

Kvalita života pacientů po amputaci dolní končetiny

Dorota Markovská

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Dorota Markovská
Osobní číslo:	H18535
Studijní program:	B5341 Ošetrovatelství
Studijní obor:	Všeobecná sestra
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Kvalita života pacientů po amputaci dolní končetiny

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

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

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat. Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

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

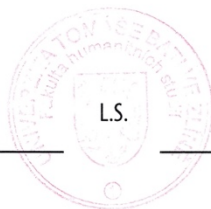
Seznam doporučené literatury:

- AYYASWAMY, B. *Quality of Life after Amputation in Patients with Advanced Complex Regional Pain Syndrome: a Systematic Review*. EFORT Open Reviews [online]. The British Editorial Society of Bone and Joint Surgery, 2019, no. 9, pp. 533-540. ISSN 1214-2158. DOI: 10.1302/2058-5241.4.190008.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- HERDMAN, T. H. a S. KAMITSURU. *Ošetrovatelské diagnózy: Definice a klasifikace NANDA –International 2015-2017*. Překlad Pavla Kudlová. Praha: Grada, 2015. 439 s. ISBN 978-80-247-5412-3.
- KUDLOVÁ, P. *Ošetrovatelská péče v diabetologii*. Praha: Grada Publishing. 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5367-6.
- ZEMAN, M. a kol. *Chirurgická propedeutika III*. Praha: Grada, 2011. 512 s. ISBN 978-80-247-3770-6.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Mgr. Petr Snopek, PhD., MBA**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života lidí po amputaci dolních končetin. V teoretické části se věnuje poznatkům o amputaci, její historii, indikaci k amputacím, komplikacím, protetice, předoperační, pooperační péči a rehabilitační péči. V praktické části je užitá kvantitativní výzkumná metoda standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, který hodnotí 4 základní domény života. Hlavní cíl je zaměřen na to, jak pacienti po amputaci dolní končetiny subjektivně hodnotí kvalitu svého života.

Klíčová slova: amputace, kvalita života, protetika, ošetrovatelská péče, fantomova bolest, WHOQOL- BREF

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with the quality of life of people after lower limb amputation. In the theoretical part, it deals with knowledge about amputation, its history, indications for amputation, complications, prosthetics, preoperative, postoperative care and rehabilitation care. The practical part uses a quantitative research method of the WHOQOL-BREF standardized questionnaire, which assesses 4 basic domains of life. The main focus is on how lower limb amputees subjectively assess their quality of life.

Keywords: amputation, quality of life, prosthetics, nursing care, phantom pain, WHOQOL-BREF

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Mgr. Petru Snopkovi, PhD., MBA za vedení bakalářské práce, cenné rady, čas a především trpělivost, kterou mi při zpracování této práce věnoval.

Dále bych chtěla poděkovat všem lékařům a nelékařským zdravotním pracovníkům za jejich ochotu a spolupráci při dotazníkovém šetření.

A především mé velké díky bych ráda věnovala respondentům, kteří ochotně vyplnili anonymní dotazník.

PROHLÁŠENÍ

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 AMPUTACE	11
1.1 DEFINICE AMPUTACE.....	11
1.2 HISTORIE NEBO HISTORICKÝ VÝVOJ / HISTORICKÝ VÝVOJ A DEFINICE	12
1.3 INDIKACE K AMPUTACI.....	13
1.4 PŘEDOPERAČNÍ PÉČE	14
1.5 ANESTEZIE	16
1.6 OPERAČNÍ VÝKON	17
1.7 POOPERAČNÍ PÉČE	18
1.8 TYPY AMPUTACE.....	19
1.9 KOMPLIKACE	19
1.10 SYNDROM DIABETICKÉ NOHY	20
2 REHABILITACE PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN	24
2.1 PROTETIKA.....	24
3 KVALITA ŽIVOTA	29
3.1 POSUZOVÁNÍ A MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	38
DISKUZE	68
ZÁVĚR	70
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	76
SEZNAM OBRÁZKŮ	77
SEZNAM TABULEK	78

ÚVOD

Tato bakalářská práce shrnuje poznatky o „Kvalitě života pacienta po amputaci dolní končetiny“. Práce se skládá z teoretické části a praktické části, komplexně se zabývá problematikou péče o jedince po amputaci, péče o pahýl a návratem do společnosti, podpořeným rehabilitací. Každý z nás si přeje, aby svůj život prožil smysluplně, kvalitně a s odkazem, který po něm zůstane. Amputace dolní končetiny je velmi závažný chirurgický zákrok a výrazný zásah do života jedince, jenž doprovází nelehká situace v podobě velké životní změny spojené s obrovským omezením v zajištění základních životních potřeb a s nimi souvisejících standartních činnostech na denní bázi. Pacienti po amputaci si prochází jak fyzickou, tak i psychickou bolestí, kterou často doprovází depresivní stavy.

Vlastní zkušenost mi umožnila z blízka poznat a vnímat, jak těžce a jakými způsoby se pacienti se svým získaným postižením vyrovnávají. Proto by se měl každý zdravotník a každý člen rodiny nebo z okruhu nejbližších přátel zapojit k navracení k co nejkvalitnějšímu žití postiženého jedince. Zmíněné téma pro bakalářskou práci jsem si vybrala především z důvodu souvislosti s mojí odbornou a dlouholetou praxí na chirurgickém oddělení Nemocnice Šumperk a.s., kde se s pacienty se popisovanou diagnózou denně setkávám a snažím se svým přístupem přispívat k hladšímu průběhu zapojení jedince do běžných činností, a to bezprostředně po operativním zákroku.

Cílem teoretické části práce je objasnit pojem amputace a nastínit její historii, popsat typy amputací a předoperační i pooperační péči o pacienta po operačním výkonu. Dále se budeme zabývat možností ortopedické protetiky a rehabilitaci pacientů po tomto chirurgickém výkonu. V poslední kapitole je úkolem pak objasnit pojem kvalita života jako taková. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem a do jaké míry tohle tělesné postižení ovlivňuje kvalitu života pacientů. Stejnému tématu se ve svých výzkumech věnuje například Lemuel Pran, Jan Andryšek či Gerold Holzer a další.

V praktické části se zkoumá samotná kvalita života prostřednictvím kvantitativního šetření mezi pacienty po amputaci dolní končetiny pomocí standardizovaného dotazníku. Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 60 respondentů ve věku od 22 do 71 let, hospitalizovaných na chirurgickém oddělení Nemocnice Šumperk a.s., z toho 40 respondentů vyplnilo dotazník správně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AMPUTACE

Dříve než se dostaneme k samotné historii a k dalším informacím o amputaci, krátce si vyložíme pojem amputace.

Amputace na dolní končetině je rozsáhlý operační výkon, který velikým způsobem změní život člověka. Množství provedených amputací zůstává v dnešní době stále vysoké. Kvalita operačního výkonu, protézy a následná komplexní rehabilitační péče zásadním způsobem ovlivňuje návrat do aktivního života jedince (Vrablicová, 2008).

1.1 Definice amputace

Amputace je snesení, přerušení nebo odstranění postižené či nemocné končetiny. Je to konečná možnost po vyčerpání jiných možných léčebných a terapeutických výkonů nebo zákroků k záchraně končetiny (Vyhnánek, 2003).

Rozlišujeme amputace následkem traumatických příčin nebo chirurgického zásahu z důvodu nádorových, cévních, zánětlivých a metabolických onemocnění.

Replantační chirurgie

Pokrok moderní traumatologie při spolupráci ortopedů, traumatologů, cévních chirurgů vedl k založení nového oboru – replantační chirurgie. V replantačních centrech je možné v dnešní době pomocí mikrochirurgických metod reimplantovat zcela oddělené části končetin (prsty rukou, předloktí, paží, bérce i stehy) za určitých podmínek, které jsou dány na místě úrazu při poskytování první pomoci.

Oddělené části končetin musí být vloženy do nepromokavých dvojitéch vaků s ledem a společně se zraněným rychle transportovány do replantačního centra tak, aby zhruba do 8 hodin po úraze mohl být proveden operační výkon. Tento výkon spočívá v osteosyntéze přerušovaných kostí jako předpokladu fixace skeletu, v obnovení cévního zásobení anastomózami tepen a žil, v sešití nervů k zajištění inervace a v rekonstrukci přerušovaných měkkých tkání (Vyhnánek, 2003).

Amputační výkony

Snesení končetiny se provádí na noze, bérce, stehně, předloktí nebo paži, vždy je nutné zachovat takový pahýl na který by bylo možno upevnit funkční protézu. Tímto problémem se zabývá protetiká ortopedie (Vyhnánek, 2003).

1.2 Historie nebo historický vývoj / Historický vývoj a definice

Původ samotného slova „*amputace*“ je z latinského slova **amputo**, což znamená ořezávat. Amputace patří k nejstarším historicky prováděným výkonům. Určitou zvláštností amputací je, že kromě léčebného efektu měly často i rituální (přinášení obětí bohům) nebo trestní účel. Největšího uplatnění a rozvoje doznaly za válek, kde často bývaly i vynuceny omezenými technickými a medikamentózními možnostmi a nabízely rychlé řešení.

Svoji roli sehrála i nedostupnost anestezie, časová tíseň a neznalost protišokové terapie. Jenom první světová válka si vynutila zhruba 100 000 amputací.

První, a dosud stále platné, zásady těchto výkonů stanovil otec medicíny Hippokratés 500 let př.n.l.: 1. odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu, zachránit život.

Když šlo o válečnou amputaci, tak většinou šlo o naléhavý a neodkladný výkon, který se prováděl především pro záchranu života zraněného. Podle statistik z druhé světové války připadalo víc než 80 % na amputace dolních končetin, převážně ve stehně. Vykonání amputace bylo příznivě ovlivněno možností rekonstrukční cévní chirurgie při poranění periferních cév (Dungl a kol., 2014).

Válečné amputace dělíme na:

- prvotní, při kterých je odstraňována zjevně života neschopná část končetiny,
- druhotné, prováděné při komplikacích ohrožujících život raněného.

Indikace válečných amputací:

- neúplné odtržení končetiny (neúplná traumatická amputace),
- rozsáhlé poškození měkkých tkání s rozdrčením kostí, kloubů a přerušením velkých cév a nervů,
- nekrózy u popálenin 3. a 4. stupně,
- sněť končetiny po podvázání cév, po dlouhodobém přiložení škrtidla a u crush syndromu,
- plynatá sněť postihující hluboké tkáně končetin,
- omrzliny 4. stupně,
- jinak nezvládnutelný septická stav po poranění končetin.

Při stanovení indikace k amputaci je třeba zvážit nejen místní nález, ale i celkový stav raněného. U šokovaných je nutno provést před amputací příslušná protišoková opatření (Zeman a kol., 2011).

1.3 Indikace k amputaci

Indikace k amputacím se značně zúžily díky dnešním kvalitním metodám cévní chirurgie a mikrochirurgie. Mezi nejčastější příčiny amputace spadá ischemická choroba, trauma, infekce, nekróza, nádorové onemocnění měkkých tkání či kostí a v neposlední řadě také syndrom diabetické nohy, kde vzniká polyneuropatie (snížená citlivost) a angiopatie (snížená prokvenost).

