

Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin

Eva Šášková

Bakalářská práce
2012/2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav ošetřovatelství

akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva ŠÁŠKOVÁ**

Osobní číslo: **H10480**

Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání odborné literatury se zaměřením na amputaci dolních končetin a na kvalitu života po amputaci dolních končetin.

Charakteristika onemocnění vedoucích k amputacím.

Zpracování teoretické části práce.

Vyhledání respondentů vhodných pro praktickou část práce a rozhovor s nimi.

Zpracování poznatků získaných pomocí rozhovoru.

Shrnutí a návrh praxeologických opatření, pro zkvalitnění života pacienta po amputaci dolních končetin.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

SLEZÁKOVÁ, Lenka et al., 2007. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty II – Pediatrie, chirurgie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2040-1.

MAŇÁK, Pavel a Eduard WONDŘÁK, 2005. Traumatologie – repetitorium pro studující lékařství. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-1009-5.

KOLEKTIV AUTORŮ, 2006. Vše o léčbě bolesti. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1720-4.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, 2011. Základy psychologie pro zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4062-1.

GURKOVÁ, Elena, 2011. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetřovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Eva Hrenáková

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

7. února 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

24. května 2013

Ve Zlíně dne 7. února 2013


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




Mgr. Anna Krátká, 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 4. 2. 2015

.....

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 nahlížení 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 vzdělávacího 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). Odpírá-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 užit 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma „Kvalita života pacienta po amputaci dolních končetin“. Cílem práce bylo zjistit, jaký přístup mají pacienti po amputaci dolních končetin k životu, a jak handicap zvládají po psychické stránce. Bakalářská práce je rozdělena na praktickou a teoretickou část.

V teoretické části se zabývám obecnou charakteristikou amputací, léčbou a péčí o pahýl. Zajímala jsem se také o problematiku fantomových bolestí, což je bolest již neexistující končetiny. Fyzická a psychická rehabilitace je u těchto pacientů velmi důležitá nejen pro začlenění do života, ale také pro zlepšení kvality jejich života. Proto jsem toto téma taktéž zahrnula do mé práce.

V praktické části se zabývám rozбором poskytnutých rozhovorů a srovnávám přístup jednotlivých pacientů k jejich onemocnění. Zajímala jsem se i o to, zda se pacientům po amputaci významně změnil jejich osobní a sociální život, jaká je kvalita jejich současného života a jak handicap zvládají psychicky.

Klíčová slova: amputace, rehabilitace, Fantomová bolest, kvalita života, pahýl, protetika

ABSTRACT

For the bachelor thesis I choose a topic „ Quality of Patient’s Life after Lower Limb Amputation“. The aim of this thesis is to determine the patients approach to patients to their life after the amputation of lower limbs, and how they handle their handicap mentally. The thesis is devided into a theoretical and practical part.

In the theoretical part, I deal with the general characteristic of amputations, treatment, and care of the stump. I was also interested in the issue of phantom pain, which is a pain in a nonexistent limbs. Physical and psychological rehabilitation for these patients is very important. Not only for integration into life, also to improve their quality of life. Therefore, I also included this topic in my work.

In the practical part, I deal with the analysis provided by the interviews and I compare the approach of individual patients to their disease. I was also interested in whether the patient’s personal and social life significantly changed after the amputation, what is the quality of their current life and how to cope with mental handicap.

Key words: amputation, rehabilitation, Phantom pain, quality of life, stump, phrosthetic

Děkuji své vedoucí práce PhDr. Evě Hrenákové, RN za poskytnutí cenných informací a za čas strávený konzultacemi a opravou práce. Také děkuji respondentů, kteří mi poskytli rozhovory, za jejich ochotu a spolupráci.

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍ KONČETINY	10
1.1 ONEMOCNĚNÍ DOLNÍCH KONČETIN	11
2 CHARAKTERISTIKA AMPUTACÍ	13
2.1 ETIOLOGIE A SYMPTOMATOLOGIE	14
2.2 ROZDĚLENÍ AMPUTACÍ	15
2.3 DIAGNOSTIKA	15
2.4 LÉČBA	16
2.4.1 Předoperační příprava	16
2.4.2 Chirurgický výkon	19
2.4.3 Pooperační péče	20
3 PÉČE O PAHÝL	22
4 FANTOMOVY BOLESTI	24
5 REHABILITACE	27
5.1 CVIČENÍ	27
5.2 PROTETIKA	28
6 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN A JEHO ZAČLENĚNÍ DO SPOLEČNOSTI	31
6.1 KVALITA ŽIVOTA.....	31
6.2 PSYCHICKÁ PODPORA	32
6.3 ZAČLENĚNÍ DO SPOLEČNOSTI	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
7 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN	36
7.1 METODIKA	36
7.1.1 Rozhovor č.1	37
7.1.2 Rozhovor č. 2	39
7.1.3 Rozhovor č. 3	42
7.1.4 Rozhovor č. 4	44
7.1.5 Rozhovor č. 5	46
7.1.6 Rozhovor č. 6	48
8 ANALYZOVÁNÍ VÝSLEDKŮ	50
8.1 CÍL Č. 1.....	50
8.2 CÍL Č. 2.....	52
8.3 VYHODNOCENÍ.....	53
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	56
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	59
SEZNAM TABULEK	61
SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

Amputace dolních končetin je získané postižení. Dochází k ní po různých úrazech, při onemocnění nebo u pacientů, jejichž stav je natolik vážný, že by kvůli onemocnění mohli být ohroženi na životě.

Amputace ovlivňuje pacienta v mnoha směrech. Je to velký zásah do života. Pacient po amputaci často musí změnit své návyky. Stejně tak musí ukončit i některé své záliby. Pacienti nejsou ovlivněni jen po fyzické stránce, ale i po psychické. Musí se naučit žít s handicapem. Návrat do života je pro ně velmi složitý. Musí se s omezením smířit, naučit se žít s různými bariérami. Mnohdy musí pacienti opustit i své dosavadní zaměstnání. Pacient má problém se začlenit do společnosti. Někteří lidé handicapu nerespektují a dívají se na handicapované přes prsty.

Cílem mé práce bylo zjistit, v jaké míře se u pacientu po amputaci dolních končetin změnila kvalita života, a jak je tento stav ovlivnil po psychické stránce.

V první části mé bakalářské práce se zabývám charakteristikou amputací, příčinami, které k amputacím vedou, rozdělením amputací, diagnostikou a léčbou. Také v teoretické části řeším péči o pahýl a otázku fantomových bolestí. Rehabilitace a psychická podpora je pro pacienty velmi důležitá, proto má práce zahrnuje i tyto aspekty. Začlenění do života usnadňuje používání kompenzačních a protetických pomůcek, jimiž se taktéž zabývám. V praktické části jsem se věnovala analýze provedených rozhovorů.

Již několikrát jsem se za svou praxi setkala s pacienty po amputaci dolních končetin. Pacienti potřebují zvláštní péči a hlavně psychickou podporu. Spousta pacientů, hlavně seniorů, nechce o svém handicapu hovořit. Je pro ně těžké se se svým postižením smířit. Potřebují velkou podporu nejen zdravotnického personálu, ale i příbuzných. A právě proto jsem si tohle téma vybrala pro svou závěrečnou práci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE DOLNÍ KONČETINY

Kostra dolní končetiny se skládá z pletence dolní končetiny a volné dolní končetiny. Pomocí pletence dolní končetiny je volná dolní končetina připojena k osovému skeletu.

Pletenec dolní končetiny se skládá z **os coxae** – kosti pánevní (pravá, levá). Kost pánevní se skládá ze tří kostí a to z **os ilium** – kosti kyčelní, **os ischií** – kosti sedací a **os pubis** – kosti stydké. Ty se setkávají v **acetabulu** – kloubní jamce kyčelního kloubu. Do acetabulu zapadne hlavice femuru a tvoří tak kyčelní kloub, který je schopen flexe, extenze, abdukce, addukce a vnitřní rotace. Největší kostí pánve je os ilium. Kostí pánevní se vzadu spojují v **os sacrum** a vepředu se napojují na sponu stydkou – **symphysis pubica**. Dohromady tvoří pánev, ke které je připojena volná dolní končetina.

Volná dolní končetina se skládá z kosti stehenní, čéšky, kostí bérce a kostí nohy. **Femur** – kost stehenní je největší a nejmohutnější kostí lidského těla. Skládá se z **caput femoris** (hlavice), **collumu** (krčku) a z **corpusu** (těla). Na přední straně přechází v **pattelu** (čéšku). Pattela tvoří část kolenního kloubu. Kolenní kloub (**articulatio genus**) je dále složen z femuru, tibie a vazivových chrupavčitých kloubních menisků. Kloubní dutina je kryta kloubním pouzdem. Kolenní kloub je schopen extenze, flexe a rotace. Mezi kosti bérce (**ossa cruris**) patří kost holenní (**tibia**) a kost lýtková (**fibula**). Mezi hlavičkou kosti holenní a vnějším hrbolem kosti lýtkové je **articulatio tibiofibularis**. Kostra nohy (**ossa pedis**) je složena z kostí zánártních (**ossa tarsi**), kostí nártních (**ossa metatarsi**) a článků prstů (**phalanges digitorum**). Kostí zánártní jsou tvořeny 7 kostmi, které tvoří tarsus nohy (talus, os naviculare, os cuneiforme mediale, intermedium a laterale a os cuboideum). Pět kostí nártních tvoří nárt. Kostí prstů nohy jsou tvořeny články prstů. Každý prst má tři články, kromě palce, ten má pouze dva články. Noha je tvořena několika klouby, které se na sebe napojují. Hlezenní kloub (**articulatio talocruralis**) tvoří vnitřní a vnější kotník (**malleolus medialis et lateralis**). Kloub je schopen flexe a extenze v rozsahu cca 30°. Kostra nohy je tvořena několika dalšími klouby, které jsou spojeny vazy a vytváří tak klenbu nožní.

Dolní končetina je schopna pohybu díky kosterním svalům. Svaly kyčelního kloubu jsou složeny ze svalové jednotky **musculus iliopsoas**, z hýžd'ových svalů (**musculi gluteae**) a z hlubokých **pelvirochanterických** svalů. Hlavní funkcí musculus iliopsoas je flexe kyčelního kloubu. Při jeho poškození je omezena chůze. Hlavní funkcí hýžd'ových svalů je extenze, flexe a abdukce kyčelního kloubu, podílí se na rotaci kyčelního i kolenního klou-

bu. Pelvitrochanterické svaly umožňují vnější rotaci kyčelního kloubu a stehna. Svaly stehna (musculi femoris) umožňují flexi, addukci a vnější rotaci kyčelního kloubu, addukci femuru, extenzi a flexi kolenního kloubu a vnější rotaci bérce. Svaly bérce vykonávají plantární flexi nohy, extenzi a zevní rotaci nohy, extenzi a flexi prstů, pronaci nohy a flexi kolenního kloubu. Svaly nohy jsou zodpovědné za pohyby prstů nohy. Svaly dolní končetiny jsou inervovány nervy z plexu sacralis a plexu coccygeus.

Cévní zásobování femuru je zajišťováno arterií femoralis – vyživuje stehenní svaly. V oblasti kolene přechází v arterii poplitea – vyživuje kolenní kloub. A. poplitea se rozvětňuje na arterii tibialis anterior et posterior (vyživují svaly bérce). A. tibialis posterior se větví na plantární arterie, které zásobují svaly planty a prstů nohy.

Pod fasciemi a svaly jdou společně s tepnami i žíly. Ty se na dolní končetině dělí na povrchové a hluboké. Povrchové žíly odvádí krev pomocí perforátorů do hlubokého žilního řečiště. Na povrchových žilách nejčastěji vznikají varixy. Žíly hlubokého řečiště provázejí arterie dolních končetin, tudíž mají i stejné názvy. (Naňka, Elišková, 2009, s. 28-242)

1.1 Onemocnění dolních končetin

Nejčastějším onemocněním dolních končetin je ICHDK, varixy, záněty žil na DK (tromboflebitida), flebotrombóza a bérceový vřed. Méně častým onemocněním je diabetická gangréna. **Ischemická choroba dolních končetin** je stav, kdy dochází k nedostatečnému prokrvení žil na dolních končetinách, nejčastěji způsobené aterosklerotickým zúžením tepen na DK (Vlček, Fialová, 2010, s. 133). **Žilní varixy** jsou rozšířené žíly na DK, které vznikají genetickou predispozicí či pravidelným dlouhodobým stáním. K **tromboflebitidě** dochází při obstrukci zánětlivým trombem. Dochází ke zhoršení proudu krve a zničení žilní chlopně. U **flebotrombózy** se zpomalí žilní návrat a následně se zvýší aktivace trombotického procesu. Může se projevit až příznaky plicní embolie s ohrožením života. Dochází k ní nejčastěji po chirurgických zákrocích, proto se jako prevence, podávají antikoagulantia. **Bérceový vřed** nejčastěji vzniká jako následek dlouhotrvajících varixů nebo po prodělané flebotrombóze. Vzniká jako následek poruchy žilního návratu. (Navrátil, 2008, s. 87-88) **Diabetická gangréna** je poškození hlubokých tkání, které provázejí neurologické potíže na nohou a ischemické choroby DK. Je nejzávažnější komplikací diabetu mellitu, která může vést k amputaci. (Rybka, 2006, s. 152-153)

Nejen diabetická gangréna, ale i ICHDK a těžké úrazy mohou vést k amputacím na dolní končetině.

