

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ
ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**KVALITA ŽIVOTA NEMOCNÝCH
PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

Bakalářská práce

Autor práce: **Pavla Angelová**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2013

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS
AFTER AMPUTATION OF LOWER LIMB

Bachelor's thesis

Author: **Pavla Angelová**

Supervisor: **prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.**

2013

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Ve Svitavách dne

.....

Pavla Angelová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé práce prof. PhDr. Jiřímu Marešovi, CSc. za odborné vedení a poskytnutí cenných rad při tvorbě této bakalářské práce. Zvláštní poděkování patří mé rodině za vytrvalou podporu a pochopení během studia. Velký dík patří všem respondentům, kteří se přes svůj handicap zúčastnili mého výzkumu.

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. MEDICÍNSKÝ, OŠETŘOVATELSKÝ A PSYCHOLOGICKÝ POHLED.....	9
1.1. Historie amputace.....	9
1.2. Pojem amputace.....	9
1.3. Indikace k amputaci na dolní končetině.....	10
1.4. Typy amputací na dolní končetině.....	10
1.5. Předoperační péče.....	13
1.6. Postupy operačního výkonu.....	14
1.7. Pooperační péče.....	15
1.8. Komplikace.....	17
1.9. Psychologická opora.....	18
1.10. Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky.....	19
1.11. Domácí péče.....	21
1.12. Možnosti sociální pomoci.....	22
2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	23
3. KVALITA ŽIVOTA.....	26
3.1. Pojem kvalita života.....	26
3.2. Způsoby hodnocení kvality života.....	28
3.3. Kvalita života pacientů po amputaci.....	28
3.4. Výzkumy kvality života po amputaci.....	29
3.5. Posttraumatický rozvoj osobnosti pacientů po amputaci.....	31

EMPIRICKÁ ČÁST	33
4. VÝZKUM	33
4.1. Cíle výzkumu	33
4.2. Zkoumaní pacienti	33
4.3. Použitý postup	34
5. ANALÝZA VÝSLEDKŮ	35
5.1. Výsledky šetření	36
5.2. Shrnutí	67
5.3. Diskuze	70
ZÁVĚR	73
ANOTACE	75
POUŽITÁ LITERATURA	77
PŘÍLOHY	80
č. 1 Vzor ošetřovatelského standardu	80
č. 2 Souhlas respondenta s použitím rozhovoru	83
č. 3 Přepis první části rozhovorů – vlastní vyprávění	84
č. 4 Otázky pro polostandardizovaný rozhovor	88

ÚVOD

Tématem mé práce je kvalita života po amputaci dolní končetiny u dospělého jedince. Důvodem, proč jsem si pro svou bakalářskou práci vybrala toto téma je skutečnost, že již řadu let pracuji na chirurgickém oddělení a s těmito pacienty se velmi často setkávám. Ve své praxi mám možnost vidět, jak těžko se pacienti se ztrátou končetiny vyrovnávají a jakými stádii v procesu fyzického a psychického uzdravování procházejí.

Amputace dolní končetiny výrazně ovlivní život každého člověka. Že nejde o zákrok zcela ojedinělý, to ukazují i údaje z Národního registru hospitalizovaných Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Podle těchto údajů bylo v roce 2011 provedeno jen v České republice 5403 amputací na dolní končetině nejčastěji z vaskulárních důvodů. Tyto důvody jsou velice často spojeny s diabetickými komplikacemi. Zvyšující se výskyt diabetes mellitus 2. typu je celospolečenským problémem prakticky ve všech vyspělých zemích světa.

Kvalitu života pacientů po amputaci ovlivňuje velké množství aspektů. Pro objasnění problému je nutné nejdříve se seznámit se samotným pojmem amputace, jejími typy a postupy. Dále nastínit možnosti psychologické a sociální opory a ortopedické protetiky, charakterizovat ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci, vysvětlit samotný pojem kvalita života a shrnout výzkumy provedené na toto téma.

Právě z důvodu velké četnosti amputací pro diabetické komplikace, jsem se rozhodla zkoumat kvalitu života u pacientů s touto diagnózou. Pro výzkum jsem se rozhodla využít metodu polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Účelem je pomocí kvalitativního šetření zmapovat jejich zdravotní stav před amputací, charakterizovat typ amputace a její psychosomatické dopady na pacienta krátce po výkonu, podrobněji analyzovat subjektivní prožívání změněné kvality života pacientem a zmapovat sociální kontext pacientovy změněné kvality života.

Výsledky mého šetření by měly být využitelné v ošetrovatelské praxi. Měly by z nich plynout doporučení pro zdravotnické pracovníky, pro zkvalitnění ošetrovatelského procesu s ohledem na zachování co nejvyšší kvality života pacientů po amputaci dolní končetiny.

TEORETICKÁ ČÁST

Tématem mé práce je kvalita života po amputaci dolní končetiny u dospělého jedince.

Cílem teoretické části je:

- objasnit pojem amputace a nastínit její historii
- popsat typy amputací, postup při amputaci dolní končetiny a následnou péči
- nastínit možnosti psychologické a sociální opory a ortopedické protetiky
- charakterizovat ošetrovatelskou péči u pacientů po amputaci
- objasnit pojem kvalita života a shrnout výzkumy provedené na toto téma

1. MEDICÍNSKÝ, OŠETŘOVATELSKÝ A PSYCHOLOGICKÝ POHLED

Dříve než přejdeme k tématu amputace, krátce si vyložíme historii tohoto výkonu.

1.1. Historie amputace

Původ slova amputace je z latinského slova **amputo**, což znamená ořezávat. Amputace patří mezi nejstarší chirurgické zákroky. První zmínky o amputaci se datují již 5000 let před naším letopočtem. Už v pátém století př. n. l. popsal Hippokrates tři indikace k amputaci platné do současnosti: odstranění neúčinných částí končetin, snížení invalidity a záchrana života. K největšímu pokroku v technice amputací docházelo vždy za velkých válek.

Francouz Ambrois Paré zavedl ligaturu velkých cév, která nahradila hemostázu vařicím olejem. Společně s rozvojem anestézie, zavedením asepse, odložené primární sutury a použití antibiotik umožnila tvarování dobře proteticky ošetřitelných pahýlů a snížil se tím také výskyt infekčních komplikací.

Další vývoj medicíny, zvláště rekonstrukční cévní chirurgie, omezil nutnost indikací k amputaci a rozvoj ortopedické protetiky zjednodušil rehabilitaci pacientů. (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný, a kol., 2001)

1.2. Pojem amputace

AMPUTACE je přerušení a odstranění periferní části těla bez možnosti rekonstrukce kontinuity. Amputace je konečnou možností po vyčerpání všech možných léčebných zákroků vedoucích k záchraně končetiny. Obecně se má amputace provést ve zdravé tkáni, tak, aby bylo možné co nejlepší zhojení. S rozvojem ortopedické protetiky již není nutné postupovat tak, aby pahýl vyhovoval přiložení funkční protézy. Jde o zákrok, který je velmi těžce psychicky snášen, proto je nutná spolupráce s psychologem a kvalitní rehabilitace. Etiologie amputací končetin jsou různé.

1.3. Indikace k amputaci na dolní končetině

„V České republice převládají amputace z vaskulárních důvodů, následují traumatické amputace, operace pro osteosarkom. Ojedíněle se provádějí amputace pro nevládnutelnou osteomyelitidu. Jedná se o těžké morfologické defekty“ (Talpová, 2011, str.39).

Indikace amputace seřazené sestupně podle výše uvedeného tedy jsou:

- **Cévní onemocnění končetin** - nejčastěji jde o diabetickou angiopatii s infekční diabetickou gangrénou, nebo jde o arteriální insuficienci.
- **Traumatické postižení končetiny**, kdy není možno provést rekonstrukci pro úplnou devastaci končetiny.
- **Zhoubný nádor** - jde o radikální řešení při postižení kostní tkáně maligním tumorem.
- **Infekce** - pokud se jedná o jiným způsobem neléčitelnou akutní infekci.
- **Kongenitální anomálie** - pokud malformovaná končetina neplní svoji funkci a není ji možné jinak léčit.
- **Nemoci a poranění nervů** – infikované trofické vředy při neuropatii, ohrožující život nebo končetinu pacienta.

Amputace může být provedena v různé výši končetiny podle lokálního nálezu a chirurgických možností.

1.4. Typy amputací na dolní končetině

Podle informací získaných z národního registru hospitalizovaných Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) bylo v roce 2011 provedeno v České republice 5403 amputací na dolní končetině. Z toho bylo 52 % (2802) amputací dlouhých kostí a exartikulací velkých kloubů kromě kyčle, a 48 % (2601) v oblasti nohy. Tuto statistiku potvrzují i data získaná z Nemocničního informačního systému Svitavské nemocnice, a.s. Zde bylo v průběhu let 2010-2012 provedeno 116 amputací, z čehož bylo 52 % (60) amputací dlouhých kostí a zbylých 48 % (56) amputací v oblasti nohy.

Typy amputací sestupně seřazené podle četnosti (viz výše uvedené statistiky) jsou:

- **Amputace ve stehně s pahýlem krátkým, středním nebo velmi dlouhým**

Kost stehenní (femur) je nejsilnější a největší kostí v těle. Skládá se ze čtyř hlavních částí. Hlavice kosti stehenní (caput femoris), která zapadá do acetabula. Spojení je zabezpečeno silným kloubním pouzdem a pevnými kloubními vazy. Hlavice nasedá na zúžený krček kosti stehenní (collum femoris). Krček se v tupém úhlu spojuje s tělem kosti stehenní (corpus femoris). Distální konec femuru tvoří kondyly (condyli femoris). Jsou to rozšířené kloubní hrboly, které slouží ke skloubení s kostí holenní. Rozeznáváme condylus medialis (na vnitřní straně) a condylus lateralis (na zevní straně).

Při amputaci ve stehně se přes pahýl přešívá dostatečně prokrvený lalok vytvořený z kůže a svaloviny. Jde o tzv. transfemorální amputaci. Příkladem amputace s velmi dlouhým pahýlem je typická amputace dle Callandera.

- **Exartikulace v kolenním kloubu**

Kolenní kloub (genu) je místem pohyblivého spojení stehna a bérce. Podílí se na něm stehenní kost, holenní kost a čéška, což je plochá kost chránící zepředu kolenní kloub. Exartikulace je snesení části končetiny jejím oddělením v kloubu. Je indikována u maligních tumorů bérce, u ischemických postižení bérce neřešitelných cévně-rekonstrukčními metodami, těžkých infekcí bérce komplikovaných septickým stavem, traumata bérce vznikajících extrémním násilím např. otevřené zlomeniny, kongenitálních malformací bérce.

- **Amputace v bérci s pahýlem ultrakrátkým, krátkým nebo středním**

Kostru bérce tvoří kost holenní (tibia) a kost lýtková (fibula). Holenní kost je uložena mediálně vpředu. Na tibií rozeznáváme proximální část tvořenou dvěma kloubními hrboly condylus medialis (na vnitřní straně) a condylus lateralis (na zevní straně). Jejich součástí jsou kloubní plochy pro spojení s kostí stehenní. Následuje silné trojboké tělo kosti holenní (corpus tibiae). Tělo distálně vybíhá v objemný vnitřní kotník (malleolus medialis), který je zevnitř vyhloubený pro spojení s kostí hlezenní. Lýtková kost je tenčí a je uložena laterálně vzadu. Fibula je proximálně ztlustělá v hlavici (caput fibulae). Pod ní je zúžení - krček (collum fibulae), přecházející do těla (corpus fibulae). Distální rozšířený konec kosti je zevní kotník (malleolus lateralis).

Při amputaci v bérce se pahýl upravuje stejně jako při amputaci ve stehně. Délka pahýlu ovlivňuje výslednou funkčnost - čím je kratší, tím je nižší funkčnost. Jde o tzv. transtibiální amputaci.

- **Amputace v oblasti hlezna**

Konce holenní a lýtkové kosti se stýkají s kostí hlezenní, se kterou tvoří **hlezenní kloub**.

Amputace v oblasti hlezna je odstranění všech částí nohy a vytvoření nášlapného pahýlu. Typickými amputacemi v oblasti hlezna jsou amputace podle Symea a Pirogova.

- **Amputace v oblasti nohy a amputace prstu**

Kostra nohy se skládá ze sedmi kostí zánártních (ossa tarsi), pěti kostí nártních (ossa metatarsi) a článků prstů (phalanges). Na palci jsou dva články, na ostatních prstech tři.

Amputace v oblasti nohy jsou částečné amputace chodidla prováděné dle speciálních linií. Jde o transmetatarzální amputaci podle Scharpa, amputaci dle Lisfranka, kdy se oddělují všechny metatarzální kosti od tarzálních, a amputaci dle Choparta, kdy se oddělují kosti v kloubu talonavikulárním a kalkaneokubidním. U amputace prstu se provádí exartikulace v proximálním kloubu a odstranění chrupavky z hlavičky metatarzu.

- **Hemipelvektomie a exartikulace v kyčli**

Kosti pánevní (os coxae) svým spojením s **kostí křížovou** (os sacrum) a **sponou stydkou** (symphysis pubica) tvoří uzavřený útvar – **pánev** (pelvis). Samotná kost pánevní je tvořena spojením tří kostí. Největší část tvoří kost kyčelní (os ilium). Dolní část je tvořena kostí sedací (os ischii) a kostí stydkou (os pubis). Všechny tři kosti tvoří mezi horní a dolní částí kosti pánevní kloubní jamku kyčelního kloubu (acetabulum). Nachází se na zevní straně kosti pánevní. Má okrouhlý tvar a průměr okolo 5 cm.

Jde o méně časté amputační výkony. Hemipelvektomie je chirurgické odstranění poloviny pánve při amputaci dolní končetiny, nejčastěji indikována při maligním tumoru. Exartikulace v kyčli je vysoká amputace části končetiny jejím oddělením v kyčelním kloubu. Nejčastější indikací je maligní tumor.

Amputace je složitý chirurgický zákrok, který vyžaduje důkladnou předoperační přípravu.

1.5. Předoperační péče

Amputace je většinou plánovaný výkon. Cílem předoperační přípravy je zajištění optimálního zdravotního stavu vedoucího ke snížení vzniku pooperačních komplikací. Velmi důležitou součástí je poskytnutí všech potřebných informací pacientovi. Měl by dostat jasné informace o důvodu amputace, o dalším postupu v příštích dnech, o funkci protetických pomůcek, o možnostech kosmetických úprav a vlivu různých typů návleků na snížení otoků. Důležité jsou konzultace s lékaři, psychology, protetiky a fyzioterapeuty. Vhodný může být i osobní kontakt s uživatelem protézy. Fyzioterapeut by měl motivovat pacienta už před amputací ke cvičení, které je nutné k posilování všech částí těla, které budou po amputaci více zatěžovány. Aktivní pacient bude psychicky odolnější a také bude lépe zvládat problémy, které mohou po operaci nastat. Před amputací dolní končetiny je nutné posilovat především zdravou končetinu, ale také obě horní končetiny, které budou nutné při používání berlí. Důležité je posilování stehenního svalstva, které hraje výraznou roli při přípravě pro uložení do lůžka protézy. Totéž platí pro protahování do maximálního narovnání v kolenním a kyčelním kloubu, kde vznikají po amputaci často kontraktury, což komplikuje seřízení protézy i samotnou chůzi. Předoperační péče se z časového hlediska dělí na dlouhodobou, krátkodobou a bezprostřední přípravu.

- **Dlouhodobá předoperační příprava** - v této době má být provedeno interní vyšetření, které zahrnuje vyšetření fyziologických funkcí, EKG vyšetření, rentgenové vyšetření srdce a plic, screeningové vyšetření moče a screeningové vyšetření krve. V rámci screeningové vyšetření krve se provádí krevní obraz, základní biochemické vyšetření, vyšetření koagulačních faktorů, krevní skupina a Rh faktor. Dále se tato příprava doplňuje o speciální vyšetření dle celkového stavu pacienta. V případě, že je indikací k amputaci cévní onemocnění, je potřeba provést CT angiografii ke zjištění stavu cévního systému postižené dolní končetiny.
- **Krátkodobá předoperační příprava** – provádí se 24 hodin před samotným výkonem. Patří sem fyzická, psychická a anesteziologická příprava.
 - **Fyzická příprava** – pacient musí být před operačním výkonem lačný 6 – 8 hodin. V případě potřeby se přísun tekutin a energie zajišťuje parenteální cestou. Případná katetrizace močového měchýře se provádí na pokyn operátora. Těsně před odjezdem na operační sál musí dojít ke spontánnímu vyprázdnění močového měchýře. Důležitou součástí je hygienická péče a také příprava operačního pole, která se řídí zvyklostmi oddělení. Důležité je

dbát na spánek pacienta před operací a pokud je to nutné, zajistit klidný spánek farmakologicky.

- **Anesteziologická příprava** – probíhá v přítomnosti anesteziologa a pacienta. Pacient je seznámen s anestézií a riziky, které mohou nastat. Anesteziolog doplňuje ordinace, které je nutno splnit před výkonem a rozhoduje o premedikaci u pacienta.
- **Psychická příprava** – je velmi důležitá. Má za úkol zmenšit strach pacienta z operace. Je důležitá ze strany lékařů i sester. Je třeba dát pacientovi prostor pro veškeré dotazy, které se týkají operace, anestézie, rizik, bolesti apod. Vhodná je spolupráce s psychologem.
- **Bezprostřední příprava** – probíhá asi 2 hodiny před operací. Její součástí je kontrola dokumentace pacienta, kontrola chrupu, lačnění, operačního pole, vyprázdnění, provedení vysoké bandáže na neoperované dolní končetině, měření fyziologických funkcí a provedení speciálních požadavků chirurga. Dle požadavků anesteziologa se aplikuje premedikace. Všechny provedené úkony se musí zapsat do dokumentace a pacient je převezen na operační sál.

1.6. Postupy operačního výkonu

Dle dostupné literatury (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný a kol., 2001) se používají tyto postupy operačního výkonu:

- **Bezkrví** – pro snadnější operaci a přehlednější operační pole užíváme, je-li to možné, vždy turniket. Neužívá se při cévní indikaci.
- **Úprava kožních laloků** – pahýl se musí uzavřít dobře prokrvenou a citlivou kůží. Překrytí pahýlu kvalitním kožním krytem je velmi důležité.
- **Protětí svalů** – užívá se tzv. myoplastická amputace, která spočívá v protětí svalů mírně distálně od plánované kostní amputace a v sešití protilehlé svalové skupiny pod přiměřeným napětím přes vrchol kostního pahýlu. To umožňuje využití svalové funkce pro pohyb, zlepšuje krevní cirkulaci a výsledný tvar pahýlu, a snižuje riziko vzniku fantómových bolestí.
- **Ošetření cév a nervů** – velké cévy se izolují a ošetřují podvazem. Turniket se uvolňuje před uzavřením rány. Krvácení se zastavuje koagulací a opichy.

Podmínkou dobrého hojení je pečlivá hemostáza. Nejběžnější ošetření nervového pahýlu je povytažení nervu z operačního pole a jeho protěti ostrým skalpelem.

- **Úprava kostního pahýlu** – jinak nazývaná osteotomie se provádí pomocí oscilační pily. Při amputaci v bérce se lýtková kost zkracuje proti holenní asi o 1 cm.
- **Drenáž** – z důvodu zabránění vytvoření hematomu, se rána zajišťuje Redonovou drenáží. Hematom vyvolává napětí tkání, které je zdrojem bolesti, ruší hojení a často v něm vzniká infekce.

Po operaci je pacient dle stavu převezen na jednotku intenzivní péče nebo dospávací pokoj, ze kterého je po stabilizaci stavu předán na standardní oddělení.

1.7. **Pooperační péče**

Bezprostředně po operaci sestra sleduje fyziologické funkce pacienta dle ordinace lékaře. Pro prevenci pooperačního otoku je nutné po přivezení pacienta ze sálu provést elevaci amputované končetiny. Nesmí být ale provedena tak, že se pahýl podloží ve flexi. Dále sleduje, zda obvaz amputačního pahýlu prosakuje krví. V případě náhlého krvácení z pahýlu je nutné mít připraveno Esmarchovo obinadlo a dostatek kompresivního obvazového materiálu. Kontroluje Redonův drén, jeho správnou funkci, množství a vzhled obsahu. Drén bývá ponechán 48 až 72 hodin dle množství krevních ztrát. Převaz pahýlu se provádí dle zvyklostí pracoviště. Pokud probíhá hojení pahýlu per primam, extrahujeme stehy mezi desátým a čtrnáctým dnem. Aktivizace pacienta začíná první pooperační den s cílem zvýšení sebeobsluhy základních potřeb. Podle stavu pacienta můžeme následující den začít s náročnější aktivizací.

- **Péče o pahýl** – ihned po amputaci je pahýl oteklý a bolestivý. Ke zmírnění těchto problémů se provádí pokleповá masáž pahýlu prsty přes obvazy, polohování, sprchování ostrým proudem vody střídavě studenou a teplou vodou a bandážování pahýlu. Bandážování se provádí silikonovým návlekm, kompresivním elastickým textilním návlekm nebo dostatečně širokým elastickým obinadlem od vrcholu postupně proximálně do tzv. kónického tvaru. Lze ho zahájit, jakmile se vymění první pooperační obvaz, anebo se zhojí pooperační rána. Správné bandážování může urychlit úspěšné uchycení protézy. Pahýl bandážujeme třikrát denně vždy nad zachovalý kloub končetiny. Při cévních problémech nebandážujeme pahýl na noc. Správný postup bandážování učí zdravotnický personál pacienta tak, aby ho byl

schopen provádět v domácí péči. Polohování se provádí s cílem zabránit kontrakturám v kyčelním a kolenním kloubu. Ty mohou znesnadnit nasazování protézy a chůzi na protéze.