Existuje celá řada skórovacích systémů pro rozhodování o indikaci k amputaci. Mezi několika různými schématy se jeví nejužitečnější MESS skóre (Magled extremity severity score – rozsah rozdrčení končetiny), které hodnotí postižení podle energie úrazového mechanismu, tlakové stability pacienta, ischemického postižení a věku (Dungl a kol., 2014).

Pokud je indikací k amputaci lokální nález jako je třeba nekróza nebo gangréna, tak je současně zřejmá hranice vitální a avitální tkáně nebo je např. hmatná arteriální pulzace ve výši hlezna, je amputace možné provést bez angiografie.

Je třeba připomenout, že i po nepříznivém angiografickém nálezu je možnost došetřit periferní arteriální kmeny barevnou duplexní sonografií. Před amputací by měly být vyčerpány všechny metody – je třeba také zvážit možnost zavedení intraarteriálního mikrokatétru do arteriálního řečiště. Největší komplikací je pro nemocného, tak pro chirurga je nehojící se pahýl a nutnost reamputace. Před amputací musí být využity všechny možnosti chirurgické a endovaskulární terapie.

Ischemická gangréna dolní končetiny

Amputace části nebo celé ischemií postižené dolní končetiny se indikuje tehdy, kdy již nelze provést žádnou léčebnou intervenci pro její záchranu. Podrobněji lze indikaci jmenovat nezvratné selhání cévně rekonstrukčních výkonů a medikamentózní terapie, přítomnost těžké infekce – gangrény se ztrátou funkce končetiny a s rizikem celkové sepse, těžké neovlivnitelné klidové bolesti u pacienta, který již není dále indikován k záchovnému výkonu. Pacienti bývají často před výkonem dlouho hospitalizováni, mají výrazně snížené nutriční a pohybové rezervy, řada z nich má určitý stupeň tolerance k analgetikům při dlouhodobém užívání opioidních analgetik. Amputace se stává výrazně rizikovým výkonem

s významnou mortalitou – ta se udává kolem 8 % v celkové populaci a až 16 % u pacientů s renálním selháním (Michálek a kol., 2012).

Amputace je indikovaná v těchto případech:

- při úplné ztrátě krevního oběhu v končetině po vyčerpání všech konzervativních i operačních metod k zajištění krevního oběhu,
- tkáň končetiny postižené zánětem (osteomyelitis) nebo ischemií (diabetická gangréna) ohrožují život nemocného a dochází k sepsi,
- při těžkém poškození končetiny vedlo k úplné ztrátě její funkce,
- jestliže došlo k těžkému traumatu končetiny, že její zachování je nemožné,
- jestliže je kost zasažena zhoubným nádorem.

Mezi nejčastější indikace k amputacím se řadí ischemická choroba dolních končetin (ICHDK) a syndrom diabetické nohy. ICHDK je degenerativní onemocnění velkých a středních tepen, které vede k jejich zužování až uzávěru jejich průsvitu. Postihuje častěji muže, ale se stoupajícím věkem narůstá i počet postižených žen (Dubský a kol., 2013).

U diabetiků je riziko indikace k amputaci 10 až 20krát vyšší. Syndrom diabetické nohy je jednou z nejzávažnějších komplikací diabetu. Přítomnost diabetické neuropatie, spolu s ischemickou chorobou dolních končetin a infekcí vede k chronickým nehojícím se ulceracím, které progredují a většinou končí amputací. Poruchy prokrvení, akutní uzávěr cév nebo periferní vaskulární onemocnění postihují především dolní končetiny. U horních končetin se objevují velmi zřídka (Dubský a kol., 2013).

1.4 Předoperační péče

Dle Vyhnánka (2003) je každá operace nefyziologický zásah do organismu, na který reagují všechny orgány a systémy. Zvýšené zatížení centrálního nervového systému je vyvoláno již v první den hospitalizace pacienta na chirurgické oddělení. K reakci jedince proto dochází už v předoperační přípravě a záleží na rozsahu jeho psychické reakce.

Schneiderová (2014) popisuje chirurgický výkon takto: „*chirurgická operace či výkon je v širším významu jakýkoliv zásah do lidského organismu za účelem diagnostickým či terapeutickým.*“ Při většině chirurgických výkonů dochází k porušení celistvosti povrchu těla – tzv. operace krvavé – incize, excize, laparotomie, trepanace. Mezi operační výkony nekrvavé řadíme – repozici zlomenin, endoskopické výkonu, zavedení močového katétru aj.

Cílem předoperační přípravy je co nejlépe vytvořit nemocnému předpoklad ke zvládnutí operační zátěže, tak aby nedošlo ke komplikacím (infekce, špatné hojení ran apod.) a aby nemocný postupně zotavoval a obnovoval své fyzické i psychické zdraví (Vyhnánek, 2007).

Předoperační přípravou, zdravotnický personál, především usiluje předejít pooperačním komplikacím. Nemocný by měl být plně informován o svém onemocnění a musí být seznámen se všemi možnostmi léčby a s možnými riziky (Schneiderová, 2014).

Do předoperační péče zahrnujeme:

- psychickou přípravu pacienta – edukace,
- anamnézu – osobní, farmakologická, abúzus, alergologická, pracovní, sociální, aj.,
- fyzikální vyšetření,
- vyšetření krve – biochemie, krevní obraz, diferenciál, krevní skupina,
- stěr, výtěr z rány,
- doppler, RTG vyšetření, angiografie, neurologické vyšetření, glykémický profil, fyziologické funkce, scintigrafie,
- interní vyšetření – EKG, RTG plic a srdce, screening krve, krev + Rh faktor,
- zavedení PK nebo CŽK,
- místní příprava – oblast operačního pole očistit a oholením odstranit ochlupení končetiny,
- lačnost minimálně 6 hodin před operací,
- premedikace,
- nezbytně nutné úkony – omytí znečištěných částí těla, svléknutí civilního oděvu, šperků, vyjmutí umělého chrupu, kontrola identifikačního náramku nemocného.

Psychická příprava nemocného začíná už při prvním setkání se zdravotním personálem chirurgického oddělení. Práce zdravotníků klade vysoké nároky na jejich odborné vzdělání, zkušenosti, schopnosti, společně s empatií. Odborný přístup lékaře a zdravotních nelékařských pracovníků k pacientovi by měl budovat důvěru. Lékař nemocnému podrobně vysvětlí nevyhnutelnost operace a jeho další příležitosti a možnosti po operaci. Dále je povinen nemocnému srozumitelně poskytnout informace o postupu operace a očekávaných výsledcích chirurgické operace, včetně doby léčby, doby rehabilitace a doby

rekonvalescence. Pacientovi z psychologické stránky je nutné informovat o možnostech rehabilitace, protetiky a další nutné nebo doporučené terapii. Velmi důležité je pacienta ujistit, že po prodělání operačního zákroku péče o něj i amputovanou končetinu nekončí, ale po operaci bude společně s chirurgickým týmem spolupracovat s protetiky, sociálními pracovníky, fyzioterapeuty, kteří pomohou k navrácení k jeho kvalitnímu životu (Schneiderova, 2014).

Informuje ho o postupu operace a o způsobu předoperační a pooperační péče. Nemocný musí podepsat informovaný souhlas s hospitalizací a s operací (Vyhnánek, 2007).

Po interním vyšetření, kde interní lékař popíše snímek EKG, k nemocnému přichází anesteziolog, který ho seznámí s možnostmi vedení anestezie, popřípadě doporučí doplnění medikace. Dále anesteziolog naordinuje premedikaci a následuje podpis informovaného souhlasu s vybranou anestézií – ta může být lokální nebo celková (Schneiderová, 2014).

Před plánovanou operací se nemocnému podá večer perorálně prepremedikace a ráno premedikace (alespoň hodinu před zahájením anestezie), která má za úkol pacienta zklidnit, snížit strach z operace a navodit částečnou anestezii a pohodu pacienta (Hoch a Leffler, 2011).

1.5 Anestezie

Anestezie znamená ztráta vnímání nebo cití. **Analgezie** znamená ztráta vnímání bolesti. Každý operační zákrok je spojen s bolestí i stresem, proto je možnost chirurgické operační výkony provádět v celkové nebo lokální anestezii. Volbou druhu anestezie se anesteziologický lékař řídí typem operace, celkovým stavem pacienta, oběhovou stabilitou, postižením životně důležitých orgánů a postižením končetiny. U většiny operací zajišťuje znecitlivění anesteziolog. Hoch, Leffler (2011) rozlišují celkovou anestezii následovně – inhalace (cesta vstupu anestetik jsou plíce), nitrožilní (anestetikum je podáváno nitrožilně). Mezi nejčastější způsoby místní anestezie se využívají epidurální či subarachnoidální znecitlivění.

„Anesteziolog je odborník v anesteziologii a intenzivní medicíně. V předoperační péči hodnotí stav nemocného a spolupracuje na přípravě předoperační přípravy. Při operačním zákroku poskytuje anesteziologickou péči. V průběhu operace zajišťuje bezbolestnou operaci, snižuje dopad traumatu operačního výkonu na stav pacienta a kontroluje stabilitu základních životních fyziologických funkcí“ (Jiří Hoch a Leffler, 2011).

Anestezie při amputačních výkonech

Pacient plánovaný k amputaci končetiny postižené ICHDK vyžaduje pozorný přístup anesteziologa již v předoperačním období, kdy je třeba mít na mysli, o jak závažný zásah do integrity člověka jde. Řada pacientů však přijímá rozhodnutí o amputaci s úlevou, s ohledem na období bolesti a útrap, které tomuto konečnému řešení předcházelo. Příprava a monitorování pacienta u amputace dolní končetiny jsou obdobné jako u pacientů indikovaných k záchovným operacím. U amputacích prováděných v proximální části končetiny je třeba počítat s možnou větší krevní ztrátou. Anestezii volby bývá nejčastěji svodná osová anestezie pro amputace nad kolenem a těsně pod kolenem, pro amputace kolem kotníku, a především na noze lze zvolit některou z blokád periferních nervů – blok sedacího nervu kombinovaný s blokádou n. saphenus. Vhodná je hlubší sedace po celou dobu výkonu vzhledem k povaze výkonu (Michálek, 2012).

1.6 Operační výkon

Schneiderová (2014) uvádí, že „*po předchozích značení na kůži vede řez po anatomických vrstvách (kůže nejdelší, fascie a svaly kratší, kost nejkratší), důležité je správné ošetření nervů, jako prevence amputačního neuromu. Nerv se napne a ostře se přeruší, ostré hrany ošetřené kosti se ošetřují pilníkem a kostní pahýl se překryje připraveným periostálním lalokem. Kožné laloky se adaptují se snahou o zachování motoriky pahýlu. Amputační jizva musí být mimo zátěžovou plochu pahýlu*“ (Schneiderová, 2014).

Podle Sosny (2001) je možno operační výkon při amputaci rozčlenit na:

- Bezkrví – ke snížení peroperačního krvácení se používá pneumatický turniket. Při cévní indikaci se nepoužívá.
- Úprava kožních laloků – uzavření pahýlu citlivou a dobře prokrvenou kůží.
- Protětí svalů – tzv. myoplastická amputace, což je protětí svalů a sešití protilehlé svalové skupiny pod napětím, které je přiměřené a přes kostní pahýl. Toto řešení zlepšuje krevní cirkulaci a snižuje možnost vzniku fantómových bolestí.
- Ošetření cév a nervů – velké cévy se ošetří podvazem. Koagulací a opichy se zastavuje krvácení.
- Úprava kostního pahýlu – neboli osteotomie se provádí pomocí oscilační pily.
- Drenáž – rána se zajišťuje Redonovou drenáží, aby se zabránilo vytvoření hematomu.