2 CHARAKTERISTIKA AMPUTACÍ

Jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušáním skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení. (Dungl, 2005, s.165)

Amputace je poslední možností k záchraně končetiny, kdy byly vyčerpány již veškeré možné terapeutické výkony k záchraně života pacienta (Slezáková, 2010, s.115).

Exartikulace je odstranění periferie v kloubu. Účelem amputace i exartikulace je vylovení onemocnění či funkčního poškození. Vždy jde o snahu ke zlepšení pohybu či návratu funkce. Největší rozmach amputací nastal za válek. Jenom v 1. Světové válce došlo k 100 000 amputacím. (Dungl, 2005, s.165-166)

Amputace je historicky nejstarší prokázaný chirurgický výkon. Již Hippokrates rozdělil první zásady amputací. Tyto zásady jsou: odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život. (Princ, 2013)

Amputace se v průběhu let vyvíjely. Dříve se prováděly gilotinové amputace, kdy se nepoužívala anestezie. Krvácení se zastavovalo pomocí zaškrcení pahýlu nebo jeho ponořením do horkého oleje. V roce 1837 byla poprvé provedena laloková amputace i s podvazem cév. Oba druhy amputací jsou prováděné dodnes. Avšak gilotinové amputace se provádějí zejména ve válečných podmínkách. Gilotinové amputace se také někdy nazývají jako cirkulární či otevřené. Dříve se provádělo odstranění periferie jedním řezem. Dnes se nejprve přeruší kůže, poté se v místě jejího smrštění přeruší svaly a v místě smrštění svalu se přeruší i kost. Poté se musí upravit pahýl tak, aby bylo možné správně použít protézu.

Laloková amputace je standardní operační výkon, který se může provádět jak otevřeně, tak uzavřeně. U uzavřené lalokové amputace dbáme na tenodézu (fixaci šlachy ke kosti) přerušovaných svalů, která vede ke zlepšení funkce i tvaru pahýlu. U otevřené lalokové amputace se používá intervování kožních laloků, které jsou intervovány (překlopeny) a přešity přeloženou plochou k sobě. Aby mohly být měkké tkáně správně vytvarované do kónického tvaru, musí laloky dostatečně krýt jejich skelet. Jizva by měla být vytvořena mimo náslapní prostor pahýlu. Jako prevence amputačního neuromu se provádí přerušování nervového kmene, nerv se poté nechá samovolně stáhnout mezi měkké tkáně. Při násilném

přetažení by mohlo dojít k již zmiňovanému amputačnímu neuromu a následným fantomovým bolestem.

Při amputacích v dětském věku se lékaři snaží zejména zachovat co největší část pahýlu. U dětí jsou příčinou amputace převážně vrozené vady, úrazy či onkologická onemocnění. U dětí se musí počítat s tím, že bude docházet k celkovému tělesnému růstu a i k růstu samotného pahýlu. Velkou roli hraje i časné užívání protézy a její kvalita. Musí se zabránit atrofii svalů poškozené končetiny. V raném dětství dochází velmi lehce a rychle k přizpůsobení protézy. V průběhu růstu je samozřejmě nutné protézu upravovat velikosti pahýlu. (Dungl, 2005, s. 165-170)

2.1 Etiologie a symptomatologie

Příčin, které vedou k amputacím je mnoho. Mezi nejčastější stavy, které vedou k amputaci, bych zařadila:

- Těžká poranění, kdy je končetina oddělena od těla nebo je rozdracena. Periferní část končetiny je zdevastována tak, že není naděje na rekonstrukci a vitalitu poraněných tkání. K těmto rozsáhlým poraněním může dojít například při poranění pilou nebo sekačkou. (Hrabovský, 2002, s. 51)
- Těžké infekce (diabetická gangréna, osteomyelitida), kdy je pacient ohrožen sepsí.
- Přítomnost zhoubného nádoru jako je například osteosarkom (zhoubný nádor kostí). (Slezáková, 2010, s.114-115)
- Ischemická choroba dolních končetin (ICHDK), kdy dochází k úplné ztrátě krevní cirkulace v končetině. (Slezáková, 2007, s. 105)

K rozhodování, zda se k amputaci přistoupí se používá MESS skóre (magled extremity severity score). Hodnotí se zde věk, úrazová energie, tlaková stabilita a ischemické postižení. Při bodovém hodnocení nad 7 bodů se jednoznačně přistupuje k amputaci. Jestliže je výsledkem 6 a méně bodů snaží se lékaři končetinu zachránit. V hodnocení můžeme dosáhnout maximálně 11 bodů, kdy už za žádných okolností, končetinu lékaři zachránit nezvládnou. Žádný bodový systém nemůže vynahradit praktické zkušenosti operatéra. Důležité je také posoudit stav pacienta. Amputace je náročný výkon, který může vést i k selhání organismu zejména při multiorgánovém postižení, u polytraumatizovaných či starších pacientů. (Dungl, 2005, s. 169)

Příznaky vycházejí z příčin, které k amputacím vedou. Jsou to zejména ztráta krevní cirkulace, vymizení pulzace, cyanóza (nafialovělé až zmodralé zbarvení kůže a sliznic), bledost, bolesti a klaudikační bolesti (bolest, křeče při chůzi, kdy je pacient nucen zastavit a počkat, než bolesti ustanou). (Slezáková, 2010, s. 115)

2.2 Rozdělení amputací

Amputace dolní končetiny se obecně rozděluje na nízkou (10-15 cm pod kolenem), střední (v 1/3 stehna) a vysokou (exartikulace) (Slezáková, 2010, s. 115).

Lékař se snaží vždy zachovat co největší část končetiny a zároveň vytvarovat co nelépe pahýl a přizpůsobit ho protéze. Při rozhodování o výšce lékař zvažuje nejen rozsah poranění, ale také poškození jednotlivých tkání (kožní kryt, svaly, nervová tkáň, cévní zásobení). O velikosti pahýlu by se měl lékař poradit i s protetikem. Čím delší je pahýl, tím méně pacient vydá energie při chůzi. (Dungl, 2005, s. 169)

2.3 Diagnostika

K rozhodnutí, zde je nutné provést amputaci končetin jsou nutná tato vyšetření:

- Anamnéza (předchozí úrazy, genetická predispozice, onemocnění cév, ...),
- Fyzikální vyšetření – fyziologické funkce, pohled, pohmat, poklep, poslech, omezení hybnosti,
- RTG, nukleární magnetická resonance, CT, scintigrafie,
- Dopplerovské vyšetření žil dolních končetin – pomocí ultrazvuku se měří rychlost pohybu krve v cévách, hodnotí i morfologii cévní stěny a dokáže rozpoznat i její patologické poškození, (Burkert, Chmelíková, 2011)
- Termometrie – měření teploty kůže dolních končetin, (Slezáková, 2007, s. 106)
- Angiografie – zjistí lokalizaci a rozsah trombembolického uzávěru, (Vojáček, Malý, 2004, s. 126)
- Flebografie – kontrastní RTG vyšetření, při kterém se zobrazí povrchový i hluboký žilní systém, (Šafránková, Nejedlá, 2006, s. 115)
- Artroskopie – ke zjištění rozsahu poškození kloubů,
- Neurologické vyšetření – vyšetření periferních nervů,
- Vyšetření krve – hematologické, hemokoagulační, vyšetření krevní skupiny a Rh faktoru, ionty (vyšetření vnitřního prostředí), (Slezáková, 2010, s. 146)
- Vyšetření moče – biochemické, (Slezáková, 2007, s. 106)

2.4 Léčba

2.4.1 Předoperační příprava

Předoperační příprava je příprava pacienta k operaci v období před operací až po uložení pacienta na operační stůl. Předoperační příprava se dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední.

Dlouhodobá předoperační péče

Dlouhodobá předoperační péče zahrnuje interní vyšetření pacienta praktickým lékařem nebo internistou. Jestliže má pacient přidružené onemocnění, je nutné i vyjádření specialisty. Dlouhodobá příprava se může provádět až měsíc před operací. V rámci dlouhodobé předoperační přípravy se provádí:

Anamnéza – zahrnuje všechny zdravotnické údaje o pacientovi od narození až po současnost. Lékař by měl zjišťovat osobní, rodinnou, farmakologickou, sociální, pracovní, u žen gynekologickou a u mužů urologickou anamnézu. Důležitou položkou jsou také alergie a abúzy. K získání těchto údajů by měl pacient lékaři do jisté míry důvěřovat. Lékař by se neměl ptát na osobní a soukromé záležitosti, které se zdravotního stavu netýkají.

Fyzikální vyšetření – je celkové vyšetření stavu pacienta pomocí pohledu (inspekce), poslechu (auskultace) a pohmatu (palpace). Součástí tohoto vyšetření je také vyšetření fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dech) a vědomí. (Chrobák, 2007, s. 17-38)

EKG (elektrokardiografie) – je pomocná vyšetřovací metoda, která zjišťuje elektrickou aktivitu srdce pomocí svodů umístěných na končetinách a hrudníku. (Kolektiv autorů, 2008, s. 119)

RTG srdce a plic

Laboratorní vyšetření – doplňuje fyzikální vyšetření pacienta. Mezi běžně požadované vyšetření patří odběr krve na hematologii (KO, FW, KS + Rh faktor), biochemii (jaterní testy – ALT, AST, GMT, bilirubin, urea + kreatinin v séru, glykémie, ionty K, Cl, Na, celková bílkovina) a hemokoagulaci (INR, APTT). Dále odběr moče na biochemické vyšetření (moč + sediment). (Zeman, 2011, s. 6)

Amputace je náročný výkon, proto by měla být již před operačním zákrokem zajištěna krevní konzerva. Pokud to pacientův stav dovolí, před operačním zákrokem se provádí autotransfúze.

Zvláště u amputací je důležité, aby měl pacient již před operačním výkonem, dostatečnou psychickou podporu. Pacient by měl být lékařem informován o operačním zákroku, o průběhu pooperačního období. Již před amputací by měl být pacient informován o kompenzačních pomůckách a možnostech protéz. Pokud to stav dovoluje, měl by probíhat i nácvik sebeobsluhy za kontroly fyzioterapeuta. V neposlední řadě by měla být zajištěna spolupráce s příbuznými. Pacientovi by měla být nabídnuta i pomoc psychologa. (Vojtová, 2012)

Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava se provádí 24 hodin před operačním výkonem. Většinou probíhá již při hospitalizaci v nemocnici. Krátkodobá příprava zahrnuje fyzickou přípravu, anesteziologickou a psychickou přípravu.

Fyzická příprava zahrnuje celkovou přípravu pacienta. Pacient musí být od půl noci lačný (nesmí jíst, pít, kouřit), aby se zabránilo zvracení a aspiraci po operaci. Pacient musí být vymočen a vyprázdněn. Když je potřeba, přistupuje se k vycévkování a klyzmatu. Dále je provedena důkladná hygiena, osprchování, umytí vlasů a dezinfekce pupku. Ženy si odstraní umělé nehty, odlakují si je a odličí se. Pacient si musí sundat veškeré šperky, včetně piercingů. Zdravotnický personál umožní uskladnění cenností do trezoru. Pacient si vyndá zubní protézu, která se uloží do sklenice s vodou. Popřípadě se vyjme naslouchadlo nebo se sundá paruka. Důležitá je i příprava operačního pole. To musí být dokonale oholeno. Oholení se provádí v soukromí a na sucho. Pokud je pacient schopný, oholení si provede sám. Zdravotnický personál operační pole pouze zkontroluje. V den operace sestra pacientovi zabandážuje zdravou dolní končetinu, jako prevenci TEN pomocí elastického obinadla. Zároveň jako prevenci TEN lékař ordinuje antikoagulační léčbu, kdy se pacientovi subkutánně aplikuje nízkomolekulární heparin (Fraxiparine, Clexane). Léčba antikoagulancii je ordinována před i po operaci. Den před operací se antikoagulancia vysazují. (Vojtová, 2012)

Do krátkodobé přípravy je zahrnuta i návštěva anesteziologa. Anesteziolog zkontroluje a zhodnotí předoperační vyšetření. Vyšetří pacienta a zjistí skutečnosti, které by mohly ovlivnit průběh anestezie. Anesteziolog zhodnotí anesteziologická rizika podle stupnice ASA (American Society of Anesthesiologists) (tab.č.1):

Tab.č.1 Anesteziologická rizika – hodnocení ASA

1.	Normální, zdravý pacient	Běžné riziko
2.	Lehké celkové onemocnění nebo choroba bez omezení funkční výkonnosti	Mírně zvýšené riziko
3.	Těžké, závažné celkové onemocnění nebo choroba s omezením funkční výkonnosti	Středně zvýšené riziko
4.	Těžké celkové onemocnění nebo choroba, která ohrožuje život nemocného, ať operaci podstoupí či ne	Vysoké riziko
5.	Moribundní pacient, u něhož lze očekávat úmrtí do 24 hodin, ať operaci podstoupí, či nikoliv	Velmi vysoké riziko
Pro neodkladné operace se schéma rozšiřuje o kategorie:		
6.	Akutní pacienti skupiny 1-2	Zvýšené riziko
7.	Akutní pacienti skupiny 3-5	Vysoké až velmi vysoké riziko

(Zeman, 2011, s. 136)

Podle operačního rizika anesteziolog naordinuje premedikaci, stanoví plán anestezie a vysvětlí postup anestezie pacientovi. Pacient musí podepsat Souhlas s anestezií.

