1: „Neúčastním, jen se sousedem přes barák, který je také po amputaci.“

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R1: „Teď bych se chtěla jen obsloužit sama na lůžku. Abych si sama pojedla, přesunula se na záchod a okoupala se.“

19. Je ještě něco co byste ráda uvedla vzhledem k Vašemu stavu?

R1: „Už bych nic nechtěla uvést k mému zdravotnímu stavu.“

6.2 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 2

Respondent č. 2 je muž, věk 39 let. Amputace byla provedena na pravé dolní končetině v bérce. Respondent č. 2 je diabetik na inzulínu. Amputaci podstoupil kvůli vzniklé lézi, která se mu nehojila a hrozila otrava organismu. S amputací žije již 10 let. Rozhovor byl zaznamenán u pána doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R2: „Před amputací jsem vedl život, takový spíš ne fajn. Jelikož jsem diabetik a říkal jsem si, však jsi mladý, žádný režim nemusíš dodržovat, všechno se zahojí. A pak najednou to všechno přišlo, začala gangréna a už to bylo.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R2: „Před tím jsem v podstatě neměl žádnou zálibu, jen kdysi dávno mě bavila kulturistika. Teďka se věnuji hlavně synovi.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R2: „Zhodnotil bych ji tak, jak to teď dělají mladí, jako je flákání, však ono to nějak dopadne. Na budoucnost jsem nemyslel, jelikož jsem si to, že jsem nemocný nijak nepřipouštěl.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R2: „Na noze se mi udělal defekt, vypadalo to, jak kdybych se škrábnul. Ze začátku se to nehojilo, pak se to uzavřelo, ale ta infekce se dostala dále do nohy. Napřed jsem to nevnímal, ale pak ta noha začala otíkat. Po nějaké době jsem šlápnul na zem a vytekl z toho hnis. Kosti byli defakto rozpuštěné. Ani jsem žádnou bolest pořádně necítil.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R2: „Když mi to lékaři sdělili, tak jsem říkal jo v pohodě, ale po té operaci, když jsem ležel na JIP a řekli mi to znova, jsem začal být agresivní a bránit se tomu to přijmout.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R2: „Fantomové bolesti jsem měl a ještě mám. Po amputaci ale nebyly tak časté jako teď. Pociťuji to jako křeč, nebo jako když vás svědí palec, ale nemůžete se poškrábat, protože tam není.“

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R2: „Rehabilitoval jsem po operaci, ale teďka už necvičím. Akorát sem tam, když ležím dlouho na posteli, tak protahuji pahýl, aby nezakrněl.“

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R2: „Po amputaci jsem byl více unaven, jelikož cvičení bylo fyzicky náročné, ale dnes už nevnímám, že bych byl nějak více unaven.“

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R2: „Berle jsem držel asi jen jednou, když jsem si poprvé dovezl protézu. Ale pak jsem je zahodil a naučil se stabilně chodit na protěze.“

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R2: „Ano používám protézu. Mám ji od samého začátku. Protetik mi ji udělal na míru, ale byl naštvaný, že je ta jizva vespod, protože tam je největší tlak té protézy. Jelikož jsem teď ale i dialyzován, tak musím vždy po dialýze, navštívit protetika, protože ta protéza mi začne být volná, ale on ji upraví bez problémů.“

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R2: „Bydlím v rodinném domě, nebyly zde potřebné žádné úpravy. Vše zůstalo při starém.“

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R2: „Největší problém mi dělalo chození do schodů. Než si člověk zvykl, jak ta noha reaguje. Teď už je to ale v pohodě, a dokonce si i kleknu.“

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R2: „Do zaměstnání nechodím, mám invalidní důchod, jelikož těch nemocí mám trošku víc než jen tu nohu. Doma na mě ze začátku byli naštvaní, že jsem to nechal zajít tak daleko. Hlavně moje máti byla naštvaná na mou manželku, že se o mě nestarala, ale ta zato vůbec nemohla.“

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R2: „Nepociťuji vůbec.“

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R2: „*Nemám strach z budoucnosti z pohledu amputace. Daleko větší strach mám z těch ostatních nemocí. Jelikož mám nefunkční ledviny, kvůli kterým docházím na dialýzu. Teďka jsem byl zařazen na pořadník transplantace ledviny.*“

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R2: „*Nemám důvod pociťovat, vždyť je tolik lidí po amputaci.*“

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R2: „*Neúčastním se žádných setkání.*“

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R2: „*Žiju život tak jak je. Užívám si ho plnými doušky každý den. Akorát si říkám, že to obíhání těch nemocnic by mohlo skončit, už je toho dost. Více jsem v nemocnici, než doma.*“

19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?

R2: „*Asi jen to, že kdyby někdo nabízel zdraví, tak mi ho může dát, já si to s ním klidně vyměním.*“

6.3 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 3

Respondent č. 3 je žena, věk 62 let. Amputace byla provedena na levé dolní končetině v kolenu. Respondentka č. 3 je zcela zdravá, amputaci musela podstoupit, kvůli složité zlomenině kotníku a fibuly, která se 7 let nedokázala zhojit. S amputací žije již 6 let. Rozhovor byl zaznamenán u paní doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R3: „Před amputací jsem chodila do práce, věnovala se rodině. Chodila s manželem a přáteli na plesy.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R3: „Ráda jsem se plně věnovala vnoučatům, chodili jsme spolu do lese na hříbky, s manželem a pejskem na dlouhé procházky. Jezdili na výlety.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R3: „Před amputací byl můj život perfektní. Nic mi nechybělo, žila jsem naplno a byla ráda za každý den.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R3: „Příčinou byla zlomenina kotníku a fibuly, kterou mi léčili 7 let. Neustále se opakovaly operace, kde mi implantovali všelijaká železa a šrouby.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R3: „Má reakce byla kupodivu kladná. Měla jsem nesnesitelné bolesti, zakopávala jsem o vlastní nohu, nakonec mi noha odumřela. Amputace byla pro mě vysvobození.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R3: „Ano, fantomové bolesti jsem měla, dokonce i teď je někdy mám, ale dá se to zvládnout.“