Po operaci je pacient většinou převezen na jednotku intenzivní péče, ze které je po stabilizaci je posléze předán na standardní oddělení.

1.7 Pooperační péče

Péče o nemocné po amputaci

Základem je chirurgický výkon s volbou správné výšky amputace a úpravou amputačního pahýlu, který bude protézou namáhán. Po operaci následuje aktivní cvičení všech zbývajících kloubů a svalstva pahýlu a celého těla. Po zahojení pahýlu následuje výcvik chůze o berlích, nejprve po rovině, později do schodů a ze schodů. Po přiložení protézy se nemocný učí chodit s pomocí hole, později i bez podpory. Rehabilitační pracovník provádí nejen instruktáž pohybové léčby, ale i pozitivně působí na psychiku nemocného, zvláště v případě mentální retardace (Michálek, 2012).

Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci je komplexní. Důležité je průběžné hodnocení fyziologických funkcí pacienta, monitorovat bolest, důkladná péče o operační ránu, očekávání o možných pooperačních komplikací, bezpečnost pacienta, vnímat jeho emoční potřeby. Velmi rozhodující pro dosažení optimálních výsledků je potřeba seskupení chirurgů, nelékařských zdravotních pracovníků, týmu pro léčbu bolesti, rehabilitační tým (fyzioterapeuti), protetiků, sociálních pracovníků, a především aktivně zapojit rodinu pacienta (Schreiber, 2017).

Po operačním výkonu je pacient přemístěn na dospávací pokoj, kde je sledován 2 hodiny. Po uplynutí 2 hodin se pacient převezve na standardní chirurgické oddělení. Po operačním výkonu amputace je velmi důležitý monitoring bolesti, její charakter, lokalizaci a reakci na aplikovanou analgetiku. Dále se monitorují vitální funkce (dechová frekvence, krevní tlak, srdeční tep, vědomí, saturace pulzním oxymetrem), polohu pahýlu, případné komplikace (zvracení, krvácení z operační rány), vyprazdňování, odchod plynů. Další důležitá kontrola je pooperační krvácení z rány pahýlu. Všeobecná sestra také zajišťuje péči o periferní žilní katetr. Kontroluje funkčnost, projevy infekce a jeho průchodnost. Mezi tyto projevy patří – otok, bolest, zarudnutí, krvácení, citlivost na dotek.

Časné pooperační období – do vynětí stehů 10-12 dní

- Ošetření pahýlu – bandážování pomocí elastického obinadla, polohování pahýlu,
- nácvik sebeobsluhy – sed, stoj s berlími, přemísťování pomocí berlí.

1.8 Typy amputace

Hemikorporektomie – vyjimečně, odstranění celého pánevního pletence

Hemipelvektomie – Odstranění poloviny pánve od symfýzy po křížovou kost, indikace je tumor.

Amputace femuru (Transfemorální amputace) – Nejčastější ve střední třetině. Při amputaci se přes pahýl přešije dostatečně prokrvený lalok vytvořený z kůže a svaloviny.

Amputace v bérce s pahýlem ultrakrátkým, krátkým nebo středním (Transtibiální amputace) - Pahýl se upravuje stejně jako při amputaci ve stehně.

Amputace v oblasti hlezna (Amputace podle Symea a Pirogova) – Odstraní se všechny části nohy a tvoří se nášlapný pahýl.

Amputace v oblasti prstů – Odstranění postižených částí článků prstů.

1.9 Komplikace

Komplikace mohou nastat u jakékoliv operace. Pacient by měl vědět, že operace amputované dolní končetiny není bez rizika, tudíž by se nemělo pacientovi nic tajit a měl by zdravotník na tyto možné komplikace upozornit. Správná edukace a kvalitní předoperační příprava pacienta může značně snížit výskyt komplikací.

Mezi komplikace řadíme:

Infekce – infekční komplikace se může projevit s odstupem několika dnů po operačním výkonu nebo vzniká po výkonech provedených v předem infikované tkáni. Tyto infekce nazýváme jako nozokomiální, které jsou zapříčiněné bakteriálními kmeny rezistentními na řadu antibiotik. Mohou také souviset se špatným prokrvením a projevují se bolestmi v operační ráně, zarudnutím, otokem, výtokem hnisu a horečkou (Vyhnánek, 2003).

Fantomová bolest – pocit bolesti z místa původní končetiny.

Per secundam – znamená sekundární hojení rány. Nejčastěji nastává při infikovaných a rozsáhlých ranách, kdy dochází k nekróze a následně se hojí granulační tkáni. Operační rána se nezmenšuje do tenké jizvy, bývá široká a postupnou kontrakcí způsobuje deformity (Lubivá a kol., 2019).

Krvácení – krvácení z operační rány se může objevit hned po operačním výkonu, projevuje se prosáknutím mezi stehy. Pokud není prosáknutí naléhavé, provádí se stlačení kompresním obinadlem. Při větším krvácení je nutnost provést revizi operační rány (Schneiderová, 2014).

Hematom – expandující hematom by se měl evakuovat. Malé hematomy se sledují, při známkách infekce se musí opět evakuovat.

Kožní nekróza – menší nekróza se může zahojit per secundam, při větší nekróze je zcela nutné provést operační revizi.

Dekubity – neboli proleženiny vznikají na predilekčních místech. Nejvíce v křížové a bederní oblasti, patách, nad lopatkami a v zátylku. Pro prevenci vzniku dekubitů platí tyto zásady: polohování nemocného, používání antidekubitních pomůcek, včasná mobilizace pacienta, hygiena.

Dehiscence rány – neboli rozestup operační rány je komplikace, která komplikuje hojení rány a je obvykle nutná operační revize pahýlu s novým šitím, nejlépe se zavedením drenáže.

Lubivá (2019) zahrnuje mezi příčiny:

- poruchu metabolismu kolagenu – malnutrice, užívání léků, infekce,
- snížený přívod kyslíku – anémie, hypoxemie, hypovolemie,
- technické chyby – příliš hustě naložené nebo zatažené stehy,
- mechanické síly.

Gangréna pahýlu – nejčastější příčinou gangrény je ischemie dolních končetin, důležité je provést reamputaci v optimální oblasti.

1.10 Syndrom diabetické nohy

Syndrom diabetické nohy je jednou z nejzávažnějších komplikací diabetu a je hlavní příčinou amputací. Syndrom diabetické nohy výrazně ovlivňuje jak morbiditu, tak mortalitu nemocných diabetem.

Definice:

Syndrom diabetické nohy je podle WHO definován nejen jako ulcerace, ale také jako destrukce hlubokých tkání nohy spojená s neuropatií, angiopatií a infekcí. Do syndromu diabetické nohy řadíme i stavy po amputacích na dolních končetinách a diagnózu vzhledem k velké tendenci k recidivám považujeme za „celoživotní“.

Diabetická ulcerace na nohou je definována jako rána penetrující celou vrstvou kůže. Gangréna je definovaná jako nekróza kůže a přilehlých struktur (svalů, šlach, kloubů nebo kostí). Nekróza představuje devitalizovanou tkáň, vlhkou nebo suchou, bez ohledu na druh postižené tkáně. Ulcerace povrchová nepřesahuje do podkožní tkáně, ulcerace hluboká penetruje do podkožní tkáně a zasahuje často fascie, svaly nebo šlachy.

Klasifikace syndromu diabetické nohy: je založena na posouzení hloubky ulcerace a přítomnosti infekce

Stupeň 0 - noha s vysokým rizikem ulcerace

Stupeň 1 - povrchové ulcerace v kůži nepřesahující subkutánní tukovou vrstvu

Stupeň 2 - přesahuje hlubší ulcerace přesahující subkutánní tukovou vrstvu a penetrující na šlachy, kloubní pouzdra nebo ke kosti, ale bez známek hlubší infekce

Stupeň 3 – hluboká infekce – s abscesem, osteomyelitidou či infekční artritidou, tendinitidou a rozsáhlejší flegmónou. Nebezpečnou komplikací je nekrotizující fascitida. U většiny pacientů se vyžaduje téměř vždy hospitalizace a chirurgický zákrok.

Stupeň 4 – označuje lokalizovanou gangrénu, nejčastěji na prstech, přední části nohy a na patě.

Stupeň 5 – extenzivní gangréna nebo nekróza vyžadující vyšší amputaci.

Klinicky dělíme diabetickou nohu podle hlavní příčiny na:

- neuropatickou,
- Angiopatickou,
- neuroischemickou.

Nejzávažnější komplikací diabetické nohy je infekce, která vede:

- ke zhoršení krevního průtoku,
- k ischemizaci tkání,
- k nekrotizaci tkání,
- u diabetika k hyperglykémii.

1.11 Fantomová bolest

Velikou komplikací je fantomová bolest, kdy jde o bolestivé vjemy pacienta z místa amputované končetiny. U pacientů se může značně lišit. Nejčastěji jde o bolest pálivou, ale může být podobná i bolesti, kterou pacient zná. Ischemické končetiny. Mezi fantomovou bolest nepočítáme vjem, kdy pacient cítí amputovanou končetinu bez bolesti. Fantomová bolest je jev častý, s časem od amputace však prevalence klesá. Léčba fantomové bolesti je velmi složitá a výsledky jsou neuspokojivé. V minulosti i dnes se k snížení incidence a intenzity fantomové bolesti užívá řada postupů. Obecně všechny tyto postupy vycházejí z myšlenky, že fantomová bolest je vzpomínkou na předchozí bolest. Pacienti, kteří měli v období před amputací malou nebo žádnou bolest postižené končetiny, trpí fantomovou bolestí méně často. Nejčastěji užívaným postupem pro snížení četnosti výskytu fantomové bolesti je zavedení kontinuální regionální analgezie 2 až 3 dny před samotnou amputací a pokračování analgezie v pooperačním období (Michálek, 2012).

Postamputační bolest (PAP) je extrémně náročnou a bolestivou komplikací v léčbě pacienta. Velká část její neovlivnitelnosti pramení z patofyziologických mechanismů. Pochopení patofyziologického základu fantomové bolesti lze široce kategorizovat z hlediska supraspinálních, spinálních a periferních mechanismů (Cohen, 2013).

Bolest je zejména léčena prostředky farmakologickými, fyzioterapeutickými, ale při uplatnění těchto způsobů léčby je potřeba, aby zdravotník dodržoval zásady psychologického přístupu k nemocnému a tím navodit atmosféru důvěry a příjemného pohybu v nemocnici.

Podle Zacharové (2013) mezi základní postupy při zvládnání bolesti spadá:

- respektování pacientova bolesti,
- poskytování dostatek informování o využití ambulanci bolesti,
- vyjádření empatie, porozumění a pochopení,
- získání důvěry, reagovat laskavě a s pochopením,
- tolerování projevů chování pacienta,
- redukovat bolest,
- snažit se odreagovat a vhodně zaměstnat pacienta,
- využít vhodné techniky pomoci při vyrovnání se se vzniklou situací,

- umožnit návštěvy rodiny a příbuzných,
- snižovat strach a úzkost,
- naslouchat pozorně a navazovat oční kontakt.