Večer před výkonem se podává perorální premedikace ve formě hypnotik či sedativ (Diazepam), aby se pacient před operací uklidnil a dostatečně vyspal.

Bezprostřední předoperační příprava

Bezprostřední předoperační příprava trvá asi 2 hodiny před výkonem. Spočívá v kontrole pacienta (bandáže, lačnění, sundání šperků, umělého chrupu), operačního pole a v kontrole dokumentace. Přibližně 45 minut před odvozem na operační sál se aplikuje premedikace dle ordinace lékaře. Aplikují se opiáty (Morfin, Dolsin), popřípadě vagolitykum (Atropin). Po aplikaci pacient nesmí vstávat z lůžka, proto je nutné, aby se ještě před aplikací vymočil a svlékl. Pacient je převezen na operační sál na lůžku ihned poté, co z operačního sálu zavolají.

U akutních případů se předoperační příprava musí zvládnout během několika hodin a provádí se pouze nutná vyšetření. I premedikace se podává ve snížených dávkách asi 10 minut před zahájením anestezie. (Zeman, 2011, s. 136-137)

2.4.2 Chirurgický výkon

Po správné předoperační přípravě je pacient transportován na operační sál. Jako u všech jiných rozsáhlých operací je pacientovi podána celková anestezie. Pacient je zaintubován a napojen na ventilátor. Zároveň se u pacienta sledují vitální funkce. Je nutné dodržovat zásady asepse.

Amputace dolních končetin můžeme rozdělit na:

Hemikorporektomie – odstranění celého pánevního pletence i s kostí křížovou. Je to mimořádný výkon. Je zde nutné provést stomické řešení GIT. K ochraně orgánů dutiny břišní, k umožnění sedu a vyvážení pacienta se používá protetická objímka.

Hemipelviktomie – je to snesení dolní končetiny i s přilehlou pánevní kostí. Nejprve se musí podvázat a šetrně ošetřit arterie, poté se může přistoupit k resekci a lalokovému krytí pánve gluteálními svaly či adduktory. Operace je velmi náročný výkon a provádí se na specializovaných pracovištích.

Exartikulace kyčelního kloubu – u tohoto výkonu se nejprve musí odstranit a podvázat arteria femoralis, poté se odstraní celá dolní končetina i s kyčelním kloubem. Kloubní jamka se poté vyplní svaly a je možné jí lalokově překrýt gluteálními svaly či odstraněným adduktorovým lalokem.

Femorální amputace - u vysoké femorální amputace je vhodné provést myodézu (vytvoření nového svalového úponu) adduktorů, které jsou umístěny do předvrtaných otvorů pomocí intraoseálních stehů. Flexorové svaly se poté myoplasticky sešívají s extenzorovými svaly přes pahýlový vrchol. U nízké femorální amputace musí lékař myslet na velikost mechaniky náhrady kolenního kloubu, aby po oprotézování pacienta byly oba kolenní klouby ve stejné ose.

Exartikulace v kolenním kloubu – je možno ji provádět několika technikami. Základní technikou je ponechání neporušené chrupavky femuru a sešítí ligamenta patellae se zadním zkříženým vazem. Může se provést odstranění kondylů a pevná fixace patelly k resekční linii pomocí tahových spongiózních šroubů či Zahradníčkových hřebů. Čěška s kožním krytem vytvoří nášlapní plochu, a tím udrží funkce femorálních svalů. Třetí technikou je resekce zadní plochy kondylů stehenní kosti a překrytí předním kožním lalokem. Exartikulace v kolenním kloubu umožňuje vytvoření kvalitního zátěžového pahýlu a je zachována

funkce stehenních svalů. Kvalitní pahýl umožňuje snadnější sezení, vstávání a udržování rovnováhy.

Bércové amputace – při tomto zákroku je nutné odstranit fibii proximálněji než tibii a přední plochu tibie v místě odstranění srazit, tím se lépe vytvaruje pahýl a předejde se lokálním kožním otlakům. Svaly na funkci nemají vliv a používají se pouze na vyplnění mezikostních prostor.

Amputace v oblasti nohy – musí se vytvořit nášlapný pahýl a zároveň se musí zachovat prostor pro kloub náhrady nohy. Při metatarzální amputaci je nutné provést odstranění nad hlavičkami metatarsů a následné překrytí plantárním lalokem. Při amputaci prstů by se měla zanechat alespoň malá báze článku palce. Chybění palce nemá vliv na normální chůzi, ale při běhu dochází ke kulhání, protože je narušena odrazová fáze kroku. Při amputaci druhého prstu hrozí vznik sekundárního valgózního palce, proto je vhodné použít raketovou kožní incizi. Při odstranění všech prstů dochází ke zhoršení rychlejší chůze či běhu. Není zde ale nutné užití protézy. Dobře postačí jen ortopedické vyplnění obuvi. (Dungl, 2005, s. 172-176)

2.4.3 Pooperační péče

Pooperační péče zahrnuje bezprostřední péči o pacienta po operaci. Ta spočívá v pravidelné kontrole fyziologických funkcí (TK, P, D, TT) a vědomí, kontrole krytí operační rány, kontrole drénů a péči o periferní vstupy.

Následná péče zahrnuje klid na lůžku minimálně do 2.dne po operaci, podávání farmakologické léčby: ATB jako prevence zánětu, analgetické tlumení bolesti (i Fantomových bolestí) a podávání vazodilatancií k rozšíření cév a zvýšení prokrvení. Důležitá je i péče o pahýl. Kontrolujeme prosakování obvazu a funkčnost Redonova drénu, provádíme pravidelné převazy. Pahýl správně polohujeme a provádíme jeho bandážování, sprchování a masáže. Ke zvýšení prokrvení tkání a snížení otoku může být využita hyperbarická léčba kyslíkem. Pravidelně také provádíme rehabilitaci a připravujeme pacienta na užívání protézy. Nedílnou součástí následné péče je i psychická podpora.

Po operačním zákroku mohou vzniknout i komplikace, které průběh léčby mohou prodloužit. Mezi nejčastější komplikace můžeme zařadit:

- Špatné hojení rány z důvodu ICHDK či otoku pahýlu,

- Kontraktury, kterým můžeme zabránit správným obvazem, správným a pravidelným polohováním, či včasnou rehabilitací,
- Kožní infekce,
- Tlakové postižení,
- Špatné prokrvení pahýlu,
- Do komplikací můžeme také zařadit Fantomové bolesti.

(Slezáková, 2010, s. 154)

Po propuštění pacienta z nemocnice by měla být zajištěna domácí péče. Pacient je propuštěn až po zvládnutí základních denních činností. Pacient by měl doma pravidelně cvičit dle pokynů fyzioterapeuta. Klient by měl mít také zajištěnou ekonomicko-sociální stránku (zaměstnání, invalidizace). Pravidelné návštěvy lékaře a fyzioterapeuta jsou také podstatné. Pacienti mají možnost lázeňské léčby (Kladruby, Velké Losiny, Hrabyně) a mohou docházet i do nadacích či sdruženích, kde se setkávají takto postižení lidé. (Slezáková, 2007, s. 106-108)

3 PÉČE O PAHÝL

Správné a včasné zhojení pahýlu je důležité pro následné užití protézy. Proto je nutné, aby byla pahýlu věnována dostatečná péče.

Lékaři i zdravotnický personál se vždy snaží, aby hojení pahýlu proběhlo per primam. Převazy se většinou provádí první den po operaci (záleží na zvyklosti oddělení). Převazy musí probíhat za aseptických podmínek. Obvaz musí být suchý, pružný a čistý. Pahýl by měl být vždy dobře prokrvený, proto je dobré, aby byl v teple. Při amputaci je z operační rány vyveden Redonův drén (Slezáková, 2007, s. 108; Vojtová, 2012). Redonova drenáž je uzavřený typ drenáže, který odvádí krev pomocí podtlaku. Drén je napojen na graduovanou nádobu, která je jednorázová a umožňuje měřit množství odsáté tekutiny. Při péči o Redonův drén dbáme na kontrolu množství a charakteru odváděné tekutiny. Musí se také kontrolovat funkčnost drenáže, a zda je sběrná nádoba v podtlaku (Hůsková, Kašná, 2009, s. 15). I přes drény, je nutné o pahýl pečovat. Musí se provádět správné bandážování pahýlu elastickými obinadly. Bandážování se provádí k vytvarování pahýlu a snížení otoku pahýlu. K bandážování se užívají elastická obinadla, 10-14 cm široké. První otáčky by se neměly provádět cirkulárně přes pahýl, mohlo by dojít ke kompresi povrchového venózního systému a špatné drenáži pahýlu. Bandážování se provádí vždy až nad zdravý kloub. U femorální amputace se bandáže provádějí přes sedací kloub až k pasu. Z vnitřní strany stehna se bandáž vede kolem třísel. U bérkové amputace vedeme bandáž až nad kolenní kloub. Pahýl bandážujeme vždy ve vodorovné poloze. Pokud je pacient schopen, měl by se naučit bandážovat si končetinu sám (příloha P1). (Vojtová, 2012)

Již první den po amputaci se začíná se sprchováním a masáží (masáž jizvy, podkoží, poklepové masáže). Sprchování se doporučuje provádět několikrát denně, nejprve se začíná sprchování vlažnou vodou a postupně se sprchuje střídavě teplou a studenou vodou. Vždy se začíná sprchovat teplou vodou a končí se studenou vodou. Střídavé sprchování teplou a studenou vodou zajišťuje roztažení a zúžení cév, a tím tvoření nových vedlejších cév. Masáže se provádí k prokrvení měkkých tkání a odstranění otoků. Provádí se poklepem bříšek prstů. V místě svaloviny se může provádět lehké hnětení. Po zhojení rány, by se měly provádět i masáže jizvy. Ty zabrání tvorbě nepěkné jizvy a uvolní srůsty. Ovšem masáže a sprchování se běžně v nemocničních zařízeních neprovádí a jsou velmi zanedbávané. Každodenní péče o pahýl také zahrnuje po zhojení správnou hygienu, pravidelné promazávání a ošetřování pahýlového lůžka, protože při užívání protézy může docházet

k oděrkám a otlakům. Jestliže má pacient velké bolesti, masáže a sprchování se odloží (Klusoňová, 2011, s. 89). Pahýl je nutné také posilovat. Musí se připravit na pozdější užití protézy, se kterým je pacient seznámen již při prvním kontaktu s fyzioterapeutem. Lékař musí pravidelně kontrolovat stav rány a při bolesti naordinovat vhodnou analgetickou léčbu. (Schuler, Oster, 2010, s. 244-245)

4 FANTOMOVY BOLESTI

Fantomová bolest je definována jako bolestivý fenomén v místě amputované končetiny, který přináší pocit, jako by amputovaná končetina byla stále na místě (Dobrovodská, 2011).

Syndrom fantomové končetiny je zpravidla důsledkem každé amputace, avšak nezahrnuje jen bolest, ale i jiné senzorycké vjemy. Rozlišujeme tyto druhy vjemů:

- Fantomové pocity – nebolestivé vnímání již amputované končetiny
- Fantomová bolest – bolest již neexistující končetiny
- Pahýlová bolest – bolesti samotného pahýlu v místě amputace

Patofyziologie vedoucí k fantomovým bolestem (FBK) je zatím neznámá. Obecně se mohou uplatňovat periferní, centrální a psychogenní vlivy. Mezi periferní mechanismy můžeme zařadit neuromy a jiné iritační vlivy v oblasti pahýlu, ischemii a svalové křeče v pahýlu či dysfunkci sympatiku. Stres a emoce mají také vliv na FBK. Je klinicky dokázáno, že na FBK mají vliv i organické procesy v mozku a míše. Jestliže se bolesti objevovaly již před amputací, je velká pravděpodobnost, že se objeví i FBK. Do psychogenních faktorů se řadí osobnostní vlivy. U povahově strnulých a zkostnatělých pacientů a u jedinců s nátlakovým způsobem jednání je také vysoká pravděpodobnost vzniku FBK.

Fantomové pocity se objevují téměř u 100 % pacientů po amputaci (Lejčko, 2001, s. 3). Pacienti tyto pocity někdy velmi prožívají a uvádí je jako skutečné. Lze ji rozdělit do 3 skupin. Jednoduché pocity, kdy pacient pociťuje dotyk, teplo, chlad nebo tlak na amputovanou končetinu. Komplexní pocity se projevují vnímáním polohy, délky či velikosti končetiny. Třetí skupinou jsou pocity pohybu končetiny, kdy pacient cítí pohyby končetiny jak volní tak spontánní.