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R3: „Po operaci jsem rehabilitovala napřed v nemocnici, potom jsem dojížděla do rehabilitačního centra v Přerově a teď rehabilituji pravidelně doma.“

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R3: „Únavu jsem pociťovala snad jen první 2 měsíce po amputaci, bylo to vše náročné nejen fyzicky, ale také psychicky. Teď už ale vše zvládám. Udržuji se v kondici cvičením.“

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R3: „Napřed jsem používala berle, ale jelikož jsem silnější a mám problémy se zády, tak chození o berlích bylo náročné, strašně mě potom bolela záda. Zažádala jsem o chodítka, které mi pomáhá při chůzi doma i venku.“

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R3: „Mám protézu vyrobenou na míru. Bylo náročné si na ni zvyknout, ale teďka už ji skoro nevnímám.“

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R3: „Bydlím s manželem v bytě, žádala jsem o příspěvek na sprchový kout, jelikož nepracuji a můj manžel je na invalidním důchodu. Žádost o příspěvek byla zamítnuta, prý mám děti, které by se o mě měly postarat. Takže žádné úpravy v bytě nemám.“

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R3: „Největší problém mi dělá sprchování ve vaně. Máme malou koupelnu a já se nedostanu snadno do vany. Je to fyzicky náročné, ale tak nic nenadělám, musím to nějak zvládat.“

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R3: „Zaměstnání jsem musela opustit, dělala jsem prodavačku u nás v potravinách. Doma mě hodně podpořili. Manžel s dětmi mi byli velkou oporou, mám pocit, že nás to ještě více stmelilo.“

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R3: „Někdy pociťuji úzkost, ne ani tak ze zdravotního stavu, ale spíše z každodenních věcí, při kterých bych se bez pomoci manžela a dětí neobešla. Docházím na psychiatrii, kde mi paní doktorka hodně pomáhá. V noci jsem nemohla spávat, nasadila mi prášky na spaní a je to teďka lepší.“

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R3: „*Strach z budoucnosti mám, můj manžel je vážně nemocný. Má rakovinu, dochází na chemoterapie, které mu ubírají sílu. Snaží se o mě starat, co to jen jde, ale musí se šetřit. Nevím, co bych si bez něj počala.*“

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R3: „*Nepociťuji, v létě chodím v šatech i kraťasech, za protézu se nestydím.*“

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R3: „*Nechodím na žádná setkání.*“

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R3: „*Nevím co k tomu říct, snad jen to, že jsem ráda, že se o sebe dokážu trochu postarat, dokážu doma poklidit a navařit.*“

19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?

R3: „*Jsem ráda za život, který mám, i když nemám nohu. Žiju a vidím, jak rostou moje vnoučata.*“

6.4 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 4

Respondent č. 4 je muž, věk 59 let. Amputace byla provedena na levé dolní končetině v bérce. Respondent č. 4 je silný diabetik, na inzulínu. Amputaci musel podstoupit po šlápnutí na hřebík. S amputací žije již 14 let. Rozhovor byl zaznamenán u jeho dcery doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R4: „Byl jsem zaměstnaný, dělal jsem v chemičce a sem tam jsem samozřejmě hrál volejbal, fotbal a hlavně jsem se věnoval myslivosti, kdy jsem mohl chodit do hor a lesů.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R4: „Myslivost byla moje velká záliba a je do dneška.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R4: „Žil jsem si daleko jinak než teď, to se nedá srovnat. Prostě život bez nohy je o sto procent jinej.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R4: „Jsem cukrovkář, dost silný cukrovkář a šlápnul jsem na hřebík. A pak už se to rozjelo. Gangréna, která se nehojila. Napřed šel palec pryč, pak nárt s tím jsem marodil rok. Po roku už mě nechtěli nechat doma, tak jsem šel zpátky do práce do chemičky. Netrvalo ani půl roku a chytl jsem do toho zánět znova, následovalo další léčení a pak na podzim před těma patnácti rokama, mi uřezali nohu v pülce nártu, s tím jsem vydržel 4 měsíce a pak mi uřezali nohu až pod kolenem. No a teď po třinácti letech se mi udělal na konci výrůstek a nemohl jsem nasadit protézu, tak to mám teď v lednu reoperované.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R4: „Řekl mi to pan doktor Novák, který je se mnou celkem kamarád, protože jsme oba myslivci. Já jsem mu řekl, že ví jak je les pro mě důležitý a že potřebuji tam chodit. Jediný co mi řekl, že zná chlapa, který nemá obě nohy a chodí do lesa, tak jsem mu odpověděl dobře doktore, tak teda jo. Uřezal mi to, pak asi půl roku než jsme vyřídili protézu a než jsem začal chodit.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R4: „*Jsou do dneška, hlavně je to při změně počasí. Začne to jakoby brnět, nebo horší případ je pocit, jak kdyby mě někdo píchal pod patu žhavým drátem. Jinak na takový to svědění na palcu u nohy, už jsem si zvykl.*“

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R4: „*Po amputaci jsem odmítl rehabilitaci v Darkově před třeba čtrnácti rokama, kam mě chtěli poslat. Chodil jsem na rehabilitace v Přerově, tam byla ještě stará paní primárka, která byla na cvičení dost rázná. A ta mě z toho dost vytáhla, dala mi dobré rehabilitace a pomohla mi. No a teď když jsem doma, tak tam mám rotoped, jelikož tu nohu mám po operaci zatěžovat jednou za čas. A začal jsem chodit na rehabilitace v nemocnici.*“

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R4: „*Ne, hned po amputaci jsem začal cvičit na rotopedu a nějaká kondiční cvičení. Takže jsem nepociťoval únavu.*“

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R4: „*Ano používám invalidní vozík, ale málem jsem o něj přišel, jelikož zdravotní pojišťovna to má tak, že když máte protézu, nemáte nárok na vozík. Invalidní vozík používám, ale jen v rámci domácího prostředí, ven na něm nevyjíždím.*“