- **Péče o bolest** - k nepříjemným poamputačním obtížím patří bolesti. Jejich léčba spočívá většinou v podání analgetických medikamentů a v použití fyzikálních metod. Z praktické hlediska můžeme rozlišit tyto typy bolestí.
 - **Pooperační bolest** - „ostrá, lokalizovaná bolest pociťovaná v postoperativním období (běžně v 1. až 4. týdnu po amputaci). Bolest se stupňuje s pohybem končetiny, tlakem v oblasti rány nebo otokem. Obvykle po zhojení rány vymizí“ (Smutný, 2009, str. 31). Léčba spočívá v podání analgetických medikamentů a v použití fyzikálních metod.
 - **Fantómová bolest** – pacient cítí bolest chybějící části končetiny. Tato bolest se těžko léčí, často je nutná spolupráce s psychologem a centrem bolesti. V případě přetrvávajících obtíží je nutná operační revize.
 - **Bolest při hojení** – není tak častá a velmi těžko se diagnostikuje a léčí. Důležitá je důkladná prohlídka pahýlu, zjištění opuchlin, abnormální barvy nebo deformity. Dochází k ní například z důvodu infekce kosti, abscesu nebo podráždění nervu. Léčba spočívá ve vyřešení problému způsobující bolest.
 - **Bolest způsobená protézou** – je často způsobená třením, tlakem nebo tahem kůže. Léčba spočívá v úpravě oblasti v pahýlovém lůžku, podle pacientova označení místa bolesti.

Proto, aby byla léčba bolesti co nejefektivnější, je nutné průběžně sledovat a hodnotit pacientovu bolest. Pro zhodnocení bolesti slouží **záznam o hodnocení bolesti**. Do záznamu se zapisují informace o bolesti získané od pacienta. Jsou to informace týkající se lokalizace, typu bolesti a intenzity bolesti. K nejčastěji užívaným způsobům měření intenzity bolesti patří analogová stupnice bolesti = VAS (Visual Analogue Scale) a verbální metody popisu intenzity bolesti. Do záznamu sestra zapisuje reakci pacienta na bolest a nastavenou léčbu. Pro diagnostiku bolesti jsou důležité i nonverbální projevy pacienta.

- **Rehabilitační péče** – má zajistit úspěšnou aplikaci ortopedicko-protetické pomůcky a její plné využití. Rehabilitační tým by měl být složen z lékaře ortopeda nebo chirurga s protetickými znalostmi, fyzioterapeuta, psychologa, ergoterapeuta,

technika protetického pracoviště, staniční a ošetřující sestry příslušného oddělení. Rehabilitace začíná již první pooperační den kondičním cvičením na lůžku. Postupně dochází k posilování celkové svalové síly, k nácviku chůze o berlích, o holi, eventuálně používání vozíku. Stav pacienta se zlepšuje pravidelným cvičením. Cílem je zachování rozsahu pohybu a zlepšení stability všech končetin. Pacient se učí pečovat o pahýl. V dalším období dochází k přípravě pacienta na protézování. Toto období je nazýváno **preprotetickou fází** rehabilitace. Další fází je **interprotetická fáze**, která spočívá ve zkoušení nové protetické pomůcky. Pacient se učí pomůcku užívat. Podle jeho pocitů se může pomůcka upravovat. Využívá se fyzioterapie, léčebná tělesná výchova a ergoterapie. Pacient může provádět prvotní nácvik stoje a chůze s protézou. Následuje **fáze postprotetická**. Jejím úkolem je plné využití protetické pomůcky pro běžný pohyb. Nejprve je prováděn nácvik chůze s oporou (berle, chodítko apod.), později bez opory. Důležitou součástí je resocializace, kterou se rozumí pokud možno plnohodnotný návrat do původního nebo nového zaměstnání a vyřešení problémů s tím spojených.

Amputační pahýl je citlivé místo, které vyžaduje dostatečnou pozornost a péči. Mohou zde vzniknout četné komplikace, které významně ovlivní dobu rekonvalescence.

1.8. Komplikace

Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný a kol. (2001) uvádějí tyto komplikace:

- **Hematom** – může být příčinou infekce, nekrózy nebo bolestí. U rozsáhlého hematomu se provádí operační revize.
- **Nekróza** – dle její velikosti se může nechat rána zhojit per secundam, nebo při větší velikosti je nutná operační revize, nekrektomie, resutura.
- **Dehiscence v ráně** – je nutné provést revizi, toaletu a resuturu.
- **Gangréna** – její příčinou je lokální ischemie, která může být zapříčiněna například amputací provedenou v nevhodné výšce, nebo arteriálním uzávěrem. Řešení spočívá v reamputaci v optimální výši.
- **Edém** – vzniká nejčastěji chybným obvazováním, v jeho důsledku může vzniknout tzv. hruškovitý pahýl, který se obtížně protězuje.
- **Kontraktura** – lze jí předcházet správným polohováním a rehabilitací.

- **Bolest** – problém je nutné řešit v rámci péče o bolest.
- **Zlomeniny** – léčí se dle typu a lokalizace.
- **Infekce** – řeší se dle příčiny a celkového stavu pacienta.

Amputace a případné komplikace jsou pro pacienta velkou psychickou zátěží. Proto je nutné věnovat pozornost psychickému stavu pacienta.

1.9. **Psychologická opora**

Ztráta končetiny výrazně ovlivní život každého člověka. Způsob, jakým se pacient vyrovnává s touto změnou, ovlivňuje velké množství faktorů. Důležitým faktorem je, zda byl pacient na amputaci dopředu připraven, například po nemoci, nebo nebyl, například po nehodě nebo jiném úrazu. V případě amputace po nemoci může být amputace jedinou možností na další život.

„První psychologická intervence by měla přicházet již v období před amputací a její součástí je podrobná informace o problematice fantómové bolesti, o možnostech její prevence a léčby a též o dalším osudu a možnostech dalšího životního uplatnění postiženého jedince. Nemocní velmi často zažívají deprese, jsou emočně nestabilní, mají obavy z budoucnosti. Mohou někdy dokonce zamlčovat svoje skutečné fantómové prožitky z obavy, aby nebyli označeni za duševně nemocné“ (Vrba, 2003).

Špatný psychický stav pacienta může být ovlivněn nedostatkem informací o samotné amputaci, změnou vzhledu, pocitem studu a ztráty samostatnosti nebo pocitem ze ztráty postavení ve společnosti.

„Tělesné poškození působí psychotraumaticky, vyvolává různé emoce, kdy nejčastěji převládá strach, úzkost, smutek, deprese. Až později se pacient vyrovnává s vlastním úrazem a chorobou. Svoji úlohu tu hraje zdravotnický tým a rodina v jednotném pozitivním působení na nemocného“ (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011, str.172).

Reakce na ztrátu končetiny můžeme dle odborné literatury (Smutný, 2009, str. 55) rozdělit na „pět fází:

- **Fáze šoku** – pacient je hluboce otřesen, zmaten, snaží se popřít nebo ignorovat nežádoucí informaci.
- **Fáze reaktivní** – pacient je naplněn zklamáním a úzkostí, je agresivní, odmítavý, pociťuje vinu a selhání.

- **Fáze adaptace** – pacient reálně zhodnotí situaci, snaží se získávat informace.
- **Fáze reorientace** – pacient začíná jednat, vyhledává pomoc, někdy se rozpadá rodina.
- **Fáze překonání krize** – pacient začíná fungovat v upravených poměrech a upraveném režimu.“

Přechod mezi jednotlivými fázemi je u každého pacienta individuální. V některých případech se pacient vrací k předešlým fázím, nebo ustrne v jedné fázi, například v depresi. Důležitá je spolupráce mezi zdravotnickým personálem, pacientem a jeho rodinou. Je nutné o problému otevřeně hovořit, což může pacientovi pomoci přijmout jeho stav. Amputace může velmi ovlivnit partnerské vztahy. Nejbližší příbuzný (manžel, manželka) má obavy ze smrti partnera a z budoucího soužití. Člověk po amputaci se může obávat, zda bude nadále moci plnit svoji roli v rodině. Samozřejmě také mají obavy z ekonomické závislosti. Proto by se měla psychologická léčba týkat pacienta i jeho nejbližší rodiny. Je nutné pacienta povzbuzovat k návratu do běžného života, a pokud je to možné, i k jeho původní profesi. V případě, že nebude moci nadále vykonávat svou profesi, je vhodné ho podporovat v hledání nových možností, které mu dají pocit prospěšnosti a užitečnosti ve společnosti.

Podle Vrby (2003) mohou být psychické problémy i dominantní. Pro úspěšnou pomoc je důležitá psychologická typizace, léčebně se uplatňují zvláště relaxační techniky, hypnóza a biofeedback, a imperativem je vhodný komplexní přístup k nemocnému a řešení jeho situace jak po stránce biofyzikální, tak i psycho-sociálně-ekonomické (finanční pomoc, začlenění do společnosti, do práce, podmínky pro invalidní občany, pracovní terapie atd.).

Pro dosažení dobrého psychického stavu pacienta je důležitý plnohodnotný návrat do běžného života. K tomu může velmi pomoci vhodná ortoprotetická pomůcka.

1.10. Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky

„Ortopedická protetika se zabývá způsoby náhrady ztracených částí těla a způsoby náhrady omezených nebo ztracených pohybových funkcí technickými prostředky, nebo léčením nemocí technickými prostředky včetně průvodních úkonů, které léčení a aplikace technické pomůcky vyžaduje“ (Sosna, Vavřík, Krbec, Pokorný, a kol., 2001, str. 161).

Zdravotní část se věnuje léčbě a indikaci vhodné pomůcky. Technická část obsahuje výrobu a aplikaci vybrané pomůcky.

Vhodnou ortopedickoprotetickou pomůcku předepisuje pacientovi odborný lékař s ohledem na pacientovo postižení, vyšetření a anamnézu. Již v době léčení po amputaci by měl ošetřující personál zajistit kontakt mezi pacientem a ortopedickým protetikem. Úkolem protetika je zhotovit funkční protézu, která umožní pacientovi návrat do života. Každý pacient má nárok na dvě funkční vyhotovení protéz, aby v případě opravy jedné mohl používat druhou.

Při prvním kontaktu protetika s pacientem se protetik informuje o zdravotním stavu pacienta a provede vyšetření amputované končetiny. U amputačního pahýlu posuzuje stav vrcholu pahýlu, hybnost kloubu, krytí měkkými částmi, nosnost, délku ve vztahu k zachovaným svalovým úponům, využitelnost a vybavitelnost protézou. Protézování lze nejdříve provádět po zhojení amputační jizvy, přibližně mezi druhým až čtvrtým týdnem po operaci. V tomto období lze již provádět běžné vyšetření a měrné úkony. Pokud je amputační pahýl v pořádku může dojít ke změření včetně sádrového otisku, který je důležitý pro výrobu lůžka funkčního vybavení protézy. Po zhotovení otisku se musí pacient dostavit na zkoušku protézy a následně k předání protézy. Protetik pacientovi vysvětlí, jak protézu nasazovat, jak se s ní pohybovat s berlemi, do schodů a se schodů. Provede také poučení o nutné údržbě. Musí zhodnotit schopnost pacienta samostatného zacházení s protézou, protože její ovládání má zásadní význam. Zejména geriatřičtí pacienti potřebují v tomto směru dlouhodobější rehabilitační péči. Pokud si pacient umí sám upevnit protézu na pahýl, může nacvičovat stoj. Začíná u lůžka za pomoci berlí. Pokud zvládne uvolněně stát, může začít s nácvikem chůze.

Protéza se skládá z několika základních částí, které jsou na sebe napojeny.

- **Pahýlové lůžko** - pokrývá povrch amputačního pahýlu. Skládá se z věnce (horní zesílená část), stěny (střední část) a dna (miskovitá distální část). K jeho dokonalému uchycení a ochraně pokožky slouží protetický návlek, který se nasazuje pod lůžko.
- **Náhradní díly** - nahrazují amputované části těla, které ve spojení s pahýlovým lůžkem vytváří samotnou protézu.
- **Pomocné díly** – mají za úkol přidržovat protézu na pahýlu a zajišťovat její stabilitu (šle, bandáže).

Podle výšky amputace rozlišujeme několik typů protéz.

- **Protéza částečné amputace chodidla** – součástí této protézy je typ chodidla navrhnutý podle úrovně amputace. V některých případech je nutné použít jinou technickou pomůcku, jako je ortopedická obuv nebo speciální sandál.
- **Bércová protéza a exartikulace kolenního kloubu** - tento typ se po amputaci zhotoví v základním provedení. Podle aktivit a potřeb uživatele se pak liší další vybavení protézy. Pahýlové lůžko se musí individuálně přizpůsobit podle tvaru amputačního pahýlu. Protetik má možnost výběru z několika typů chodidel, podle jejichž vlastností vyberou nejvhodnější variantu pro pacienta.
- **Stehenní protéza a exartikulace kyčelního kloubu** – jde o složitější protézy s kolenním a hlezenním kloubem, které jsou podle aktivit pacienta doplněny o další mechanické díly. Kolenní kloub může obsahovat uzávěru, která zlepšuje stabilitu při chůzi starších pacientů. Když pacient získá jistotu, je možné opatřit kloub brzdou, která uzavírá kloub při chůzi ze schodů nebo po nerovném povrchu, čímž stabilizuje končetinu při došlapu. Při exartikulaci v kyčli je protéza opatřena tzv. pánevním košem a kyčelním kloubem. Výběr chodidel je podobný jako u bércové protézy.

Ve výjimečných případech může být indikována **speciální protéza dolní končetiny**. Bývá doplňována hydraulickými klouby, dynamickými chodidly, titanovými komponenty, uhlíkovými kompozity nebo klouby řízenými mikroprocesorem. Tyto protézy schvaluje revizní lékař. Často o ni žádají lidé používající protézu už delší dobu a zároveň jsou vysoce aktivní.

Ne vždy je možné provést protézování. Mezi kontraindikace patří kachexie, výrazná interní zátěž, nevyhovující stav zachovalé končetiny, závažná neurologická onemocnění s ataxií.

1.11. Domácí péče

Z nemocničního prostředí bývá pacient propuštěn, když zvládá základní úkony sebezpěče a má-li někoho, kdo se o něho bude moci postarat. V případě potřeby lze pacientovi zajistit agenturu domácí péče, která je plně hrazena ze zdravotního pojištění a je poskytována na základě indikace lékaře. Pacient, ale i jeho rodina musí být řádně edukován o péči o pahýl, o rehabilitaci a o dalších kontrolách u ošetřujícího lékaře.

V domácím prostředí lze očekávat zhoršení psychického stavu, proto je výhodné nabídnout pacientovi kontakt na psychologickou pomoc. Psychický stav může ovlivnit např. čekání na kompenzační pomůcky, stavební bariéry v domácnosti, ale i pohledy cizích lidí. V dalším období je také vhodná lázeňská rehabilitace.

Pacient může mít problém s opětovným začleněním do společnosti. Tento problém by mu měli pomoci vyřešit sociální pracovníci.

1.12. Možnosti sociální pomoci

Ve spolupráci se sociální pracovníci je zjišťováno sociální zázemí, opora a komunikace s rodinou. Snahou celého týmu je, aby většina pacientů se již nemusela vracet do zařízení následné péče, ale aby mohli být propuštěni domů. Sociální pracovníci v případě potřeby spolupracují s dalšími odborníky na nutných bytových úpravách bytu a doporučují kompenzační pomůcky. Zajímají se o možnost začlenění pacienta na původní pracoviště. Pokud je to nutné, jednájí o možnosti úpravy pracoviště. Informují klienta o profesionální pomoci v místě bydliště a poskytují mu sociální a finanční poradenství.

Pacienti po amputaci mohou zažádat o **invalidní důchod**. Dle § 38 zákona o důchodovém pojištění má pojištěnec nárok na invalidní důchod při splnění určitých podmínek daných tímto zákonem.

Poskytování příspěvku na mobilitu, příspěvku na zvláštní pomůcku a průkazu osoby se zdravotním postižením upravuje zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a vyhláška č. 356/2012 Sb. o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením.

2. OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Ošetrovatelské péče vychází z jednotlivých fází ošetrovatelského procesu. Podle Doenges, Moorhouse (2001, str. 11) „Ošetrovatelský proces je účinnou metodou usnadňující klinické rozhodování a řešení problematických činností.“ Cílem tohoto procesu je kvalitní ošetrovatelská péče, která vede k uspokojení individuálních potřeb pacienta. Má 5 fází:

- **Posouzení potřeb pacienta** – pacientem se sestry zabývají jako bytostí bio-psycho-sociální. Systematické zhodnocení zdravotního stavu pacienta nám umožňuje nejčastěji používaný ošetrovatelský model, tedy „Model funkčního typu zdraví“, jehož autorkou je profesorka ošetrovatelství Marjory Gordon. Model tvoří 12 oblastí, z nichž každá z nich představuje funkční nebo dysfunkční součást zdravotního stavu pacienta.

Jsou to tyto oblasti:

- vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
 - výživa a metabolismus
 - vylučování
 - aktivita a cvičení
 - spánek, odpočinek
 - vnímání, poznávání
 - sebepojetí, sebeúcta
 - plnění rolí, mezilidské vztahy
 - sexualita, reprodukční schopnost
 - stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance
 - víra, přesvědčení, životní hodnoty
 - jiné
- **Diagnostika** – úkolem této fáze je určit ošetrovatelské problémy pacientů vázané na změnu zdravotního stavu pacienta.
 - **Plánování činností, které vedou k uspokojení potřeb** - ošetrovatelská činnost je plánována tak, aby pacient získal potřebnou soběstačnost a psychosomatickou rovnováhu co nejrychleji, podle jeho schopností. Psychosomatická rovnováha, soběstačnost a kvalita života jsou hlavní oblasti, na které se ošetrovatelství zaměřuje.

- **Realizace ošetrovatelského plánu** – v této fázi je ošetřující sestrou poskytována cílená individuální péče. Sestra je za tuto péči přímo odpovědná.
- **Vyhodnocení péče** – slouží ke zhodnocení nastavené ošetrovatelské péče, popřípadě k přehodnocení účinnosti.

Ošetrovatelské diagnózy u pacientů po amputaci (Slezáková a kol., 2010)

Diagnózy jsou seřazeny podle domén v rámci Taxonomie II NANDA – I:

- **Riziko sníženého objemu tekutin v organizmu (00028)**
doména 2: Výživa, třída 5: Hydratace
- **Riziko zácpy (00015)**
doména 3: Vylučování a výměna, třída 1: Funkce močového systému
- **Narušený vzorec spánku (00198)**
doména 4: Aktivita / odpočinek, třída 1: Spánek / odpočinek
- **Zhoršená tělesná pohyblivost (00085)**
doména 4: Aktivita / odpočinek, třída 2: Aktivita / cvičení
- **Zhoršená chůze (00088)**
doména 4: Aktivita / odpočinek, třída 2: Aktivita / cvičení
- **Deficit sebeděže při koupání (00108), vyprazdňování (00110)**
doména 4: Aktivita / odpočinek, třída 5: Sebeděže
- **Riziko syndromu nepoužívání [„muskuloskeletálního systému“] (00040)**
doména 4: Aktivita / odpočinek, třída 2: Aktivita / cvičení
- **Nedostatečné znalosti (00126)**
doména 5: Percepce/kognice, třída 4: Kognice
- **Riziko osamělosti (00054)**
doména 6: Sebepercepce, třída 1: Sebepojetí
- **Riziko situačně snížené sebeúcty (00153)**
doména 6: Sebepercepce, třída 2: Sebeúcta
- **Narušený obraz těla (00118)**
doména 6: Sebepercepce, třída 3: Obraz těla
- **Situačně snížená sebeúcta**
doména 6: Sebepercepce, třída 2: Sebeúcta

- **Strach (00148)**
doména 9: Zvládání/tolerance zátěže, třída 2: Reakce na zvládání zátěže
- **Úzkost (00146)**
doména 9: Zvládání/tolerance zátěže, třída 2: Reakce na zvládání zátěže
- **Neefektivní zvládání zátěže (00069)**
doména 9: Zvládání/tolerance zátěže, třída 2: Reakce na zvládání zátěže
- **Riziko infekce**
doména 11: Bezpečnost / ochrana, třída 1: Infekce
- **Narušená integrita kůže (000146)**
doména 11: Bezpečnost / ochrana, třída 2: Fyzické poškození
- **Riziko pádů (00155)**
doména 11: Bezpečnost / ochrana, třída 2: Fyzické poškození
- **Akutní bolest (00132)**
doména 12: Komfort, třída 1: Tělesný komfort

Výběr a pořadí ošetrovatelských diagnóz stanoví sestra na základě zdravotního stavu a potřeb pacienta.

Pro vymezení minimální úrovně ošetrovatelské péče by měly být stanoveny ve zdravotnickém zařízení **ošetrovatelské standardy**, které jsou dohodnutou profesní normou kvality. Výběr standardů ošetrovatelské péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních je na managementu těchto zařízení.

„Standardy zaměřené na proces mají závazně strukturovaný obsah a zaměřují se na popis ošetrovatelských činností a výkonů. Postup je definován zejména z důvodu zajištění jednotné péče a bezpečného postupu pro pacienta i zdravotnického pracovníka. Většina zdravotnických zařízení si v souvislosti s probíhajícím procesem akreditace nebo certifikace vytvořila vlastní systém tvorby a formy ošetrovatelských postupů, které korespondují s požadavky akreditačních standardů“ (Plevová, 2012, str. 236-237).¹

Důležitou roli v ošetrovatelském procesu hraje edukace pacienta i jeho rodiny. „Úkolem zdravotníka je umožnit pacientovi získání takových vědomostí, dovedností a návyků, které mu pomůžou obnovit zdraví, či udržet jej alespoň na přijatelné úrovni“ (Juřeníková, 2010, str.8).