Fantomová bolest se objevuje až u 50- 75 % pacientů po amputaci (Lejčko, 2001, s. 3). Pacienti bolest popisují jako drtivou, trhavou, šokující nebo vystřelující. Pociťují také pálení a křeče (Kolektiv autorů, 2006, s. 202). Bolest se objevuje často u pacientů, kteří měli bolesti již před amputací. FBK se časem snižuje a u některých pacientů může do 1-2 let vymizet.

Pahýlová bolest je lokalizovaná do pahýlu a objevuje se asi u 50 % pacientů (Lejčko, 2001, s. 4). Pacienti popisují místní bolestivost, bodavou nebo elektrizující bolest. Pahýlová bolest se časem zmírní a postupně vymizí.

Úspěšnou léčbu FBK nebylo možné určit, protože ještě nebyla jasně stanovená její patofyziologie a mechanismus. Významnou roli hraje prevence vzniku FBK, tj. na počátku vzniku bolesti, kdy ještě nebyla provedena amputace. Léčba zahrnuje invazivní i neinvazivní postupy. Vždy se první uplatňují neinvazivní postupy (farmakologické i nefarmakologické). Jako farmakologické postupy se osvědčily:

- Antidepresiva (AD) – I.generace (Amitriptylin, Imipramin) – dle kontrolovaných studií jsou nejúčinnější, AD II. a III. generace (Noveril, Deprex) se podávají, je-li I. generace kontraindikována
- Antiokluziva (AK) – Biston, Rivotril, Orfiril, Neurontin – k odstranění křečí
- Analgetika – včetně ovoidů, k tlumení bolesti
- Adjuvantní analgetika
- Lokálně aplikovaná farmaka – masti, emulze, oleje

Nefarmakologické postupy:

- TENS (transkutánní elektrická nervová stimulace) – využití stimulace těla specifickou charakteristikou elektrického proudu pomocí elektrod. (Lejčko, 2001, s. 2-5) Do mozku jsou přenášeny slabé elektrické impulzy, které blokují bolestivé podněty (Kolektiv autorů, 2009, s. 48). Výhoda: minimální vedlejší účinky, dlouhodobá aplikace, pacient se může aktivně podílet na léčbě.
- Fyzikální léčba – zahrnuje léčbu ultrazvukem, aplikaci tepla a chladu, masáže. (Lejčko, 2001, s. 5)
- Akupunktura – působí proti bolesti podobně jako placebo efekt (Rokyta, 2009, s. 150).
- Psychologická péče – má velký význam, měla by začít již v období před amputací

Dalším typem léčby je invazivní léčba. Ta zahrnuje:

- Chirurgickou léčbu – může být provedena revize pahýlu nebo neuromektomie (částečná resekce periferního nervu)
- Neuroablativní techniky:
 - o DREZ (dorsal root entry zone – přerušení prvních 5 hexedových míšních vrstev). (Lejčko, 2001, s. 5)
 - o Chordotomie (přetětí anterolaterálního tragus spinothalanicus) – otevřenou operací nebo perkutánně, jednostranná či oboustranná.

- Rizotomie - přetětí dorzálního nervového kořene při silné a lokalizované bolesti. (Kolektiv autorů, 2006, s. 230)
- Neurektomie – částečné či úplné odstranění periferního nervu (Kolektiv autorů, 2008, s. 332).
- Sympatektomie – přetětí sympatických nervových vláken, sympatikus způsobuje zúžení cév, jeho přetětím se cévy rozšíří a dojde k lepšímu prokrvení
- Neuromodulační techniky – elektrická stimulace centrálních inhibičních struktur pomocí implantovaných elektrod
- Anesteziologické techniky – blokování nervového kmene. (Lejčko, 2001, s. 2-6)

5 REHABILITACE

Rehabilitace by měla být včasná. Celý zdravotnický personál, hlavně ale fyzioterapeuti, by měli pacienta motivovat k pravidelné rehabilitaci. Rehabilitace je celková a provádí se jak u zdravé tak i u nemocné končetiny. U starší klientů je rehabilitace důležitou součástí prevence imobilizačního syndromu. (Slezáková, 2007, s. 108)

5.1 Cvičení

Již druhý den po operaci by měli fyzioterapeuti začít s polohováním pahýlu a poklepo-
vými masážemi, aby nedošlo ke zkrácení svalů, čímž by se znesnadnilo užívání protézy. Pokleповé masáže by se neměly provádět přes bolest a dělají se přes obvaz.

Polohování pahýlu v leže na zádech – u femorálních amputací se podkládá pánevní oblast a zatíží se přední část pahýlu. Při amputacích v bérce podkládáme pahýl.

Provádíme také bandážování pahýlu. Pahýl bandážujeme třikrát denně a vždy to pro-
kládáme další starostlivostí o pahýl. Bandáže se provádí i na noc, výjimkou jsou amputace, jejichž příčina byla cévní.

Po zhojení měkkých tkání pahýlu se může začít s postupným zatěžováním pahýlu ve
stoje. Pahýl by se měl ve stoje opírat o čím dál tvrdší podložku až do bolestivosti. Ze za-
čátku by se jako podložka měl používat polštář, který se vymění za matraci, polystyrén a
nakonec i třeba dřevo. Pacient by měl mít oporu v berlích a provádět balanční cviky a stří-
davě zatěžovat zdravou končetinu a pahýl. (Vojtová, 2012)

Mělo by se začít s postupnou vertikalizací pacienta, chůzí v bradlech a správným drže-
ním těla. Pacient by se měl také naučit pohybovat s pahýlem a udržet stabilní postoj. Na
vše je velmi důležitá pevná obuv. Poté, co se pacient naučí chodit v bradlech se může učít
chůzi o berlích. Nejprve po rovině a až bude chůze pacienta jistá a stabilní, může se začít
chodit i po schodech. Pacient s fyzioterapeutem také nacvičuje sedání, vstávání nebo pro-
cházení dveřmi. Postupně pacient chodí i po členitém terénu. Při všech těchto úkonech
musí fyzioterapeut sledovat chyby, které pacient dělá a včas na ně upozornit, aby si je pa-
cient nezafixoval. Pacient by se měl naučit i techniku pádu, ovšem to záleží velmi na věku
a zdravotním stavu pacienta.

Protéza se pacientovi přikládá až poté, co o tom rozhodne lékař s fyzioterapeutem.
Nejprve se pacient musí seznámit s mechanismem, funkcí protézy a s její údržbou. Pacient

se učí jak protézu správně nasazovat. U prvního kontaktu protézy s pacientem je přítomen i protetický pracovník. Následná rehabilitace je obdobná jako rehabilitace bez protézy. Nejprve se pacient učí chodit v bradlech a poté o berlích po různém terénu. Až je pacientova chůze jistá a stabilní, může začít s chůzí bez berlí. (Klusoňová, 2011, s. 88-91)

Při rehabilitaci také dbáme na posilování hýžd'ových svalů a horních končetin. Popřípadě zdali pacient nebude užívat protézu, tak ho vysazujeme na vozík. Během rehabilitace je pacientovi podávána antiedematózní a analgetická terapie. Důležité je také pečovat o pahýl (viz. Péče o pahýl). (Vojtová, 2012).

Po amputaci dolní končetiny dochází k narušení obrazu těla. Pacienti bez končetiny ztrácejí stabilitu. Ne všichni pacienti se naučí rychle užívat protézu nebo nejsou vhodní kandidáti na protézu. Proto je nutné, aby užívali kompenzační pomůcky jako je invalidní vozík, chodítko, berle či pojízdné WC. (Schuler, Oster, 2010, s. 244)

5.2 Protetika

Jako obor je protetika velmi stará. První archeologické nálezy byly již 4000 let před Kristem. Dlouhou dobu se nic nedělo. Velký rozmach nastal po 1. Světové válce, kdy velké množství zraněných bylo potřeba uvést zpět do života. Další skok nastal po 2. Světové válce a od té doby se protézy vylepšovaly. (Princ, 2013)

Ortopedická protetika je lékařský technický obor, který se zabývá pomůckami, jež mají nahradit nebo zlepšit funkci postižené části těla, nebo ji funkčně, či kosmeticky upravit. Protetika se rozděluje do těchto čtyř oborů:

- Vlastní protetika – zabývá se vlastní protézou končetiny
- Ortotika – vyrábí ortézy, korzety a pomocné aparáty
- Epletika – zabývá se kosmetickými náhradami
- Kalceotika – vyrábí ortopedickou a speciální obuv

(Slezáková, 2010, s. 116)

K výrobě náhrad se používají jak přírodní (kůže, hliník, dřevo,...) tak i syntetické (tkaniny, silikony, kompozita,...) materiály. Protéza se skládá ze tří základních částí: pahýlové lůžko, pomocné části a periferní části. (Gallo, 2011, s. 194)

Každá protéza se vyrábí na míru pacientovi. Nejdůležitější částí je ta část, která se spojuje s tělem – pahýlové lůžko (příloha P2). Pahýlové lůžko musí správně fungovat, aby

protéza šla dobře ovládat, netlačila pacienta, a aby pacient mohl chodit tak, jak by chtěl. (Princ, 2013)

Pahýlové lůžko se skládá ze tří částí:

- a) *Horní – věnec s vymodelovanými opěrnými plochami, přes které se přenáší hlavní část zátěže pacientova těla*
- b) *Střední – stěny, které jsou vymodelovány podle tvaru pahýlu*
- c) *Dolní – dno, jehož tvar je přizpůsoben konci pahýlu*

(Gallo, 2011, s.195)

Lůžka mohou být závěsného, semikontaktního a kontaktního typu. U závěsného typu je tvar lůžka přibližný a k upevnění protézy se používají pomocné části. U semikontaktního lůžka se k udržení protézy používá závěsný aparát, který umožňuje lepší ovládnutí protézy. Kontaktní lůžko se používá k dosažení nejlepší funkce, a to tak, že se využívá podtlaku, kdy lůžko přilne plně k pahýlu. K řízení pevnosti přilnutí se používá podtlakový ventil, který je uložen na dně lůžka. Typ lůžka se určuje již při samotné amputaci. Záleží na výšce amputace a na způsobu výběru tvaru měkkých tkání. Také se o typu rozhoduje v pooperačním období, což závisí na bandážování pahýlu, otužování či rehabilitaci.

Pomocné části se používají k zajištění stability mezi lůžkem a pahýlem, nebo k zabezpečení ovládnutí náhrady. Do pomocných částí řadíme řemínky, bandáže nebo závěsné aparáty pro aktivní pohyb náhrady.

Periferie protézy dolních končetin máme sandálové, štítové a modulární. Sandálové protézy se používají po amputaci v Chopartově či Lisfrankově kloubu. Štítové protézy jsou užívány po amputaci pod kotníkem. Modulárními protézami se nahrazují chodidla, ale i kolenní či kyčelní klouby. (Gallo, 2011, s.195-196)

Podle protetiků jsou nejpřesnější metodou, jak pahýlové lůžko správně vytvarovat, sádrové odlitky. Místo amputace je možné dobře zachytit i počítačově. Sádra zachytí přesněji vlastnosti těla při zátěži. Protetik potřebuje dostat měkké tkáně do určité komprese. Při sádrování se proto využívá podtlakový systém, který zajistí to, že jsou sádrová obinadla přitlačena přesně k svalovým strukturám. To zajistí, že bude odlitek přesný. Další fází k výrobě protézy je samotné vytvoření odlitku. Tvar odlitku se musí ještě přesně vytvarovat podle percentuelních úbytků. Zbroušení odlitku je o citu výrobce. Z odlitku se vyformuje provizorní plastové lůžko, ke kterému se pak přidělají na míru poskládané části protézy. V následujících dnech pacient protézu testuje. V průběhu se doladují a zlepšují různé

problémy, dokud protéza nezíská finální podobu. Vlastnosti protézy se určují podle využití protézy (potřeby a aktivita pacienta). Protéza by měla být hlavně lehká, aby pacientovi chůzi, co nejvíce usnadnila. Složitější protetické pomůcky se vyrábějí spíše u dětí a u pacientů v produktivním věku, kteří ji potřebují ke své profesi, k provozování zájmů či sportu.

Největším úspěchem v protetice jsou bionické klouby. Do mechanické protézy vstupuje elektronika a v dnešní době i určitá umělá inteligence. Bionická náhrada dokáže základní nastavení protézy, díky mnoha čidlům, několikrát za vteřinu změnit. Bionický kloub simuluje pohyby zdravého kolene. Odhaduje, jaký pohyb nastane, změní parametry, a tím se protéza dokáže přizpůsobit rychlosti chůze nebo povrchu terénu. U těchto náhrad laik nepozná, že pacient užívá náhradu, pokud ji nevidí.