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R4: „*Ano mám, a díky protetikovi z Brna, který už je ale bohužel v důchodu a vyrobil mi vždy protézu na míru, ve které jsem vydržel i 16 hodin v kuse. Ušel jsem v ní dvanáct kilometrů, protože jsem tu druhou nohu měl celkem zdravou. Teďka po té operaci v lednu, jsem v podstatě nasadil protézu znova před 14 dny. Protézu, kterou dnes používám, mám už 6 let, ale mám ještě další dvě protézy. Protéza musí padnout jak ulitá, protože když začne dřít, může se tam lehce udělat otlak. Pak je to všechno začít znovu.*“

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R4: „*Teď bydlím v bytě. Po amputaci jsem před třeba 15 rokama požádal na městě o zařazení do pořadníku na pečovatelský dům, a jak se mi zhoršila ta druhá noha, tak jsem toho*

pořadníku využil a dostal jsem se do pečovatelského domu na Fügnerově ulici. Je to bezbariérový byt a v přízemí je speciálně upravená koupelna, kam se chodím koupat. Jenomže stal se mi tam nějaký problém, takže teďka bydlím měsíc u dcery. “

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R4: „No já jsem vlastně bydlel v baráku, kde byl problém, než jsem se dostal k výtahu, 14 schodů. Když jsem to měl čerstvě amputovaný, byl největší problém se dostat do bytu a z bytu. “

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R4: „Samozřejmě jsem šel do invalidního důchodu, takže výdělek šel dolů. Je to změna, těžko říct jak. Rodina stála za mnou, však stojí do dneška. Nejhorší co je, je ztráta práce, rozdíl v příjmu, ten je velice markantní. “

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R4: „Ne nepociťuji, už to беру sportovně. “

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R4: „Jedině z toho, že bych přišel o tu druhou nohu, protože ta je v ohrožení teď taky. Bohužel. “

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R4: „Ne. “

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R4: „Jsem členem svazu tělesně postižených v Přerově a čtyřikrát do roka máme schůzi. A můžeme do divadla, do kina, a snažím se toho využít. Někdy se jede i na Slovensko, nebo Maďarska do termálů. Byl jsem s něma i v Chorvatsku. “

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R4: „No jak bych to zhodnotil? Díky tomu, že jsem dostal ten bezbariérový byt, se můj standard vrátil téměř tam, kde jsem byl. Kromě toho, že si nemůžu dovolit, že se sbalím na čtrnáct dní a odjedu někam do hor s flintou. “

19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?

R4: „*Nic.*“

6.5 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 5

Respondent č. 5 je muž, věk 30 let. Amputace byla provedena na pravé dolní končetině v kolenu. Respondent č. 5 je zcela zdravý, amputaci musel podstoupit po autonehodě, kterou zavinil on sám. S amputací žije již 7 let. Rozhovor byl zaznamenán u pána doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R5: „Před amputací jsem vedl úplně běžný život. Užíval jsem si s přítelkyní každou chvíli. Dostudoval jsem vysokou školu, našel si práci a začal myslet na budoucnost.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R5: „Před amputací jsem měl mnoho zálib, hlavně sport. Hrál jsem závodně fotbal, takový ten náš okresní přebor, ale také jsem závodně hrál šipky, které mimochodem hraji do dnes a doufám, že už konečně postoupíme do té extraligy. S přítelkyní a našema pejskama jsme chodili na různé túry a společně jezdili na kolech a bruslích.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R5: „Nejde ji zhodnotit nijak jinak než tak, že jsem měl život, kterého jsem si vážil a byl jsem rád za každou chvíli, co jsem byl.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R5: „Příčinou amputace byla autonehoda, která se mi stala v roce 2010. Byla to moje chyba, jel jsem neúměrně situaci. Ten den strašně přšelo a já spěchal domů. Začal jsem předjíždět auto, ale v protisměru byly vyjeté koleje, jak jsem tam vjel, auto dostalo na mokré cestě smyk a já už nemohl nic dělat, zastavil jsem se až o strom. Auto bylo slisovaný jak plechovka, jsem rád, že jsem to vůbec přežil. Nohu jsem měl rozdrčenou snad na milión kousků, nešla zachránit.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R5: „Byl jsem na dně, nechtěl jsem o tom ani slyšet. Nedokázal jsem si představit co se mnou a mou rodinou bude. Pak přišla má budoucí manželka a zachovala se naprosto perfektně. Řekla mi, že všechno zvládneme, že tady pro mě bude vždycky.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R5: *Ano měl, a dokonce ji ještě mám, dá se říct, že častěji než předtím. Je to nepříjemný pocit kdy mě začne svědit holeň a nejčastěji palec. Rád bych se poškrábal, ale přesvědčit hlavu, že to tak není, je nereálný.*

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R5: *„Po amputaci jsem byl asi ještě čtyři měsíce v nemocnici, kvůli celkovému stavu. Potom jsem odjel do rehabilitačního centra v Kladrubech, kde jsem na sobě začal makat, musel jsem, hlavně kvůli rodině a budoucí manželce. Postupně jsem si přidával zátěže.“*

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R5: *„Po amputaci jsem byl více unavený, ale nyní už ne. Moje rodina je moje energie.“*

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R5: *„Ted' už ne, dříve jsem používal podpažní berle. Nosil jsem je všude sebou asi tak dva roky.“*

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R5: *„Používám protetickou pomůcku, kterou mi vyrobili v protetickém centru v Brně. Na novou protézu mám nárok vždy po 2 letech. Mám ji vyrobenou na míru, ale občas je potřeba ji trochu upravit.“*

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R5: *„Bydlíme v domě na patro. Museli jsme doma upravit koupelnu, místo vany pořídit sprchový kout.“*

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R5: *„Hned po amputaci mi činilo problém se osprchovat ve vaně a vyjít do druhé patra.“*

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R5: *„Musel jsem opustit mou práci. Nedokázal jsem si představit, že bych se měl vrátit do práce, aby se na mě každý díval a dělal ze mě chudáka. Ze začátku jsem se stranil lidí venku, rodina mě držela nad vodou. Vůbec nedávali najevo, že bych byl méněcenný.“*

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R5: „Nepociťuji.“

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R5: „Dřív jsem strach z budoucnosti měl, dnes už ale ne. Víím, že mám kolem sebe lidi, kteří jsou tu pro mě a dělají mě šťastným.“

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R5: „Tak to vůbec ne. Na světě je tolik lidí, kteří mají také amputovanou nohu. Já se zato vůbec nestydím, v létě nosím kraťasy úplně v pohodě.“

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R5: „Občas ano, dojíždím na setkání a akce, které pořádá nadace No Foot, NO Stress.“

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R5: „Současné době se mám skvěle. Mám novou práci, ve které se cítím dobře. Narodil se nám syn, který je mou každodenní největší radostí.“

19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?