¹ Vzor standardu péče o pacienta po amputaci je v příloze č. 1 na str. 80-82.

3. KVALITA ŽIVOTA

3.1. Pojem kvalita života

První zmínky o pojmu **kvalita života** se objevují ve dvacátých letech 20. století. Více se ale rozšířil až v šedesátých letech 20. století ve Spojených státech amerických. Postupně se začal rozvíjet i ve vědách o člověku. Objektivně je označován jako souhrn parametrů kvality životních podmínek. Subjektivně jde o souhrn kvalitativních parametrů života jednotlivce. Pojem kvalita života se postupně začal využívat ve všech oblastech lidského života, zejména v medicíně, ekologii, ale i ve stavebnictví, architektuře apod. Kvůli jeho širokému využití se pojem kvalita života popisuje mnoha způsoby. Obecné definice popisují kvalitu života jako schopnost vést normální život a seberealizovat se.

Jelikož se kvalita života mění v čase, je nutné ji posuzovat dlouhodobě. Pracovníci pomáhajících profesí by měli hodnotit aktuální stav kvality života klienta a snažit se postupně jeho stav zlepšit. Podle Mareše (2006, str. 96) je „jedna z typických, velmi frekventovaných a velmi důležitých otázek, kterou zdravotníci opakovaně kladou svým pacientům, má tuto podobu: Jak se teď celkově cítíte? A dodávají: Je Váš stav přibližně stejný, jako dříve, nebo se zlepšil anebo se zhoršil?“

Ke zjištění stavu by měli pracovníci využívat objektivní (lékařské a laboratorní vyšetření) i subjektivní (názor pacienta a rodinných příslušníků) informace. Pracovníci by měli využívat získané informace komplexně, protože ne vždy objektivně nemocný člověk se musí cítit subjektivně špatně. Mareš (2006, str. 97) k tomu uvádí „Nejen že se adaptuje na svůj objektivně doložitelný nepříznivý stav, ale může změnit svůj pohled na život. Změní svůj systém hodnot, začne oceňovat jiné dimenze života a může se subjektivně cítit lépe, než v období, kdy byl (objektivně) zdrav.“

Souvislost mezi zdravím a kvalitou života vystihuje definice D. Seedhouse, kterou citoval Křivohlavý (2003, str. 40) „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“ Kvalitu života dále Křivohlavý definuje s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života.

Pro pojem **kvalita života** se v medicíně používá označení „**Health-Related Quality of Life**“ zkráceně HRQL. Podle literatury (Vaňurová, 2006, str. 64) „HRQL vystihuje subjektivní prožívání nemoci a poskytované zdravotní péče. Jedná se o porovnání skutečného prožívání jedince a zvládnání sociálních rolí se stavem, který považuje za ideální.“ Podle Mareše (2006, str. 30) „při teoretickém vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednota. V empirických šetření se autoři nezatěžují diskusemi o jeho teoretických základech a různými možnostmi jeho vymezení.“ Jedna z mnoha definic byla vytvořena v americkém Centru pro prevenci a léčbu nemocí. Podle této definice „HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav“ (Mareš, 2006, str.30).

Gurková (2011, str.88-89) vymezila na základě definic kvality života v ošetrovatelství následující definující znaky. „Kvalita života:

- představuje proces hodnocení individuálních životních podmínek nebo jejich subjektivní percepci,
- je relativně nezávislá na objektivních aspektech zdraví/zdravotního stavu,
- zdraví/zdravotní stav představuje její nejvýznamnější prediktor, který by měl být měřen samostatně,
- je subjektivní; její percepcie nebo hodnocení je založené na interních standardech (hodnotách, očekáváních, aspiracích apod.),
- je multidimenzionální (na rozdíl od funkčně zaměřených přístupů HRQL je v rámci ošetrovatelství zdůrazňovaná její spirituální doména),
- je hodnotově orientovaná,
- je kulturně podmíněná (kulturní rozdíly jsou nejvíc reflektované v její spirituální oblasti),
- vyznačuje se určitou stabilitou v čase, ale také dynamičností,
- zaměřuje se na negativní, ale také pozitivní aspekty dopadu onemocnění.“

3.2. Způsoby hodnocení kvality života

Hodnocení kvality života je důležitým nástrojem pro zlepšení ošetrovatelské péče. Pro získání relevantních informací je důležité použít správnou metodu výzkumu s ohledem na specifika dané skupiny.

Bártlová, Sadílek, Tóthová (2008) dělí výzkum dle použité metodologie na

- **kvantitativní výzkum** – který je založen na práci s větším počtem respondentů pomocí dotazníku, standardizovaného rozhovoru, analýzy dat apod. Pro analýzu používá především statistické metody s využitím výpočetní techniky.
- **kvalitativní výzkum** – nezpracovává výsledky pomocí statistických metod, ale pomocí subjektivního přístupu výzkumníka. Pro získání souboru dat se využívají rozhovory, kresby apod. Tento výzkum pracuje s menším počtem respondentů a analýza se provádí aplikací metod kvalitativní analýzy.

3.3. Kvalita života pacientů po amputaci

AMPUTACE je jedním ze zákroků, který přináší pacientovi významné změny v životě. Provádí se však jako nutné řešení pacientova závažného stavu vzniklého úrazem, nehodou, diabetem apod. Proto je důležitá kvalitní edukace pacienta o jeho zdravotním stavu a nutnosti výkonu. Životní změny, které amputace přináší, jsou zejména v oblasti somatické, psychické a sociální.

- **Somatické** – amputací se pacientovi změní tělo, sám sebe vnímá jinak, cítí bolest v operační ráně a často trpí fantómovou bolestí. Celkový stav ovlivňuje spánek, zvyšuje se únava a zhoršuje se pacientova pohyblivost. Většinou se na přechodnou dobu zhoršuje jeho sebepéče a samostatnost.
- **Psychické** – amputace má výrazný vliv na pacientovu psychiku. Velmi často dochází u pacientů k pocitům méněcennosti, k depresivním stavům, pocitům vyřazení ze společnosti a k obavám z budoucnosti po zdravotní a ekonomické stránce. Objevuje se maladaptivní chování, jako je například nadměrné konzumování stravy a alkoholu.

- **Sociální** – většina pacientů musí ukončit své dosavadní zaměstnání, zvyšuje se jejich závislost na ostatních lidech a v neposlední řadě dochází ke změnám v rodinném životě.

Amputaci můžeme považovat za **životní událost**. Podle literatury (Payne a kol. 2005, str. 451) „životní události představují takové situace nebo okolnosti v životě člověka, které objektivně znamenají nějakou více či méně zásadní změnu v každodenní rutině. Jsou to jakési životní křižovatky, které mění směr v trajektorii života. Životní události jsou součástí individuální životní zkušenosti, mění život jednotlivce, vstupují do jeho sociálních vztahů a ovlivňují psychický stav. Subjektivně jsou velmi intenzivně prožívány a doprovázeny složitými psychickými procesy popsány v literatuře jako zvládání (coping), reakce na stres, reakce na závažné onemocnění nebo ztrátu, posttraumatický syndrom nebo životní krize.“

Svou povahou každá životní událost ovlivňuje **kvalitu života** z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. Člověk po takové životní události zpravidla přehodnocuje svůj dosavadní život, hodnoty a smysl života. Často také dochází k určitému zabrzdění dosavadního vývoje kvůli chybějící motivaci a převedení pozornosti k zvládnutí nynějšího stavu.

3.4. Výzkumy kvality života po amputaci

Hodnocením kvality života se v posledních letech zabývaly ve svých bakalářských pracích Pavlačková (2012) a Vilímková (2010).

Pavlačková (2012) použila ve své bakalářské práci pro hodnocení kvality života po amputaci dolní končetiny kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Z diskuse uvedené práce vyplývají tyto výsledky: Zlepšení kvality života uvedlo 10 % respondentů, 55 % uvedlo zhoršení kvality a zbývajících 35 % uvedlo, že kvalita zůstala na stejné úrovni jako před amputací. Součástí výzkumu bylo zjištění oblastí, ve kterých došlo ke zlepšení nebo ke zhoršení kvality života. Respondenti, kteří odpověděli, že se jim kvalita života zlepšila, uvedli zlepšení v těchto oblastech seřazených sestupně: sociální vztahy, fyzické zdraví, prožívání a životní podmínky. Respondenti, kteří odpověděli, že se jim kvalita života zhoršila, uvedli zhoršení v těchto oblastech seřazených sestupně: fyzické zdraví, životní podmínky, prožívání a sociální vztahy.

Vilímková (2010) ve své bakalářské práci vliv amputace na kvalitu života použila kvalitativní výzkum pomocí strukturovaných rozhovorů. V závěru autorka uvádí, že amputace značně omezuje profesní život a ovlivňuje také osobní život. Dále se zabývá přístupem většinové společnosti k handicapovaným lidem. Zde došla k závěru, že česká společnost ještě stále přistupuje k handicapovaným lidem s odstupem a je spíše neochotná jim pomoci. Problémy s komunikací a ochotou pomoci nemá podle výsledků práce jen menšina společnosti. Podle výsledků práce amputace může vyčlenit člověka ze společnosti a to hlavně z důvodu bariér, omezení pohybových schopností a určité nesvobody.

Ze zahraničních pramenů se Mareš (2012) v literatuře odvolává na výzkumy, které prováděli Galagher a MacLachlan (2000), Oaksfordová, Frude a Cuddihy (2005) a Couterová, Desrosierová a Caronová (2011).

Galagher a MacLachlan zkoumali pacienty po nízké amputaci končetiny. Použili dotazník, který zjišťoval obecnou adaptaci, sociální adaptaci a adaptaci na životní omezení. Součástí dotazníku byly dvě otevřené otázky. První zjišťovala, zda pacienti někdy přemýšleli o své amputované noze a pokud ano, tak měli své myšlenky upřesnit. Ve druhé otázce se pacienti měli vyjádřit o pozitivěch života s protézou, pokud nějaká jsou. Výsledky ukázaly, že o amputované noze přemýšlelo 56 % pacientů. Uvažovali o omezení života po ztrátě části končetiny, o životě s protézou, o tom, zda jim amputace přinesla něco pozitivního, o osudu amputované končetiny, o tom co, s nimi bude dál. Ostatní pacienti na amputovanou končetinu nemysleli (41 %), nebo své úvahy nepopsali (3 %). Celkem 46 % ze všech dotázaných uvedlo, že jim amputace přinesla nějaká pozitiva. Mezi uvedená pozitiva patří vymizení bolesti, získání finančních kompenzací po nezaviněném úraze, lepší zvládání zátěžových situací, změna postoje k životu, zocelení charakteru a pocit nezávislosti. Tito respondenti byli v lepším zdravotním a fyzickém stavu než ti, kteří neuvedli žádná pozitiva (48 %). Celkem 6 % dotázaných nedokázalo pozitiva popsat.

Oaksfordová, Frude a Cuddihy zkoumali pacienty po nízké amputaci končetiny. Při výzkumu použili smíšený přístup, kdy pomocí dotazníků hodnotili úzkost, depresi a sebedůvěru a posléze vedli s pacienty rozhovory, které nahrávali, doslovně přepsali a analyzovali. Výsledky ukázaly na vyšší sebedůvěru a menší úzkost a depresi u pacientů. Vysvětlením může být to, že s výzkumem souhlasili pacienti, kteří se již se ztrátou končetiny vyrovnali. Autoři na základě šetření vytvořili teoretický model vyrovnávání se s amputací.

Couterová, Desrosierová a Caronová prováděly výzkum smíšeným přístupem u pacientů s nízkou nebo střední amputací končetiny ve třech časových intervalech. První

šetření probíhalo během hospitalizace, druhé během rehabilitace a třetí dva až tři měsíce po propuštění z nemocnice. Dotazníkem zjišťovaly intenzitu zažívané bolesti, změnu obrazu těla, míru deprese, míru funkční nezávislosti, lokomotorické schopnosti pohybu s protézou a pacientovo kognitivní zhodnocení amputace. V nahrávaném a následně přepsaném rozhovoru se ptaly na názory a pocity pacientů. Během hospitalizace se pozitivně vyjádřilo 69 % pacientů, v době rehabilitace 63 % pacientů a dva až tři měsíce po propuštění 69 %. Jen určitá část pacientů nezměnila po dobu šetření svůj pozitivní názor (50 %). Někteří pacienti (31 %) v průběhu jednotlivých šetření měnili svůj názor. Zbývající část (19 %) měla po celou dobu negativní stanovisko. Osoby s pozitivním náhledem na amputaci vykazovali nižší úroveň bolesti, lepší sociální kontakty s rodinou, přáteli a zdravotníky.

3.5. Posttraumatický rozvoj osobnosti pacientů po amputaci

„Posttraumatický vývoj je oblast, která se nyní zkoumá v různých částech světa. Názor, že jednotlivci se mohou změnit, někdy podstatně k lepšímu, díky jejich boji s traumatem, je letitý a rozšířený. Nicméně poměrně nový je systematický přístup studentů a lékařů zaměřujících se na vývoj na základě boje s krizí. K dispozici je nyní stále rostoucí počet studií, odborných článků o podstatě, souvislostech a následcích posttraumatického vývoje a jsou rovněž teoretické modely, které mohou napomoci vedení dalšího výzkumu. Nicméně je jasné, že tento jev stále není zcela dobře pochopen“ (Calhoun, Tedeschi, 2006, str. ix).

Mareš (2012) uvádí, že do začátku devadesátých let dvacátého století badatelé věnovali pozornost pouze tomu, jaké negativní změny se objevují u lidí po traumatické události. Teprve v devadesátých letech proběhly v zahraničí výzkumy zkoumající také pozitivní změny. První monografii o posttraumatickém rozvoji osobnosti publikovali Calhoun a Tedeschi (1995). Po roce 2000 publikovala řada odborníků z celého světa speciální monografie na téma posttraumatického rozvoje. V literatuře se postupně objevovaly různé termíny pro pojmenování změny k lepšímu u lidí, kteří prožili traumatickou událost. V poslední době převažuje termín **posttraumatický rozvoj** (posttraumatic growth), který použili Tedeschi a Calhoun ve své první monografii. Ve prospěch tohoto termínu cituje Mareš (2012, str. 21-22) shrnutí Tedeschiho, Parkové a Calhouna (1998) „takto:

- a) termín jasně říká, že osoby zažívající tento jev se rozvíjejí nad svoji předchozí adaptační úroveň, nad své dosavadní psychologické fungování; změnily svůj dosavadní pohled na svět, dospěly, dozrály;
- b) rozvoj se dostavil jako následek mimořádně nežádoucích událostí, což nevyjadřuje ani termín „rozkvět“, ani „rozvoj navozený stresem“ (ten například nespecifikuje, že jde o vysokou úroveň distresu);
- c) změna k lepšímu je skutečná, dochází k transformaci dané osobnosti; další termíny, jako je „vnímaný přínos“ nebo „pozitivní iluze“, zase navozují dojem, že změna nemusí být reálná, ale jen fiktivní, anebo změna není validní;
- c) termín je záměrným protikladem vůči známému odbornému termínu „posttraumatická stresová porucha“ (posttraumatic stress disorder – PTSD)“.

Dále Mareš (2012, str. 37) uvádí, že „rozvoj zahrnuje pozitivní změny, které se u jedince objevily poté, co se s traumatickou událostí vyrovnal. Některé změny si uvědomuje hned, jiné až s odstupem času. O některých ví spíše on sám a nejsou navenek příliš patrné, jiných změn si nejprve všimne jeho okolí, neboť jedinec reaguje jinak než dříve, a teprve potom si je připustí sám“. Pro jedince je proto důležitá pomoc nejbližších lidí, zpravidla rodiny. Traumatická událost totiž nezasahuje jen jedince, ale většinou celou rodinu. V rodině vzniká napětí, stres a někdy i konflikty. Rodina by ale měla být pro jedince oporou, což vyžaduje nejen životní zkušenosti, ale i osobnostní vlastnosti, jako jsou empatie, citlivost, respekt apod.

Mareš (2012) popisuje amputaci jako velmi traumatickou událost, která však nemusí vždy nutně negativně ovlivňovat dlouhodobou kvalitu života. Někteří pacienti se s amputací vyrovnali a nastal u nich posttraumatický rozvoj osobnosti. To znamená, že se úroveň jejich fungování dostala nad úroveň před amputací. Každý člověk pochází z určitého sociálního prostředí, v němž žije a pracuje. Proto není posttraumatický rozvoj jen individuální záležitostí, ale je ovlivněn reakcí nejbližšího okolí, jako je rodina, přátelé a podobně.

„Profesionálové by měli myslet na posttraumatický rozvoj osobnosti při systematické práci s klienty a podporovat je ve zvládnání nemoci. V tomto živém a měnícím se světě se tím otevírá prostor pro netradiční intervence, které by měli změnit pacientovy znalosti o nemoci, jeho postoje a očekávání a hlavně změnu zdravotního chování“ (Mareš, 2008, str. 40).

EMPIRICKÁ ČÁST

4. VÝZKUM

4.1. Cíle výzkumu

U vybraných pacientů, kteří prodělali amputaci nohy pro diabetické komplikace:

- zmapovat jejich zdravotní stav před amputací
- charakterizovat typ amputace a její psychosomatické dopady na pacienta krátce po výkonu
- podrobněji analyzovat subjektivní prožívání změněné kvality života pacientem
- zmapovat sociální kontext pacientovy změněné kvality života
- vyhodnotit zjištěná data s oporou o model Morseové a Penrodové (1999), který popisuje jednotlivá stadia pacientova vývoje k naději

4.2. Zkoumaní pacienti

Pro zhodnocení kvality života po amputaci dolní končetiny jsem oslovila šest respondentů. Kritéria, podle kterých jsem respondenty vybírala, jsou:

- muži ve věku nad 55 let (senioři)
- důvodem amputace byly komplikace provázející diabetes mellitus
- časový odstup od amputace byl maximálně tři roky
- všichni respondenti byli hospitalizováni v jedné nemocnici

Jeden respondent se odmítl výzkumu zúčastnit. Zbývajících pět respondentů jsou muži ve věkovém rozpětí 59-70 let. Všichni prodělali amputaci z důvodu komplikací, které provázejí diabetes mellitus. Ve dvou případech šlo o amputaci v bérce, ve dvou o amputaci ve stehně a v jednom případě o amputaci jedné nohy v bérce a druhé ve stehně. K amputacím došlo v období od roku 2009 do roku 2012. U jednoho z dotázaných šlo už o amputaci druhé končetiny. První amputaci z roku 2006 zohledňuji v práci jen okrajově.

4.3. Použitý postup

Pro získání relevantního empirického materiálu jsem využila **kvalitativní přístup**. Zvolila jsem metodu polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Rozhovory jsem si s respondenty předem dohodla telefonicky. Všechny respondenty jsem znala z doby jejich hospitalizace, kdy jsem se zúčastnila jejich ošetřování, a proto bylo jednodušší získat jejich důvěru. Setkání vždy probíhalo v domácím prostředí každého respondenta. Na začátku osobního setkání jsem respondenty ubezpečila o anonymitě rozhovoru. Každý respondent svůj souhlas s nahráváním a použitím získaných informací v kvalitativním šetření potvrdil podpisem.² Seznámila jsem je s účelem výzkumu, s tím, že jsem jim naznačila, že výsledky mohou být přínosem pro ošetrovatelskou péči do budoucnosti. Celý rozhovor byl se souhlasem respondenta zaznamenán na diktafon a následně doslovně přepsán do protokolu. Byli informováni o tom, že mohou rozhovor kdykoliv ukončit, nebo na kteroukoliv otázku odmítnout odpovědět. Tuto možnost žádný z respondentů nevyužil.

S každým pacientem jsem se setkala dvakrát. Při prvním setkání mi respondent popsal svoji situaci před a po zákroku vlastními slovy.³ Při druhém setkání, které probíhalo v odstupu dvou dnů, jsem pokládala předem připravené otázky, na které respondent odpovídal.⁴ Rozhovory při druhém setkání trvaly v rozmezí 40-80 minut.

Rozhovory jsem prováděla v období od října do listopadu roku 2012.

² Vzor souhlasu je uveden v příloze č. 2 na str. 83.

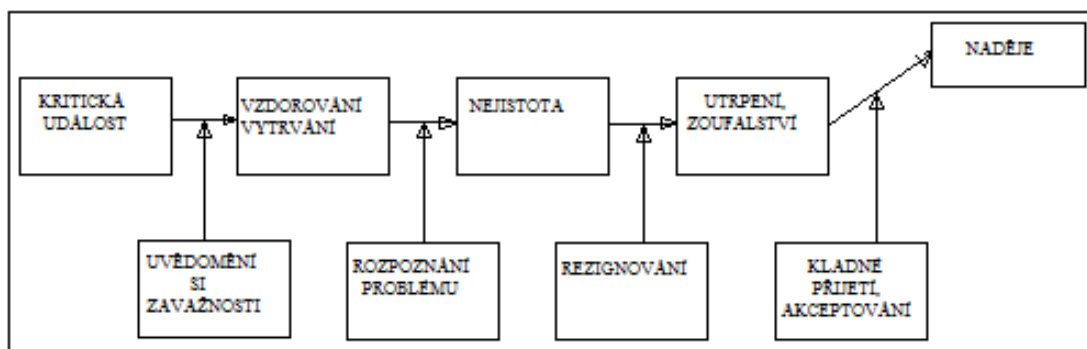
³ Protokol z tohoto setkání je v příloze č. 3 na str. 84-87.

⁴ Plné znění otázek je v příloze č. 4 na str. 88-89.