Po tom, co pacienti dostanou protézu, se na ní musí naučit chodit. Nejprve se začíná s vertikalizací nejlépe v bradlovém chodníku nebo u jiných stabilních pomůcek. K překonávání překážek jako jsou například schody, je nejdůležitější, aby se pacient nejprve vypořádal s vnitřními problémy či s bolestí. Velmi důležitá je pro pacienta motivace, což je úkolem fyzioterapeutů. Ti musí pacientovi dodávat i energii k dalším pokrokům, aby se pacient dokázal s handicapem zžít. (Princ, 2013)

6 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN A JEHO ZAČLENĚNÍ DO SPOLEČNOSTI

6.1 Kvalita života

Dle WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) kvalita života definuje to, jak lidé vnímají své postavení v životě, v souvislosti s kulturou a hodnotovými systémy, ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, předpokladům, zvyklostem a zájmům.

Jedinec v souvislosti s chronickými nemocemi kontinuálně sladuje své hodnoty a cíle s objektivními podmínkami prostředí a s vlastními schopnostmi tak, aby tyto požadavky uspokojil. Na kvalitu života má vliv časové období, ve kterém onemocnění vzniklo. Dle WHOQOL má na kvalitu života vliv i kulturní podmíněnost. Kvalita života může znamenat odlišné věci pro různé kultury a etnické skupiny. Keith tvrdí, že domény kvality života se mohou, v závislosti na kulturních souvislostech lišit (Gurková, 2011, s. 51-85). V některých náboženských kulturách se postižení chápe jako trest za nějaké provinění. Jinde se postižení chápe jako směs soucitu a lásky, kdy je nutné se o nemocného starat. V dřívějších dobách byli postižení většinou zavržováni. Některým však byli připisovány schopnosti, které jim tak zajistily místo ve společnosti (slepci – proroci). (Vágnerová, 1999, s. 11)

V ošetřovatelství je kvalita života definována prostřednictvím celkové životní spokojenosti a spokojenosti s určitými oblastmi života, nebo jejich vnímáním. Dále ošetřovatelství zaměřuje pozornost na vztah kvality života s aspekty zdravotního stavu a diagnosticko - léčebnými specifiky. Většinou se nesoustřeďuje na emocionální stav. Společnou složkou pro definici kvality života je zdravotní stav. Ten není součástí kvality života, ale představuje pouze prediktor. Subjektivní vnímání zdravotního stavu můžeme vnímat jako jeden z mnoha ukazatelů kvality života. Kvalita života je relativně nezávislá na objektivním zdravotním stavu, proto by měli být kvalita života a zdravotní stav měřeny samostatně.

Kvalita života:

- Hodnotí individuální životní podmínky nebo jejich subjektivní vnímání
- Na objektivních ukazatelech zdravotního stavu je relativně nezávislá
- Jejím nejvýznamnějším prediktorem je zdravotní stav
- Je subjektivní
- Je multidimenzionální (je zdůrazňovaná i její duchovní doména)

- Je hodnotově orientovaná
- Je podmíněna kulturou
- Je stabilní v čase, ale také dynamická
- Zaměřuje se jak na pozitivní tak i negativní aspekty dopadu nemoci

Při posuzování zdravotního stavu je hodnotitelem druhá osoba (sestra, lékař), ale primárním zdrojem informací jsou údaje získané od pacienta. Výzkumy v současné době dokazují, že posouzení kvality života pacientem je odlišné od posouzení blízkých či zdravotnických pracovníků. Při měření kvality života můžeme použít klinimetrické (měří několik aspektů v jednom výsledném ukazateli) či psychometrické (měří jeden aspekt prostřednictvím několika položek) nástroje. Preferovány jsou spíše psychometrické nástroje jako jsou testy či dotazníky.

Pacient s chronickým onemocněním se snaží, pomocí omezování, napětí a úsilí, přiblížit kvalitě života, kterou prožívají ostatní automaticky. Kvalita života je do jisté míry závislá na intenzitě a trvání příznaků onemocnění, příznaky zase závisí na aktivitě, formách, lokalizaci a rozsahu onemocnění i na jeho komplikacích. Také je ovlivňováno psychickými a sociálními faktory.

Kvalita života je dlouhodobým cílem ošetřovatelství. Ošetrovatelská péče by se neměla zaměřovat nejen na fyzické aspekty, ale i na podporu návratu pacienta do života, zvládnutí denních aktivit či využití zdrojů sociální opory. U blízkých, kteří se o postiženého starají, může také dojít ke zhoršení kvality života, které může být zapříčiněno: zdravotním stavem postiženého, charakterem léčby, dlouhodobou péčí, mírou psychické a fyzické zátěže či úrovní sociální podpory. Kvalitu života pečujícího můžeme zvýšit podporou nezávislosti pacienta, lepší informovaností a edukací pečujícího nebo aktivizací zdrojů sociální podpory (Gurková, 2011, s.51-171). Každý člověk chápe handicap odlišně. Postižení se ve společnosti chápe jako nežádoucí. K postiženým druzí vzhlíží se soucitem nebo na druhou stranu s odporem. (Vágnerová, 1999, s. 11)

6.2 Psychická podpora

Tělesné či smyslové postižení je jev, který je nápadný tím, že je relativně řídký. Postižení jsou tedy v populaci spíše výjimeční, neběžní a odlišují se tím ve svůj neprospěch od běžných norem populace. (Vágnerová, 1999, s.10)

Po amputacích je jedním z nejzávažnějších problémů vnímání vlastního obrazu těla. Po amputaci se pacienti cítí bezmocně v situaci životního ohrožení. Přijetí diagnózy je zásadním obdobím, které určuje, jak bude probíhat následná léčba. Psychologická podpora může přispět nejen ke správné léčbě, ale i k následné rehabilitaci a vytváření nové integrity těla. Aby byla psychologická podpora plnohodnotná, je důležité, aby byla založena na vzájemném vztahu důvěry. Pravidelná psychologická podpora pomáhá k aktivnímu přístupu pacienta k životu. Nemůžeme sice zajistit plnohodnotnou kvalitu života, ale snažíme se jí alespoň přiblížit, aby pacient nezůstal po odeznění akutní fáze uvězněn ve své nemoci. (Kuželová, 2007)

Velký význam má psychologická péče již v předoperačním období. Amputace je velmi těžce snášena. Pacient i jeho rodina by měli být informováni o důvodu k amputaci, následné léčbě, kompenzačních a protetických pomůckách. Měl by proběhnout nácvik sebeobsluhy. Pacientovi by měla být také nabídnuta psychologická pomoc. (Slezáková, 2007, s. 106)

6.3 Začlenění do společnosti

V dnešní době je pro pacienta s handicapem těžké začlenit se do společnosti. Nejen, že se pacient cítí bezmocný a určitým způsobem i odlišný, ale také ne každý člověk takhle postiženého přijme. Co se týče protetických a kompenzačních pomůcek mají pacienti po amputaci velké možnosti. Pacienti mají také možnost docházet do různých nadací či skupin, které se věnují péči právě o tyto postižené. Jednou z těchto nadací je i sdružení No foot, No stress. Sdružení vzniklo v roce 2012 v rehabilitačním středisku v Praze. Sdružení pomáhá osobám po amputaci dolních končetin. Zajišťuje klientům psychickou podporu i rehabilitační péči. Sdružení pořádá také sportovní, kulturní i společenské akce, kterých se mohou zúčastnit nejen handicapovaní lidé. Sdružení No foot, No stress, ale i spousta jiných sdružení, nadací či organizací v ČR pomáhají pacientům k návratu do nového života. Umožní jim seznámit se s lidmi se stejným postižením a případně poznat nové přátele.

Z pracovního hlediska to mají pacienti po amputaci dolních končetin složitější. Amputace je velmi zatěžující handicap, který často pacienty donutí k opuštění svého dosavadního zaměstnání. I přesto, že někteří pacienti by chtěli pracovat, se na trhu práce nachází velmi málo pracovních pozic, pro takto postižené pacienty. Pro zaměstnavatele je výhodnější a jednodušší zaměstnat zdravého pracovníka. Proto je velká část pacientů po amputaci v invalidním důchodě.

Od samého začátku je péče o pacienta s amputací velmi dlouhá a krkolomná cesta, kterou by pacient bez psychické podpory příbuzných, ošetřujícího personálu a psychologa, jen těžce zvládnul. Proto je nutná při péči o amputované velká dávka empatie. (Kuželová, 2007)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 KVALITA ŽIVOTA PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN

Praktická část mé práce je založena na rozhovorech poskytnutých s pacienty po amputaci dolních končetin. Rozhovory jsem dělala s šesti respondenty. Jeden respondent je po amputaci 16 let, jeden respondent 13 měsíců a ostatní respondenti nejsou po operaci ještě ani rok. Rozhovory jsem prováděla jak v nemocnici, tak i v soukromí respondentů. Věková kategorie byla různorodá. Nejmladšímu respondentovi je 26 let, nejstaršímu je 80 let. Při výběru otázek do rozhovoru jsem se zaměřovala na základní informace o respondentovi, příčiny amputace, bezbariérový přístup v domácnosti, změny v osobním a sociálním životě a využití psychologické pomoci. Respondenty jsem vybírala tak, aby byla pokryta každá věková kategorie, a abych zároveň získala rozhovory s respondenty s různě dlouhou dobou po amputaci. Se staršími respondenty byla horší komunikace. Přesto se mi se všemi respondenty dobře spolupracovalo. Rozhovory jsem prováděla v průběhu třech měsíců, a to od února do dubna 2013. Výsledky rozhovorů jsem zpracovala do tabulek a zároveň jsem tyto informace o respondentech shrnula do textů pod tabulky.

Cíle:

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila dva cíle, a to:

- **Cíl č. 1:** Zjistit, v jakém rozsahu se u pacientů po amputaci dolních končetin změnila kvalita života.
- **Cíl č. 2:** Zjistit, jak amputace dolních končetin ovlivnila pacienty po stránce psychologické.

7.1 Metodika

Pro své šetření jsem si vybrala kvalitativní metodu výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je rozhovor, kdy máme předem dané jádro tématu. Předem jsou vytvořené otázky, jejichž pořadí lze zaměňovat, popřípadě doplnit o jiné otázky. Účastník rozhovoru má také možnost vyjádřit své vlastní myšlenky. (Kutnohorská, 2009, s. 40) Výzkum pomocí rozhovoru jsem si vybrala z důvodu, abych mohla porovnat, jak se s amputací vyrovnávají respondenti různé věkové kategorie, s různým životním stylem.

Když to bylo možné, rozhovory s respondenty jsem prováděla v jejich soukromí, kde se cítili dobře. S hospitalizovanými pacienty jsem vedla rozhovory v denní místnosti, abych zajistila co největší soukromí. Každému respondentovi jsem položila 15 otevřených otázek (příloha P3), jejichž pořadí jsem podle situace zaměnila. Rozhovor jsem popřípadě doplnila o jiné otázky, nebo jsem dala pacientovi prostor na vyjádření svých pocitů či názorů. Rozhovory jsem si nahrávala na záznamník. Respondenti si přáli zůstat v anonymitě, proto jsou ve výsledcích rozhovorů uváděny pouze jejich iniciály.

Výsledky každého rozhovoru jsem shrnula do tabulky. Pomocí takto zpracovaných tabulek jsem prováděla výsledky šetření a závěr.

7.1.1 Rozhovor č.1

	Pan J.A.
Věk	26 let.
Pohlaví	Muž.
Žijete v bytě či domě	Dům..
Jaká byla příčina amputace	Lymfedém DK.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	13 měsíců, 18 dní.
Pociťoval jste Fantomové bolesti?	Pociťoval a stále pociťuje. Uvádí, že je celkem vtipné, když ho zabolí kotník, který nemá.
Užíváte protézu?	Protézu má, umí s ní i dobře chodit, ale často ji nepoužívá.
Rehabilitujete pravidelně?	Cvičí doma. K odborníkům nedochází, snaží se vše zvládnout sám.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Při chůzi bez protézy používá berle. S protézou je schopen chodit samostatně.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Nebyla potřeba.

Ovlivnění osobního života.	Co se týče osobního života, ten se v podstatě nezměnil. Dříve rád sportoval. Miluje sport, a nyní už nemůže sportovat v takové míře jako dřív. Ale našel si zálibu ve focení, takže si sport vynahrazuje tím, že jezdí na hokej nebo fotbal a fotí.
Ovlivnění společenského života	Společenský život se také nezměnil. Kamarádi a známí ho znali s původní „obří“ nohou a po amputaci jim připadne více v pohodě.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	Má částečný invalidní důchod a k tomu i pracuje.
Potřeba psychologické péče.	Rád se se vším pere sám, takže psychologickou pomoc odmítl.
Návštěva nadací či skupin.	Ne.

J.A. je mladý muž. Narodil se v roce 1987. Bydlí v rodinném domě s rodiči na vesnici. Má starší sestru. Vystudoval Obchodní akademii.

J.A. byla provedena exartikulace v kolenním kloubu levé dolní končetiny pro lymfedém, který vznikl z důvodu nedostatečného odvodu lymfy. Hojení pahýlu proběhlo bez komplikací.

J.A. netrpí jinými chorobami. Amputace mu byla provedena před 13 měsíci. Od té doby také pociťuje Fantomové bolesti, které ho ale výrazně neomezují. Naučil se užívat bez problému protézu, ale často ji nepoužívá. Spíše chodí o berlích. Je to pro něj pohodlnější. J.A. pravidelně doma cvičí. Bezbariérový přístup v domácnosti si zřizovat nemusel.