R5: „Je to, že si života vážím daleko více než před nehodou.“

6.6 Výsledek rozhovoru s respondentem č. 6

Respondent č. 6 je muž, věk 20 let. Amputace byla provedena na levé dolní končetině ve stehně. Respondent č. 6 musel amputaci podstoupit, kvůli osteosarkomu, který mu diagnostikovali zcela náhodou. S amputací žije již 3 roky. Rozhovor byl zaznamenán u mladého muže doma.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?

R6: „Vedl jsem pubertální život, užíval jsem si všechno, co jen šlo. Chodil jsem s kámošema ven, trochu se věnoval škole, seděl u počítače a sledoval dění ve sportu.“

2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?

R6: „Miloval jsem sport, nebo pořád miluji, ale předtím jsem hrál fotbal. Žil jsem fotbalem, konečně mi něco šlo a v něčem jsem se našel. Mimo fotbalu, jsme ještě se ségrou chodili hrát tenis, jen tak pro zábavu.“

3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?

R6: „Bylo mi 17, nějaká kvalita života mě nezajímala. Žil jsem tím co mi dal každý den.“

4. Jaká byla příčina amputace?

R6: „Rakovina kosti byla ta příčina. Začala mě strašně bolet noha, ale vůbec jsem tomu nedával žádnou váhu. Byl jsem přece skoro každý den na hřišti, myslel jsem si, že jsem už přetažený. Dal jsem si pauzu s fotbalem tak na měsíc, abych se trochu zregeneroval. Bolesti ale neustupovaly, proto jsem vyhledal lékaře. V nemocnici mi udělali RTG a ještě nějaký vyšetření a pak přišla ta noční můra.“

5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?

R6: „Málem jsem se zbláznil. Vůbec jsem o tom nechtěl slyšet. Říkal jsem si, že mě se přece něco takového nemůže stát, vždyť jsem sportovec. Já přece neudělal nikdy nic špatného, abych tak trpěl. Hodně mě v té době podržela mamka se ségrou. Ségra je zdravotní sestřička, tak ví jak s takovými lidmi mluvit a navíc je to moje starší ségra a když řekla, že to zvládnou, tak to prostě zvládnou.“

6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?

R6: „Měl jsem fantomové bolesti, mám je i teďka, nejhorší to je, když je změna počasí. Popsal bych to jako mravenčení, píchání, svědění. Doktorka mi dala prášky, ty ale vůbec nezačínaly, musel jsem si na to zvyknout.“

7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?

R6: „Cvičím každý den, musím posilovat a snažit se zlepšit kondičku. Jednou chci zase kopnout do balónu a běhat.“

8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?

R6: „Netrpím, nepřipouštím si, že jsem po amputaci.“

9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?

R6: „Používám berle, takový ty podpažní. Chodím s něma hlavně na dlouhé tratě.“

10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?

R6: „Mám vyrobenou protézu od pána z Plzně. Protézu mám asi dva roky, takže teďka budu mít nárok na další. V protéze se nedá vydržet celý den. Hlavně se musím o ten pahýl starat dobře, protože kdyby se mi tam udělal nějaký bolák, musel bych omezit nošení protézy.“

11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?

R6: „Bydlím s mamkou v bytě. Úpravy potřebný nebyly.“

12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?

R6: „Největší problém pro mě bylo se jít osprchovat do vany. Všechno ale chtělo trochu cviku a teďka už to jde úplně v pohodě.“

13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?

R6: „Doma skoro vůbec. Mamka mi byla oporou, která mě podporovala a starala se o mě. Ségra, byla pořád moje upruděná ségra, která si nebrala servítky, ale proto ji mám rád a musím jí poděkovat. Já neměl skoro vůbec čas se litovat. Ve škole to bylo horší, byl jsem ve třetíku, měl jsem jít do maturitního ročníku, muselo se to odsunout. Po nastoupení zpátky do školy, jsem se styděl. Kluci, se kterými jsem měl maturovat, byli pryč a já měl přijít do třídy mezi úplně cizí kluky. Naštěstí pro mě, třídní učitelka, jim před mým příchodem vše řekla a všichni mě vzali úplně v pohodě.“

14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?

R6: „*Ted' už ne. Naučil jsem se s tím žít. Hlavně že jsem zdravý, rakovina nikam nemetastazovala a zato jsem moc rád.*“

15. Cítíte strach z budoucnosti?

R6: „*Strach mám, ale jen z jednoho důvodu, aby se rakovina nevrátila. Zatím jsem zdravý, ale za pár let může být vše úplně jinak.*“

16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?

R6: „*Už nepociťuji, ale jak jsem již říkal, měl jsem problém s tím, že mi chybí noha. Řekněte mi, komu by to nevadilo v 17 letech přijít o nohu.*“

17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?

R6: „*Uvažuji o tom, ale doposud jsem se s nikým nikde nesešel.*“

18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?

R6: „*Žiju každým dnem. Nemyslím do budoucna. Jsem rád, že jsem teďka zdravý a že moje fyzické zdatnosti se zlepšují. Našel jsem si před pár měsíci přítelkyni, která je mi velkou oporou a cvičíme spolu.*“

19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?

R6: „*Rád bych řekl, aby si mladí lidé vážili svého života, a aby nepohrdali možnostmi, který jim život připraví.*“

7 DISKUZE

Závěrečná část se zabývá analýzou získaných rozhovorů. Všechny odpovědi respondentů byly důkladně prozkoumány a vzájemně porovnány. V jednotlivých rozhovorech byla důkladně vyhledávána klíčová slova, která se opakovala u jednotlivých respondentů, zároveň byly hledány shody či podobnosti. V případě odlišných názorů respondentů jsou odpovědi formulovány subjektivně z mého pohledu.