2 REHABILITACE PO AMPUTACI DOLNÍCH KONČETIN

Amputace dolní končetiny v jakékoliv úrovni je velký zásah jak do pohybového systému, tak do psychiky člověka. Současné kvalitní technické možnosti dokážou kompenzovat ztrátu schopnosti bipedální lokomoce jako základní vlastnosti lidského jedince. Úplnou funkcí zdravé dolní končetiny samozřejmě stále protetiky nahradit nelze, ale u nižších úrovní amputací ji dokáže dnešní protetika velmi dobře suplovat a v mnoha případech, kdy je končetina před amputací dlouhodobě vážně postižena, i funkčně předčít. K plnohodnotnému návratu pacienta k aktivnímu životu je nezbytně nutná práce širokého rehabilitačního týmu s odbornými znalostmi neurofyziologie lidské lokomoce a možností protetického vybavení (Vrablicová, 2008).

Předprotetická péče

V předprotetické péči o pacienty pečují především fyzioterapeuti a zdravotní sestry. Přibližně 14 dní po operaci jsou odebrány stehy, je nutné ošetřovat jizvu a hlídat její hojení. Je třeba hlídat i otok pahýlu, který se po operaci může objevit a obvykle povolí po 5 dnech. Pahýl se musí pravidelně bandážovat neboli stahovat obinadlem. Tento krok je velmi důležitý k tomu, aby se vytvořil co nejvhodnější tvar pro nošení protézy, ale také pro hojení jizev a zmenšení otoků. Déle je potřeba pahýl otužovat denní vlažnou vodou, sprchovat a ponořovat do vody, provádět masáže pahýlu.

2.1 Protetika

Obor zabývající se problematikou výroby a vývoje protéz se nazývá protetika. Dungal (2005) uvádí: „*Protetika, ve vlastním slova smyslu, je obor ortopedické protetiky, který léčí pacienty pomocí zevně aplikovaných protetických pomůcek, jež kompenzují deficit jako somatický, tak funkční*“

Ortopedická protetika

Jde o samotný obor, který usiluje pomocí zevních protetických pomůcek, používaných dočasně nebo trvale, umožnit normalizaci statických nebo dynamických funkcí skeletu, a to aplikací technických prostředků (Sosna a kol., 2001). Podle konkrétních poruch skeletu se zhotovují korzety, ortopedické boty, vložky do bot, protézy, které podle typu poškození dočasně nebo trvale nahrazují funkční poruchu postižené části skeletu nebo pohybového aparátu. Do ortopedické protetiky spadají další podobory jako je ortotika, epitetika,

kalceotika, adjuvatika a protetometrie. Nedílnou součástí protetické léčby je individuálně řízená rehabilitace (Vyhnánek, 2003).

Protézy

Během posledních let došlo k velkému rozšíření dostupných protetických pomůcek, trh nabízí speciální a individualizované protézy pro dlouhodobou funkčnost. Důraz při výrobě a vývoji je kladen na lehkost, snadnou údržbu materiálů a v neposlední řadě na kosmetickou stránku, na ty nejmodernější se používají robotické technologie a lze je přizpůsobit několika různým pohybovým funkcím (Dimens a kol., 2022).

Jakmile to zdravotní stav pacienta umožní je vhodné jej vybavit dočasnou protézu po dobu tvarování pahýlu. Užití vhodné trvalé protézy po stabilizaci pahýlu je mnohdy otázkou pro specializované lékaře z více oborů, volba protézy závisí na jak na medicínských indikacích, tak na finančních možnostech pacienta (Selucký a Příkryl, 2011). Standardně je protéza předepisována lékařem (ortopedem, rehabilitačním lékařem, chirurgem či ortopedickým protetikem), který má smlouvu se zdravotní pojišťovnou pacienta (Kolář a kol., 2009)

Pokud dojde k amputaci některého z prstů, ve většině případů nedochází k potřebám protetických řešení. Brozmanová a kol. (1990) uvádějí základní rozdělení protéz dle proběhlé amputace. Dojde-li k amputaci všech prstů, pro podporu nožní klenby se využívá sandálová protéza, ta je sestavena z pahýlového lůžka a doplňuje ztracenou část chodidla, jako další možnost je popsána štítková protéza, která nahrazuje i pružnost chodidla. Pro bérceovou protézu se rozlišují 3 typy, dle tvaru příčného řezu bérce. Stehenní protéza by měla svou funkcí kompenzovat ztrátu končetiny především z hlediska stability a mechaniky kolenního kloubu. Při amputaci v oblasti kyčelního kloubu, s krátkým stehenním pahýlem, se využívá technologie výkyvných exartikulačních kloubů, pahýlové lůžko krom samotného pahýlu obklopuje i zbytek pánve pomocí objímky (Matějček, 2005).

Možnost protetiky v ČR

U amputací dolních končetin, díky včasnému přísunu informací a možnosti školení v nových technologiích, v podstatě nezaostáváme, až na výjimky, za celosvětovým trendem. Kvalitní, a především vhodné vybavení protetickou pomůckou je tedy limitováno pouze několika faktory: kvalitou operačního výkonu (vhodná délka a tvar amputačního pahýlu), znalostmi protetického technika (v nových technologiích a jeho zručností) a možnostmi, které nabízejí zdravotní pojišťovny v ČR. Tyto možnosti jsou však podmíněny u standardních pomůcek

cenovými limity, které jsou pojišťovny ochotny uhradit, u speciálních pomůcek pak na dobré vůli revizních lékařů, kteří je schvalují.

U transtibiálních amputací došlo k významnému vývoji v oblasti pahýlových lůžek a systémů, které pomáhají protetickou pomůckou upevnit na amputační pahýl. U transfemorálních amputací je situace obdobná, ale významnější krok je proveden v oblasti tvaru pahýlového lůžka. Za zmínku určitě stojí i poměrně široká nabídka kolenních kloubů, včetně těch nejnovějších, řízených mikroprocesem a protézových chodidel s karbonovým základem. Téměř nutností při použití moderních technologií v protetice dolních končetin se stává tzv. „zkušební lůžko“ z průhledného plastu, které později slouží jako podklad pro výrobu definitivního lůžka. Výhodou zkušebního lůžka je nesporně možnost přetvarování problematických partií a díky transparentnosti materiálu i vizuální kontrola tlaku na jednotlivé partie amputačního pahýlu. Důležité je vědět to, že i nejdokonalejší protéza bez kvalitní a cílené rehabilitační péče sama chodit nebude a její funkčnost je bez terapie omezena pouze adaptabilitu pacienta (Vrablicová, 2008).

2.2 Rehabilitace doprovázející amputaci

Preamputační rehabilitace

Při plánování protetické náhrady je vhodné již v předamputačním období posilování nemocného a nácvik chůze o berlích. Předoperační rehabilitace se postupně zařazuje u vyššího počtu pacientů, její cíl je zlepšit celkové pooperační výsledky. Prerehabilitací se taktéž zvyšuje fyzická zdatnost jedince, která přispívá k příznivějšímu zvládnutí operace a následné stabilizace (Ditmyer, Topp a Pifer, 2002). Prerehabilitační program je vhodné zařadit 4-6 týdnů před samotným zákrokem, měl by zahrnovat opakované posilovací cviky, fyzioterapii hrudníku ideálně v kombinaci s ergoterapií, psychosociální přípravu a kompletní edukaci týkající se průběhu zákroku s doporučením následných kroků. Hijmans, Dekker a Geertzen (2020) doporučují zařazovat specializované silové cvičení zaměřené na posílení kardiovaskulárních funkcí, zachování kloubní pohyblivosti a dobrého celkového pohybového rozsahu nepostížených končetin, pacient by měl usilovat o přiblížení se k maximální funkční zdatnosti.

U chirurgických pacientů je prokázáno, že předoperační relaxační intervence prostřednictvím jednoduchých technik založených na řízeném hlubokém dýchání taktéž podporují řadu pooperačních výsledků, zmírnění stresu a psychická rovnováha je v přípravné fázi stejně důležitá jako fyzická (Rosenfeldt a kol., 2011).

Postamputační rehabilitace

Přestože rehabilitace je započata bezprostředně po amputaci, pro pacienta znamená kontinuální a dlouhotrvající proces. S nasazováním protézy lze postupně začínat již po zahojení operačních ran, doba je individuálně odvislá od rychlosti hojících procesů pacienta, která souvisí s věkem, respektive s rychlostí metabolických procesů a dobrým prokrvením. Standardně však k prvnímu nasazování protéz dochází mezi šestým a osmým týdnem po operaci. Následuje další nácvik chůze v rehabilitačním zařízení, pokud není nemocný schopný chůze s protézou a je zřejmá dočasná potřeba ortopedického vozíku, je indikováno posilování a nácvik manipulace s vozíkem. Nácvik na pohyb s protézou trvá okolo dvou až tří týdnů, snahou rehabilitace je vždy zajistit co největší soběstačnost nemocného, to platí o nutnosti až agresivní rehabilitace hybnosti u ležících nemocných (Keffe a Shraddha 2019).

Opravdovou výzvou je pro pacienta opuštění rehabilitačního zařízení a začleňování se do běžného života, čím je lepší psychologická i fyzická příprava před operací, tím hladší průběh zařazení má (Dimens a kol., 2022). S pomocí blízkých je vhodné upravit jedinci domácí a pracovní prostředí pro jeho potřeby ke snadnějšímu užívání věcí. Pacient s protetikem by měly upravit funkce, které daná protéza nabízí, tak aby co nejvíce splňovala požadavky jejího uživatele.

Amputaci končetiny doprovází ztížení motorické kontroly, omezení zpětné vazby senzorických informací, které jsou spojeny periferním nervovým systémem (Nurse a Nigg, 2001), a to má za důsledek zpomalení chůze se zvýšeným výdejem energie. Rehabilitaci je nutno s postupujícím časem kontrolovat, upravovat a přizpůsobovat tak, aby nedocházelo k dlouhodobým sekundárním zdravotním problémům v podobě přetížení zdravých končetin či chronických bolestí zad, je žádoucí udržet rovnováhu při chůzi a předcházet možnému upadnutí vlivem tělesné nestability. Při navyšování váhy, která je přenášena na amputovanou končetinu, dochází ke zvýšení tlaku pahýlu na pahýlové lůžko a často dochází ke zmenšení pahýlu (Keffe a Shraddha 2019). Rekvalifikaci pro správnou chůzi s pacientem provádí fyzioterapeut, po osvojení správných technik by měl pacient nadále trénovat v domácím prostředí.

Escamilla-Nunez, Michelini a Andrysek (2020) zkoumaly přístupy založené na moderních technologiích, kdy je pro rozšíření rehabilitace, používána virtuální realita ve spojení s využitím externích senzorů na těle. Největší výhodou je schopnost systémů poskytovat průběžnou zpětnou vazbu v reálném čase, mohou tak posilovat fyzioterapeutické cíle

jedince. Dále byly zkoumány vlivy speciálních videoher, ve všech případech bylo dosaženo lepšího nebo stejného účinku jako při standardní rehabilitační péči (Staiano, Flynn, 2014). Výsledky obou přehledů přístupů poukazují na to, že většina studií (90 %) byla použita v laboratorním prostředí proto význam a míra použitelnosti pro praxi zůstává otázkou budoucnosti.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je mnohdy spojována s pojmem osobní pohoda (well-being) a hodnocením kvality života jako celku. Pojem kvalita lze vysvětlit jako jakost či hodnota. Kvalita života se netýká jen zdraví, ale týká se i sociálních, tělesných či duchovních potřeb jedince (Finlay a Khan, 1994). Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody“.