Osobní život se J.A. nezměnil. Bylo pro něj těžší žít s lymfedémem. Amputaci bere jako vysvobození. I přesto, že dříve měl rád sport, kterému se už nemůže věnovat naplno, našel si zálibu ve focení. Společenský život se mu taktéž výrazně nezměnil. Kamarádům připadne po amputaci ve větší pohodě. Život se snaží užívat na plno. Mezi své přátelé chodí vždy, když má možnost.

S psychickými i fyzickými problémy se vyrovnal sám. Přesto, že je tak mladý, bere svůj handicap jako součást života a s handicapem je smířený.

Rozhovor byl poskytnut 22.2.2013.

7.1.2 Rozhovor č. 2

	Paní E.S.
Věk	65 let.
Pohlaví	Žena.
Žijete v bytě či domě	Byt.
Jaká byla příčina amputace	Diabetická gangréna.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	16 let.
Pociťoval jste Fantomové bolesti?	Ano, a dlouho je pociťovala, ale před pár lety bolesti odezněly.
Užíváte protézu?	Ne, protézu neužívá. Ze začátku ji používala, ale neseseděla jí. Mívala nesnesitelné bolesti, tak se naučila žít bez ní.
Rehabilitujete pravidelně?	Dříve ano, ale teď už ne. Zestárla a už i tak má problémy s pohybem, natožpak aby cvičila.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Ano používá berle, bez nich by nemohla nic dělat.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Doma si odstranila prahy a pořídila si sedátko do vany. Bydlí v panelovém domě, kde mají výtah. Jinak by se musela přestěhovat. Byt má ve 4. patře a každodenní chůzi po schodech by nezvládla.
Ovlivnění osobního života.	Ráda chodila na procházky, které jsou teď obtížnější, ale i tak chodí každý den krátké trasy. Dříve jí hodně pomáhal manžel, ten ale před 3 lety zemřel a musela si zvyknout fungovat sama.
Ovlivnění společenského života	Společenský život se jí nezměnil. Uvádí, že jí ze začátku mnoho známých litovalo, ale už si na to, že je bez končetiny, zvykli. Stále se vídává se svými kamarádkami. Každý den se potkávají v parku

	blízko jejího bytu a probírají nejnovější informace.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	E.S. pracovala jako účetní. Před amputací pracovala v kanceláři, takže své zaměstnání nebyla nucena opustit. Nyní si už užívá důchodu.
Potřeba psychologické péče.	Amputace byla nevyhnutelná. Když šla k operaci, už s tím byla smířená. Měla kolem sebe velkou rodinu a manžela, kteří jí pomohli se s handicapem vyrovnat. Každý den ji navštěvovali v nemocni. Psychologickou pomoc tedy nepotřebovala.
Návštěva nadací či skupin	Ne.

Paní E.S. se narodila v roce 1948. Je vdova, před 3 lety jí zemřel manžel. Dříve pracovala jako účetní, nyní je v důchodu.

Ve 35 letech jí byl zjištěn diabetes mellitus. Ve 49 letech jí byla amputovaná pravá dolní končetina po úrazu na palci u nohy, kde vznikla infekce a následná gangréna. Byla jí provedena amputace v bérce. Rána se zhojila bez vážných komplikací.

E.S. se léčí pro diabetes mellitus. Tříkrát denně si aplikuje Humulin R. Diabetickou stravu se snaží dodržovat, ale přiznává, že ne vždy jí správně. Dále trpí hypertenzí, kterou kompenzuje léky.

Paní E.S. je po amputaci 16 let. Fantomové bolesti již několik let nepocituje. Protéza dolní končetiny jí byla vyrobena a po zákroku s ní i nějakou dobu chodila. Pro bolesti jí přestala používat. Pohybuje se pomocí berlí. Ve svém bytě si musela odstranit prahy a pořídít si pomůcky do koupelny. Paní E.S. dříve pravidelně cvičila, nyní pro svůj věk pravidelnou rehabilitaci omezila.

Paní E.S. ráda chodila na procházky, které musela po amputaci omezit. Ovšem uvádí, že osobní život se jí zcela změnil až po smrti manžela. Ten jí velmi pomáhal při každodenních činnostech a bez něj je pro ni vše složitější. Manžel jí zemřel před třemi lety a od té doby jí pomáhají děti.

Po amputaci paní E.S. mnoho známých litovalo. I přesto stále chodila a chodí za svými kamarádkami. Dříve pracovala jako účetní, po amputaci a následné rehabilitaci mohla znovu nastoupit do zaměstnání. Nyní je v důchodu.

E.S. volný čas tráví četbou, luštěním křížovek. Když je příznivé počasí, chodí na krátké procházky nebo za svými kamarádkami.

E.S. je v psychické pohodě. Amputace byla plánovaná a nevyhnutelná. S amputací byla z části smířená už před operací. Po psychické stránce jí velmi pomohla rodina. Psychologickou pomoc tedy odmítla. Při rozhovoru byla vyrovnaná a spolupráce s ní byla skvělá.

Rozhovor byl poskytnut 9.3.2013 u paní E.S. doma.

7.1.3 Rozhovor č. 3

	Paní H.D.
Věk	73 let.
Pohlaví	Žena.
Žijete v bytě či domě	Rodinný dům.
Jaká byla příčina amputace	ICHDK.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	8 měsíců.
Pociťoval jste Fantomové bolesti?	Pociťuje. Uvádí, že někdy se bolesti dají snést, ale jindy potřebuje léky.
Užíváte protézu?	Protézu neužívá, odmítla jí.
Rehabilitujete pravidelně?	Každý den za ní dochází rehabilitační sestra.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Používá invalidní vozík, který zvládá ovládat sama. Potřebuje pomoc pouze při přesunu z postele na vozík a naopak.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Rodina bezbariérový přístup zajistila, ale již osm měsíců je hospitalizovaná v nemocnici. Domů se ještě nedostala.
Ovlivnění osobního života.	Osobní život se jí změnil. Je už dlouho hospitalizovaná, musela si zvyknout na život v nemocnici. Přeje si jít už brzy domů, proto se snaží dodržovat vše, co jí lékař naordinuje. Pravidelně ji chodí navštěvovat manžel s dětmi.
Ovlivnění společenského života	Kvůli dlouhodobé hospitalizaci je její společenský život omezen na nemocnici. Se spolupacientkou si ale rozumí a často si povídají.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	H.D. je v důchodě.
Potřeba psychologické	Vizuálně je na tom H.D psychicky špatně. Je plačtivá. Ale psy-

péče.	chologickou pomoc odmítá.
Návštěva nadací či skupin	Ne.

H.D. se narodila v roce 1940. Žije se svým manželem v rodinném domě poblíž Kroměříže. Má dvě děti, dceru a syna. Nyní je v důchodu, dříve pracovala jako učitelka na základní škole.

H.D. byla v červnu roku 2012 provedena amputace levé dolní končetiny v bérce pro ICHDK. Rána se špatně hojila, byla zde přítomna infekce. Kvůli svému věku a zhoršenému zdravotnímu stavu, byla z chirurgického oddělení převezena do Nemocnice milosrdných sester sv. Vincence de Paul v Kroměříži. H.D. Je zde hospitalizovaná již 8. měsíc. Pahýl už je zhojený. Paní H.D. si ovšem stěžuje na bolest pravé končetiny, proto ji lékaři zatím nepropustili domů.

Pacientka je po amputaci 8 měsíců. Fantomové bolesti pociťuje. Někdy jsou bolesti tak silné, že potřebuje analgetika. Protézu neužívá, pohybuje se v invalidním vozíku, který zvládá ovládat sama. Potřebuje ale pomoc od sester při přesunu na vozík a zpět na postel. Za paní H.D. každý den dochází rehabilitační sestra. I přesto, že rodina v domě bezbariérový přístup zařídila, paní H.D. ho ještě nemohla využít. Od operace je hospitalizovaná v nemocnici.

Osobní i sociální život se jí omezil na prostory nemocnice. H.D. ráda pracovala na zahrádce. Nyní ví, že už to nebude možné. V nemocnici paní H.D. hodně čte knížky nebo se projíždí po chodbách, či zahradě na invalidním vozíku. I když to nechce dát najevo, je vidět, že je ve špatném psychickém stavu. S amputací se nemůže smířit. Psychologickou pomoc ale odmítá. Skoro každý den za ní dochází na návštěvu manžel s dětmi, což jí vždy zvedne náladu.

H.D. spolupracovala, byla ochotná a příjemná. Asi měsíc po mé návštěvě, jí byla amputována i druhá dolní končetina, taktéž v bérce, pro uzávěr cév na dolní končetině. Měla jsem zájem udělat s ní další rozhovor, ale paní H.D. byla ve velmi špatném psychickém stavu. Rozhovor odmítla.

Rozhovor by proveden 20.2.2013 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Vincence de Paul ve Kroměříži.

7.1.4 Rozhovor č. 4

	Pan K.O.
Věk	76 let.
Pohlaví	Muž.
Žijete v bytě či domě	Rodinný dům.
Jaká byla příčina amputace	ICHDK.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	12 měsíců.
Pociťoval jste Fantomové bolesti?	Bolesti pociťuje.
Užíváte protézu?	Protéza pro něj byla vyrobena, ale byla malá. Při chůzi měl potíže. Nyní protézu neužívá.
Rehabilitujete pravidelně?	V nemocnici cvičí s rehabilitační sestrou, ale doma cvičí sám.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Pan K.O. se pohybuje v invalidním vozíku. Učí se ale chodit o berlích.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Bezbariérový přístup si zřídil. Musel si odstranit prahy, aby mohl po domě jezdit v invalidním vozíku.
Ovlivnění osobního života.	Uvádí, že se mu osobní život velmi změnil, ale neudává v jaké míře. Dříve pěstoval papoušky, nyní má jen jednoho, protože by se o více papoušků nemohl starat.
Ovlivnění společenského života	Pacient společenský život zcela opustil.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	Je v invalidním důchodě.
Potřeba psychologické péče.	Ano, psychologickou pomoc potřeboval. Navštěvoval psychologa, ale pomoc nepomohla.

Návštěva nadací či skupin.	Ne.
----------------------------	-----

Pan K.O. se narodil v roce 1946. Žije sám v rodinném domě, je vdovec. Pan K.O. je v invalidním důchodu. Nyní je hospitalizován v Nemocnici milosrdných sester sv. Vincence de Paul.

Před rokem mu byla provedena femorální amputace pravé dolní končetiny z důvodu ischemické choroby dolních končetin. Amputace mu byla provedena v Nemocnici T. Bati ve Zlíně. Zhojení proběhlo bez komplikací.

Fantomové bolesti pociťuje. Po zhojení pahýlu mu byla vyrobena protéza, která nebyla zhotovena přesně na jeho míru, proto ji neužívá. Již několik měsíců je hospitalizován v Nemocnici Milosrdných sester, kde je hospitalizován z důvodu rehabilitace a nácviku pohybu s protézou.. Nyní se pohybuje na invalidním vozíku, ale učí se postupně chodit o berlích a čeká na zhotovení nové protézy, kterou by se mohl naučit užívat. V domě si odstranil prahy, aby se mohl po domě pohybovat v invalidním vozíku.

Pan K.O. uvádí, že se mu osobní život velmi změnil. Dříve pěstoval papoušky, které po amputaci musel dát pryč. Nezvládl by se o ně starat. Nechal si pouze jednoho. Společenský život zcela opustil. Kromě nákupů neopouští dům.

Psychologickou pomoc využil, ta mu však výrazně nepomohla. V rozhovoru uvádí, že se cítí osamělý. Psychologickou pomoc už odmítá.

Pana K.O. navštěvuje pravidelně dcera. S panem K.O. byla špatná spolupráce, nebyl moc komunikativní.

Rozhovor byl proveden 20.2.2013 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Vincence de Paul v Kroměříži.

7.1.5 Rozhovor č. 5

	Pan D.Z.
Věk	80 let.
Pohlaví	Muž.
Žijete v bytě či domě	Byt.
Jaká byla příčina amputace	ICHDK.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	5 měsíců.
Pociťoval jste Fantomové bolesti?	Stále bolesti pociťuje, ale nijak výrazně ho neomezují.
Užíváte protézu?	Umělá končetina mu byla nabídnuta, ale ještě nebyla vyrobena.
Rehabilitujete pravidelně?	RHB mu je poskytována v zařízení každý den.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Pan D.Z. se pohybuje v invalidním vozíku, který je schopen ovládat sám. Je schopen se také sám přemístit z vozíku na lůžko a naopak.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Bezbariérový přístup ještě zřízený nemá, nebyl od zákroku doma.
Ovlivnění osobního života.	Změnu v osobním životě zatím nepociťuje, je již 5 měsíců hospitalizován.
Ovlivnění společenského života	Pacient od zákroku ještě neopustil nemocnici. Tudíž se jeho společenský život omezil na prostory nemocnice. Občas ale jezdí na víkendy na propustku domů, k rodině.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	Je v důchodě již 25 let.
Potřeba psychologické péče.	Psychologickou pomoc nepotřeboval.