V diskuzi porovnáváme zjištěná data s prací Pavly Angelové (2013) na téma „Kvalita života nemocných po amputaci dolní končetiny“. Autorka použila pro svůj výzkum kvalitativní metodu. Otázky k rozhovoru si sama vytvořila a obsahoval celkem 25 otázek. Autorka uskutečnila rozhovory s 5 respondenty. Další práce, se kterou porovnávám výsledky, je bakalářská práce Evy Šaškové (2012/2013) s názvem „Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin“. Autorka pro svůj výzkum využila také kvalitativní metodu. Otázky k rozhovoru vytvořila sama a obsahoval celkem 17 otázek. Autorka uskutečnila rozhovory s 6 respondenty.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, kvalitu života pacienta před a po amputaci dolní končetiny. V průzkumném šetření jsme si stanovili 4 cíle.

1. Zjistit míru kvality života před amputací dolní končetiny
2. Zjistit, zda příčina amputace dolní končetiny ovlivňuje její přijetí.
3. Zjistit, zda při používání protetických pomůcek se zvyšuje kvalita života.
4. Zjistit změny kvality života v oblasti tělesné, psychické a sociální.

Dílčí cíl 1: Zjistit míru kvality života před amputací dolní končetiny

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 1. – 3. Respondenti, se kterými byly rozhovory uskutečněny, nejčastěji uváděli kvalitu života na vysoké úrovni. Mimo dvou respondentů všichni dále uvedli, že život před amputací byl jednodušší a vykonávali během dne různé aktivity, jak v rámci domácího a pracovního prostředí, tak i volnočasových aktivit. Jen jeden z respondentů uvedl, že jeho kvalita života před amputací byla na velmi špatné úrovni, jelikož je těžký „cukrovkář“ a odmítal dodržovat léčebný režim a nepřipouštěl si možnost amputace. Z toho lze vyvodit závěr, že kvalita života před amputací byla u všech respondentů vyšší než po amputaci. Tento závěr nelze porovnat s jinou bakalářskou prací, jelikož nebyla prozatím žádná závěrečná práce na téma kvalita života před amputací zveřejněna.

Dílčí cíl č. 1 byl splněn.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda příčina amputace dolní končetiny ovlivňuje její přijetí.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 4. – 6. Tři respondenti uvedli, že amputaci dolní končetiny podstoupili z důvodu nějaké léze na chodidle, která se jim kvůli DM těžko hojila a amputaci přijali jako následnou komplikaci DM. Respondentka č. 3 uvedla, že amputaci uvítala, jelikož byla 7 let po komplikované zlomenině kotníku, kterou se lékařům nepodařilo vyléčit, kvůli tomu byla odkázána na pomoc druhých a její kvalita života za těch 7 let klesla. Poslední dva respondenti byli z dotazujících nejmladší. Respondent č. 5 přišel o nohu z důvodu auto-nehody, kterou sám způsobil. Po oznámení lékařem, že je amputace nevyhnutelná, to velice těžce nesl, nechtěl se s tím smířit, pomohla mu rodina a budoucí manželka. Poslední respondent č. 6 musel podstoupit amputaci z důvodu osteosarkomu. Přijetí indikace k amputaci nebyla pro něj vůbec lehká. Je to mladý člověk, který miluje sport a aktivně hrál fotbal. K smíření se s amputací mu pomohla rodina. Z toho lze vyvodit závěr, že příčina amputace rozhoduje o přijetí amputace. Tento závěr lze porovnat s bakalářskou prací Pavly Angelové (2013).

Dílčí cíl č. 2 byl splněn.

Dílčí cíl 3: Zjistit, zda při používání protetických pomůcek se zvyšuje kvalita života.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 7. - 10. Mimo jednu respondentku všichni dále uvedli, že díky protetické pomůcce se jejich životní standart zvýšil a kvalita života s protézou se může rovnat kvalitě života před amputací. Díky protéze, o kterou se musí správně starat a musí být správně nastavena individuálně každému jedinci, je možné vykonávat skoro všechny činnosti jako před amputací. Tyto výsledky nás překvapily, protože po prostudování bakalářské práce Evy Šáškové, jsou výsledky mého výzkumu naprosto odlišné a respondenti jsou spokojeni s výrobou protézy a využívají ji každý den. Na otázku, zda pravidelně rehabilitují, zmínili v mém šetření všichni respondenti, že podstupují pravidelné rehabilitační cvičení, nejen ke zvýšení fyzické ale hlavně také psychické stránky. Výsledky Angelové (2013) ukázaly, že kvalita života s protézou je srovnatelná s životem před amputací. Což se částečně shoduje s výsledky naší práce, protože až na jednu respondentku všichni uvedli, že jsou s užíváním protetické pomůcky spokojeni.

Dílčí cíl č. 3 byl splněn.

Dílčí cíl 4: Zjistit změny kvality života v oblasti tělesné, psychické a sociální.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 11. – 19. Všichni respondenti zmínili, že ať bydlí v domě, nebo v bytě byly potřebné úpravy v koupelně a sociálním zařízení, kde se musely připevnit madla. Respondenti uváděli, že v rámci sociálního postavení v kruhu rodinném a přátel, zůstalo jejich postavení nezměněno, jen se vztahy utužily. S otázkou budoucnosti se všichni velice dobře vyrovnali. Většina respondentů si nepřipouští prodělanou amputaci. Jen respondent č. 6 má strach z návratu osteosarkomu, ale žije přítomností a užívá si každý den. Z toho lze vyvodit závěr, že amputace dolní končetiny není důvodem k sociálnímu odvrácení od společnosti. Tento závěr je totožný s bakalářskou prací Pavly Angelové (2013).

Dílčí cíl č. 4 byl splněn.