Ferransová (1990) uvádí na základě souhrnů definic kvality života pět kategorií. Podle ní je kvalita života v ošetrovatelství vymezena v uvedených významech jako:

1. schopnost vést normální život,
2. štěstí, spokojenost,
3. dosahováno osobních cílů,
4. schopnost vést sociálně „aktivní život“,
5. jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity.

K záměru sledování kvality života se hodí použít standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který pomocí domén umožňuje stanovit kvalitu života jedince. Tato forma dotazníku měří subjektivní vnímání jedince na kvalitu jeho života. Každá nemoc je součástí v životě pacienta v oblasti biologické, psychické i sociální. Kvalita života v současné době a v současném zdravotnictví považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví a slouží k hodnocení účinnosti péče a zkoumání dopadu nemoci na život jedince (Dragomerická, 2006). Problematika kvality života jedince je zkoumaná v mnoha vědních oborech, jako jsou – sociologie, psychologie, medicína, ekonomie, ošetrovatelství, pedagogika a dalších (Gurková, 2011).

Problematika kvality života jedince je zkoumaná v mnoha vědních oborech, jako jsou – sociologie, psychologie, medicína, ekonomie, ošetrovatelství, pedagogika a dalších (Gurková, 2011)

Tělesné postižení získané amputací dolní končetiny je pro každého člověka významně vzniklou nevýhodou, jenž ho omezuje a celkově znevýhodňuje v životě ať už profesním, rodinném nebo jiném osobním. Je tedy zcela pochopitelné, že takováto amputace s sebou nese přímý vliv na psychiku člověka. Díky tomu, že se člověk dostává do situací, které ho dosud nepotkaly, přichází stres a následné trauma. Mnoho faktorů pak ovlivňuje to, jakým způsobem se člověk s takovýmto traumatem vypořádává. K těmto faktorům patří

samotná osobnost člověka, vliv nejbližších z rodiny i míra informovanosti. V některých případech je nezbytná pomoc i psychologa (Smutný, 2009). Pokud je pomoc psychologa potřebná, pak podle Smutného (2009) by měla být započata již v době před samotnou operací dolní končetiny. V této chvíli je totiž pacient právě informován o možných komplikacích, průběhu rekonvalescence, další léčby, možné rehabilitaci, ale i o možnostech případného dalšího pracovního uplatnění.

Pojem „kvalita života“ není pojmem novým. Ve 20. letech 20. století se tento pojem rozšířil zejména v souvislostech spojených s ekonomickým vývojem a sociálními vrstvami společnosti (Payne, 2005). Studium kvality života je v dnešní době velmi důležitým tématem, které se věnuje velký prostor v mediích i ve výzkumech mnoha odborných týmů (Payne, 2005).

Kvalita života je v odborných statích uváděna jako pojem, který je díky svému širokému pojetí obtížně definovatelný. Lze se s ním a s jeho definicí setkat v různých oborech lidské činnosti v pedagogice, ekologii, ekonomii, stavebnictví, medicíně, psychologii a dalších. Lze tak konstatovat, že vlastní pojem „kvalita života“ je pojmem multioborovým a multidimenzionálním a nelze ho až tak jednoznačně „nad oborově“ definovat (Křivohlavý, 2002; Payne, 2005; Gurková, 2011). V běžném hovorů a jednání se lze setkat s vymezením tohoto pojmu jako schopnost žít obvyklý, normální život. Často je spojována s celkovou spokojeností. Z uvedeného tedy vyplývá, že tento pojem je v obecné rovině vnímán jedincem především subjektivně.

Podle Gurkové (2011) je možno na kvalitu života mít nejen subjektivní pohled, ale také objektivní. Subjektivní je vymezen tím, jak jedinec vnímá své místo, roli, polohu ve společnosti, jak hodnotí svůj život. Objektivní pohled je spojován s materiálovým zajištěním, zahrnuje ekonomické, environmentální, zdravotní, psychologické i sociální podmínky (Gurková, 2011).

Ferransová (1990) uvádí na základě souhrnů definic kvality života pět kategorií. Podle ní je kvalita života v ošetrovatelství vymezena v uvedených významech jako:

6. *schopnost vést normální život,*
7. *šťěstí, spokojenost,*
8. *dosahováno osobních cílů,*
9. *schopnost vést sociálně „aktivní život“,*
10. *jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity*

(Ferransová, 1990).

Gurková (2011) pak vymezila základní znaky definující kvalitu života:

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

(Gurková, 2011).

Jiní autoři vymezují kvalitu života ve spojení s pojmem osobní pohoda (well-being) a hodnocení kvality žití jako celku. Pojem kvalita lze vysvětlit také jako jakost či hodnota týkající se zdraví, sociálních, tělesných i duchovních potřeb jedince. Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody“. Pojem kvalita lze vysvětlit i jako jakost či hodnotu.

V oblasti medicíny je kvalita života velmi často používaným pojmem, který se zde používá přibližně od 70. let 20. století. Ve zdravotnictví se kvalita života zkoumá především v oblastech psychomotorického a tělesného zdraví: „health related quality of life“, tedy zdravím ovlivněna kvalita života. (Payne, 2005)

Pro zdravotnické obory jsou významná vymezení kvality života opírající se o pojetí zdraví. „Vyjadřuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů. V současné době, pro kterou je charakteristické prodloužování délky života a převaha chronických, dlouhotrvajících nemocí nad nemocemi infekčními, se za hlavní cíl medicíny nepovažuje zdraví nebo prodloužení života samo o sobě, ale zachování nebo zlepšení kvality života.“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, str. 9)

Kategorizaci kvality života se výrazně zabývala Veenhovenová, jejíž práci v podobě čtyř kvalit života (tabulka 1) převzala a rozšířila Dragomirecká, Bartoňová (2006).

Tabulka 1: Čtyři kvality života dle Veenhovenové (Dragomerická, Bartoňová, 2006)

	vnější kvality	vnitřní kvality
předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
výsledky	C. užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	D. vlastní hodnocení života subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

Zdroj: Dragomerická, Bartoňová (2006)

„Kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně politické vědy. Do kvadrantu B patří fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky (včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu). Kvadrant C zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filosofie. Kvadrant D představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současné době značný rozmach, je široce aplikováno v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy.“ (Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Křivohlavý (2002) kvalitu života hierarchicky uspořádává do sfér: makro-rovina, mezo-rovina, personální rovina a fyzická existence. V makro-rovině jsou řešeny otázky kvality života velkých společenských celků, jako příslušný světadíl. Zde jde především o otázky spojené s morálními hodnotami a v geopolitické rovině (boj s epidemiemi, chudoba, terorismus, zdravotnictví apod.). V mezo-rovině se zaměřuje na kvalitu života malých sociálních skupin (nemocnice, školy, pečovatelské domovy atd.). Základem morální hodnota života jedince, sociální klima a vztahy mezi lidmi. Personální rovina se týká kvality života jednotlivce (lékař, pacient atd.) V tomto případě se jedná o zcela osobní a subjektivní hodnocení jedince (bolest, zdraví, spokojenost atd.). Čtvrtou rovinou je fyzická existence. Jedná se zde o pozorovatelné chování jedinců, jenž lze objektivně změřit a porovnávat (např. chůze před a po ortopedickém zákroku) (Křivohlavý 2002).

Ať už se jedná o čtyři kvality života, nebo o čtyři sféry (dimenze) této kvality, je důležité si vždy uvědomovat, o kterou rovinu kvality života vlastně jde, ve které rovině se pohybujeme a kterou rovinu také posuzujeme.

3.1 Posuzování a měření kvality života

Jak již bylo uvedeno při definování kvality života lze na ni nahlížet z mnoha úhlů, které se i vzájemně mnohdy prolínají a pochopitelně se odrážejí i v jejím posuzování a měření. Problematika kvality života jedince je zkoumaná v mnoha vědních oborech a s tím je spojeno i mnoho metod a postupů jeho zkoumání (Gurková, 2011).

Pro posuzování a měření kvality života Křivohlavý (2002) rozdělil metody, do tří skupin:

- Metody hodnocení podle druhé osoby.
- Metody, kde hodnotí sám jedinec.
- Metody smíšené, dané kombinací předchozích metod.

K určování kvality života se nejčastěji využívá dotazníkové šetření nebo strukturované či polostrukturované rozhovory. Výhodou dotazníkového šetření je jeho využití pro výzkum v populaci, kde lze využít možností, které skýtá vzájemné porovnání různých podmínek i souborů jedinců – respondentů (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Speciální podoba dotazníků se využívá u osob – respondentů s určitými obtížemi. Tyto dotazníky se pak skládají se z položek, které jsou zaměřeny na konkrétní obtíže v životě život respondentů. Speciální dotazníky tedy zachycují klinicky důležité oblasti, které však lze jen s obtížemi zevšeobecňovat nebo vzájemně porovnávat. Mezi nejznámější dotazníky patří SF-36, SEIQOL či WHOQOL (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

K záměru sledování kvality života se hodí z medicínského pohledu zejména standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF, který pomocí domén umožňuje stanovit kvalitu života jedince. Tato forma dotazníku měří subjektivní vnímání jedince na kvalitu jeho života. Každá nemoc je součástí v životě pacienta v oblasti biologické, psychické i sociální. Kvalita života v současné době a v současném zdravotnictví považuje za vhodný indikátor fyzického, psychického a sociálního zdraví a slouží k hodnocení účinnosti péče a zkoumání dopadu nemoci na život jedince (Dragomirecká, 2006).

Dotazníkové metody používané k zjišťování kvality života musí splňovat základní metodologická pravidla – musí být objektivní, reliabilní, validní i sensitivní na změny a měly by být standardizované. Problematická je především otázka validit, kdy je nutné si klást otázku, co daný dotazník vlastně měří (Svoboda, 2010). Dalším důležitým prvkem je sensitivnost ke změně a schopnost postihnout rozdíly v kvalitě života ze strany respondentů. Tato změna je významná hlavně klinicky, kdy respondent by ji měl pocítit ve vztahu ke

svému zdravotnímu stavu. Zde mluvíme o takzvaném minimálním klinicky významném rozdílu. Tento rozdíl díky řadě proměnných nemusí být konstantní, nelze jej tedy ani jednoznačně určit (Mareš, Urbánek, 2006).

Specifickou otázkou je standardizace dotazníku, kdy je potřeba zohlednit, za jakých okolností a na jakém vzorku byl daný dotazník použit, případně jak je provedena vlastní standardizace. Svůj význam má pochopitelně i způsob formulace otázek dotazníku, pohled na zdraví a vyznění otázek. Je nutné také zohlednit, zda je při sledování kvality života pacienta v průběhu času, tedy opakovaně, vhodné použití téhož dotazníku s ohledem na změnu zdravotního stavu a s tím souvisejícími dalšími možnostmi nebo očekáváními pacienta.