Návštěva nadací či skupin.	Ne.
----------------------------	-----

Pan D.Z. se narodil v roce 1933. Žije s rodinou v bytě. Pan D.Z. je již 25 let v důchodě. Dříve pracoval u ministerstva obrany.

Panu D.Z. byla provedena femorální amputace pravé dolní končetiny z důvodu ischemické choroby dolních končetin.. Již 4. měsíc je hospitalizován v Nemocnici Milosrdných sester sv. Vincence de Paul, kde je hospitalizován z důvodu hojení pahýlu a RHB. Uvádí, že pravděpodobně přijde i o druhou končetinu.

Pan D.Z. je po amputaci dolních končetin již 5. měsíc. Fantomové bolesti pociťuje. S protézou by se rád naučil chodit. Čeká na její vyhotovení. Momentálně se pohybuje v invalidním vozíku, který ovládá sám. Dokáže se i na vozík přemístit bez pomoci. Rehabilitace mu je poskytována každý den. Bezbariérový přístup si nezařídil. Ani o téhle možnosti nevěděl. Jakmile jsem ho o téhle možnosti informovala, chtěl by si ho zřídit.

Jelikož je pan D.Z. již 5 měsíců hospitalizován, jeho osobní a společenský život se omezil na prostory nemocnice. Někdy jezdí na víkendy k rodině, na propustku.

Pan D.Z. byl velmi vyrovnaný, ale ne zcela smířený se svým nynějším stavem. Psychologická pomoc mu nebyla nabídnuta, a i kdyby byla, tak by jí odmítl. Chce se se vším smířit sám. Pan D.Z. se už těší domů.

Rozhovor byl proveden 20.2.2013 v Nemocnici Milosrdných sester sv. Vincence de Paul v Kroměříži.

7.1.6 Rozhovor č. 6

	Paní M.Š.
Věk	45 let
Pohlaví	Žena.
Žijete v bytě či domě	Byt.
Jaká byla příčina amputace	Úraz.
Jak dlouho jste po amputaci dolní končetiny	11 měsíců.
Pocíval jste Fantomové bolesti?	Fantomové bolesti pociťuje, ze začátku byly silné a užívala léky. Nyní to zvládá už bez nich.
Užíváte protézu?	S protézou se nyní učí chodit.
Rehabilitujete pravidelně?	Od začátku se snažila cvičit pravidelně. Nyní dochází na RHB na rehabilitační oddělení do Zlínské nemocnice.
Užíváte nějaké kompenzační pomůcky?	Pohybuje se pomocí berlí.
Nutnost bezbariérového přístupu?	Bezbariérový přístup si zřídit nepotřebovala.
Ovlivnění osobního života.	Změny v osobním životě byly velké. Paní M.Š. pracovala jako prodavačka v obchodě, zaměstnání musela opustit. Nyní je bez práce. Také je vášnivou rybářkou. Svůj koníček se po operaci snažila podnikat. Jezdí rybařit se synem, který ji vozí autem a pomáhá jí.
Ovlivnění společenského života	Paní M.Š. se společenský život výrazně nezměnil. I když pro ni bylo těžké si na nový stav zvyknout, do společnosti chodí ráda.
Zaměstnání/ invalidní důchod/ důchod.	Invalidní důchod.
Potřeba psychologické péče	Psychologickou péči využila v nemocnici po úrazu. Bylo pro ni

gické péče.	těžké se amputací smířit. Ovšem spíše jak psychologka jí pomohla podpora rodiny.
Návštěva nadací či skupin.	Ne.

Paní M.Š. se narodila v roce 1968. Bydlí v bytě se svou dcerou a synem. Před amputací pracovala jako prodavačka.

V březnu 2012 měla paní M.Š. autonehodu, při které byla její pravá dolní končetina rozdrcena. Proto lékaři museli přistoupit k femorální amputaci. Rána se zhojila bez komplikací.

Paní M.Š. je po amputaci 11 měsíců. Po zákroku nebyla v dobré psychické pohodě. Proto odmítla protézu, nakonec se ale pro protézu rozhodla a učí se s ní pohybovat. Pohybuje se také pomocí berlí. Fantomové bolesti pociťuje. Paní M.Š. pravidelně cvičí s rehabilitačními pracovníky. Bezbariérový přístup si zřídit nepotřebovala.

Změny v osobním životě byly velké. Jako prodavačka své povolání nemůže vykonávat. Svou práci má ráda, a proto doufá, že až se naučí chodit s protézou, bude moci své zaměstnání vykonávat alespoň na částečný úvazek. Její záliba – rybaření je také do jisté míry omezená. Sama nemůže chodit rybařit, proto se její koníček omezil na volný čas syna. Ten ji k řece vozí autem a pomáhá jí s rybářskou výbavou.

I když bylo pro paní M.Š. těžké se s amputací smířit, do společnosti mezi své přátele chodí ráda.

Psychologickou pomoc přijala. Byla ve velmi špatném psychickém stavu. Vyrovnat se s handicapem jí velmi pomohla nejen psychologka, ale i její rodina a známí.

Rozhovor byl proveden 27.4.2013.

8 ANALYZOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Amputace dolní končetiny je tělesné postižení, které pacienty ovlivňuje nejen po stránce osobní a psychické, ale i po stránce sociální. V praktické části jsem pomocí rozhovorů zjišťovala, jaká je kvalita života u pacientů po amputaci dolních končetin.

8.1 Cíl č. 1

Prvním cílem mé práce bylo zjistit, v jakém rozsahu se u pacientů po amputaci dolních končetin změnila kvalita života. Tři rozhovory z šesti jsem dělala s respondenty, kteří od doby, co jim končetina byla amputovaná, neopustili nemocnici. Těmto respondentům se osobní i sociální život omezil na prostory nemocnice. Tudíž se jim jejich kvalita života změnila ve velkém rozsahu. Museli si zvyknout na režim oddělení, na nemocniční prostředí a na pacienty, kteří s nimi leželi na pokoji. Jelikož jsem rozhovory dělala v léčebně dlouhodobě nemocných, kde se skladba pacientů často nemění, respondenti si nemuseli často zvykat na nové spolupacienty. V léčebně dlouhodobě nemocných je režim poměrně mírný. Pacienti mohou na vycházky do zahrady či po oddělení nejen v odpoledních, ale i v dopoledních hodinách. Rodiny pacientů hospitalizovaných v nemocnici, mohou své blízké navštívit v návštěvních hodinách. Personál ovšem umožní návštěvu i mimo vyhrazené hodiny. Rodiny respondentů se snažili své blízké navštěvovat co nejčastěji. Respondent č. 5 dokonce jezdil na víkendy k rodině, což pro něj bylo velmi příjemné.

R1 je mladý muž, který ale změny v kvalitě života nepocítuje. Končetina mu byla amputována pro lymfedém, který ho velmi ve svém životě omezoval. Uvádí: „Noha byla tak velká, že jsem už nemohl sehnat ani boty.“ I přesto, že miloval sportování, dokázal si najít jiný koníček, který ho dokáže naplnit.

R2 se ráda procházela, ale i přes svůj handicap procházky nevynechala. Se vším jí vždy pomáhal manžel. Uvádí, že než manžel zemřel, život se jí nezměnil. Až po té se se vším musela vypořádat sama. Bylo to pro ni velmi těžké.

R3 milovala práci na zahradě. Osobní i sociální život se jí po amputaci omezil na prostory nemocnice. V nemocnici ji pravidelně navštěvuje manžel s dětmi. Spoustu volného času v nemocnici vyplňuje četbou knih, nebo se projíždí v invalidním vozíku po areálu nemocnice.

R4 uvádí, že se mu osobní život velmi změnil. Dříve pěstoval papoušky, kterých se po amputaci musel vzdát. Nechal si pouze jednoho. Kromě nákupů neopouští prostory domu. Společenskému životu se zcela vyhýbá.

R5 je již 5 měsíců hospitalizován. Jeho společenský život se, stejně jako R3, omezil na prostory nemocnice. Na víkendy jezdí k rodině.

R6 se kvalita života změnila výrazně. Své povolání prodavačky nyní nemůže vykonávat. Doufá ale, že po té, co se naučí chodit s protézou, by se do práce mohla vrátit alespoň na částečný úvazek. Své povolání měla ráda. Byla mezi lidmi, což se jí teď výrazně zkomplikovalo. Stejně tak její koníček – rybaření je omezen pouze na dobu, kdy má její syn čas. Nedokázala by se dostat k vodě a zároveň si nosit rybářskou výbavu.

Na první cíl byly zaměřené otázky:

- Jak dlouho jste po amputaci dolních končetin?
 - 4 respondenti jsou po amputaci necelý rok.
 - 1 respondent je po amputaci 13 měsíců.
 - 1 respondent je po amputaci 16 let.
- Docházíte pravidelně na RHB? Cvičíte doma?
 - 5 respondentů z 6 pravidelně rehabilituje.
- Užíváte náhradu končetiny? Jak jste se zžil/a s protézou? Používáte kompenzační pomůcky?
 - 1 respondent protézu užívá a naučil se s ní pohybovat bez problémů
 - 3 respondenti protézu mají, ale nepoužívají ji – nevyhovuje jim.
 - 1 respondent protézu odmítl.
 - 1 respondent čeká na zhotovení protézy.
- Bydlíte v domě či bytě? Musel/a jste si doma zařídit bezbariérový přístup?
 - 3 respondenti bydlí v bytě, 3 respondenti bydlí v domě.
 - 2 respondenti nepotřebovali zajištění bezbariérového přístupu.
 - 3 respondenti mají zřízený bezbariérový přístup.
 - 1 respondent o možnosti zajištění bezbariérového přístupu nevěděl.
 - Nejčastěji si respondenti ve svých domovech odstraňovaly prahy.
- Jak amputace ovlivnila Váš osobní život?
 - 3 respondenti neuvádí výraznou změnu ve svém osobním životě.

- 3 respondentům se osobní život změnil – neschopnost samostatně vykonávat záliby.
- Změnil se Váš život po amputaci po stránce sociální?
 - 3 respondenti neuvádí výraznou změnu ve společenském životě.
 - 3 respondentům se společenský život omezil na prostory nemocnice.
- Musel/a jste opustit dosavadní zaměstnání? Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?
 - 1 respondent musel opustit své zaměstnání.
 - 2 respondenti jsou v invalidním důchodě.
 - 4 respondenti jsou ve starobním důchodě.
- Omezila Vás amputace natolik, že už nemůžete provozovat Vaše koníčky?
 - Všichni respondenti museli částečně upustit od svých zálib

Vyhodnocení prvního cíle dopadlo následovně:

U respondentů po amputaci dolních končetin, kteří stále tráví život v nemocnici, se kvalita života zcela změnila. Život se jim omezil na prostory nemocnice, což není příjemné jak respondentům, tak i jejich rodině.

Respondentům v důchodovém věku se kvalita života změnila méně než respondentům v produktivním věku.

Respondenti v produktivním věku museli změnit své zaměstnání i koníčky, nebo se musí spoléhat na příbuzné.

Výraznou změnu života uvádí pouze jeden respondent.

8.2 Cíl č. 2

Druhým cílem mé práce bylo zjistit, zda amputace dolních končetin ovlivnila pacienty po psychické stránce. Výsledek druhého cíle mě velmi překvapil. Předpokládala jsem, že pacienti po amputaci dolních končetin, na tom budou po psychické stránce velmi špatně. Amputace je velký zásah do života a mění nejen pacientův život, ale i jejich vzhled.

Na druhý cíl byly zaměřeny otázky:

- Jak jste se cítil/a po operačním zákroku?
 - 2 respondenti se po operačním zákroku cítili dobře. R1 dokonce uvádí, že po probuzení vtipkoval.

- 3 respondenti se s amputací těžko smířovali.
- 1 respondent není s handicapem smířený.
- Musel/a jste využít psychologickou pomoc?
 - 2 respondenti využili psychologickou pomoc.
 - 4 respondenti se s handicapem vyrovnali sami.
- Navštěvujete nějaké nadace či skupiny?
 - Ani jeden z respondentů nenavštěvuje nadaci.

Pro lepší přehlednost jsem výsledky druhého cíle shrnula do následující tabulky (Tab.č.2)

Tab.č.2 Psychologická pomoc

	<i>Byla psychologická pomoc nabídnuta?</i>	<i>Přijetí/odmítnutí psychologické pomoci.</i>	<i>Pomohla psychologická pomoc?</i>
R1	Ano	Ne	-
R2	Ano	Ne	-
R3	Ano	Ne	-
R4	Ano	Ano	Ne
R5	Ne	Ne	-
R6	Ano	Ano	Ne

Při hodnocení druhého cíle mě zaujalo, že všichni respondenti se se svým stavem vyrovnali sami nebo s rodinou.

8.3 Vyhodnocení

Respondenti, se kterými jsem prováděla rozhovor byli se svým zdravotním postižením srovnání. Pouze jeden respondent byl ve špatném psychickém stavu.