Z výsledků mého šetření vyplývá, že kvalita života pacienta před a po amputaci dolní končetiny je rozdílná. Všichni respondenti uvedli, že po amputaci a dokonce někdy i teď pociťují fantomové bolesti. Díky možnosti využití protetických pomůcek, se kvalita života vyrovnává životu před amputací. Přijetí amputace závisí na příčině a také na sociální podpoře rodiny a přátel. Vyrovnání s amputací závisí na délce po amputaci, možnosti práce a začlenění postiženého do společnosti. Lékaři i nelékařský zdravotnický personál by měl být k pacientovi před amputací empatický a snažit se mu porozumět a vyslechnout ho při oznamování indikace k amputaci. Zdravotníci by se měli zajímat o psychický stav nejen pacienta, ale také rodinných příslušníků, aby mohli nabídnout psychologickou pomoc. Je potřeba začlenit rodinné příslušníky do ošetrovatelského procesu. Dle našeho názoru, má obrovský vliv na postiženého podpora ze strany rodiny. Jelikož většina respondentů uvedla, že rodina je podržela a to jim pomoc pomohlo.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Amputace dolní končetiny patří mezi radikální zásah do lidského života. Pacienti vyžadují ve většině případů pečlivou přípravu na operaci, ale i kvalitní pooperační a rehabilitační péči. Dle našeho názoru by bylo dobré lidem poskytnout více informací o průběhu operace a více se soustředit na pooperační období.

Všeobecné sestry jsou dle našeho názoru vždy první osobou, o kterou se pacienti mohou v pooperačním období opřít. Jsou to zprostředkovatelky mezi lékařem a pacientem. Bohužel v dnešní době sestry nemají tolik času na vyslechnutí pacienta a nejsou k nim dostatečně empatické.

Mezi nejčastější indikace, které vedou k amputaci, řadíme diabetické komplikace. Proto si myslíme, že by bylo dobré, aby pacienti, kteří se léčí s diabetem byli řádně edukováni o správné péči o nohy, o prevenci vzniku poranění, o zhoršeném hojení ran. Je nutné diabetiky poučit, aby při sebemenším náznaku obtíží navštívili svého lékaře, podiatrickou ambulanci, kde by byli poučeni, jak o své nohy pečovat. Nezbytné je pacienty poučit, že malé rány při včasné zahájené a správně zvolené léčbě může jít vyléčit jinými způsoby, než tak radikálními jako je amputace. Je lepší nekrózu podchytit včas a předejít tak tomu, aby muselo dojít k amputaci.

Další příčinou amputace jsou úrazy, autonehody a jiné. Myslíme si, že by bylo dobré, aby si každý z nás uvědomil, že zdraví je to nejcennější, co v životě máme, že nám jej nikdo nevrátí a proto je důležité si zdraví náležitě chránit a vážit si ho. Bylo by vhodné vést děti i mládež k tomu, aby se snažily vyhnout hrám, nápadům, které vedou k jejich pobavení, avšak mohou také často skončit tragicky. Již několikrát jsme v televizi či na internetu mohli vidět případy, které začínaly nevinně, mladickou nerozvážností, avšak bohužel, skončily tragicky.

Je nutné zmínit, že velmi důležitá je prevence, ke které by pacienti měli být vedeni, avšak neméně důležitou je také edukace osob, kteří už amputaci podstoupili.

ZÁVĚR

Amputace je vždy těžké trauma z hlediska somatického i psychického. Obnovení funkčních schopností je ovlivněno rozsahem amputace, věkem, pohlavím, konstitucí a kondicí postiženého. Významná role sestry je v oblasti aktivizace pacienta, ale také v oblasti psychické podpory je její místo zcela nezanedbatelné. Velmi nepříjemnou komplikací jsou pro nemocné fantomové bolesti. Zde je důležité, aby pacient věděl, že tyto pocity jsou běžným jevem. Velmi důležité je také včasné oprotézování, výcvik lokomoce a také nácvik správného nasazování protézy. (Klusoňová, Pitnerová, 2014, s. 66). To jakým způsobem bude vše zvládnuto, dozajista významně ovlivní kvalitu života těchto pacientů.

Amputace dolní končetiny je získané postižení, které ovlivňuje kvalitu života. O kvalitě života po amputaci rozhoduje nejen výška samotné amputace, ale také komplikace spojené s amputací a to nejen fyzické ale hlavně psychické změny.

Každý jedinec se s amputací vyrovnává po svém. Některým pacientům pomůže hlavně psychická podpora ze strany rodiny, přátel a včasná rehabilitace. Jiní se s amputací dolní končetiny vyrovnají s postupem času a návratem do běžného života díky protetickým pomůckám. Vyrovnání se s amputací je však velmi těžké i pro silné osobnosti. Velkou roli v téhle těžké životní chvíli sehrají zdravotníci, kteří mají za stanovený cíl zotavit pacienta nejen po fyzické, ale také psychické stránce.

Celkově jsme velmi mile překvapeni, jak pacienti kvalitu života po amputaci vnímají. Po přečtení jiných výsledků bakalářských prací jsme si mysleli, že pacienti, amputaci vnímají velice špatně. Naopak jsme zjistili, že většina našich respondentů život po amputaci zvládá velmi dobře. Myslíme si, že takové výsledky šetření jsou kvůli výběru našich respondentů. Všichni až na jednoho respondenta jsou po amputaci déle jak 5 let.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] ANGELOVÁ, Pavla, 2013. *Kvalita života nemocných po amputaci dolní končetiny* [online]. Hradec Králové [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/128399/>. Bakalářská práce. Vedoucí práce Jiří Mareš.
- [2] BIRGUSOVÁ, Gabriela a Jiří ROSICKÝ, 2004. Protetická fyzioterapie pro pacienty po amputaci DK (1.část). *Ortopedická protetika*. **6**(10), 25-34. ISSN 1212-6705.
- [3] BUIJCK, Bianca I. et al., 2012. Determinants of Quality of Life in Older Adults After Lower Limb Amputation and Rehabilitation in Skilled Nursing Facilities. *Journal of the American Geriatrics Society*. **60**(4), 796-798. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2011.03880.x. ISSN 00028614.
- [4] ČERTÍK, Bohuslav, 2003. *Akutní končetinová ischemie*. Praha: Grada, 147 s. ISBN 80-247-0624-5.
- [5] DUNGL, Pavel, 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- [6] GALLO, Jiří et al., 2011. *Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 211 s. ISBN 978-80-244-2486-6.
- [7] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 223 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- [8] HASAROVÁ, Darina, 2010. Fantómová bolest'. *Solen: Paliativní medicína a liečba bolesti* [online]. **3**(3), 106-108 [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/d0bfc8b621edba72cc5978e9e5de7555.pdf>
- [9] JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 249 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- [10] JINDRA, Martin, Bohuslava VĚCHTOVÁ a Jana BIELMEIEROVÁ, 2015. Základní principy a úskalí rehabilitace u diabetiků po amputaci. *Vnitřní lékařství*. **61**(6), 604-608. ISSN 0042-773X.