Pro posuzování a porovnávání kvality života je důležité mít k dispozici zdroje informací například jak uvádí Dragomirecká, Bartoňová (2006): „*Zdrojem informací o instrumentech kvality života je databáze ProQolid, kterou provozuje mezinárodní výzkumný ústav pro měření kvality života MAPI Research Institute.*“

Z kvalitativní studie s využitím polostrukturovaných rozhovorů s osmi pacienty účastníci se protetické rehabilitace ve dvou okresních nemocnicích vyplynulo pět klíčových témat, jimiž jsou očekávání ve vztahu k rehabilitačním službám, nejistota, protéza, návrat do normálního života a osobní problémy. Z výsledků vyplývá, že očekávání pacientů jsou nejasná z důvodu malé informovanosti, což u všech vedlo k jisté míře nejistoty až pasivity (Ostler a Ellis-Hill, 2014).

Gandhi a kol. (2020) zkoumali demografické údaje lidí, kteří podstoupili amputaci dolní končetiny v USA s využitím dat zdravotních pojišťoven. Do výzkumu byla zapojena data od 6 117 981 pacientů s diagnostikovanou *diabetes mellitus* 2. typu, z toho 14 627 prodělalo amputaci dolní končetiny (pod kotníkem 72,8 %; nad kotníkem 27,2 %). Výskyt amputace dolní končetiny u mužů byl vyšší než u žen o 36 %, zvyšoval se s rostoucím věkem, nejvíce postiženou skupinou byli lidé v 80 letech a starší. Obecně lze tedy konstatovat, že rizikovou skupinou jsou muži trpící *diabetes mellitus* 2. typu ve starším věku, což vyžaduje další výzkum ovlivňujících faktorů na rizikovou skupinu.

V Norsku byl sledován pracovní status 652 lidí, kteří prodělali amputaci dolní končetiny, z výsledků vyplývá, že po amputaci přešli lidé na fyzické méně náročnou práci, menšina se musela svojí práci vzdát úplně a nenašli se svým postižením novou práci. Návrat do pracovního života trval v průměru 2,3 roku po amputaci, téměř všichni respondenti

si přáli, aby jejich pracovní prostředí bylo lépe přizpůsobeno jejich omezením a uváděli, že mají problém týkající se možnosti povýšení (Shoppen a kol., 2001). Zkušenost s finančními obtížemi se u těchto osob může vyskytovat až o 50 % více než u průměrné populace, souvisí se sníženou možností účasti v práci a každodenními aktivitami v důsledku fyzické a psychické zátěže způsobené postižením (Lee a kol., 2020).

Pran a kol., (2021) pozorovali u 134 pacientů celkovou kvalitu života a spokojenost s vlastní zdravotní stránkou, srovnávali chodící lidi užívající protézu a lidi pohybující se pomocí vozíku bez protézy se standardy s populačními normami. Lidé mobilizující se pomocí vozíku byly šestkrát více nespokojeni a lidé užívající protézu byly až sedmkrát více nespokojeni ve srovnání s populačními normami, ve studii převažovali muži a byli v průměru dvakrát více nespokojeni než ženy se stejnou diagnózou. Spokojenost s účastí v sociálních rolích a soustředění se ve spojitosti s rušivou bolestí sledoval Amtnamm a kol. (2015). Lidé, kteří přišli o dolní končetinu nad kolenem uváděli statisticky významně obtížnější fyzické funkce než lidé, při podkolenní amputaci. Lidé po traumatické amputaci vykazovali lepší životní spokojenost a soustředěnost než přechází dvě skupiny. Ukazatelé u jednotlivých zdravotních profilů, především u kvantitativních výzkumů poukazují na klinické aspekty celkového vnímání vlastní psychické i fyzické kondice a určité rezervy v pooperační péči jak v kapacitě zdravotnických zařízení, tak v domácí péči.

Ve studii Holzera a kol (2014) byl zkoumán postoj pacienta k sobě samému, sebezpřijetí a hodnocení vlastního vzhledu. Vyplnění 118 položkového dotazníku se účastnilo 149 pacientů s průměrným věkem 66 let, z toho 114 (76,51 %) mužů a 35 (23,48 %) žen. Většina amputací (75,83 %) byla pod kolenem, zbytek nad kolenem, 63,08 % udávalo pocit fantomové bolesti, jedná se o *bolest vztáženou k chirurgicky nebo traumaticky odstraněné části lidského těla, zpravidla již v jeho integritě neexistující*, po amputaci dolní končetiny tento typ bolesti probíhá nejčastěji (Lejčko, 2001). Sebespokojenost lze vyjádřit pomocí ABIS (Amputee Body Image Scale) skóre (Breakey, 1997) pomocí kterého byly zkoumány hodnoty související se sebezpřijetím a hodnocením vlastního vzhledu u osob po amputaci dolní končetiny, pokles skóre u nich činil v průměru o 22 % od populačních referenčních hodnot. Obraz vlastního těla představuje vícerozměrnou a komplexní konstrukci kombinující percepce a behaviorální aspekty jedince.

Pro podporu a udržení vysoké kvality života se po amputaci dolní končetiny doporučuje pravidelná fyzická aktivita (Bragaru a kol., 2011), aktuální data vykazují, že přibližně pouhých 40 % lidí po amputaci dolní končetiny splňuje každodenní doporučovanou fyzickou

aktivitu (Langford a kol., 2019), proto má převážná část pacientů nepříznivé zdravotní následky v podobě postupně ztrácejících se funkci pohybového ústrojí. Fyzická aktivita nemusí být pouze v podobě nezbytné rehabilitace, ale také v rámci zájmového sportu. Legro a kol. (2001) sestavily dotazník pro 92 osob, používajících protézu dolní na dolní končetině, týkající se preferovaných rekreačních aktivit a sledovali výdej energie s nimi spojený. Mezi méně energeticky náročnými aktivitami bylo často zmíněno zahradničení, vaření, kulečnick či rybaření. U náročnějších byly preferovány sporty jako jízda na speciálně upraveném jízdním kole, jízda v lodi, plavání, bowling a tanec. Lidé mezi 20 a 49 rokem mezi středně náročné aktivity zařazovali sex, zároveň jej však často uváděli jako jednu z aktivit, kterou by mohli lépe vykonávat bez protézy než s ní.

Dalším z podstatných prvků zdravé životosprávy je spánek, Serda a kol. (2015) pozorovali kvalitu spánku u osob po amputaci dolní končetiny, dle výsledků lze konstatovat, že rozhodně dochází ke zhoršení kvality spánku po amputaci, a to nejen v pooperačním období, ale dlouhodobě. Větší problémy se spánkem byly pozorovány u starších či psychicky nevyrovnaných osob, aktuální emoční stav také ovlivňoval jeho kvalitu v neposlední řadě je problém usnout či časté buzení spojen s bolestí, tento jev lze do určité míry kompenzovat analgetiky, avšak dlouhodobé užívání analgetik se nedoporučuje.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Součástí bakalářské práce je praktická část, která vychází z dat získaných od respondentů hospitalizovaných v Nemocnici Šumperk a.s., Olomouckého kraje. Celkový počet respondentů byl 40. Jako nástroj sběru dat byl použit standardizovaný dotazník, který byl respondentům předložen. Cílovou skupinou byli osoby po amputaci dolní končetiny. Bylo rozdáno 60 dotazníků z nichž návratnost byla již zmíněných 40.

4.1 Stanovení cílů

Hlavní cíl

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak respondenti po amputaci dolní končetiny subjektivně hodnotí svoji kvalitu života.

4.2 Metodika práce

K průzkumnému šetření byla využita kvantitativní výzkumná metoda pomocí standardizovaného dotazníku kvality života WHOQOL – BREF (zkrácená verze dotazníku WHOQOL – 100), který je vytvořen Světovou zdravotnickou organizací WHO. „*WHOQOL byl vytvořen s cílem překonat chápání kvality života ve významu subjektivního vnímání zdraví a denních aktivit.*“ (Dragomirecká, 2006). Dotazník obsahoval 29 uzavřených otázek s možnostmi pouze jedné správné odpovědi. Šetření bylo zcela anonymní, dobrovolné a bylo určeno respondentům po amputaci na dolní končetině. Dotazníkové šetření probíhalo v období od února 2021 do konce dubna roku 2022 na chirurgickém oddělení a chirurgické ambulanci v Šumperské nemocnici a.s. v Olomouckém kraji.

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel, uspořádána do grafů a doplněna komentářem.

5 ANALÝZA DAT

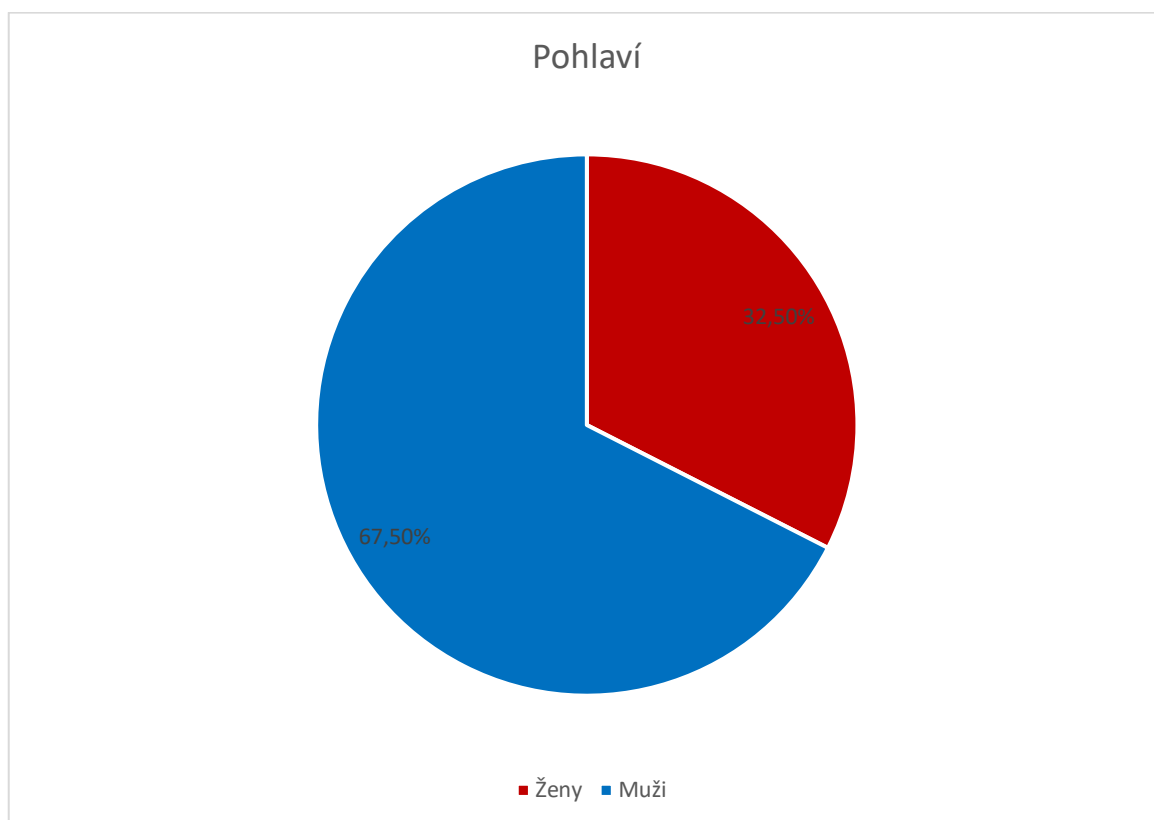
5.1 Popis výzkumného vzorku

Abychom mohli naplnit cíle práce oslovili jsme v období od února 2021 do konce dubna roku 2022 celkem 60 respondentů, z nichž odpovědělo a správně vyplnilo dotazník 40. Návratnost tedy činila 66,67 %.