5. ANALÝZA VÝSLEDKŮ

V této části práce budu u každého pacienta zvlášť prezentovat výsledky šetření ve dvou částech. První částí je analýza výpovědí pacientů podle strukturovaného **dynamického pohledu**, který charakterizuje **jednotlivá stadia vývoje pacienta k naději**. Využila jsem modifikovaný model podle Morseové a Penrodové (1999) viz obr. č.1.

Podle literatury (Mareš, Otterová, 2001, str.143) autorky dynamického pohledu popisují, že „pacient zažívá zátěž, neurofyziologický a psychický útok na svůj organismus“ v několika fázích. Při první fázi **vzdorování** se snaží pacient překonat útok bez emocí pomocí vyzkoušených strategií. Přemýšlí jen o přítomnosti, snaží se dostat zátěž pod kontrolu. Postupně pacient rozpozná co se vlastně stalo, snaží se vytýčit cíl, jak problém vyřešit.



Obr. č.1: Dynamický pohled na jednotlivá stadia vývoje k naději modifikované podle Morseové a Penrodové, 1999 (Mareš, Otterová, 2001, str. 143)

Většinou však neví, jakým způsobem má cíle dosáhnout a nastává druhá fáze - **nejistota**. V této fázi si pacient není jistý svou budoucností a prožívá negativní emoce. Později začne pacient realisticky rozpoznávat dosah a charakter nemoci. Nastává třetí fáze - **utrpení**. Naplní ho negativní emoce a beznadějí, nevidí žádný cíl a hledá pomoc u dalších lidí. Hledá lidi s podobným zážitkem nebo profesionální sociální pomoc. Postupně se oprostí od minulosti a přechází do další fáze, kterou je **naděje**. V této fázi již zcela reálně přijímá svůj současný stav a zajímá se o budoucnost. Promyšleně využívá sociální opory, sám sebe začíná přesvědčovat o správné cestě k dosažení vytýčeného cíle. K tomu využívá náznaky v chování zdravotníků, rodiny, přátel apod. Pacient již plně akceptuje svůj stav.

Na základě zkušeností s pacienty jsem do uvedeného modelu doplnila hledisko **zvládnání situace**. Na základě odpovědí respondentů jsem zde vyhodnotila, nakolik se vyrovnali se svým handicapem v běžném životě.

Druhá část je můj osobní komentář k vyprávění pacienta a k průběhu obou rozhovorů.

5.1. Výsledky šetření

Respondent č.1

Muž 59 let, svobodný, bezdětný. Dříve pracoval jako zedník, nyní je v invalidním důchodu. Jeho základním onemocněním je diabetes mellitus 2. typu s komplikacemi na konvenčním insulinovém režimu. Dvakrát týdně probíhá dialyzační léčba na podkladě diabetické nefropatie.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?

„Já jsem s tím počítal, protože jsem s tím marodil od roku 93 nebo 94, já jsem ležel každý rok 1, 2x měsíčně na kožním oddělení, tak 12 let jsem s tím žil, vždycky se to zahojilo, pak zase zhoršilo, takže na chirurgii, jsem šel už s tím , že o ni přijdu. A tak to bylo i s druhou nohou.“

2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom co bude dál?

„Před první amputací byl psychický stav horší, to jsem pořád přemýšlel o tom, jak budu chodit, co budu dál dělat.“

3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?

„Ne, nebylo to potřeba. Jak mně to amputovali, tak už jsem nad tím nepřemýšlel. Já jsem chtěl jenom tu protézu. Chtěl jsem jen chodit. Když jsem přišel o tu druhou nohu, tak už jsem věděl, co bude a ještě když to bylo jen pod kolenem, tak říkám dobrý, no.“

4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?

„Psychika je dobrá, na to já nemyslím.“

5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal vy?

„Jo, tak to Vám povím, to je strašný. Tam nemáte tu nohu, chodidla Vás pálí nebo cukají, nebo v palci cukání. Přetrvává to do dnes. Jak kopnu tímhle pahýlem, tak to jako píchá. Na obou nohách je to stejné.“

A berete nějaké léky proti bolesti?

„Já neberu prášky, tenkrát po operaci injekce nějaké byly.“

A stačily Vám ty injekce v nemocnici na bolest?

„Ty injekce ano, než se to vyhojilo a potom už nic, já na to nejsem, na ty analgetika.“

6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?

„Jo, teď už jo. Já už vím, že to lepší nebude. Nemůžu moc na koleno, ale jo.“

7. Kdo Vám nejvíc pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?

„Hodně mně pomáhá bratr, jezdí za mnou pořád.“

8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?

„Byl jeden na kožním a ten byl tak nervózní, na každého nazlobený a až mu vzali tu nohu, tak byl úplně jiný. Už se s každým bavil, všechno normální.“

Pak jsem měl jednoho kamaráda, co měl amputovanou nohu, ale už umřel a asi to nezvládl psychicky, zlobily ho i záda, nemohl se už vůbec hýbat a jeho manželka ho našla, když přišla z práce, na zemi a vedle něho prášky. Asi to nějak psychicky nezvládl. Teď měl pohřeb. Ale moc jsme se o tom nebavili.“

9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?

„Až se pahýl zahojil, tak za mnou pokaždé protetici přijeli do nemocnice, změřili pahýl, udělali odlitek. Druhá hospitalizace byla delší, protože mně selhaly ledviny a navíc tím, jak jsem měl už jednu nohu amputovanou, tak jsem nemohl bez vozíku udělat ani krok, tak jsem byl ještě na LDN, kde jsem čekal, až mně udělají protézu a naučím se chodit. Když mně ji přivezli, tak to už šlo rychle, za 14 dní už jsem chodil i do schodů, takže mě pustili i

domů. Čekal jsem na ni asi měsíc i se zkouškou odlitku a návleku. Měl jsem i francouzské hole. Mám dvě protézy a jednu náhradní, jinou už mě nechtějí udělat, protože zdravotní pojišťovna zpřísnila kritéria. Potřeboval bych i druhou náhradní, ale nechtějí mně ji udělat, protože by jí zdravotní pojišťovna nezaplatila. Kontakt na protetiku mám a kdykoliv jsem potřeboval úpravu, tak to bylo bez problémů. Hlavně ten lýtkový pahýl se měnil. Oni přijedou až domů, takže je to výborné.“

10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změněné tělo po operaci a nyní s odstupem času?

„Ne, já jsem s tím byl hned smířený. Jediné, co mně trápilo, bylo to chození. Já jsem si to nebral moc. Já jsem o tom nepřemýšlel moc.“

11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?

„Po první amputaci ve stehně jsem musel dělat sprchový kout, zrušit vanu, zvednout záchod, aby nebyl tak nízký, to jsem vyšel i schody, co jsme měli v baráku. A po druhé amputaci jsem se přestěhoval do penzionu, kde je nájezd až do pokoje, který mám dole a je tam i výtah, kdybych chtěl jet nahoru. Tehdy jsem řekl bratrovi, ať se zeptá v penzionu, jestli tam nemají nějaké místo a protože zrovna odešli dva lidi do nově postaveného domova důchodců, tak jsem měl štěstí, že 2 pokoje byly volné, tak jsem podal žádost na městský výbor a trvalo to 2 měsíce, to jsem akorát byl v nemocnici. To jsem měl kliku, jinak se čeká i 2 až 3 roky. Chtěl jsem se vrátit na původní adresu, o tom člověk taky pořád přemýšlí, doma je doma, že. Tam mám garsonku a tady je 1 pokoj se vším, hodiny tikají lednička vrčí, hodiny jsem vyřešil, teď mám digitální, ale ta lednička, už jsem si na to zvyknul. Chtěl jsem pořád, už jsem měl výpověď z penzionu, ale říkám si, jo chlapče, máš roky, lepší už to nebude, to jsem měl ještě problémy s kolenem, nemohl jsem chodit, tam mám schody, tak jsem to vyřešil takhle. Řekl jsem bráchovi, ať to tam prodá, že zůstanu tady.“

12. V čem se nejvíce změnila kvalita vašeho života?

„Úroveň samostatnosti je nejhorší, v zimě jsem měl problémy se někde dostat, nákupy mě někdo musel dělat.“

13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?

„Ne, nikdo. Po první amputaci jsem si zařídil označení na auto, to jsem dal bráchovi, ten mě vozí. Zařídil jsem si všechno sám, od druhé amputace mám motorový vozík, takže můžu jezdit třeba na nákupy. Sociální pracovnice za mnou nikdy nepřišla ani teď. Teď si musím zažádat o příspěvek na lepší vozík, protože ho mám špatný, nemůžu natáhnout nohy.“

14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, anebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?

„S bratrem jsme měli vždy dobré vztahy, ale třeba sestra dřív nejezdila a teď za mnou jezdí co 14 dní. Dříve jsme si se sestrou jen volali. Starají se, vztahy byly dobré, ale jsou teď lepší o hodně. Bratr se o mě hodně stará se švagrovou. Dělají mi nákupy, švagrová mně umývá okna, občas něco upeče a bratr mě vozí, kam potřebuju.“

15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?

„Přátel jsem měl a pořád mám dost. Stále se scházíme, když potřebuji jejich pomoc, myslím, že se na ně můžu spolehnout.“

16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?

„V mládí jsem hodně sportoval, hrál jsem fotbal, košíkovou, hokej, ale i atletiku. To bylo tak do třiceti let. Před amputací jsem už jen hodně jezdil na kole a to jsem musel oželeť. Teď na penzionu není co dělat.“

17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?

„Přestal jsem kouřit, už 7 let nekouřím, před tím jsem to vždycky zkoušel a nikdy to nevydržel.“

Je to kouření jediné?

„Myslím si, že ano.“

18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?

„Jak kdo, někde byly dobrý sestřičky a někde ne. Jednou jsem zažil, že bylo v kolektivu hodně nových sester a tehdy bylo vidět, že nejsou sehrané a nestálo to za nic. Ale jindy to bylo zase dobré. Třeba na chirurgii byla výborná péče.“

19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?

„O pahýl se mně staraly sestřičky, protože jsem byl v nemocnici dlouho, takže už jsem se nemusel učit, jak ho vyvazovat do protézy.“

20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?

„O tom jsem nikdy nepřemýšlel a řekl bych, že nic pozitivního nepřinesl. Ale vážím si toho, že jako sourozenci držíme při sobě víc. Ale těžko říct, jestli by to bylo jiné, kdybych nepotřeboval pomoc.“

21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?

„Nyní mám problém sehnat zubaře. Moje zubařka odešla do důchodu a ten, ke kterému bych měl chodit teď, tak ten se přestěhoval až do horního patra. V celé budově není výtah, takže nevím, co budu dělat. Musím to nějak vyřešit, protože mě zlobí zuby.“

22. Co Vás v poslední době potěšilo?

„Podařilo se mi výhodně prodat byt.“

23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

„Záleželo by na tom, co by ho zajímalo. Ale asi bych mu řekl, že se dá i bez nohy žít. Není třeba to vzdávat.“

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?

„Musel jsem přijít na to, kde se nejlíp chytit při přesunu z vozíku do postele a naopak. Ze začátku mně to dělalo problémy, teď už to zvládám.“

25. Zvládli jste nějakou činnost, o které jste si mysleli, že ji se svým handicapem nemůžete zvládnout?

„Do ničeho se nepouštím. Co potřebuji, pomůže mi bratr.“

Analýza výpovědi

- **Kritická událost** – v roce 2006 podstoupil amputaci PDK ve stehně pro diabetickou gangrénu. V roce 2012 se objevuje diabetická gangréna i na LDK, postupně regrese nálezu, osteomyelitida, proto přistoupeno k amputaci v bérce.
- **Vzdorování, vytrvání** – pacient byl dlouhodobě nemocný a mnohokrát hospitalizovaný s diabetickým defektem na dolní končetině. Proto byl již dopředu dobře seznámen s nutností amputace jako s jedinou možností řešení problému. Odbornou psychologickou pomoc nepotřeboval, jak sám uvedl, s amputací počítal a byl s ní smířený.
- **Nejistota** – před první amputací pacient přemýšlel o tom, jak bude chodit a co bude s amputací dělat. Po druhé amputaci o těchto věcech nepřemýšlel, protože pro něho již nebyly nové.
- **Utrpení** – pacient dodnes prožívá fantómovou bolest. Po operaci užíval léky na tlumení bolesti, nyní již neužívá žádné tlumící léky. Cítil, jak se mu zhoršila úroveň samostatnosti. Pacient nevyhledal odbornou psychologickou pomoc. Měl kamaráda, který po amputaci spáchal sebevraždu. Trápilo ho, že již nemůže jezdit na kole tak, jako před amputací.
- **Naděje** - v nemocnici se setkal s člověkem, který po amputaci vykazoval známky zlepšení psychického stavu. Se svým handicapem se náš pacient smířoval sám a začal se upínat k tomu, jak se bude pohybovat s protézou nebo na vozíku. V tomto ohledu mu velmi pomáhal bratr.
- **Zvládání situace** - už z hospitalizace má za sebou pozitivní zkušenost se zvládáním amputace. Po první amputaci si upravil byt podle potřeb. Po druhé amputaci se mu podařilo získat byt v penzionu, kde má bezbariérový vjezd do pokoje a v budově je výtah. Po první amputaci si zajistil označení invalidy na osobní automobil a po druhé amputaci využil možnosti příspěvku na motorový vozík, bez kterého se nyní neobejde. Sociální pracovnice ho nikdy nenavštívila. Vše si zjistil a zařídil s pomocí bratra. Přátel měl vždy hodně a ani po amputaci se

to nezměnilo. Ví, že se na ně může spolehnout, když něco potřebuje. Jako jedinou změnu ve svých životních hodnotách vidí to, že přestal kouřit. Nikdy nepřemýšlel o tom, že by mu to, co závažného v životě prožil, přineslo něco pozitivního, ale určitě cítí, že se sourozenci drží více při sobě. Vztah se zlepšil hlavně se sestrou, která za ním dříve nejezdila a teď jezdí každých 14 dní. Chození s protézou se zvládl naučit rychle. V současné době je s handicapem vyrovnaný. Byl by ochoten člověku po amputaci poradit a povzbudit ho, protože už má zkušenost, že se bez nohy dá žít.

Komentář: Respondent odpovídal na otázky spontánně. Bylo na něm vidět, že i přes svůj handicap má pozitivní náhled na život. Svou roli v tom sehrála určitě rodina, která mu od počátku hodně pomáhá.

Respondent č. 2

Muž 64 let, ženatý, 2 dospělí synové. Dříve pracoval jako zámečnický, nyní je ve starobním důchodu. V anamnéze má diabetes mellitus 2. typu na kombinované terapii PAD a intenzifikovaný insulinový režim.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?

„Ne, opravdu jsem to původně netušil.“

2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom, co bude dál?

„První myšlenka byla, jak s tím budu žít. Protože prostě, když je člověk zdravý, tak nepřemýšlí nad takovejma hloupostma jako třeba jak about boty nebo jak jít po schodech nebo v terénu ve svahu. Já mám domek na vesnici, z toho důvodu to teď prodávám, protože kolem baráku neuděláte absolutně nic. No a jsem nucen bydlet v bytě, někde v činžáku, čemuž jsem se celý život bránil.“

3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?

„Ne, to se s tím musíte vyrovnat sama. Asi bych ani nechtěl mluvit s nějakým psychologem. Vždycky jsem všechno zvládal sám a bez nějakých potíží.“

4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?

„Rozhodně mě to ovlivnilo, no ale musíte si říct, stejně s tím nic nenaděláš a snažíte se žít tak, jak to jde. Postupem času je to lepší a lepší.“

5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal vy?

„Jo, tak to trvalo asi 2 měsíce, že mně třeba bolel palec, i když už jsem ho neměl. Já jsem ale nechtěl brát prášky zbytečně, jenomže tam byla skladba na pokoji taková, že jsem si vzal i 2 prášky na spaní. Byli jsme tam čtyři a ve svém stavu bych uvítal i menší pokoj, ale nešlo to.“

6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?

„No, to se těžko předpovídá, v tomhle případě, já mám cukrovku, takže můžu přijít i o druhou nohu. Takže se mně v hlavě honí pořád tyhle černý myšlenky.“

7. Kdo Vám nejvíc pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?

„No, manželka, teď je všechno na ní, co se týká nákupu, vaření, uklízení a tak to všechno dělá ona. Předtím jsme to dělali všechno spolu, ale kdyby nebylo jí, tak by to bylo těžký. Ono, když máte někoho, o kom víte, že se můžete opřít je velká úleva.“

8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?

„Hodně mně pomohlo, že na pokoji se mnou byli dva pacienti, kteří taky měli uříznutou nohu pod kolenem a začala je zlobit druhá noha, ale dost mně povzbudilo, jak jsem je viděl, jak chodí. Takže jsem si říkal, když to dokázali oni, tak to dokážu taky.“

9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?

„Hned po operaci mě navštěvovali protetici a potom za mnou dojížděli i domů. V nemocnici jsem cvičil a učil jsem se chodit o berlích. Ale měl jsem problémy s VZP, protože mně praskl silikonový návlek, tak jsem požádal o nový, ale trvalo to 2 a půl měsíce

než to vyřídili. Vymlouvali se pořád na takový hlouposti, jako že mám ještě berle, že můžu chodit o berlích, říkám nemyslitelný, u nás v tomhle domku o berlích to nejde. Já, když jsem šel na kontrolu třeba na chirurgickou ambulanci, tak pro mě přijela sanitka a dva chlapi mě museli snést na křesle. Takže říkám, to bylo takový házení klacků pod nohy doslova. Jenom kvůli tomu, aby VZP ušetřila.“

10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změnéné tělo po operaci a nyní s odstupem času?

„Ne, s tím jsem byl smířený, mně se jednalo hlavně o to, aby to bylo pod kolenem. Já se na to podíval hned po operaci. Mně to nevadilo.“

11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?

„Ne, to mám prakticky jako chatu, protože jsme bydleli v činžáku a měl jsem to jako chatu, no a před nějakýma dvanácti – třinácti rokama jsem tam udělal přístavbu a tak je to všechno nový. Jenomže tam je to na patro a schody jsou hodně příkrý. Takže jsem se musel nastěhovat jen dolů.“

12. V čem se nejvíce změnila kvalita Vašeho života?

„Změnilo se všechno, jsou věci, nad kterýma člověk dřív nepřemýšlel. Dřív jsme si zajeli někam, udělali jsme si výlet. Já jsem si teď nechal upravit auto na ruční ovládání, protože nezmáčknu plyn a brzdu nohou, takže teď pro jistotu řídí žena, abych neudělal nějaký karambol. No a takový ty společný výlety, to už není ono.

Jedeme se třeba podívat na hrad, tak horko těžko bych vylezl na věž, jo, do kopce se špatně chodí, pod kopec se špatně chodí. I když mě primář rehabilitace, já mám dvě protézy, jedna, která je jako prkno, takže tam se absolutně v pomyslném kotníku nehýbe, tak mně napsal tu vylepšenou protézu, ale jak říkám, je to lepší, ale nikdy už to nebude jako dřív.“

13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?

„V nemocnici jsem to řešit nechtěl. A pak víte, koho se máte zeptat. Při vyřizování auta žádný problém nebyl. Dostal jsem to zaplacený celý. Dělal to taky postižený mladík, kterýho velice obdivuju. Měl pojízdný skládací křeslo a tu přestavbu udělal celou on, i když to není nějak složitý. Snažil se žít normálně v rámci možností, tak to jsem teda na to taky koukal jako jelen. To mě taky hodně povzbudilo.“

14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, nebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?

„V rodině máme a vždy jsme měli dobré vztahy. Navštěvujeme se, hlídáme vnoučata. Ze strany mé rodiny se po téhle stránce nezměnilo nic. Já jsem byl na ně po operaci agresivní, protože, no prostě, takový impulzivnější. Protože nesnáším, když mě někdo třeba chce pomoci s něčím, co zvládám sám, to mně přímo pije krev. Ale teď už je to dobrý.“

15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?

„Ano, měl. Bydlel jsem dlouhá léta ve městě, kde jsem měl a mám hodně přátel. Navíc jsem tam měl otevřeno zámečnictví, takže ani o známé nebylo nouze. Pak, když jsme se přestěhovali na vesnici, tak jsme kontakty trochu omezili. V prvních chvílích po amputaci jsem neměl náladu ani možnosti někam chodit, ale že by se ke mně obrátil někdo zády, to ne.“

16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?

„No samozřejmě, všechny koníčky, někam chcete jít, třeba do bazénu, nelze prostě. U chalupy máme zahradu, o kterou jsem se staral. Teď je to více na manželce.“

17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?

„No, celý život musíte přehodnotit, všechno, na co byl člověk zvyklý. Já jsem si třeba dřív řekl hajnýmu, ten mně vyčlenil dva stromy v lese, já jsem si udělal takový traktůrek, s tím jsem si zajel do lesa, motorovkou pokrátil, odvezl, nadělal dřevo, to byla spíš taková zábava, teď je to nemyslitelný. Když děcka odešly, zůstali jsme na byt 4+1 sami, tak co s tím. Tak jsme si řekli, že přestavíme chatu na domek a budeme tam. Starat se o zahrádku, být v přírodě. No a vidíte, uběhlo pár let a všechno se to zhatilo.“

Když jste říkal, že víte, že díky té cukrovce můžete přijít i o druhou nohu, pečujete o sebe víc?

„No, tak snažím se tu cukrovku co nejvíce stáhnout. A už vím, že kdyby se cokoli objevilo na noze, tak bych jel hned k doktorovi, abych nepřišel i o tu druhou nohu. Kdybych šel dřív i minule, tak by to tak možná nedopadlo. Ale snažím se brát život tak, jak je.“

18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?

„Já si stěžovat nemůžu. Všichni se ke mně chovali hezky. Myslím si, že v tomhle je to teď lepší než dřív.“

19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?