- [11] KALA, Zdeněk et al., 2010. *Perioperační péče o pacienta v obecné chirurgii*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 145 s. ISBN 978-80-7013-518-1.
- [12] KÁLAL, Jan, 2005. K současným problémům lokomoce amputovaných na dolních končetinách. *Rehabilitácia*. **42**(1), 20-29. ISSN 0375-0922.
- [13] KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ, 2014. *Rehabilitační ošetřování klientů s těžkými poruchami hybnosti*. Vyd. 3., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-567-9.
- [14] LEJČKO, Jan, 2001. *Fantomová bolest* [online]. Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP [cit. 2017-02-03]. Doporučené postupy pro praktické lékaře, reg. č. a/062/036. Dostupné z: [http://lecba-bolesti.cz/dokumenty/fantomova_bolest .pdf](http://lecba-bolesti.cz/dokumenty/fantomova_bolest.pdf)
- [15] LEJČKO, Jan, 2014. Fantomová a pahýlová bolest. In: *Standardy léčebných postupů a kvalita ve zdravotní péči* [online]. Praha: Verlag Dashöfer [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: https://www.mediprofi.cz/pks/onb/33/chir-4-fantomova-a-pahylova-bolest-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EoJ6bBMAXBSYGItR1VgB-MDQ/?uri_view_type=35
- [16] LUDÍKOVÁ, Libuše et al., 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 240 s. ISBN 978-80-244-3827-6.
- [17] MICHALSKÝ, Rudolf a Ivana VOLFOVÁ, 2008. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetrovatelství*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství, 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.
- [18] MIKULOVÁ, Barbora, 2012. *Léčebně-rehabilitační plán a postup u amputací na dolních končetinách* [online]. Brno [cit. 2017-01-31]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/322007/lf_b/Lecebne-rehabilitacni_plan_a_postup_u_amputaci_na_dolnich_koncetinach.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Barbora Bártlová.
- [19] MLČÁK, Zdeněk, 2011. *Psychologie zdraví a nemoci*. Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 107 s. ISBN 978-80-7368-951-3.
- [20] NEDVĚDOVÁ, Ilona, 2016. Rehabilitace pacientů po amputaci dolní končetiny. *Medical tribune* [online]. **12**(3), D7 [cit. 2017-02-19]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/38708-rehabilitace-pacientu-po-amputaci-dolni-koncetiny>

- [21] OLÍŠAROVÁ, Věra, František DOLÁK a Valérie TÓTHOVÁ, 2013. Kvalita života jako součást ošetrovatelství. *Kontakt* [online]. **9**(4), 14-21 [cit. 2017-02-02]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20130321134930700275.pdf>
- [22] SINHA, Richa et al., 2014. Influence of adjustments to amputation and artificial limb on quality of life in patients following lower limb amputation. *International Journal of Rehabilitation Research*. **37**(1), 74-79. DOI: 10.1097/MRR.0000000000000038. ISSN 0342-5282.
- [23] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii I*. Praha: Grada, 264 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.
- [24] SMUTNÝ, Milan, 2009. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 64 s. ISBN 978-80-254-3820-6.
- [25] SOSNA, Antonín et al., 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 175 s. ISBN 80-725-4202-8.
- [26] ŠÁŠKOVÁ, Eva, 2013. *Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin* [online]. Zlín [cit. 2017-02-03]. Dostupné z: http://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/20364/%c5%a1%c3%a1%c5%a1kov%c3%a1_2013_bp.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Bakalářská práce. Univerzita Tomáš Bati. Vedoucí práce Eva Hrenáková.
- [27] TAPLOVÁ, Eva, 2011. Rehabilitace u klienta po amputaci dolních končetin. *Sestra*. **21**(6), 39-41. ISSN 1210-0404.
- [28] VÁVRA, Petr a Jan DOSTALÍK, 2009. *Obecná chirurgie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 146 s. ISBN 978-80-7368-670-3.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

%	Procenta
ASLO	Antistreptolysin O
ATB	Antibiotika
CRP	C-reaktivní protein
CT	Počítačová tomografie
DK	Dolní končetina
DM	Diabetes mellitus
DSA	Digitální subtrakční angiografie
EKG	elektrikardiografie
FW	Sedimentace erytrocytů
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
JIP	Jednotka intenzivní péče
KO	Krevní obraz
P	Puls
PMK	Permanentní močový katetr
PŽK	Permanentní žilní katetr
RTG S+P	Rentgen srdce + plíce
Sp2O	Saturace hemoglobinu kyslíkem
TEN	Tromboembolická nemoc
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace
TK	Krevní tlak
TT	Tělesná teplota
UZV	ultrazvuk

SEZNAM OBRÁZKŮ

obrázek č. 1 - bandážování pahýlu.....	70
obrázek č. 2 - správné polohování	71
obrázek č. 3 - špatné polohování	72

SEZNAM TABULEK

tabulka č. 1 - informace o respondentech	38
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