Otázka č. 1

Jaké je Vaše pohlaví?

- a. Žena
- b. Muž



Zdroj: Vlastní zpracování

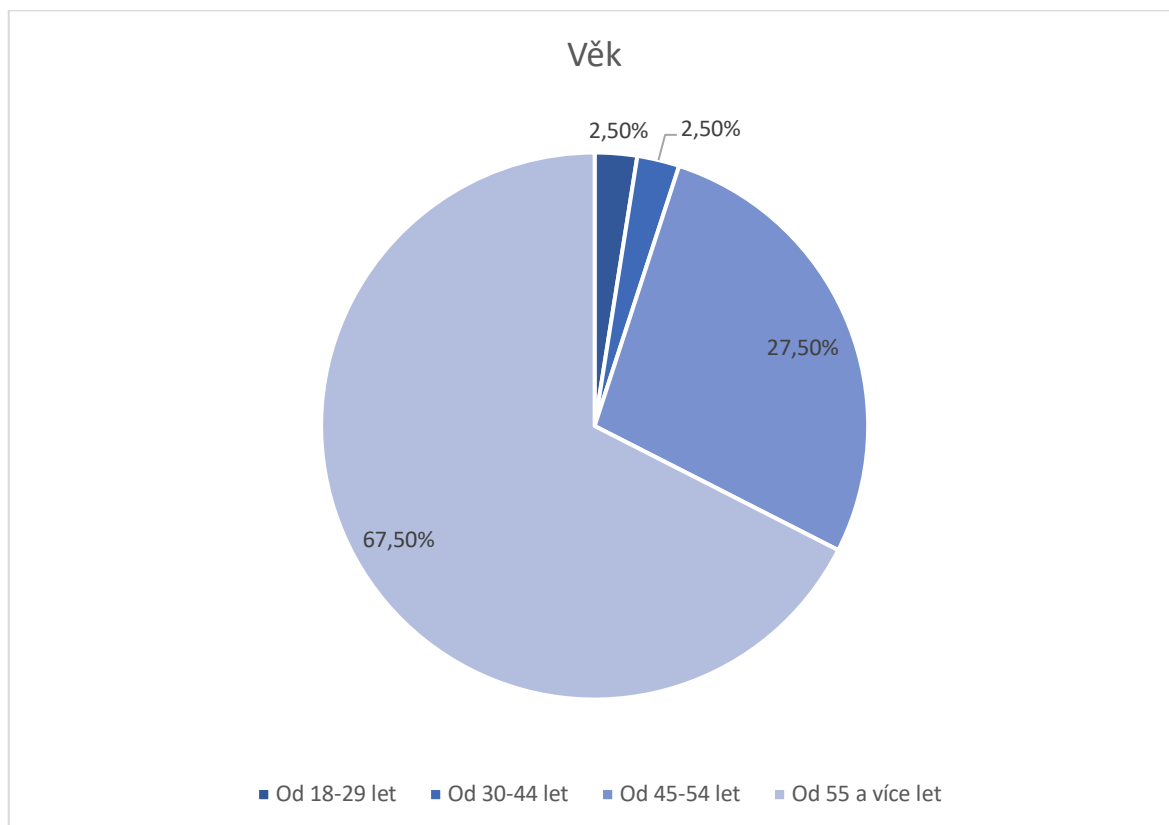
Obrázek 1: Grafické znázornění pohlaví

V položce dotazníku č. 1 bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Výzkumného šetření se zúčastnilo 27 (67,60 %) mužů a 13 (32,50 %) žen.

Otázka č. 2

Jaký je Váš věk?

- a. Od 18–29 let
- b. Od 30–44 let
- c. 45–54 let a více
- d. 55 a více let



Zdroj: Vlastní zpracování

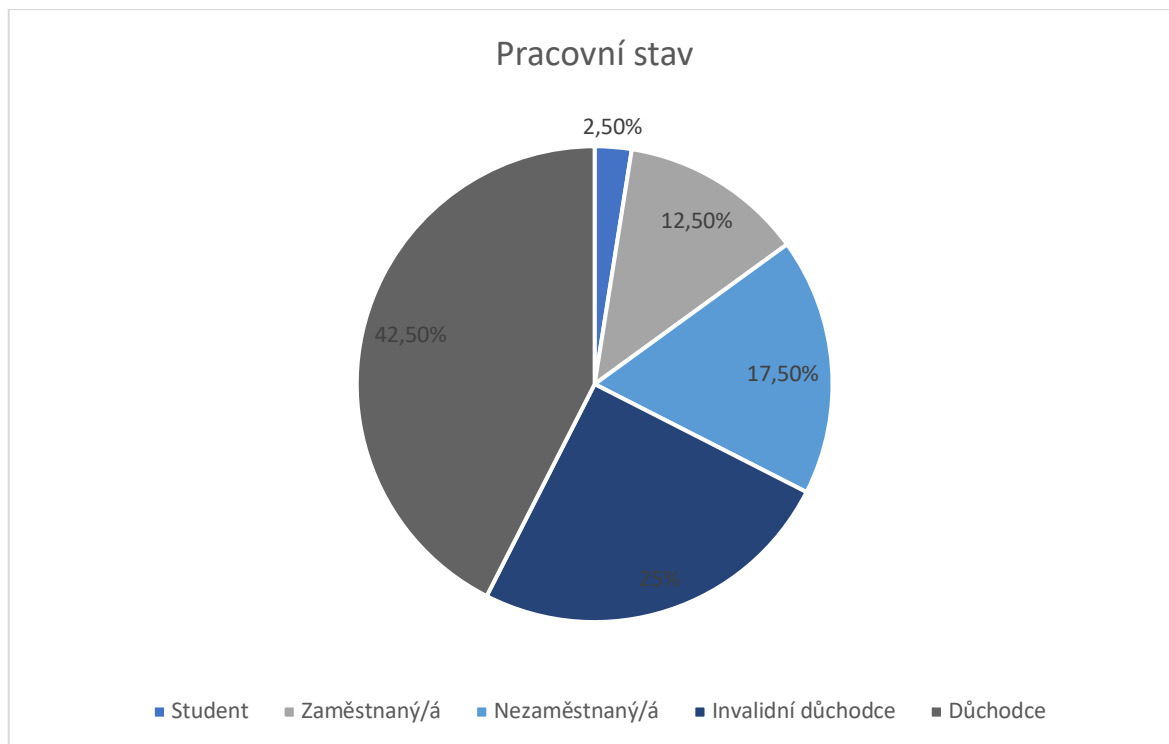
Obrázek 2: Grafické znázornění věkové kategorie respondentů

V položce dotazníku č. 2 byl zjišťován věk respondentů. Z pohledu věku respondentů se výzkumného šetření účastnilo ve věkové kategorii 18-29 let 1 (2,50 %) respondent, taktéž ve věkové kategorii 30-44 let byl 1 (2,50 %) respondent, ve věkové kategorii 45-54 bylo 11 (27,50 %) a věkové kategorii 55 a více let to bylo 27 (67,50 %) respondentů.

Otázka č. 3

Jaký je váš pracovní stav?

- a. Student
- b. Zaměstnaný/á
- c. Nezaměstnaný/á
- d. Invalidní důchodce
- e. Důchodce



Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 3: Grafické znázornění pracovního stavu respondentů

Další otázka se týkala pracovního stavu respondentů. Stav „Student“ vykázal 1 (2,50 %) respondent, odpověď „Zaměstnaný/á“ uvedlo 5 (12,50 %) respondentů, 7 (17,50 %) respondentů uvedlo možnost „Nezaměstnaný/á“, 10 (25 %) respondentů označilo odpověď „Invalidní důchodce“ a 17 (42,50 %) respondentů uvedlo možnost „Důchodce“.

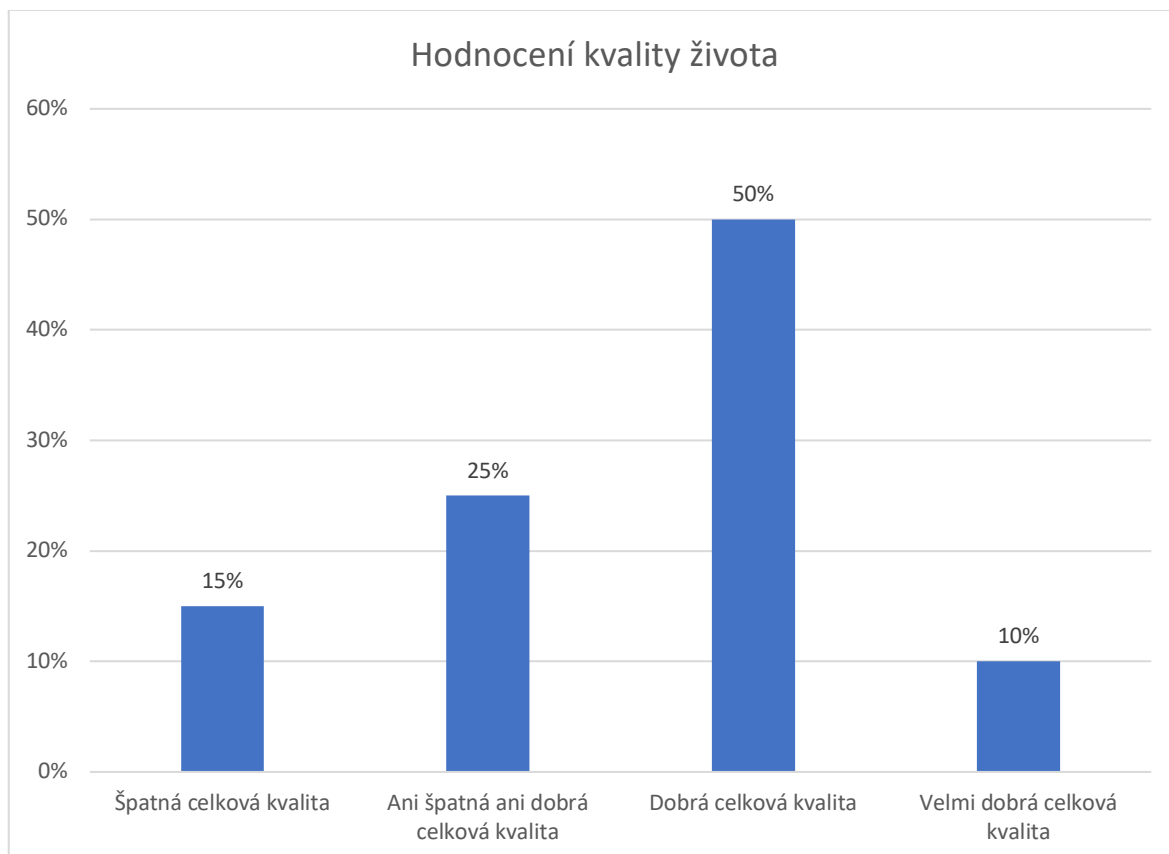
5.2 Šetření kvality života osob po amputaci

Šetření kvality života po amputaci ve standardizovaném dotazníku WHOQOL – BREF se věnují otázky č. 4 až 29.