„Dojízďděla za mnou zdravotní sestra, která mně kontrolovala pahýl a jak to mám vyvázaný, učila mě to stahovat, aby to šlo do toho konusu. Jakmile přivezli protézu, tak jsem okamžitě začal chodit, žádný zkoušení a tak. Takže po bytě nebo v tom domku já chodím i bez těch francouzských holí. Na žádný dlouhý špacíry to ale není.“

20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?

„Já jsem nad tím nikdy nepřemýšlel. Ale nejspíš ne.“

21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?

„No, tak to je právě to, že musím prodat chalupu a nastěhovat se zpátky do paneláku do města, odkud jsem před tím utekl.“

22. Co Vás v poslední době potěšilo?

„Asi nic.“

23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

„Nevzdávat to a čas hodně spraví.“

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?

„Ze začátku jsem přišel na to, že musím ten pahýl otužovat a pravidelně mazat. Měl jsem pocit, že je do té protézy odolnější.“

25. Zvládli jste nějakou činnost, o které jste si myslel, že ji s Vaším handicapem nemůžete zvládnout?

„Radši se o nic nepokouším.“

Analýza výpovědi

- **Kritická událost** – v roce 2010 si o motocykl spálil pravou nohu. Vzniklý defekt se stále nehojil a naopak se zhoršoval. Proto ho manželka přesvědčila, aby navštívil chirurgickou ambulanci, odkud ho ihned odeslali do nemocnice na chirurgické oddělení. Lokální nález se postupně zhoršoval, objevila se flegmóna a gangréna PDK. Po třech dnech hospitalizace byl informován o nutnosti amputace ve stehně. Reakcí na tuto informaci byl útěk z nemocnice. Lékaři ho nakonec přesvědčili o nutnosti amputace a slíbili mu, že se pokusí provést amputaci pod kolenem. To ho nakonec přesvědčilo a podstoupil amputaci PDK v bérce pro diabetickou flegmónu a gangrénu s osteomyelitidou.
- **Vzdorování, vytrvání** – pacient při své první návštěvě chirurgické ambulance vůbec nepočítal s tím, že by mohlo dojít k tak zásadní změně v jeho životě jako je amputace. Poté, co se nechal ošetřujícím lékařem přesvědčit k amputaci, bylo pro něho nejdůležitější, aby došlo k amputaci pod kolenem. Sám přiznal, že byl po amputaci na své blízké nepříjemný. Nedokázal od nich přijmout nabídnutou pomoc a snažil se všechno zvládnout sám. Odborná psychologická pomoc mu nabídnuta nebyla, ani se ji nesnažil vyhledávat.
- **Nejistota** – pacient se obával budoucnosti bez nohy. Měl strach, že bude muset kvůli svému handicapu opustit domek na vesnici, omezit veškeré své aktivity, koníčky apod.
- **Utrpení** – pacient prožíval 2 měsíce po amputaci fantómovou bolest. Po operaci užíval léky na tlumení bolesti. Cítil, že se mu do budoucna celý život výrazně změní. Přestal provozovat svůj oblíbený koníček - plavání. Pacient si byl vědom toho, že jeho cukrovka může mít za následek další amputaci. Tuto obavu mu potvrdilo to, že s ním na pokoji byli dva pacienti po amputaci, kteří začali mít problémy i s druhou končetinou.
- **Naděje** - v rodině měl vždy dobré vztahy a po amputaci se to nijak nezměnilo. Pokud by ho stejně postižený člověk požádal o radu, určitě by ho povzbudil, aby to

nevzdal, že čas vše spraví. Možnosti sociální pomoci si zjišťoval sám. Přestavbu auta mu dělal postižený mladík na invalidním vozíku. Když viděl, že to zvládá i přes svůj handicap, velmi ho obdivoval a jeho samotného to povzbudilo.

- **Zvládání situace** - v nemocnici měl možnost vidět, jak se dva jiní pacienti dobře naučili chodit s protézou, což ho povzbudilo a řekl si, že to dokáže také. Společně se zdravotní sestrou, která ho pravidelně navštěvovala, si doma sám bandážoval pahýl. Ihned po obdržení protézy začal doma chodit, ale na dlouhé výlety se už necítil. V domku se musel nastěhovat do přízemí, protože do schodů se mu těžko chodilo. I přes svůj handicap se stará o vnoučata. Uvědomuje si, že je velkou výhodou, že se o něho může starat manželka. S přáteli vztahy po amputaci nemusel nijak omezovat. Snaží se co nejvíce dodržovat režim při diabetu. Výrazně se změnil i jeho přístup k případným dalším problémům. Zatímco při prvním případě svévolně opustil nemocnici, teď ví, že je potřeba navštívit lékaře ihned po prvních příznacích. S prací protetiků problémy nemá. Protetici ho navštěvovali již v nemocnici a následně za ním dojížděli i domů. Sám se naučil, jak pahýl otužovat a mazat, aby byl do protézy odolnější. Necítí, že by mu amputace přinesla něco pozitivního do života.

Komentář: Z počátku se respondentovi nechtělo o amputaci vůbec hovořit. Rozhovořil se až po kladení jednotlivých otázek. I přes to, že odpovídal v tom smyslu, že je se svým stavem již smířen, působil dojmem člověka, který na budoucnosti mnoho kladů nevidí.

Respondent č. 3

Muž 63 let, ženatý, 1 dospělý syn a 1 dospělá dcera. Dříve pracoval jako seřizovač textilních strojů, nyní je ve starobním důchodu. V anamnéze má diabetes mellitus 1. typu.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?

„Jak už jsem říkal, já to tušil, protože už jsem znal jiný případy.“

2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom, co bude dál?

„Já jsem byl tak vyřízený, že nic. Až potom postupně. Já, když jsem viděl, jak to vypadá, tak mně bylo jasné, že to musí pryč.“

3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?

„No já mám neteř, zdravotní sestru, tak mně zavolala nějakou paní doktorku z psychiatrie, tak za mnou potom byla. Tak pak už to člověk bral, ne že byl nějak to, ale co se dalo dělat. Člověk to pořád oddaloval. Pak jsem měl jít k ní, ale bylo tam plno lidí, tak jsem odešel. A od té doby jsem tam nebyl. Akorát v tom špitále za mnou byla. Ale pomohla mně.“

4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?

„Byl jsem z toho špatný. Ale teď už je to o dost lepší. Jak říkám, pomohla mi doktorka, ale hlavně manželka a děcka.“

5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal vy?

„Měl jsem je taky. Já jsem ve špitále na ně dostával nějaké prášky, ty pomáhaly, to bylo dobré. To ono i teď někdy, i když mám protézu, tak někdy cítím, jako kdyby mě někdy píchlo v patě nebo tak. Ale léky na to neberu. To přejde samo.“

6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?

„No, doteď ještě ne. Je to furt takový, no. Člověk byl zvyklý na plno věcí.“

7. Kdo Vám nejvíc pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?

„No, ta neteř, za mnou byla každou chvíli. Ta mě jako chlácholila dost a máme houf vnoučat, takže ty. Celkově rodina. Ze začátku jsem od nich potřeboval hodně pomoci, ale pak už jako, říkám, něco po zahradě jsem udělal, ploty jsme spolu dělali. To mně nevadilo nic.“

8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?

„Měl jsem spolužáka z učení. On dělal na plynovodu, tam mu ta roura asi ucvakla nohu. Teď jsem s ním mluvil, měli jsme sraz ze školy, tak tam právě taky byl. Jenomže on chodí jako frčka. On to měl jako, no kolikpak mu mohlo být, tak ve dvaceti pěti. Tak jsme jako tak debatovali spolu okolo toho, ale říkám, on chodí jako perfektně. Taky říkal, že někdy si

bere hůlku, ale já nevím, říkám, on teda nemá ohebnou protézu, má plnou, nevím, jestli si to nějak přepíná, nebo jestli má něco speciálního.“

9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?

„Hned v nemocnici mně řekli, že to mají objednaný na protetice. No ještě jsem to neměl ani hezký a už za mnou byli si to oměřovat. Dali mně nějaký ten silikon, abych to nasazoval, aby se ten pahýl vytvaroval, říkám, byli tady brzo. Oni tady mají každých čtrnáct dní na rehabilitaci ordinační hodiny, takže je to dobrý. Když něco potřebuju, stačí zajít. V létě jsem tam byl.

Tenkrát jsem chodil o berlích s protézou, obvodčák mně zařídil lázně v Lužích, že se jako naučím chodit jen o hůlkách. No a tam mně povolilo koleno, tak jsem s sebou sekl pěkně. Tak potom jsem volal na protetiku, tak tam teda za mnou přijeli, spravili mně to, protože to koleno nezamykalo.

V té Luži jsem byl spokojený, tam to nebylo špatný. Chodil jsem na vodoléčbu a tam mně ta jedna sestra poradila, abych si nechal napsat celkovou perličkovou koupel. Pomocí zvedáku mě dali do vany a tam jsem byl 45 minut a byla to paráda. Pak mně dělali nějakou magnetickou léčbu. Vždycky mně dali magnety na tělo, ale jaký to mělo význam, to nevím.

Ale ta perličková koupel a bazén, to byla paráda. Bazén, tam jsem byl většinou sám ve velkém bazénu. Plaval jsem hodně, i když je to větší nápor na ruce. A když si lehnu na záda, tak plavu krásně. Většinou jsem vlastně plaval na zádech, to byl takový odpočinek. Víím, že tenkrát jsem byl každý den hodinu v bazéně. Měla tam tenkrát chodit spinální jednotka a já jsem měl chodit s nima. Jenže od nich nakonec nikdo nechodil, takže jsem ho měl celý pro sebe. Sestra tam seděla a hlídala mě. Pak jsem tam vyhecoval dvě kámošky a jednoho kluka, co jsme tam měli takovou partu a říkal jsem jim, ať jdou se mnou do bazénu. Přece nebudeme sedět na pokoji, když je tam volno, radši houpneme do bazénu. Vždyť je to jedno, jestli je tam jeden nebo pět lidí. Měli jsme strach, aby nám někdo neřekl, že tam nemáme co dělat. Byl tam takovej papír a na ten jsem musel potvrdit, že jsem tam byl. Ale nikdo nám nic neřekl, byla to pohoda. Ve vodě jsem držel rovnováhu pěkně. Do bazénu jsem houpl sám, dolů to šlo pomocí schůdků dobře. Ven z bazénu mně pomohli zvedákem.

Zkoušel jsem chodit i bez francouzských, ale já nevím, člověk má strach. Je to takový divný. Slyšel jsem, že v Brně dělají nějaký protézy, ale moji protetici mně to zatím

rozmluvili, tak jsem to nechal. Člověk ví houby, co je lepší. Zase někde lítat a tam otravovat a tam otravovat. To bych asi musel mluvit s někým, kdo to má. Ve špitále jsem se učil chodit o berlích. Tam za mnou chodil pán z rehabky a chvíli doma jsem o nich taky chodil. Až potom, tak za 14 dní, jsem je vyměnil za francouzský hole. Na rehabilitaci jsem dojížděl ještě z domu, ale protože jsem neměl ještě upravený auto, tak jsem využíval služby od Charity, kdy sváží lidi k a od doktorů. Když jsem nedávno spadnul, tak jsem si ty berle zase vytáhnul, protože se mně o holích špatně chodilo. Já jsem se na nich normálně bál. A když jsme chodili s tím pánem z rehabilitace, tak to jsme chodili na chodbě po chirurgii, kde to lino trochu klouzalo, že. Nejlepší je to takhle na koberci. To vím, že mně to neujede. A když jsem s ním chodil, takovej ramenáč to byl, tak jsem si říkal, vždyť ten mě musí udržet. Tak jsem se tolik nebál a začal jsem trochu zvedat nohu a šlo to. Já jsem byl zvyklej si ulevovat na tý protěze a teď je to obráceně. A myslím si, že mě od toho bolí víc záda. Moc dlouho teď nevydržím chodit. A to jsem vydržel chodit po zahradě i hodinu.“

10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změnéné tělo po operaci a nyní s odstupem času?

„Před operací přišel primář, udělal rysku fixem. Člověk si z toho teď dělá srandu, že jo, že to vezme nad kolenem. Já jsem si myslel, že pod kolenem, abych měl zachovaný koleno, ale on říkal, že to tam je ucpaný, jako už hodně, že by to byl zase problém. Leželi tam se mnou ostatní chlapi, to já jsem byl na tom ještě dobře, oni měli nohy dřravý úplně, až na šlachy bylo vidět. Kolikrát jsem si říkal, že kdyby se to uřízlo hned nad kotník, tak jestli by to nebylo lepší, ale když už to bylo asi nahoře ucpaný pod koleno, tak už to asi opravdu nešlo.

Teď už to mám dobrý. To druhý den po operaci přišli na vizitu ráno, já jsem to neviděl, že jo, já to měl ošitý zespodu, tak já jsem koukal, že se to hojí, nikde nic nebylo, akorát mně tam zašili drén, tak jsem cítil, jak to tahaj. On byl přišitý nití. Tak tady mám jenom takovej jako hrbolek, jak ho tahali zpátky. Jinak to mám takový hlad'ounký. Beru to od začátku, tak jak to je.“

11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?

„Koupelnu jsme měli udělanou před tím. Obvod'ák mně nabízel příspěvek, tak jsem mu říkal, že než jsem začal marodit, tak jsme to všechno udělali. Hlavně jsme našťestí místo vany dali sprchový kout. Když jsem byl v těch lázních, tak jsme tam měli takovej ten

nástavec na záchod, to se mně nelíbilo, takže domů jsme radši koupili tu vyšší mísu. V koupelně mně chlapi udělali jen takový zábradlí a do sprchovýho koutu madlo. S pomocí mámy jsme to všechno zvládli.“

12. V čem se nejvíce změnila kvalita Vašeho života?

„No nejvíc co se týče pohybu. Ten barák, to už má člověk hotový, ale myslel jsem si, že to v důchodu bude lepší. Že si budu moci víc užívat. Teď nemůžu nikde moc šmajdat. Jo, jezdíme na rodinný dovolený a výlety i s dětma a jejich rodinama, ale nemůžu tolik chodit, jak bych chtěl. Když chci něco dělat, jsem odkázanej čekat, až přijdou chlapi z práce domů, že jo. Nechci zase, aby si mysleli, že jim poručím hodně, tak je nechávám, aby na to přišli sami. Nakonec je dobře, že jsme v jednom baráku.“

13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?

„Šel jsem na sociálku jen kvůli tomu autu. Čekal jsem na to dlouho. Nejdřív, že to udělají na počkání, ale chtěl jsem plyn na volant, tak to trvalo dlouho. Ale vše mně zaplatili. Akorát jsem nevěděl, že to nejdřív musím zaplatit sám a pak si to nechat zaplatit. Manželka neřídí, řídím jenom já. Tenkrát si chtěla udělat řidičák, ale pak z toho sešlo a teď jí to chybí. Ale když potřebuje, tak ji vezmou s sebou i děcka. Něco málo jsem probral s tím kamarádem, ale to až dlouho po.“

14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, nebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?

„Ani ne. Takový deprese jako taky byly, to bych lhal, že ne. Ale myslím, že to nebylo tak hrozný, že si to ani neuvědomuju. Mezi náma to bylo vždycky dobrý. Jo a pořád je. Takový ty občasné kolize neberu, to je všude.“

15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?

„Kamarády jsem měl, ale přišel jsem o ně. Dokud jsem mohl, tak jsem jim pomáhal a oni se na mě vyprdli. Mně den, dva práce stála, protože jsem dělal u nich. Máma mně říkala, že jsem hloupej. Ale mně to nedalo. A pak to nějak vyšumělo. No, z práce za mnou chodí, to jo, a když se potkáme v obchodě, tak se spolu bavíme, ale aby se přišli zeptat, jestli něco nepotřebuju, to ne.“

16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?

„Drželi jsme prase, králíky, to jsme museli zrušit, nechali jsme jen slepice. Spíš to byla práce kolem baráku a zahrady. Zatím si zajedeme i na nákup, nikoho otravovat nemusíme, teda zatím.“

17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?

„No, určitě si člověk víc váží svého zdraví a svých blízkých a snaží se být co nejvíce se svoji rodinou. Taky bych šel určitě hned k doktorovi. Na nic bych nečekal. Člověk se snaží dávat na sebe pozor, ale moc to nejde. Už několik poranění jsem měl, ale naštěstí se to vše vyhojilo.“

18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?

„Ke mně se všichni vždy chovali slušně. V nemocnici jsem s nikým problémem neměl.“

19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?

„Ošetřovat pahýl jsem se naučil v nemocnici, stahoval jsem to tím obinadlem a pak mně dovezli ten silikon, tak jsem dával už jen ten silikon. A protetici to kontrolovali.“

20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?

„Asi nic. Napadají mě jen negativa. Největší je, že jsem přišel o kamarády. No, ale když tak přemýšlím, že mně to možná pomohlo v tom, že když manželka onemocněla, tak pro mě nebyl takový problém se o ní postarat. Manželka si totiž pořád stěžovala, že jí bolí břicho. Pořád chodila a že to má nervový, tak to jsem jí ještě tenkrát říkal, že to má ze mě. Ale potom pořád hubla, břicho bolelo a tak jsem jí řekl, že to není možný a zavezl jsem ji k doktorovi. Tam hned udělali rentgen a okamžitě šla na příjem a na sál. Nakonec skončila s vývodem, víc jak měsíc ho měla. Tak jsem jí tady ošetřoval, lepil jsem jí sáčky. Taky to nebylo na tu psychiku dobrý, ale pak jí to naštěstí vrátili, tak jsem byl rád, protože to byly nervy navíc. Chodili jsme se to učit ke stomické sestře. Chodila i dcera, že to bude vyměňovat ona. To ještě byla na mateřské. Já, když jsem to tam viděl, tak jsem říkal ať se mnou nepočítají, že se mnou nic nebude. Jenomže, když jsem si pak uvědomil, že by od

těch holek musela chodit i v noci, tak jsem se rozhodl, že to musím zvládnout. Vždyť máma se o mě taky stará. Ze začátku jsme to museli přelepovat i v noci, ale pak jsme se to naučili a bylo to dobrý. To by se dcera naběhala. Tak jsem se překonal, ale bylo to náročný.“

21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?

„Nic mě nenapadá.“

22. Co Vás v poslední době potěšilo?

„Hlavně ty naše cáčory (vnučky), když přijdou, tak je toho až až.“

23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

„Nevím, podle toho, co by chtěl vědět.“

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?

„Ne. Obdivuju ty, co chodí s protézou úplně bez problémů. Já jsem tehdy chtěl, když mně předělávali auto, jestli by mně předělali i malej traktor, ale nešlo to. Koupil jsem ho tenkrát místo frézy, takhle když je potřeba doma něco udělat. Taky díky tomu jsem měl spoustu známých, protože každý potřeboval něco udělat, tak teď to jako povolilo malinko. Nešlo to předělat proto, že já, abych se náhodou neobohatil, tak jsem musel traktor přepsat na dceru, protože můžu mít jenom jedno auto, ani manželka nemůže mít auto. A to jen kvůli těm pár korunám na benzín.

Asi budu muset vymyslet nějaký zlepšovák, abych chodil jen o jedné hůlce. To bych moc rád.“

25. Zvládli jste nějakou činnost, o které jste si myslel, že ji s Vaším handicapem nemůžete zvládnout?

„Ale jo, takový situace jsou. Třeba ten plot. Taky jsem si říkal, že to asi neopravíme, ale zvládli jsme to s mámou. Taky jsem udělal houpačky a kolotoč a taky jsem si nebyl jistej.“

Analýza výpovědi

- **Kritická událost** – v roce 2008 byl hospitalizován na chirurgii s defektem na palci PDK, který mu byl amputován. V roce 2009 došlo k nekróze na přední straně bérce a celá dolní třetina byla oteklá a zarudnutá. Čištění a převazování bylo pro pacienta velice nepříjemné a bolestivé. Protože se stav nelepšil a končetina postupně otékala až ke koleni, ošetřující lékař rozhodl o amputaci PDK ve stehně.
- **Vzdorování, vytrvání** – pacient podle svých slov bezprostředně po operaci nad ničím kolem amputace nepřemýšlel. Navíc znal z dřívější doby jiné případy amputací kvůli diabetické noze, takže již dopředu tušil, že k amputaci musí dojít. Amputaci bral proto jako nutný zákrok, který ho zbaví bolesti. Přemýšlel nad tím, že by možná k tak vysoké amputaci nemuselo dojít, kdyby mu při prvních problémech amputovali nohu nad kotníkem. Při hospitalizaci v nemocnici měl možnost vidět i horší případy s těžkými otevřenými defekty, takže byl vlastně rád, že to v jeho případě nedošlo tak daleko.
- **Nejistota** – pacient neuvedl, že by měl nějaké obavy z budoucnosti bez končetiny.
- **Utrpení** – pacient prožíval po amputaci fantómovou bolest. Po operaci užíval léky na tlumení bolesti. Občas ji cítí dodnes, ale žádné tlumící léky již nebere. Mrzelo ho, že se kamarádi, kterým před nemocí vždy rád pomohl, od něho odvrátili. Domácí hospodářství musel kvůli svému handicapu zrušit. Dodnes se nedokázal vyrovnat se svým handicapem, protože musel omezit spoustu svých aktivit.
- **Naděje** – neteř, která pracuje jako zdravotní sestra, mu domluvila schůzku s doktorkou psychiatrie. Ta ho navštívila v nemocnici, a jak sám uvedl, pomohlo mu to. I když s ní měl dohodnutou další schůzku v ordinaci, na tu už nešel. Překonat zoufalství mu nejvíce pomohla rodina. Pahýl se naučil vyvazovat už v nemocnici. S protetiky se seznámil již při hospitalizaci v nemocnici. S jejich službou byl velmi spokojený.
- **Zvládání situace** - pacient využil lázeňskou péči s cílem, že se naučí chodit pomocí francouzských holí. V lázních hodně plaval; podle jeho slov to byl pro něho příjemný odpočinek. Seznámil se tam s novými přáteli, se kterými potom trávil volné chvíle. Zažádal si o přestavbu auta, aby byli s manželkou mobilní, protože ona nemá řidičský průkaz. Vztahy v rodině pociťuje jako dobré s občasnými běžnými kolizemi, které nepřisuzuje svému změněnému zdravotnímu

stavu. Radost v životě mu přinášejí vnučky, o které se rád stará. I přes svůj handicap jim vytvořil na zahradě houpačky a kolotoč. Běžný provoz domácnosti zvládá s manželkou. Co se týká životních hodnot, váží si více svého zdraví, návštěvu lékaře už by neodkládal. To se projevilo při onemocnění jeho manželky, kterou přes její strach zavezl včas k vyšetření do nemocnice. Po propuštění z nemocnice bylo potřeba, aby se o manželku někdo staral (měla kolostomii). Jako pozitivní změnu vnímá, že se i přes prvotní obavy dokázal o manželku postarat. Doufá, že se naučí v budoucnu chodit o jedné holi, tak jak to vidí u jiných stejně postižených.