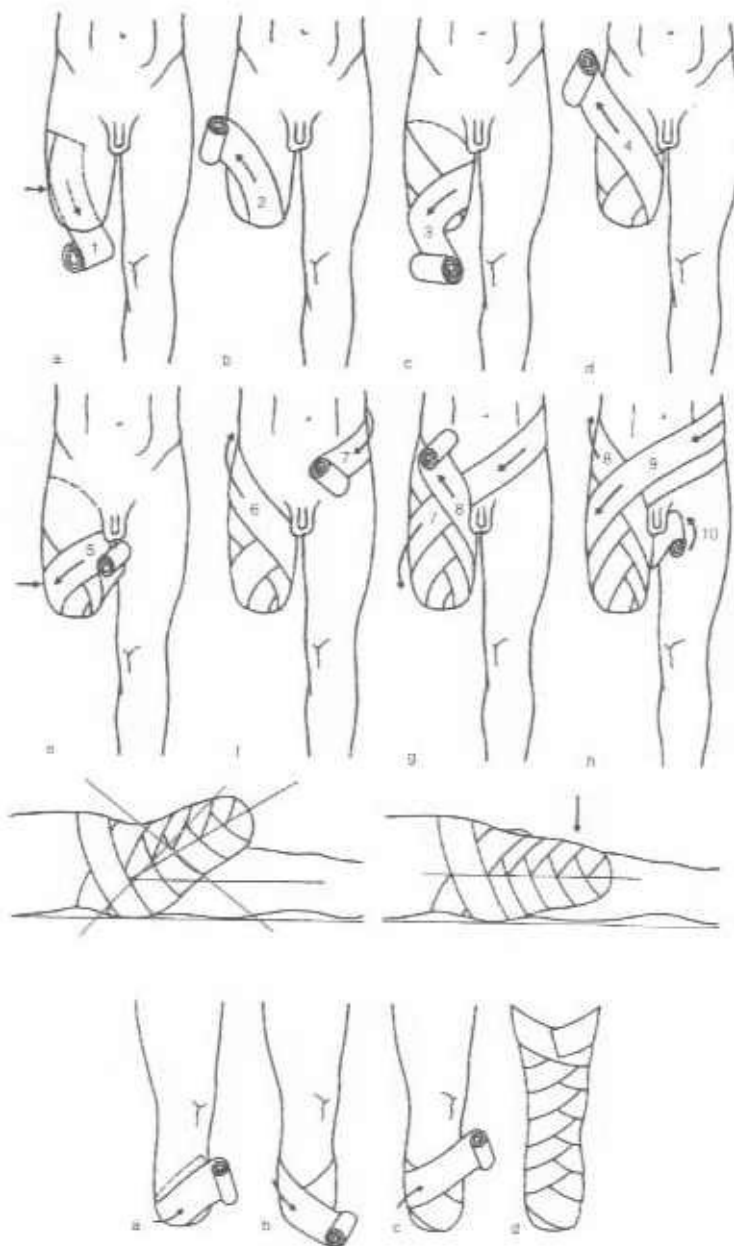
Příloha P I: správné bandážování pažy

Příloha P II: Správné polohování

Příloha P III: Špatné polohování

Příloha P IV: Rozhovor

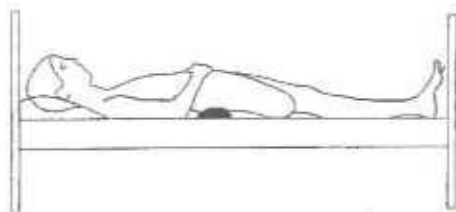
PŘÍLOHA P I: SPRÁVNÉ BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU



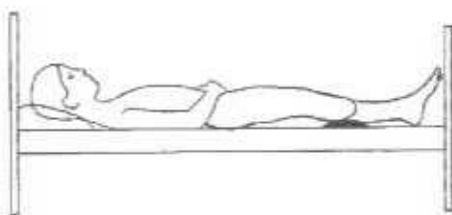
obrázek č. 1 - bandážování pažy

Zdroj: M.A.Ortopedická protetika s.r.o., ©2014. *Správné bandážování* [online]. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/data/navody/obrazek6.jpeg>

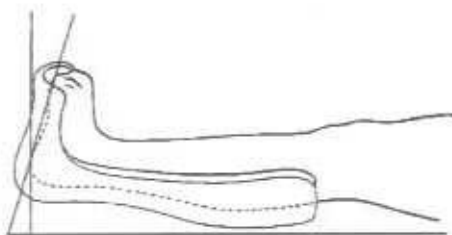
PŘÍLOHA P II: SPRÁVNÉ POLOHOVÁNÍ



Amputovaný ve stehně s podloženou pánví



Amputovaný v bérce, vrchol pahýlu podložený do 3 cm



Amputace části chodidla, uložení končetiny na dlahu

obrázek č. 2 - správné polohování

Zdroj: M.A.Ortopedická protetika s.r.o., ©2014. *Správné polohování* [online]. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/data/navody/obrazek2.jpeg>

PŘÍLOHA P III: ŠPATNÉ POLOHOVÁNÍ



obrázek č. 3 - špatné polohování

Zdroj: M.A.Ortopedická protetika s.r.o., ©2014. *Špatné polohování* [online]. [cit. 2017-03-03]. Dostupné z: <http://www.maprotetika.cz/data/navody/obrazek3.jpeg>

PŘÍLOHA P IV: ROZHOVOR

1. Jaký život jste vedl/a před amputací?
2. Jaké jste měl/a záliby před amputací?
3. Jak byste hodnotil/a kvalitu života před samotnou amputací?
4. Jaká byla příčina amputace?
5. Jak jste zareagoval/a, když vám lékař oznámil, že přijdete o končetinu?
6. Po operaci vás omezovala nějaká komplikace jako je například fantomová bolest?
7. Rehabilitujete podle rehabilitačního plánu?
8. Trpíte nyní více únavou, nežli před amputací?
9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky? (berle, vozík,...). Pokud ano jaké?
10. Využíváte protetické pomůcky? Pokud ano, jaké?
11. Bydlíte v bytě/domě? Byly potřebné úpravy? Pokud ano, jaké?
12. Co Vám osobně činilo největší obtíže po amputaci v rámci domácího prostředí?
13. Jak amputace ovlivnila Vaše sociální postavení doma a v zaměstnání?
14. Pociťujete úzkost z aktuálního zdravotního stavu?
15. Cítíte strach z budoucnosti?
16. Pociťujete obavu nad svým současným vzhledem?
17. Účastníte se setkání se stejně postiženými lidmi?
18. Jak byste hodnotil/a kvalitu života v současné době?
19. Je ještě něco co byste rádi uvedli vzhledem k Vašemu stavu?