U pěti respondentů bylo příčinou amputace onemocnění. U třech respondentů byla příčinou ICHDK, u jednoho respondenta byla amputace indikována z důvodu diabetické gangrény a jeden respondent byl podroben amputaci kvůli lymfedému. U jednoho respondenta došlo k amputaci po úrazu - autonehoda.

Všichni respondenti pociťovali Fantomové bolesti a pouze jeden respondent tyto bolesti již nepociťuje.

Při analýze rozhovorů jsem byla zaskočena kvalitou protéz. Třem respondentům protéza byla špatně vyrobena. Protéza jim neseseděla a při chůzi pociťovali bolesti. Proto se raději naučili žít bez protézy, o berlích. Pouze jeden respondent protézu užívá, ale také ji nepoužívá pravidelně. Chůze o berlích je pro něj pohodlnější. Jeden respondent čeká na vyhotovení protézy a jeden respondent se učí s novou protézou pohybovat. Tři respondenti se pohybují pomocí invalidního vozíku. Tři respondenti chodí o berlích.

Tři respondenti si ve svých domovech zřídili bezbariérový přístup, který ale znamenal pouze odstranění prahů nebo úpravu koupelny. Jeden respondent bezbariérový přístup nepotřebuje, jeden respondent si ho ještě nestačil zajistit a jeden respondent o možnosti bezbariérového přístupu nevěděl.

Výsledky mé práce mě velmi překvapily. Po přečtení výsledků jiných prací, zaměřených na kvalitu života po amputaci dolních končetin, jsem byla přesvědčena, že pacienti po amputaci prožívají ve svém životě velké změny. Naopak jsem ale zjistila, že většina mých respondentů výraznou změnu v životě nepociťuje. Pouze tři respondenti v rozhovoru uvedli výraznou změnu ve svém životě. Po zhodnocení výsledků jsem usoudila, že výsledky mé práce takhle dopadly z důvodu, že čtyři respondenti nebyli po amputaci déle jak jeden rok, proto si ještě nestačili v plné míře vyzkoušet život bez končetiny. Pouze jeden respondent žil s amputovanou končetinou 16 let a jeden respondent je mladý muž, který amputaci bere jako součást života.

ZÁVĚR

Amputace dolních končetin je získané tělesné postižení. Na kvalitu života po amputaci má vliv nejen výška amputace, ale i komplikace, které pooperační stav pacienta doprovází, psychický stav nebo vliv okolí. Každý pacient se s tímhle omezením vyrovnává jinak. U pacientů po amputaci je velmi důležitá psychická podpora a včasná rehabilitace. Tyhle dvě položky nejvíce přispívají ke správnému začlenění do života.

Amputace pacienta ve velké míře omezuje. I přesto, že pacientovi chybí jedna či obě končetiny, může vykonávat činnosti, které má rád. Je důležité, aby se co nejdříve vrátil ke svým zálibám, či si našel nové koníčky, které by ho naplňovaly. Pacienti po amputaci mají možnosti umělých náhrad končetin nebo pro ně vznikly různé nadace, kterých je v ČR mnoho. Z důvodu zjištění, že třem respondentům protéza nebyla kvalitně vyrobena, jsem se rozhodla vytvořit informační leták. Leták bude obsahovat druhy a příslušenství protéz a informace o správné rehabilitaci s nimi.

Rekonvalescence po amputaci dolních končetin je běh na dlouho trať, a ne vždy je lehké jí projít. Rodina a zdravotničtí pracovníci (pokud to stav pacienta dovolí) se ale snaží, aby se pacient co nejdříve vrátil ke svému životu a opět se začlenil do společnosti.

Oblast amputací byla pro mě velmi zajímavým tématem. Dozvěděla jsem se mnoho nových poznatků nejen o amputacích, ale i o péči o pacienty po amputacích. I když péče o pacienty po amputaci není vždy podle předepsaných postupů, věřím, že poznatky, které jsem se dozvěděla v průběhu vypracovávání bakalářské práce, využiji v praxi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DUNGL, Pavel et al. 2005. Ortopedie. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0550-8.
- [2] GALLO, Jiří et al. 2011. Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2486-6.
- [3] GURKOVÁ, Elena. 2011. Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [4] HŮSKOVÁ, Jitka a Petra, KAŠNÁ. 2009. Ošetrovatelství – ošetrovatelské postupy pro zdravotnické asistenty. Pracovní sešit II/ 3.díl. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2855-1.
- [5] HRABOVSKÝ, Jaromír et al. 2002. Chirurgie. Praha: Eurolex Bohemia. ISBN 80-86432-39-4.
- [6] CHROBÁK, Ladislav. 2007. Propedeutika vnitřního lékařství. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1309-0.
- [7] KOLEKTIV AUTORŮ. 2006. Vše o léčbě bolesti. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1720-4.
- [8] KOLEKTIV AUTORŮ. 2008. Výkladový ošetrovatelský slovník. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2240-5.
- [9] KOLEKTIV AUTORŮ. 2009. Sestra a urgentní stavy. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2548-2.
- [10] NAŇKA, Ondřej a Miloslava, ELIŠKOVÁ. 2009. Přehled anatomie. Druhé, doplněné a přepracované vydání. Galén. ISBN 978-7262-612-0.
- [11] NAVRÁTIL, Leoš et al. 2008. Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2319-8.
- [12] KLUSOŇOVÁ, Eva. 2011. Ergoterapie v praxi. Brno: Národní centrum ošetrovatelských a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-535-8.
- [23] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. Výzkum v ošetrovatelství. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [14] KUŽELOVÁ, Blanka. Psychologická podpora amputovaných. In: *XII. Zlínské geriatrické dny*. Zlín: Krajská nemocnice Tomáše Bati, 2007, s. 2.

- [15] ROKYTA, Pavel et al. 2009. Bolest a jak s ní zacházet. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3012-7.
- [16] RYBKA, Jaroslav et al. 2006. Diabetologie pro sestry. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1612-7.
- [37] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2010. Ošetrovatelství v chirurgii I. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3129-2.
- [18] SLEZÁKOVÁ, Lenka et al. 2010. Ošetrovatelství v chirurgii II. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3130-8.
- [19] SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2007. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II - pediatrie, chirurgie. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2040-1.
- [20] SCHULER, Matthias a Peter, OSTER. 2010. Geriatrie od A do Z pro sestry. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3014-4.
- [21] ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie, NEJEDLÁ. 2006. Interní ošetrovatelství I. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1148-6.
- [22] VÁGNEROVÁ, Marie et al. 1999. Psychologie handicapu. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-929-4.
- [23] VLČEK, Jan a Daniela, FIALOVÁ et al. 2010. Klinická farmacie I. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3169-8.
- [24] VOJÁČEK, Jan a Martin, MALÝ. 2004. Arteriální a žilní trombóza v klinické praxi. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0501-9.
- [25] ZEMAN, Miroslav, Zdeněk, KRŠKA. 2011. Chirurgická propedeutika. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-247-3770-6.

Internetové zdroje

- [4] BURKERT, Jan a Hana CHMELÍKOVÁ. Ultrasonografické vyšetření cév. In: *Zdravotnické noviny* [online]. 2011 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/ultrasonograficke-vysetreni-cev-136223>
- [2] DOBROVODSKÁ, Libuše. Fantomova bolest. *Florence* [online]. 2011, 7-8 [cit. 2013-05-14]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/odborne-clanky/recenzovane-clanky/ze-zahranicniho-tisku-fantomova-bolest/>

- [3] LEJČKO, Jan. Fantomova bolest. In: *Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně* [online]. 2001 [cit. 2013-05-08]. Dostupné z: <http://www.cls.cz/seznam-doporucenych-postupu>.
- [4] PRINC, Vladan. *Protézy* [pořad]. 2013 [cit. 7.5.2013]. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10315080042-tep-24/213411058130003/video/>.
- [5] VOJTOVÁ, Jitka. Amputace. In: *Www.osetrovatelstvi.eu* [online]. 2012 [cit. 2013-05-07]. Dostupné z: <http://www.osetrovatelstvi.eu/index.php/8-osetrovatelsky-proces/148-amputace>.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AD	Antidepresiva.
AK	Antiokluziva.
ALT	Alaninaminotransferáza.
APTT	Aktivovaný parciální tromboplastinový čas – vyšetření krevní srážlivosti.
ASA	American Society of Anesthesiologists.
AST	Asparátominotransferáza.
ATB	Antibiotika.
Cl	Chlór.
CT	Computerová tomografie.
D	Dýchání.
DK	Dolní končetina.
DREZ	Dorsal root entry zone.
EKG	Elektrokardiografie.
FBK	Fantomová bolest končetiny.
FW	Sedimentace erytrocytů dle Fahrea a Westergrena.
GMT	Gamaglutamyltransferáza.
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin.
INR	International normalized ratio – vyšetření krevní srážlivosti.
K	Draslík.
KO	Krevní obraz.
KS	Krevní skupina.
MESS	Magled extremity severity score.
Na	Sodík.
P	Puls.

RHB	Rehabilitace.
RTG	Rentgen.
TEN	Trombembolická nemoc.
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace.
TK	Krevní tlak.
TT	Tělesná teplota.
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life.

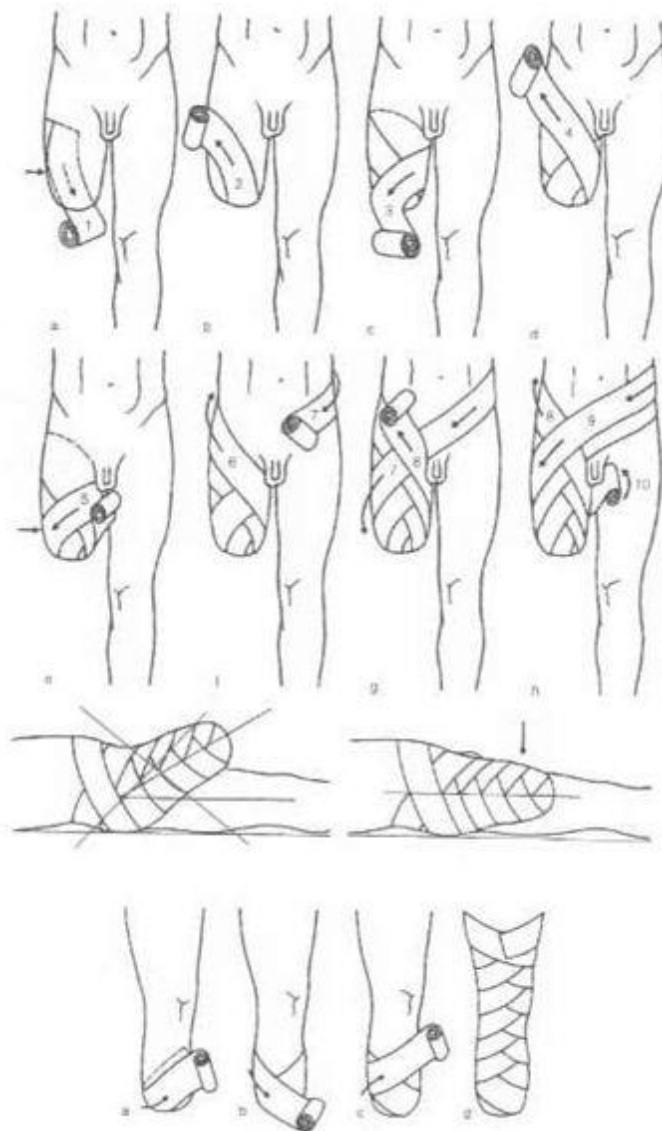
SEZNAM TABULEK

1. Anesteziologická rizika
2. Psychologická pomoc

SEZNAM PŘÍLOH

1. Správné bandážování pahýlu
2. Pahýlové lůžko
3. Rozhovor

PŘÍLOHA P I: SPRÁVNÉ BANDÁŽOVÁNÍ PAHÝLU



(Vojtová, 2012)

PŘÍLOHA P 2: PAHÝLOVÉ LŮŽKO PROTÉZY



(Gallo, 2006, s. 156)

PŘÍLOHA P3: ROZHOVOR

1. Jaká byla příčina amputace?
2. Jak dlouho jste po amputaci dolních končetin?
3. Jak jste se cítil/a po operačním výkonu? Musel/a jste vyhledat psychologickou pomoc?
4. Pociťovala jste nebo ještě pociťujete tzv. Fantomové bolesti? (bolesti již neexistující končetiny)
5. Docházíte pravidelně na rehabilitaci?
6. Cvičíte doma?
7. Užíváte protézu (náhradu) končetiny?
8. Jak jste se zžil/a s náhradní končetinou?
9. Používáte nějaké kompenzační pomůcky (vozík, berle,...)?
10. Bydlíte v bytě nebo domě?
11. Musela jste si doma zřídit bezbariérový přístup?
12. Jak amputace ovlivnila váš osobní život?
13. Změnil se váš život po amputaci po stránce sociální?
14. Musel/a jste opustit vaše dosavadní zaměstnání?
15. Pracujete nyní nebo jste v invalidním důchodu?
16. Omezila vás amputace natolik, že už nadále nemůžete provozovat vaše koníčky, záliby?
17. Navštěvujete nějaké nadace či skupiny se stejným zdravotním problémem?