Komentář: Respondent neměl od počátku rozhovoru žádné zábrany hovořit o svém životě. Na otázky odpovídal ihned bez přemýšlení. Rozhovor probíhal nejdéle ze všech, protože o většině otázek hovořil velmi obsírně. Díky velké a dobře fungující rodině má - i přes svůj handicap - pozitivní přístup k životu.

Respondent č. 4

Muž 64 let, vdovec, 1 dospělý syn a 1 dospělá dcera. Dříve pracoval jako truhlář, nyní je ve starobním důchodu. V anamnéze má diabetes mellitus 2. typu na perorálních antidiabeticích (dále jen PAD).

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?

„Já jsem na tom cévním opravdu nevěděl, že to tak dopadne.“

2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom, co bude dál?

„No, to taky jsem přemýšlel, co bude, jak budu chodit, jestli budu chodit jen o berlích nebo takhle. No a pak mě zavolali, že mně udělají protézu a všechno, naučí mě ošetřovat ten pahýl, tak trochu mně to zvedlo náladu.“

3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?

„Vůbec nikdo mi psychologickou pomoc nenabídl. Neřekli mi ani, jak se třeba budu cítit. Věděli o tom, že jsem sám a nikdo mně neporadil, jak se třeba budu koupat, nebo něco. Nikdo mně neporadil. Všechno jsem se musel naučit sám.“

4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?

„Psychika je teď lepší, už to jde. Ještě to není ono, ale už to jde. Chodím mezi kamarády, chodím na sport, na kulturu, to všechno mě baví. Protože doma tady koukat, já musím mezi lidi. Jinak to nejde.“

5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal vy?

„Když jsem více unavený, tak to občas ještě cítím, ale ne moc. V nemocnici mi dávali léky pro bolesti a tak to bylo dobré. Já mám ještě na druhý noze amputovaný tři prsty, tak ty taky občas cítím. Musím mít aspoň jednu hůlku, protože jinak špatně držím rovnováhu.“

6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?

„Začínal jsem s berlemi, vůbec to nebyla sranda, hlavně ze schodů chůze. Ale teď už chodím normálně o jedné holi. Berle jsou ve sklepě. Mají tady kardio klub, tak s těmi jsem chodil hlavně. Ale teď mám amputovaný ještě ty tři prsty na druhé noze, tak na delší trasy nemůžu chodit. Ale takhle po městě ještě chodím. A mám ještě tříkolku. Primář chirurgie mi říkal, ať tu tříkolku používám, ale ať používám i protézu. Že nemůžu pořád jezdit, musím taky chodit. Musím ty nohy trénovat. Tak to tak dělám.“

7. Kdo Vám nejvíc pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?

„Hlavně dcera. Syn mně taky pomůže, když potřebuju, ale ten to bere jinak. Nejvíc mě držela dcera nad vodou. Chvilí jsem byl u ní, a když jsem se zmátořil, tak jsem šel k sobě domů. Naštěstí jsem celkem samostanej.“

8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?

„Ne, neznal jsem.“

9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?

„Když už jsem doma chodil na rehabilitaci, tak mně řekli, že mně zařídí protézu. S protetikou mám dobrou zkušenost, mám na ně telefon a když je potřeba, zavolám a oni se staví.“

10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změněné tělo po operaci a nyní s odstupem času?

„Já když jsem to viděl poprvé, ach jo, bylo to hrozný. Říkal jsem si, co budu dělat, ještě tak starý nejsem. No, taky jsem o tom přemýšlel a tohleto, ale bojoval jsem dál. Teď už s tím asi vyrovnaný jsem, ale říkám, lidi jsou prostě zlí, dívaj se na vás jako na mrzáka. No, ale takhle to prostě musím brát. Pořád jsem to já. Takový je život, no.“

11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?

„Žádné nebyly potřeba.“

12. V čem se nejvíce změnila kvalita Vašeho života?

„Nejhorší je chování těch lidí kolem. Dneska jdu třeba do obchodu, vidí mě, že jdu za nimi a zavrou mně dveře před nosem. A sousedi v baráku si stěžují, že když jdu, tak třískám hůlkou. Prostě hrůza, bylo by potřeba, aby si to zkusili taky, co to je. Málokdo mně pomůže. Jinak si všechno teď udělám sám.“

13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?

„Zašel jsem si na úřad a tam se mnou všechno prošli a zařídili jsme to. Jinak jsem o tom s nikým nemluvil.“

14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, nebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?

„S dětma jsem si vždycky rozuměl. Snad mezi náma ani žádná hádka nebyla. Myslím si, že se k sobě chováme pořád stejně. Jestli jsem se vztekal, tak sám na sebe.“

15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?

„Kamarády mám pořád, všude a dobrý.“

16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?

„Já jsem dřív hrál fotbal, běhal, všechno. Už jsem byl ale v důchodu, když jsem přišel o nohu. Měl jsem zahradu, tu jsem musel opustit.“

17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?

„Klukovi jsem pomáhal stavět barák, toho jsem musel nechat, teď už je všechno mimo. Už nemůžu pomoci, ale už bydlí. A víc si všímám té druhé nohy. Neodkládám návštěvu lékaře, když se mně to nelíbí.“

18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?

„V tom B. se mi nelíbilo chování doktorů, opravdu mně přišlo, že si z toho dělají legraci. Jinde už to bylo lepší.“

19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?

„Až jsem přišel domů, tak to bylo zahojené. Nejhorší potom je, než se to otláčí do protézy. Vyvazování jsem se naučil v nemocnici.“

20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?

„Nemyslím, ale jak jsem řekl, vztahy s dětmi a s kamarádama mám pořád dobré.“

21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?

„Jenom tu neohleduplnost lidí.“

22. Co Vás v poslední době potěšilo?

„Vnoučata. Mám tři vnučky a dva vnuky, ty za mnou chodí a je to s nimi prima.“

23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

„Kdyby chtěl vědět, jestli to má podstoupit, tak mu to určitě vysvětlím. Že to tak musí být, že jiná možnost není a já jsem se s tím musel taky smířit. Je to těžký, no. Hlavně, aby se neuzavřel do sebe a snažil se chodit mezi lidi.“

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?

„Ne.“

25. Zvládl jste nějakou činnost, o které jste si myslel, že ji s Vaším handicapem nemůžete zvládnout?

„No, jsou věci, které jsem si předtím říkal, že si nebudu moct doma udělat a zvládl jsem to. Už jsem si i vymaloval. Měl jsem taky i vestavěnou skříň, kterou jsem rozložil a zrušil. A když potřebuji s něčím víc pomoci, tak mně kamarádi pomůžou.“

Analýza výpovědi

- **Kritická událost** – v roce 2010 si zlomil lýtkovou kost na levé končetině tak nešťastně, že muselo dojít k operační osteosyntéze. Pooperačně se vyvíjela v okolí operační rány nekróza. Proto byl odeslán na cévní kliniku k došetření a pokusu záchrany nohy. Stav se nelepšil, a proto ošetřující lékař rozhodl o amputaci v bérce.
- **Vzdorování, vytrvání** – k tomuto tématu se pacient přímo nevyjádřil.
- **Nejistota** – pramenila hlavně z nedostatečné informovanosti. Do poslední chvíle netušil, že to tak dopadne a bude nutná amputace. Po ní měl obavy z toho, jak se bude pohybovat.
- **Utrpení** – do poslední chvíle si myslel, že amputace nebude nutná. Byl zklamaný z přístupu ošetřujícího personálu. Měl pocit, že informace o nutnosti amputace mu nebyly podávány v dostatečné vážnosti vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. O to horší byl proto jeho psychický stav bezprostředně po amputaci. Uvedl, že vnímal velmi těžko své změněné tělo. Po operaci užíval léky na tlumení fantómové bolesti. Dnes ji cítí jen při únavě, ale žádné tlumící léky již nebere. Vyvazovat pahýl se naučil už v nemocnici.

- **Naděje** – s dětmi měl dobré vztahy již před zákrokem, a hlavně dcera mu hodně po amputaci pomáhala a pomáhá dodnes. Vnoučata ho navštěvují a to mu vždy udělá radost. Podle jeho slov dobré vztahy s kamarády amputace nijak negativně neovlivnila. S protetiky má dobré zkušenosti. Informace o tom, že bude moci chodit s protézou, mu dodala naději do budoucnosti.
- **Zvládání situace** - psychologická pomoc mu nebyla nabídnuta. Se svým stavem se musel vyrovnávat sám za pomoci nejbližší rodiny, hlavně dcery. Neznal nikoho s amputací ani před zákrokem a nikoho nevyhledal ani po něm. Dodnes si stěžuje na neohleduplnost lidí. Má velmi negativní zkušenosti s přístupem zdravé populace k tělesně postiženým. Prodělaná amputace má vliv na jeho přístup k jeho zdraví. Více se stará o svou druhou nohu a jak uvedl, návštěvu lékaře by neodkládal. Případnému zájemci o radu ohledně amputace by vše ochotně vysvětlil a podpořil by ho. Protože byl zvyklý chodit mezi lidmi, snaží se aktivně žít i po amputaci. Navštěvuje sportovní a kulturní akce. Na delší cesty se sice už nevypravuje, ale po městě se pohybuje běžně. Občas k pohybu využívá i tříkolku. V běžných činnostech je soběstačný, dokázal doma i vymalovat nebo zrušit starou skříň. Možnosti sociální podpory si zjišťoval sám, v nemocnici mu k této problematice nikdo informace nepodal.

Komentář: Respondent měl v některých případech lehké problémy rozhovřit se k uvedené otázce. Nad svými odpověďmi často dlouho přemýšlel. Z jeho vyjadřování bylo cítit velké zklamání z chování některých zdravotníků a některých lidí v běžném životě. Naproti tomu rodina a kamarádi mu dodávají životní elán.

Respondent č. 5

Muž 70 let, ženatý, 1 dospělý syn a 1 dospělá dcera. Dříve pracoval jako zemědělský technik, nyní je ve starobním důchodu. Více než dvacet let se léčí s diabetes mellitus 2. typu na PAD.

Doslovný přepis polostandardizovaného rozhovoru:

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?

„Ne, průběžně mě informovali o této možnosti.“

2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom, co bude dál?

„V hlavě se mi honilo, jak budu fungovat. No, a když mě chtěli propustit, tak řekli manželce, ať si mě vezme domů. Ani mě tam nenechali dobýt. Tak jsem byl zase rozčilený, protože jsem říkal, chudák ženská, co ona se mnou bude dělat. Zatím to zvládáme horko těžko.“

3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?

„Já jsem nikdy nic neměl s psychikou. Ale , když mně tu nohu vzali, tak jsem to dobře určitě nesnášel. Psychologa jsem nepotřeboval. No, po operaci tam sice přišla rehabilitační sestra, tak tu jsem z pokoje vyhodil, říkal jsem jí, že nemám vůbec zájem o nic, taky jsem neměl, opravdu ne. Pak mě trochu rozhodila ta amputace ve stehně. Čím víc nohy chybí, tím to působí hůř. Ale pak si říkáte žiju, mám kolem sebe dobrý lidi, tak to zvládnou. Rodina za mnou chodila často, takže jsem to zvládl.“

4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?

„Sice mě štve, že přijdu i o druhou nohu, ale už na to čekám jak na boží smilování, protože ty bolesti jsou velké. Už mně nemusí nikdo nic vysvětlovat, je mi jasný, že mně nezachránili nohu, ale zachrání mě to od bolesti. Tak jsem se s tím vlastně smířil.“

5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal vy?

„Ty jsem samozřejmě taky měl a občas to cítím i teď. Třeba se mně kroutí prsty, které už nemám a takový podobný věci. Léky na bolesti na to ale neberu. Je to čím dál míň. A v nemocnici mi toho dávali dost a stačilo to. Spíš jsem ty léky proti bolesti potřeboval při převazech.“

6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?

„Vyrovnal a nevyrovnal. To se těžko hodnotí. V mém stavu to už asi nejde. I když si říkám, je ti sedmdesát, co mají říkat ti mladší, kteří jsou taky bez nohy.“

7. Kdo Vám nejméně pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?

„Nejméně mně pomohli doma. Oni už na mě čekali a už jsem měl dokonce místo toho půjčeného vozík nový. Hodně za mnou chodili do nemocnice, manželka, dcera, vnoučata, syn a snažili se mě zabavit. A tím, že jsem neměl takové bolesti, jako jsem měl od té nohy, mně vlastně bylo i líp.“

8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?

„Ne, neznal.“

9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?

„Mně doktor v P. řekl, že mně nebudou moct dát protézu, vzhledem k té druhé noze, že budeme muset zařídit vozík. Ten pahýl se stejně špatně hojil, takže by ta protéza stejně nešla, protože to musí být výborně zahojený. Nemám jí, ale to mně ani tak nevádí. Co se týká pomůcek mi pomohla rehabilitační sestra, která mně řekla, co bych potřeboval. S rehabilitační sestrou jsme nejméně zkoušeli přesuny s vozíkem na různá místa. Mám k dispozici ještě berle a s těma si pomáhám. Ale nemůžu už došlapovat ani na tu, která mně zůstala, takže už mám natrénováno, že nebudu mít ani jednu.“

10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změněné tělo po operaci a nyní s odstupem času?

„V tom rozdíl není. Já se na to mohl dívat hned. Vždyť je to moje. Takže, když převazovali, tak jsem nemusel otáčet hlavu. Akorát ty bolesti mně ze začátku vadily.“

11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?

„Manželce udělalo radost, že jsme si v koupelně nechali udělat sprchový kout. Horší to ale bylo s přestavbou záchodu. To se nepovedlo a je tam málo místa. S vozíkem se tam nedostanu a nemůže mně nikdo pomoci. Ale manželka nechala, co jsme měli vyhozený židle z obývacího starý, tak na to nechala udělat otvor a to používám. Ještě musíme vyměnit matrace. Já ji mám na jedné straně vyvýšenou, takže buď se naválím na zeď a to potom

těžko vstávám, nebo už se mně i stalo, že jsem spadl na zem. Koupat mě pomáhají dcera a vnučka, která je zdravotní sestra. Mám v tom sprchovém koutu takovou sedačku a madlo, na tu se vždycky přemístím a takhle to jde.“

12. V čem se nejvíce změnila kvalita Vašeho života?

„No to je jasný. To je pohyb, samostatnost. Vlastně jsem už poslední léta jenom doma. Na vycházky po vesnici s manželkou vyrážíme, to jo. Je to taková turistika na vozíku. Musíme manželce se mnou pomáhat i dcera s vnučkou, protože manželka už taky není nejmladší. Ale naštěstí je její zdravotní stav dobrý.“

13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?

„Máme ve vesnici paní, která se o tyhle věci stará, je to pracovnice z obecního úřadu, je to taková hodná holka, která mně s těma papírama pomohla. Pomáhá mně to vyřídit dcera.“

14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, nebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?

„Představte si, že se to změnilo k lepšímu. Ne, že bysme žili jenom vedle sebe, to ne, ale už to bylo takový chladný. Teď máme k sobě podle mého zase blíž. Některým to může zafungovat přesně obráceně. Záleží asi i na tom, jak ty lidi jsou spolu dlouho. My máme letos výročí svatby, máme zlatou svatbu. Ale horší jsou na tom děcka, jsou rozvedení, mají jiné partnery. Ale co se týká nás, tak děcka fungují dobře.“

15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?

„No, ono jich už dost zemřelo, ale ty co zůstali se nezměnili. Chovají se ke mně úplně normálně.“

16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?

„Já měl koníčků. Jako kluk jsem sbíral známky, potom jsem začal sbírat takové ty malé lahvičky od alkoholu. Sem tam mně ještě nějaké donesou. Mám je i z Itálie, Ruska, Francie, Maďarska, Bulharska. No, mám jich dost. Teď mně zase syn nějaké dovezl. A potom, v podstatě od školy pěstuju kaktusy. Těch už mám teď míň, protože se o ně musela starat i manželka, když jsem nebyl doma a nerozumí tomu. Takže něco i uschlo. Ale ty už nerozšiřuju. Pořád mě lákaly orchideje. Tak jsem si přes inzerát tři objednal a chytlo mě to.“

A chytlo to i ženu. A dodneška nám kvetou. Takže bych řekl, že v tomto moc omezený nejsem. Pokračuju dál.“

17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?

„Měl jsem spíš plány, které mně nevyšly. Chtěl jsem hospodařit. Teď z toho sešlo, ale mám alespoň ty svoje kytky.“

18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?

„Ono je to různý. V tom K. jsem byl naštvanej, ale ve S. si nemůžu stěžovat. Ale protože můžu porovnávat, když jsem ležel v nemocnici tak před třiceti rokama, tak mně teď přijde všechno uspěchaný. Dřív mně to přišlo, že je v tom větší řád, větší klid.“

19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?

„Nejdřív mně to ošetřovali v nemocnici a potom se to naučila manželka. Dostali jsme domů obvazy a dezinfekci. Myslím, že jsme to zvládli.“

20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?

„To je asi ten náš lepší vztah. Ale je to zkrátka těžce vydobytý pozitivum. Ty mladý lidi už žijí jinak. Většinou je to asi vina peněz.. My jsme taky měli problémy s penězma, já jako technik jsem měl houby jaký peníze. Manželka mně taky ty peníze vyčítala, ale přesto jsme spolu vydrželi.“

21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?

„Teď přemýšlím, jak se budu hýbat bez té druhé nohy. Já jí teď už sice moc nepoužívám, ale je tam. Budu o tom mluvit s dcerou a ona půjde na ten náš obecní úřad.“

22. Co Vás v poslední době potěšilo?

„Vnučka. Skončila vysokou školu.“

23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

„To nevím.“

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?

„Když mě pustili z nemocnice, učil jsem se sám chodit o hůlkách tak, že jsem rozestavěl židle v obýváku a od jedné židle k druhé jsem chodil tam a zpátky. Pak s jednou hůlkou a jakž takž jsem fungoval.“

25. Zvládl jste nějakou činnost, o které jste si myslel, že ji s Vaším handicapem nemůžete zvládnout?

„Já nic dělat nemůžu a teď, když budu úplně bez noh, to bude ještě horší.“

Analýza výpovědi

- **Kritická událost** – začátkem roku 2012 byl operován pro gangrénu třetího a čtvrtého prstu LDK. Byla provedena amputace těchto prstů. V průběhu hospitalizace došlo ke zhoršení lokálního nálezu a celkového stavu. Bylo provedeno angio CT dolních končetin a nález byl konzultován na klinice cévní chirurgie. Na doporučení tohoto pracoviště byla následně provedena amputace v bérce. V pooperačním období došlo k infekci v ráně, nekróze svalů, proto bylo přistoupeno k reamputaci ve stehně.
- **Vzdorování, vytrvání** – pacient po amputaci nechtěl své problémy s nikým rozebírat, proto odmítl služby rehabilitační sestry, která ho navštívila. Postupně se ale se svou situací vyrovnal sám. S pohledem na své změněné tělo problémy neměl.
- **Nejistota** – měl obavy z toho, jak bude po amputaci fungovat. Přemýšlel o tom, jak se o něho zvládne starat manželka. Nikoho se stejným postižením neznal, což jeho obavy z budoucnosti ještě umocnilo.
- **Utrpení** – poté, co mu museli provést reamputaci ve stehně, jeho psychický stav se na nějaký čas ještě zhoršil. Dodnes cítí fantómovou bolest. V nemocnici užíval léky, dnes už je neužívá. Cítil, že bude muset zrušit své plány s hospodářstvím. Přestavba toalety v domácnosti se nepovedla, protože se tam nedostane s vozíkem.

Proto vyprazdňování řeší provizorně na upravené židli. Protože se mu špatně hojil pahýl, nedostal protézu a je nucen se pohybovat na vozíku.

- **Naděje** – po amputaci byl rád, že žije a má kolem sebe dobré lidi, s kterými to zvládne. Bylo pro něj přínosem, že mu amputace ulevila od bolestí, které měl před ní. Vztahy s manželkou se po zákroku zlepšily.
- **Zvládání situace** - vyvazovat pahýl se naučil v nemocnici. Psychologickou pomoc nedostal, a ani nevyhledal. Neměl zájem se setkat s někým, kdo zažil podobnou amputaci. S manželkou mají teď k sobě mnohem blíže a jejich vztah není tak chladný jako dříve. To považuje za pozitivní přínos. S dětmi má dobré vztahy i přes to, že se jejich vlastní rodiny rozpadly. Dcera s vnučkou, která je zdravotní sestra, mu pomáhají ve sprše s hygienou. S kamarády má stejně dobré vztahy jako před amputací. Koničky, které provozoval před amputací, nejsou náročné, takže je může provozovat dále. Radost mu udělala vnučka, která dokončila vysokou školu. Jeho naděje v současné době kazí hlavně zhoršující se stav druhé nohy. Z toho vyplývají ještě větší obavy o budoucnost, ale na druhou stranu si je vědom toho, že by mu případná další amputace ulevila od bolestí, které opět zažívá. V nemocnici nedostal informaci o možnostech sociální podpory. V této oblasti mu pomáhala dcera a sociální pracovnice z obecního úřadu.

Komentář: Respondent neměl od počátku rozhovoru žádné zábrany hovořit o svém životě. Na otázky odpovídal ihned bez přemýšlení. Díky tomu, že se zlepšily jeho vztahy s manželkou, působil velmi pozitivně naladěný, a to i přes očekávanou amputaci druhé končetiny.

5.2. Shrnutí

Tématem práce je kvalita života nemocných po amputaci dolní končetiny. Amputace u všech oslovených respondentů proběhla z důvodu komplikací souvisejících s hlavní diagnózou diabetes mellitus. Tři pacienti odpověděli, že s amputací počítali, protože jde o časté vyústění nemoci diabetes mellitus.

Ve třech případech šlo o amputaci v bérce a ve dvou případech o amputaci ve stehně. Z odpovědí tří respondentů lze vyvodit závěr, že výše amputace negativně ovlivňuje pacientovo prožívání nemoci.

Většinou pacienti po amputaci přemýšleli o tom, jak se bez končetiny budou pohybovat. Psychický stav pacientů kladně ovlivnila možnost protézování. Informace o této možnosti, těm, kterým to stav pahýlu dovolil, dodala naději na plnohodnotný návrat do běžného života. Mimo jednoho pacienta nebyla pacientům nabídnuta odborná psychologická pomoc. Žádný z pacientů ji ani aktivně nevyhledával, všichni udávali, že se snažili vyrovnat se svým handicapem sami. Všichni ale dále dodali, že jim v tom výrazně pomáhali nejbližší příbuzní. Obecně rodina (širší rodina) sehrála ve všech případech pozitivní roli při uzdravování. Platí, že čím větší je dobře fungující rodina, tím jednodušší je návrat pacienta do života. Všichni pacienti se shodli na tom, že pokud byly v rodině dobré vztahy před amputací, samotný zákrok na tom nic nezměnil. V jednom případě dokonce dotázaný uvedl, že díky amputaci se jeho vztah s manželkou zlepšil. Jeden z pacientů uvedl, že si uvědomuje, že těsně po zákroku byl na své blízké nepříjemný, ale s odstupem času se vztahy opět vrátily do stavu před amputací.

I přesto, že všichni pacienti prožívali amputaci negativně, měli tři z nich pozitivní zkušenosti se zvládnutím amputace. Tito pacienti měli možnost vidět zvládnutí amputace u jiných pacientů. Všichni tři uvedli, že jim to velmi pomohlo. Tato pozitivní zkušenost sehrála roli při vyrovnávání se s jejich stavem. Jen jeden pacient uvedl, že se do současné doby vyrovnal se svým handicapem. Jde o pacienta, který prodělal první amputaci již v roce 2006 a druhou v loňském roce. Největší znalost problému zde sehrála jistě pozitivní roli. Doba od provedené amputace u zkoumaných pacientů nesouvisela s procesem vyrovnání se s handicapem. Ve většině případů přijali pacienti změnu svého těla bez problémů. Jen jeden pacient se těžko vyrovnával se svým změněným vzhledem. Jde o pacienta, který uvedl, že neměl dostatek informací.

Problém fantómové bolesti je pro všechny oslovené pacienty známý a všichni s ní mají negativní zkušenosti. Všichni se shodli na tom, že podání analgetik při hospitalizaci jim pomohlo bolest překonat. Dále dodali, že i přes občasné opakování bolesti, v domácím léčení už analgetika neužívají. Ve dvou případech pacienti zmiňovali velkou bolest před zákrokem. Oba uvedli, že pro ně amputace byla jistým vysvobozením. V těchto případech se potvrdil pozitivní vliv amputace na léčbu bolesti.

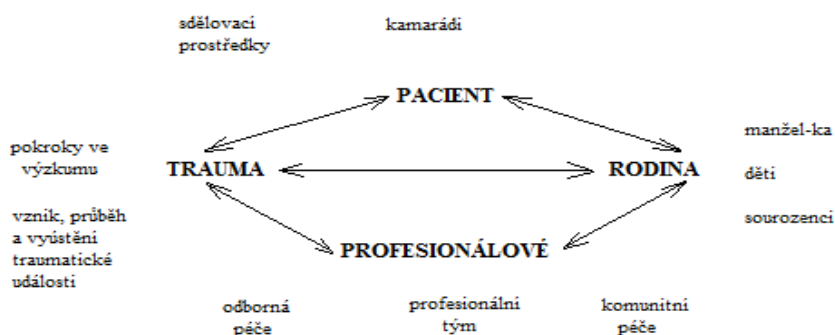
Ortopedicko-protetické služby byly nabídnuty čtyřem pacientům. V jednom případě stav pahýlu nedovolil protézování. Správně určená protetická pomůcka ve všech případech pozitivně ovlivnila psychický stav pacientů i jejich návrat do života. Všichni se shodli v tom, že s prací protetiků byli spokojeni, jen ve dvou případech zmínili pacienti průtahy způsobené zdravotní pojišťovnou.

Mimo jednoho pacienta všichni udali, že museli nějakým způsobem upravit svoji domácnost, ať už šlo o toaletu, koupelnu anebo se museli přestěhovat do přízemí domu. Jeden z pacientů, který prodělal amputaci druhé končetiny, se nakonec rozhodl, že se přestěhuje do penzionu s možností pečovatelské služby. Jeho rozhodnutí neovlivnila jen druhá amputace, ale i to, že mimo sourozenců, nemá nikoho, kdo by se o něho mohl starat.

Na otázku, v čem se podle nich nejvíce změnila jejich kvalita života, odpověděli všichni dotázaní, že v úrovni pohybu a samostatnosti. Jeden z respondentů si také postěžoval na chování lidí z okolí jeho domova. Mimo jednoho pacienta, všichni uvedli, že se jejich vztahy s kamarády po amputaci nijak nezměnily. Jeden z pacientů uvedl, že si našel nového koníčka, při kterém není omezen svým handicapem. Začal pěstovat orchideje. Ostatní si většinou postesklí, že vše, na co byli zvyklí, museli oželeť, ať už to byl sport, zahrada nebo domácí hospodářství. Všichni se shodli na tom, že nějakým způsobem museli přehodnotit své životní hodnoty. Jeden přestal kouřit a tři uvedli, že poctivěji sledují svůj zdravotní stav. Pokud pacientům amputace přinesla něco pozitivního, pak to bylo utužení vztahů v rodině. Dva dotázaní si nemyslí, že by jim amputace přinesla něco pozitivního.

Všichni pacienti až na jednoho uvedli, že byli spokojeni s chováním ošetřujícího personálu. Jeden z dotázaných si stěžoval na chování personálu i na nedostatek informací. Tento pacient také uváděl největší obavy z budoucnosti. Všichni se shodují v tom, že informace o možnostech sociální pomoci, si zjišťovali sami až po ukončení hospitalizace. Tři dotázaní uvedli, že by rádi pomohli případnému zájemci o radu, a určitě by ho povzbuzovali, protože vidí, že i bez končetiny se dá žít.

Pro shrnutí sociálního kontextu změněné kvality života pacienta po amputaci jsem využila rozšířený kvadrant péče o traumatizované dítě modifikované podle Medalie 1992 (Mareš, 2012, str. 96), který jsem upravila na dospělého pacienta (obr. č. 2).



Obr. č. 2 Rozšířený kvadrant péče o traumatizovaného pacienta modifikované podle Medalie 1992 (Mareš, 2012, str. 96)

Z uvedeného modelu vyplývá, odkud může pacient v ideálním případě po traumatické události (amputace) čerpat sociální oporu.

U všech dotázaných funguje opora ze strany rodiny (manželka, děti, sourozenci apod.). Oporu ze strany profesionálů necítil jeden dotázaný, který si v odpovědích stěžoval na přístup zdravotnického personálu před amputací. Zde je vidět selhání opory ze strany zdravotníků. Jeho obavy z budoucnosti bez končetiny byly největší ze všech dotázaných.

Všichni ostatní respondenti poukazovali na dobrou oporu ze strany zdravotníků i protetiků. Odbornou psychologickou péči využil jen jeden respondent. Jak uvedl, pomohlo mu to ve zlepšení jeho psychického stavu a přijetí amputace. Jen v jednom případě respondent nepocítil žádnou oporu od kamarádů.

Z výsledků rozhovorů vyplývá, že ani u jednoho z oslovených pacientů nedošlo k posttraumatickému rozvoji osobnosti. Pravděpodobně je to z důvodu věkového rozpětí oslovených pacientů. Většinou respondenti uvedli, že museli omezit své aktivity, kvůli ztíženému pohybu. Maximálně lze v některých aspektech hovořit o tom, že se dostali zpět na úroveň před amputací.

5.3. Diskuze

Jedním z cílů práce bylo zmapovat sociální kontext pacientovy změněné kvality života. Dotázaní respondenti nejčastěji uváděli utužování rodinných vztahů. Mimo jednoho respondenta všichni dále uvedli, že vztahy s přáteli zůstaly na stejně dobré úrovni jako před zákrokem. Z toho lze vyvodit závěr, že se jim kvalita života zlepšila nejvíce v oblasti sociálních vztahů. Tento závěr se shoduje se závěry bakalářské práce na stejné téma od Pavlačkové (2012), která uvedla zlepšení v těchto oblastech sestupně: sociální vztahy, fyzické zdraví, prožívání a životní podmínky. Naproti tomu se většina dotázaných shodla v tom, že museli omezit své koníčky, pohybové aktivity, upravit své bytové podmínky apod. To se částečně shoduje s výsledky práce Pavlačkové (2012), která v závěru své práce uvedla zhoršení kvality života v oblastech fyzické zdraví, životní podmínky, prožívání a sociální vztahy.

Jen jeden z dotázaných uvedl, že se setkává s neohleduplností zdravé části populace. Všichni ostatní respondenti problém v této oblasti nezmiňovali. Výsledek může být ovlivněn tím, že tento respondent žije, jako jediný z dotázaných, v bytovém domě a navíc sám bez nejbližších rodinných příslušníků. Tři dotázaní bydlí v rodinném domku ve

společné domácnosti s manželkou a jeden dotázaný v penzionu pro seniory. Tito respondenti proto nejsou tolik odkázáni na pomoc cizích zdravých lidí, jako respondent, který žije sám v bytovém domě. To se liší od závěru práce Vilímkové (2010), která v závěru svého šetření obecně konstatovala, že česká společnost ještě stále přistupuje k handicapovaným lidem s odstupem a je spíše neochotná jim pomoci. Ani případné vyčlenění člověka ze společnosti z důvodu amputace, které v této práci také zaznělo, se mimo jednoho případu nepotvrdilo.

Dalším z cílů bylo analyzovat subjektivní prožívání změněné kvality života pacientem po amputaci. Většinou pacienti po amputaci přemýšleli o tom, jak se bez končetiny budou pohybovat. To se shoduje se závěry zkoumání Galaghera a MacLachlana (Mareš, 2012), kteří zkoumali pacienty po nízké amputaci končetiny. Ve výsledcích jejich práce uvedli, že pacienti uvažovali o omezení života po ztrátě části končetiny, o životě s protézou, o tom, zda jim amputace přinesla něco pozitivního, o osudu amputované končetiny, o tom, co s nimi bude dál. Na otázku, zda jim přinesla amputace něco pozitivního, zmínili v mém šetření dva respondenti zlepšení a utužení rodinných vztahů a v jednom případě lepší zvládání zátěžových situací. Naproti tomu v práci Galaghera a MacLachlana uvedlo 46 % dotázaných pozitiva v těchto oblastech: vymizení bolesti, získání finančních kompenzací po nezaviněném úraze, lepší zvládání zátěžových situací, změna postoje k životu, zocelení charakteru a pocit nezávislosti.

Výsledky šetření Oaksfordové, Frudeho a Cuddihy (Mareš, 2012) ukázaly na vyšší sebedůvěru a menší úzkost a depresi u pacientů. To se částečně shoduje s výsledky mé práce, protože všichni pacienti udali, že jsou se svým psychickým stavem spokojeni. Se svým handicapem se úplně vyrovnali pouze dva dotázaní. Nepodařilo se prokázat, že by na to měla vliv doba od amputace ani sociální kontakty s rodinou, přáteli apod. Lepší kontakty s rodinou uváděli i respondenti, kteří se dosud nevyrovnali se svým handicapem. Pokud bychom chápali vyrovnání se s amputací jako pozitivní náhled, znamenalo by to, že se nám úplně nepotvrdily výsledky šetření Couterové, Desrosierové a Caronové (Mareš, 2012), které ve výsledcích uvedly, že osoby s pozitivním náhledem na amputaci vykazovaly nižší úroveň bolesti, lepší sociální kontakty s rodinou, přáteli a zdravotníky. Naproti tomu se ve výsledcích shodují se závěrem této práce, že čas, který uplynul od amputace, nemá vliv na vyrovnání se s handicapem.

Z výsledků mého šetření vyplývá, že je velmi důležitá komunikace mezi ošetřujícím personálem, pacientem a nejbližšími příbuznými. Na problémy s informovaností a komunikací poukazoval pacient, který vykazoval největší obavy ze své budoucnosti.

Přitom umění komunikovat by mělo patřit mezi základní dovednosti lékařského i nelékařského zdravotnického personálu. Správná edukace pacienta již před zákrokem může pozitivně ovlivnit nejen jeho rozhodnutí, zda se zákrokem souhlasit, ale i jeho prožívání nemoci po zákroku. Proto by neměli zdravotníci komunikaci s pacientem v žádném případě zanedbávat. Z vyprávění uvedeného pacienta vyplývá, že mu chyběly informace o samotném zákroku i o životě po něm. Řešením by mohlo být zprostředkování informací od člověka, který amputaci již podstoupil. První možností je, že by tyto informace předal při osobním setkání. Druhou možností je písemné zaznamenání rozhovoru nebo nahrávání na některý z běžných nosičů. Výhodou druhé možnosti je, že by jedinci ochotní spolupracovat nemuseli být stále dostupní.

Ve spolupráci s nejbližší rodinou by se zdravotníci měli více zajímat o psychický stav pacienta a nabízet odbornou psychologickou pomoc. Velké mezery v této podpoře ukázalo právě mé šetření, protože jen v jednom případě byla pacientovi nabídnuta psychologická pomoc. Navíc v tomto případě ji zajistila rodinná příslušnice (neteř), která je sama zdravotnicí. Poskytnutí psychologické pomoci již před zákrokem může pomoci získat pacienta pro léčebnou spolupráci. Naproti tomu po zákroku může velmi pozitivně ovlivnit proces vyrovnávání se s handicapem.

Dále z výsledků mé práce vyplývá, že je potřeba se věnovat více sociální pomoci. Sociální pracovníci by, dle mého názoru, měli navštívit pacienta již během hospitalizace a nastínit mu celou problematiku. Jelikož se jednalo o pacienty hospitalizované na mém pracovišti, seznámila jsem s výsledky práce mé nadřízené a díky tomu došlo k prvním změnám v této oblasti. Po dohodě se sociální pracovníci vznikl manuál sociální pomoci pro tyto nemocné. Z výše uvedených informací vyplývají tato doporučení pro personál ošetřující pacienty po amputaci. Stále zlepšovat své komunikační dovednosti, více se věnovat psychickému stavu pacienta a nebát se mu nabídnout odbornou psychologickou pomoc. Dále aktivně spolupracovat se sociálními pracovníky, kteří by měli informovat pacienty o možnostech sociální pomoci ještě před opuštěním nemocnice.

ZÁVĚR

Amputace je jedním z vyústění složité léčby diabetu. V některých případech přichází pacient k lékaři v době, kdy už není jiné řešení. V jiných jde o problém progredujícího onemocnění.

Po amputaci prochází pacient velkou psychickou a fyzickou zátěží. Subjektivní zvládání amputace je velmi individuální. Primárně vychází ze samotné psychické odolnosti pacienta. I pro velmi silné osobnosti je to ale velmi traumatická událost. Cílem zdravotníků by mělo být udělat vše pro to, aby se pacient zotavil nejen po fyzické, ale i psychické stránce. Dle výsledků mého šetření je vidět, že v tomto směru lze spatřovat určité rezervy. Většina pacientů uvedla, že jim nebyla nabídnuta odborná psychologická pomoc. Navíc si jeden z pacientů posteskl, že mu při hospitalizaci chyběl ze strany ošetřujících potřebný čas věnovaný pacientům. Subjektivně se mu zdálo všechno příliš uspěchané.

Velmi důležitá je komunikace mezi zdravotníky a pacientem. „Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, která proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným“ (Plevová a kol., 2011, str. 96).

Pro optimální proces uzdravování je nutná spolupráce ošetřujícího personálu se specialisty z oboru psychologie, rehabilitace, orto-protetiky apod. Nedílnou součástí je důsledná spolupráce s rodinnými příslušníky, protože šetření potvrdilo, že nejbližší příbuzní velmi pozitivně ovlivňují subjektivní zvládání amputace. Jako velmi důležitá se ukázala důsledná edukace pacienta již před samotným zákrokem. Informovanost je pro pacienta velmi důležitá pro překonání stadia nejistoty. Potvrdilo se, že pacienti, kteří byli lépe informováni, měli menší obavy ze samotného zákroku i z budoucnosti bez končetiny. Jednou z možností, jak zlepšit informovanost pacientů, je zprostředkování informací od pacientů, kteří již amputaci prodělali.

Šetření ukázalo na nedostatečnou spolupráci mezi zdravotníky a sociálními pracovníky, protože všichni oslovení pacienti si možnosti sociální pomoci zajišťovali sami až po ukončení hospitalizace. Přestože to sami pacienti necítili jako chybu, případné poučení ze strany sociálních pracovníků by jistě přispělo k jejich jednoduššímu návratu do běžného života. Proto by měli sociální pracovníci, po dohodě s ošetřujícím personálem navštěvovat pacienty již během hospitalizace a aktivně je informovat o možnostech sociální pomoci.

Šetření prokázalo, že amputace velmi ovlivní život člověka. V některých případech však s sebou nese i jistá pozitiva. V podstatě všichni oslovení pacienti se shodli na tom, že díky amputaci se jejich rodina ještě více semkla. Navíc si více začali všimnout svého zdravotního stavu, i stavu svých blízkých.

Z výsledku této práce vyplynulo, že kvalitu života zkoumaných pacientů ovlivnila celá řada faktorů.

- Amputace byla důsledkem jejich onemocnění. Někteří z nich nevěnovali závažnosti vývoje pozornost a amputace byla jediným možným řešením.
- Ne všichni byli na nutnost amputace připraveni psychicky. Většinou nebyla nabídnuta žádná psychologická pomoc.
- Ne všem ošetřující personál vyložil důležitost zákroku.
- Pro pacienta je neobyčejně důležité, do jaké výše je amputace provedena.
- Samotný operační výkon a pooperační péče byla hodnocena celkem příznivě.
- Všichni prožívali fantómovou bolest.
- Všichni byli spokojeni s prací protetiků.
- Většinou z nich chyběly konkrétní informace, jak si zařídit život po návratu domů.
- Většinou pomohl spíše postoj a zkušenosti spolupacientů.
- Většinou chyběly informace týkající se sociálního zabezpečení.
- Většinou z nich byla velkou oporou rodina a kamarádi.
- Po návratu do domácího prostředí prožívali všichni adaptaci na tyto tři aspekty:
 - adaptace na protézu (zvykání si na protézu, pohyb s protézou),
 - sociální adaptace (změna možnosti kontaktovat známé, rodinu apod.),
 - životní podmínky (změna bytových podmínek apod.).

Vyrovnění se se změněnou kvalitou života je záležitost dlouhodobá, řádově i roky, až na jednoho se jim to povedlo.

ANOTACE

Autor:	Pavla Angelová
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetřovatelství
Název práce:	Kvalita života nemocných po amputaci dolní končetiny
Vedoucí práce:	Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Počet stran:	89
Počet příloh:	4
Rok obhajoby:	2013
Klíčová slova:	amputace, dolní končetina, kvalita života

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života pacientů, kteří prodělali amputaci dolní končetiny. V teoretické části objasňuje pojem amputace, popisuje problematiku amputace, možnosti psychologické a sociální opory a ortopedické protetiky. Dále charakterizuje ošetřovatelskou péči u pacientů po amputaci, objasňuje pojem kvalita života a shrnuje dosavadní výzkumy na toto téma.

V empirické části pomocí kvalitativního šetření zkoumá kvalitu života po amputaci dolní končetiny u pěti cíleně vybraných respondentů. Všichni prodělali amputaci z důvodu komplikací, které provázejí diabetes mellitus. Ve dvou případech šlo o amputaci v bérce, ve dvou o amputaci ve stehně a v jednom případě o amputaci jedné nohy v bérce a druhé ve stehně. Mapuje zdravotní stav pacientů před amputací, hodnotí psychosomatické dopady amputace na pacienta, analyzuje subjektivní prožívání a sociální kontext změněné kvality života. Výsledky porovnává s domácími i zahraničními výzkumy na stejné téma.

Z výsledku práce vyplývá, že kvalitu života nemocných po amputaci ovlivňuje mnoho faktorů, např. typ amputace, dostatek informací, psychologická a sociální pomoc. Práce poukazuje na rezervy, na které je nutné se při ošetřovatelské práci zaměřit. Jde o dostatečnou edukaci pacienta, spolupráci zdravotníků s rodinou, psychology a sociálními pracovníky.

The bachelor thesis deals with the life quality of patients, who have undergone amputation of the lower limb. Theoretical part of the thesis explains the concept and describes the issue of amputation, presents the options of psychological and social support

and orthopedic prosthetics. Further, it characterizes the nursing care of patients after amputation, clarifies the concept of life quality and summarizes current research on this topic.

In the empirical part, using a qualitative investigation, the thesis look into the life quality of five specifically selected respondents after amputation of lower limb. All five respondents undergone amputation due to complications in connection with diabetes mellitus. Amputation in the lower leg was made in two cases, amputation in the thigh was made in two cases and amputation of first leg in the lower leg and second leg in the thigh in one case. Health status of patients before amputation is being mapped, psychosomatic impacts on the patients are evaluated, subjective experience and social context of altered life quality is analyzed. The results are compared with the domestic and foreign studies in this field.

The results of this work show, that the life quality of the patients after amputation is influenced by many circumstances such as type of amputation, information level, psychological and social assistance. The work refer to the reserves, the nursing care must focus on. This is sufficient education of a patient, cooperation between medics and family, psychologists and social personnel.

POUŽITÁ LITERATURA

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V.: *Výzkum a ošetřovatelství*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 185s. ISBN 978-80-7013-467-2

CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*. Mahwah: Erlbaum 2006, 387s. ISBN 0-80-8058-5196-8

DOENGES, M.E., MOORHOUSE, M.F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r. o. 2001, 568s. ISBN 80-247-0242-8

GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2011, 224s. ISBN 978-80-247-3625-9

JUŘENÍKOVÁ, P. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2010, 80s. ISBN 978-80-247-2171-2

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, s.r.o. 2003, 277s. ISBN 80-7178-774-4

MAREŠ, J., a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, spol. s r.o. 2006, 228s. ISBN 80-86633-65-9

MAREŠ, J., a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, spol. s r.o. 2008, 235s. ISBN 978-80-7392-076-0

MAREŠ, J. *Posttraumatický rozvoj člověka*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2012, 200s. ISBN 978-80-247-3007-3

MAREŠ, J., OTTEROVÁ, E. *Naděje jako moderátor bolesti. Bolest*. Praha: Tigis spol. s r.o. ISSN 1212-0634. 2001, č.3

PAVLAČKOVÁ, M.: *Kvalita života pacientů po amputaci na dolní končetině*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2012. 87s. Depon in: Informační systém Masarykovy univerzity

PAYNE, J., a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton 2005, 629s. ISBN 80-7254-657-0

PLEVOVÁ, I., a kol. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2012, 304s. ISBN 978-80-247-3871-0

PLEVOVÁ, I., a kol. *Ošetrovatelství I*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2011, 288s. ISBN 978-80-247-3557-3

SLEZÁKOVÁ, L., a kol. *Ošetrovatelství v chirurgii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2010, 268s. ISBN 978-80-247-3129-2

SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 1. vyd. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů 2009, 63s. ISBN 978-80-254-3820-6

SOSNA, A., VAVŘÍK, P., KRBEČ, M., POKORNÝ, D., a kol. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton 2001, 175s. ISBN 80-7254-202-8

TALPOVÁ, E. *Rehabilitace u klienta po amputaci končetin*. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s. ISSN 1210-0404. 2011. roč. 21, č.6, s. 39-41

VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s r.o. 2006, 148s. ISBN 80-86633-60-8

VILÍMKOVÁ, K.: *Vliv amputace dolní končetiny na kvalitu života*. Bakalářská práce obhájená na Pedagogické fakultě Masarykovy univerzity v Brně v r. 2010. 42s. Depon in: Informační systém Masarykovy univerzity

VRBA, I. *Postamputační bolest*. [online]. [cit. 2003-02-25]. Dostupné na WWW<<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/postamputacni-bolest-151984>>

ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ, J. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing spol. s r.o. 2011, 288s. ISBN 978-80-247-4062-1

PŘÍLOHY

Příloha

č. 1 VZOR OŠETŘOVATELSKÉHO STANDARDU

			
SVITAVSKÁ NEMOCNICE, a.s. Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy Tel. 461 569 111			
Verze: 03	POKYN	Proces: III. PLP	
Fáze: užívání		Důležitost dokumentu: III.	
Platnost od: 1.1.2012	PO/CHIR/05/12-12	Platnost do: 31. 12.2013	
Počet stran: 3		Počet příloh: 0	
Název:	PÉČE O PACIENTA PO AMPUTACI		
OBSAH:			
<i>Definice</i>			
<i>Předoperační příprava</i>			
<i>Pooperační péče</i>			
<i>Nácvik sebeobsluhy</i>			
<i>Psychosociální potřeby</i>			
<i>Domácí péče</i>			
	Jméno	Datum	Podpis
Vypracoval	Bc. Božena Vávrová, manažerka pro chirurgické obory	28.11.2011	
Přezkoumal	Pavla Angelová, staniční sestra	28.11.2011	
Schválil	MUDr. Karel Víšek, primář chirurgického oddělení	1.12.2011	
Aktualizace:	31.12.2013		
Rozdělovník:	Zaměstnanci nelékařských zdravotnických povolání chirurgického oddělení		

1. Amputace:

- znamená snesení končetiny a porušení kontinuity kosti

Důvody amputace:

- těžké úrazy s postižením měkkých částí a kloubů
- infekce – plynatá sněť
- zhoubné nádory – sarkomy
- poruchy prokrvení – ICHDK, diabetické nohy
- gangrény = nejčastější indikace

Cíl operace:

- odstranění bolesti
- zlepšení prokrvení
- aktivní pohyblivost pahýlu
- funkční schopnost pahýlu pro protézu

Zásada:

- zachovat co největší část končetiny
- zbylá část musí vyhovovat přiložení protézy

2. Předoperační příprava:

Obecná:

- vnitřní ošetřovatelský pokyn č.21 *Předoperační příprava*
- sonografie cév DK, angiografie DK, CT angiografie,...

Psychická:

- pacient má strach z omezení pohybu, nesoběstačnosti, závislosti na druhých osobách
- zátěž je větší u pouřazových amputací
- u dlouhodobého postižení DK – je úleva od bolesti
- důležitý je nácvik sebeobsluhy, seznámení s kompenzačními pomůckami již před výkonem

3. Pooperační péče:

Bezprostřední:

- sledování vitálních funkcí
- postup dle ordinací anesteziologa a ošetřujícího lékaře
- sledování operační rány - prosakování (vždy je drén), R drén – množství, u odváděného množství víc jak **150 ml za 12 hodin** informovat lékaře
- sledování bolesti – účinek analgetik, fantomové bolesti neexistující končetiny postup dle směrnice č. 22 *Pooperační péče*

Poloha nemocného:

- prvních 18-24 hod. se pahýl ukládá do zvýšené polohy (polštář), zabrání se tak otoku a bolesti.
- v dalších dnech se pahýl ukládá do vodorovné polohy z důvodů prevence kontraktur (zajištění pomocí sáčku s pískem, poloha na břicho).
- poloha na břicho zpočátku 2x denně na 20-30 minut.

- spolupráce s REH sestrou (REH zajistit od 1. pooperačního dne).

Péče o pahýl:

- aseptické ošetření rány, první převaz bývá 2. – 3. den po operaci.
- obvaz musí být čistý, suchý, obinadlo nesmí být zaškrtené, pahýl musí být dobře prokrvený.
- **důležitá je edukace pacienta !**
- po zhojení pahýlu je odstranění stehů.
- důležitá je bandáž pahýlu – v distální části je větší tlak než v proximální části, je nutno formovat pahýl do **konického tvaru!**
- REH- flexe, extenze, nácvik chůze o berlích

4. Nácvik sebeobsluhy:

- od 1. dne po operaci – nácvik sebeobsluhy, posazení, nácvik stoje, držení rovnováhy – chůze o berlích.
- včasné kontaktování protetiků (technik odebere míru na protézu).
- nácvik chůze o protéze, nasazování protézy.
- **POZOR** na kluzkou podlahu.
- pomoc při hygieně, výživě, vyprazdňování.
- pozor na intimitu pacienta.
- odpočinek, spánek – tvrdé lůžko.
- není-li schopen chůze o protéze – zajištění vozíku.

5. Psychosociální potřeby:

- empatie.
- kontakt s příbuznými, vyrovnání se s postižením.
- začlenění se do společnosti, sdružení stejně postižených lidí.
- spolupráce s psychologem.
- pochvala, povzbuzení.

6. Domácí péče:

- docílení dlouhodobé rehabilitace.
- REH ústav.
- **péče o protézu, úprava protézy**
- možné zajištění domácí péče – ošetřování pahýlu, rehabilitace
- navrácení do normálního společenského a sociálního prostředí

Příloha

č. 2 SOUHLAS RESPONDENTA S POUŽITÍM ROZHOVORU

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás se žádostí o rozhovor, který bude podkladem pro moji bakalářskou práci. Jmenuji se Pavla Angelová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, obor všeobecná sestra na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Rozhovor se bude týkat Vašeho stavu po amputaci a jejího vlivu na Váš život, zejména na jeho kvalitu. Pro snadnější zpracování bude rozhovor nahráván. Po zpracování informací bude nahrávka zničena.

Vaše jméno i identifikační znaky Vaší osoby nebudou nikomu jinému dostupné. V dané práci bude zajištěna Vaše anonymita. Máte právo neodpovědět na jakoukoliv otázku bez udání důvodu a rozhovor můžete kdykoliv ukončit.

Souhlas prosím potvrďte svým podpisem.

Děkuji Vám za laskavost a důvěru.

Pavla Angelová

.....

PODPIS PACIENTA

Příloha

č. 3 PŘEPIS PRVNÍ ČÁSTI ROZHOVORŮ – VLASTNÍ VYPRÁVĚNÍ

Respondent č. 1

To je asi 12 let nebo kolik, jak bylo ještě kožní, tam bylo lůžkové, každý rok jsem tam byl 2-3 měsíce, protože jsem měl na noze defekt, který se mně nechtěl kvůli cukrovce hojit. Už jsem měl i kvůli tomu invalidní důchod. Nechtělo se mně zase do nemocnice, tak jsem to oddaloval, pak se mně tam udělal zánět, zčernalo mně to a už to nešlo nechat, tak jsem šel na chirurgii, kde mně řekli, že se noha bude muset amputovat ve stehně. Já jsem o tom pořád přemýšlel, v noci, co bude doma, co bude dál. A potom, jak mně to amputovali, tak jsem na to přestal myslet, hodil jsem to za hlavu. No a s tou druhou to bylo stejné. Když mě pustili, já jsem začal chodit, chodit, víc jsem začal namáhat tu levou, na chodidle se mně odvápnila kost, tak to doktor pořád odštípával, já jsem udělal 2-3 kroky a při každém kroku mě to tam píchalo, šel jsem za ním a on říkal, že mám kamennou kost, ona tam trčela, odštípával to pořád, až už tam nic nebylo, ten kotník, to už jsem nemohl chodit, musel jsem si pořídit vozík, potom mně to prasklo z ničeho nic doma večer v posteli, ráno jsem se probudil a prostěradlo bylo plný nějaké tekutiny, tak jsem se podíval a to z toho teklo. Tak jsem zavolaal doktorovi, že dialýzu mám v úterý, čtvrtek, sobota a on řekl ať se za ním stavím, až nebudu mít dialýzu. Tak jsem se stavil a už jsem šel. Už to bylo jasné. Byli jsme spolu domluveni, že to necháme co nejdéle, až to bude potřeba. S tímto jsem se jako smířil. Neustále. Jen jsem nevěděl, jak to bude pokračovat, dvě protézy, tak to se špatně chodí. Potom jsem byl na doléčení na LDN a tam jsem za 14 dní chodil, tak mě pustili domů, když jsem dostal tu protézu, tak to šlo. Na Pavlovce jsem měl byt, tak ten prodávám teď a odstěhoval jsem se na penzion, dostal jsem to od města, tam je to bezbariérový. Žiju sám, rodinu svoji nemám. Je tam všechno, perou tam, obědy vaří. Občas přijde bratr nebo švagrová, kteří mi hodně pomáhají, s tím co potřebuji.

Respondent č. 2

Já jsem nastoupil na chirurgii, aniž bych tušil, že přijdu o nohu. Mně se prostě udělaly ze spodu na chodidle takový puchýřky a u nehtu u palce se loupala kůže. Tak žena říkala, že se jí to nelíbí, ona mně to taky pořád něčím mazala, zkoušeli jsme různé masti,

no bohužel to nezabralo a ona říkala, no běž si s tím. Tak jsem šel k doktorovi do soukromé chirurgické ambulance a ten mě okamžitě poslal do nemocnice na chirurgii. Tam jsem první tři dny ležel a pak přišel primář a ten řekl, že mám zánět kosti a že mně budou muset tu nohu nad kolenem uříznout. Tak to mě vyrazilo dech, to jsem si dovedl představit, co by to bylo s tím chodit. Tak jsem z nemocnice dalo by se říct utekl. Řekl jsem, že si musím něco zařídit doma a už jsem to vzdal, už jsem to nechtěl podstoupit. Pak mně volala paní doktorka, ať si to ještě pořádně rozmyslím, ale že jiný východisko není a že se pokusí uříznout tu nohu pod kolenem. Tak jsem si řekl, že když teda není jiné východisko, tak to budu muset podstoupit. No a tak jsem šel na tu operaci a byl jsem z toho takovej dost špatnej. Na operaci už jsem šel smířený, ale můžu říct, že žádná legrace to není, je to zásah do života jako hrom. Mně to vyšlo do důchodu. Prostě mně tu nohu amputovali, když už jsem měl nárok na důchod. Takže jsem si hned, když jsem se vrátil ze špitálu, zažádal o důchod.

Respondent č. 3

Důvodem byla cukrovka, diabetická noha. Ze začátku jsem měl defekt na palci a až potom to pokračovalo. Nejdřív mě amputovali jenom palec, vypadalo to celkem nadějně, ale pořád to otékalo, tak jsem byl dva měsíce doma a pak se to zhoršilo, otekla mně noha až na koleno, tak pak mně to amputovali. To už jsem to tušil, protože člověk takhle ty případy zná. Když mně uřízli jenom ten palec, tak jsem říkal, tak je to dobrý, jenomže potom se to nelepšilo, tak mně to čistili, tak primář povídal, no než aby se to takhle pořád čistilo a horšilo, tak je lepší to amputovat, budete mít protézku, on to bral jako samozřejmý. No a ono to dopadlo. Protože říkám, ono to převazování a koupání bylo hrozný. To, jak se čistilo to maso na tom palci, to jsem skučel jako pes. To bylo hrozný. Na ambulanci tam se o mně doktor staral dobře. Původně mně tam chtěli dát plastiku, ale to byla asi taková zástěrka, aby mě utěšili, protože jak řekli, že to nejde, protože to není úplně čistý a to by se nechtylo.

Jak říkám, celkem to jde, já jsem teď chodil pěkně, ale teď jsem zase spadl. Máme tady nahoře garáže a tam máme dřevo. Chlapi (syn a zeť) tam dělali dlažbu a já je tam pozoroval. Seděl jsem tam na židli, kterou mně tam dali a pak jsem se šel podívat do garáže a spadl jsem. Narazil jsem si koleno a pořád to ještě cítím. Jinak jsem s děčkama lítal po zahradě fest. Holkám jsem udělal kolotoč a houpačky, tak jsem to všechno svařoval.

Respondent č. 4

Já jsem si to nedokázal představit takovej život. Když se mi tohleto stalo a když mně pak léčili a v nemocnici mně to doktor , že mně tu nohu nezachrání, ani jsem tomu nevěnoval takovou pozornost. Teď přemýšlím, že to je dost jako potíž. Ty lidi, jak bych to řekl, vás odsuzují. Prostě, když mě něco spadne, tak jdou okolo a nechaj mě být nebo takhle. Prostě tohle oni nezažili a já se musel probíjet tím. A pak jsem zůstal sám. A děti mně pomůžou, když potřebuju, to je jasný, ale já jsem většinou sám. Mně to amputovali v roce 2010. Já jsem měl nejdřív sádku a nechtělo se to hojit, tak mě zkusili poslat do B. na cévní. Tak jsem byl v B., tak jsem ležel na intenzivce a tam se rozhodli, že mně ji vezmou. Tak jsem volal děčkám, že budu bez nohy a takhle, to bylo takový těžký. Byl jsem z toho úplně vyřízený, protože jsem nevěděl co to je. Ještě bylo takový divný, tam byl takovej chirurg a on mně říkal, že to byla první noha, co tady amputovali. Tak mně to přišlo, že si z toho dělají legraci, ale oni nevědí, co to je být bez nohy. Mě do B. odvezli s tím, že tu nohu zachrání. A pak mně řekli, že ji nezachrání. Řekli mně, že ať se spojím s rodinou a řeknu jim všechno. A co jsem prožil ty bolesti a to všechno, to se dá těžko vysvětlit.

Respondent č. 5

Já jsem před rokem, nějak v červnu, byl v H. K. na operaci bypassu. A začaly se mi dělat boláky mezi prstama na nohách. Ale doktoři nevěděli, co to je.

Ale nebylo to zlý ani dobrý, tak jsem to ještě vydržel. Doktoři říkali, že to nic není.

Protože jsem po tom bypassu prodělal menší mozkovou příhodu, ranilo mě, tak mě dali na rehabilitační kliniku. Tam se to lepšilo, ale pomalu, tak jsem si domluvil a vyžádal překlad do léčebny do K. Říkal jsem si, tam o tom budou vědět něco víc. No věděli, ale neměli zájem, zase nic. V prosinci mě propustili domů s tím, že můžu přijít znovu, ale to už jsem byl našťvaný, tak jsem zůstal doma. To jsem se teprve začínal učit chodit, když mě propustili domů. Dcera zařídila, že jsem měl vozík půjčený od charity, nebo od koho to bylo, takže jsem se po baráku pohyboval na vozíku a dobrý. No a přišlo jaro a nějak v květnu, já si to moc nepamatuju, najednou jsem se doma složil, zkrátka byl jsem mimo, manželka volala rychlou, protože nevěděla co. No a pak mě udělali vyšetření cév a probírali to s B. a domluvili se, že tam mně už nepomůžou, že to musí uříznout v bérce. Čtrnáct dní se to nehojilo, tak se radili zase s P. a ty doporučili amputovat ve stehně. To,

když mně řekli, tak to teda jsem nebyl vůbec nadšený. Když jsem si promítl, že jsem se vlastně přes rok trápil bez nějaké pomoci. No a pak se mi zhoršila i druhá noha, musel jsem do P. na profouknutí, ale moc se to nepodařilo a začal jsem mít problémy i s druhou nohou. Na patě jsem měl velkou černou díru jak pětikorunu. Tak jsem s tím chodil do ambulance na převazy. Jakž takž to šlo. Ale teď se to zase zhoršilo a šíří se to po nártu, takže za dva dny si mám jít lehnout do nemocnice a vypadá to, že přijdu i o druhou nohu.

Příloha

č. 4 OTÁZKY PRO POLOSTANDARDIZOVANÝ ROZHOVOR

1. Když Vám lékaři oznámili, že Vám musí končetinu amputovat, byla to pro Vás úplně nová zpráva, nebo jste o této možnosti alespoň trochu věděl?
2. Vzpomenete si, co Vás napadlo jako první, když jste přemýšlel o tom, co bude dál?
3. Byla Vám nabídnuta odborná psychologická pomoc?
4. Jak byste ohodnotil svůj současný psychický stav?
5. Ostatní pacienti po amputaci prožívají tzv. fantómovou bolest. Jak jste ji vnímal Vy?
6. Myslíte si, že jste se v současné době už vyrovnal se svým handicapem ?
7. Kdo Vám nejvíc pomáhá se s touto velkou změnou vyrovnat?
8. Znal jste někoho se stejným postižením, s kým jste probírali svoje problémy?
9. Kdy Vám byla nabídnuta protéza a další pomůcky? Byl jste spokojen se službami v této oblasti?
10. Myslíte si, že je rozdíl v tom, jak jste vnímal svoje změněné tělo po operaci a nyní s odstupem času?
11. Musel jste doma dělat nějaké úpravy?
12. V čem se nejvíce změnila kvalita Vašeho života?
13. Poradil Vám někdo v sociální oblasti?
14. Pociťujete změny chování členů Vaší rodiny vůči Vám, nebo změny ve svém chování vůči Vaší rodině před a po amputaci?
15. Měl jste hodně přátel? Změnil se po amputaci okruh Vašich přátel?
16. Měl jste dříve nějaké koníčky, které jste musel kvůli ztrátě končetiny omezit nebo přestat provozovat?
17. Přehodnotil jste svoje životní hodnoty?
18. Myslíte si, že zdravotníci projevili vůči Vám dostatek empatie, lidskosti a profesionality?
19. Učil jste se v nemocnici, jak se starat o pahýl? Jak ho vyvazovat, jak pečovat o ránu?
20. Uvažoval jste někdy nad tím, jestli to, co jste závažného prožil, Vám přineslo něco pozitivního v životě?
21. Řešíte nyní nějaký problém úzce související s Vaším handicapem?
22. Co Vás v poslední době potěšilo?
23. Co byste poradil člověku, který se dostal do Vaší situace a nemá s ní žádné zkušenosti?

24. Přišel jste postupem času sám na nějaký nápad, který Vám usnadnil život s handicapem?
25. Zvládl jste nějakou činnost, o které jste si myslel, že ji s Vaším handicapem nemůžete zvládnout?