Otázka č. 4:

Jak byste hodnotil/a celkovou kvalitu svého života?

- a. Špatná celková kvalita
- b. Ani špatná ani dobrá celková kvalita
- c. Dobrá celková kvalita
- d. Velmi dobrá celková kvalita



Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 4: Grafické znázornění hodnocení celkové kvality života

Graf zobrazuje hodnocení celkové kvality života u respondentů po amputaci dolní končetiny. Zúčastnilo se 40 (100 %) respondentů. Jejich nejvíce zastoupená odpověď byla „Dobrá celková kvalita“, kterou uvedlo 20 (50 %) respondentů. Druhou nejpočetnější možnost uvedli respondenti „Ani špatná ani dobrá celková kvalita“, kterou označilo 10 (25 %) respondentů. Nejméně zastoupené odpovědi tvořily možnosti „Špatná celková kvalita“, kterou zvolilo 6 (15 %) respondentů a „Velmi dobrá celková kvalita, kterou zvolili 4 (10 %) respondenti.

Otázka č. 5

Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

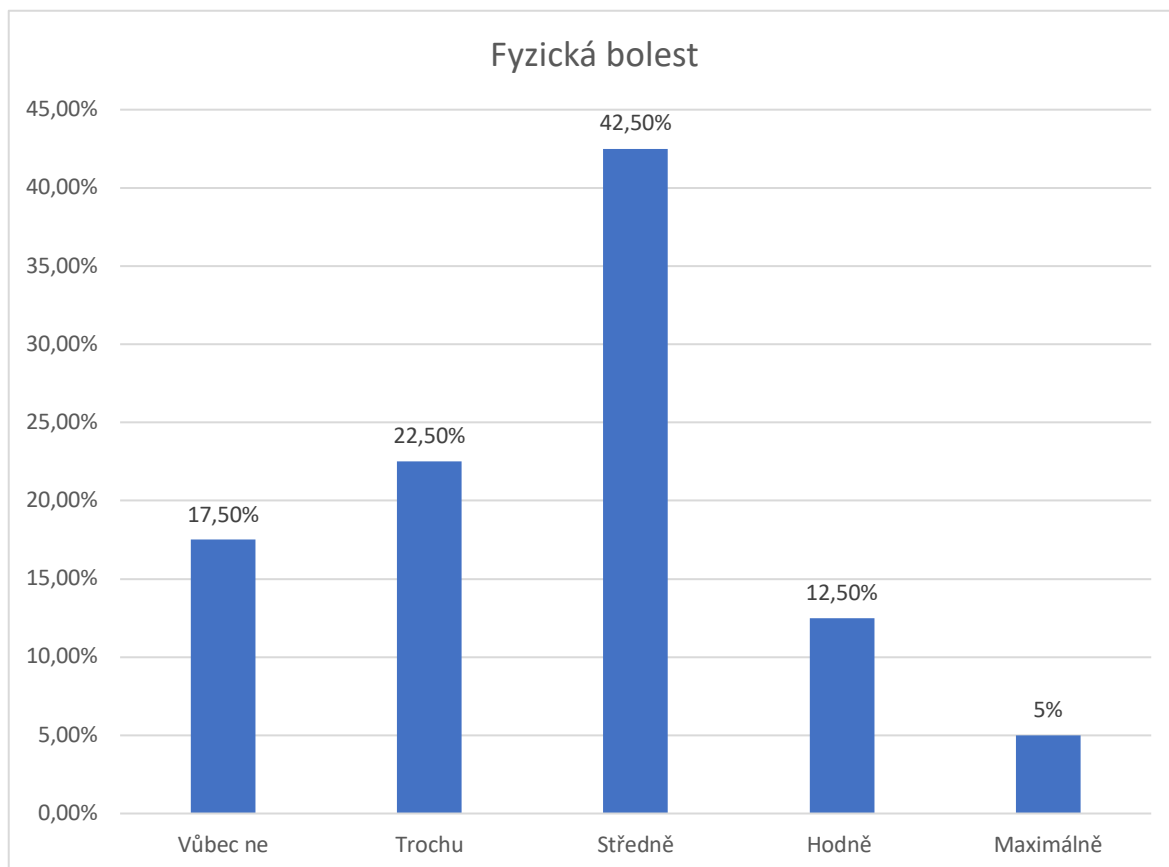
Obrázek 5: Grafické znázornění spokojenosti se svým zdravím

Obrázek znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svým zdravím. Z celkového počtu 40 (100 %) udávalo odpověď „Spokojen/a“ 15 (37,50 %) respondentů. Další nejpočetnější odpověď „Velmi spokojen/a“ uvedlo 13 (32,50 %) respondentů. Možnost „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ zvolilo 8 (20 %) respondentů. Dvě nejméně zastoupené odpovědi byly „Velmi nespokojen/a“ 2 respondenti (5 %) a „Nespokojen“ také 2 (5 %) respondenti.

Otázka č. 6

Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

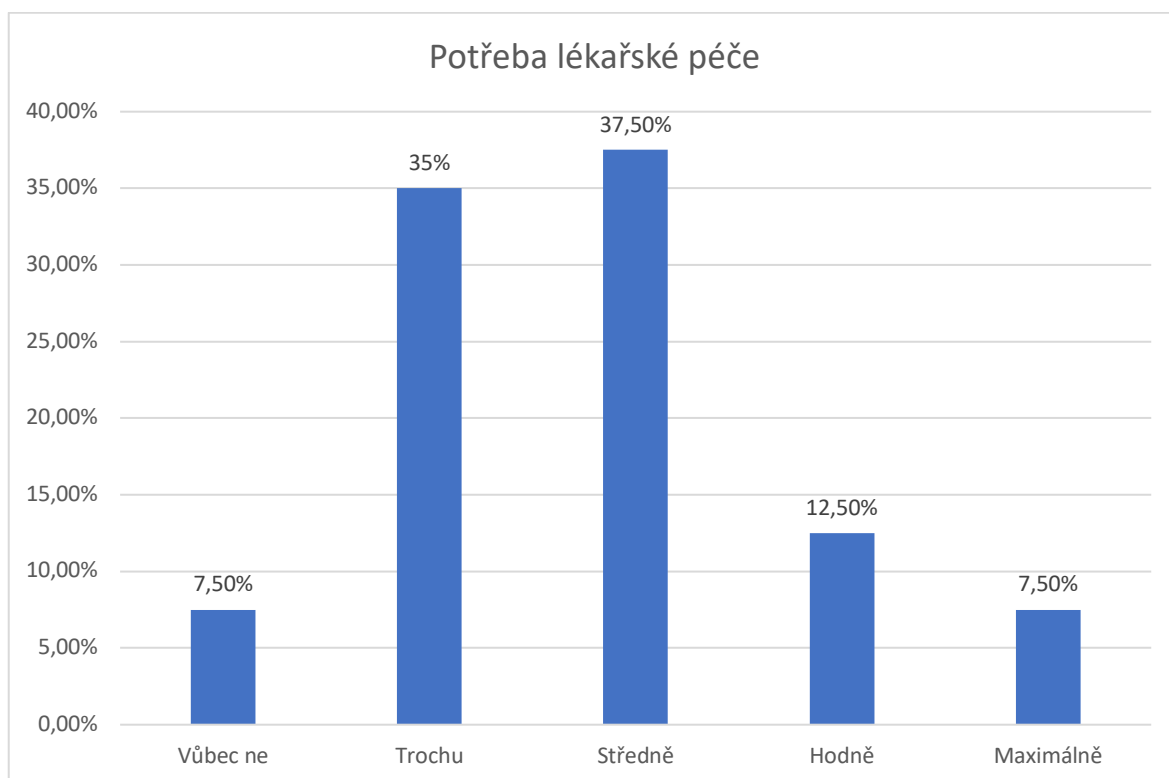
Obrázek 6: Grafické znázornění vnímání fyzické bolesti

V otázce č. 6 měli respondenti uvést, do jaké míry jim fyzická bolest brání dělat to, co potřebují. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů byla značně nejvíce zastoupená odpověď „Středně“, kterou uvedlo 17 (42,50 %) respondentů. Na druhém místě označilo možnost „Trochu“ 9 (22,50 %) respondentů. Další odpověď „Vůbec ne“ uvedlo 7 (17,50 %) respondentů. Druhou nejméně označenou odpověď zvolilo 5 (12,50 %) respondentů. 2 (5 %) respondenti doplnili svoji odpověď „Maximálně“.

Otázka č. 7

Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

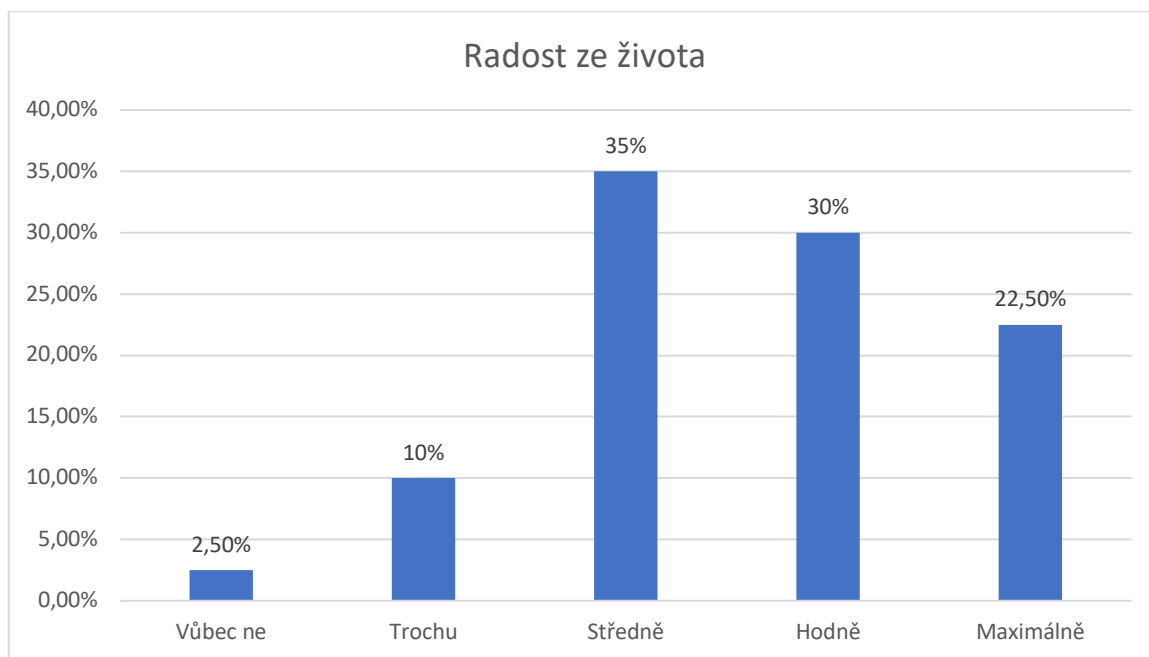
Obrázek 7: Grafické znázornění potřeby lékařské péče

Tento graf vystihuje, do jaké míry respondenti potřebují lékařskou pomoc, aby mohli fungovat v každodenním životě. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů byla nejčastěji označena odpověď „Středně“ v počtu 15 (37,50 %) respondentů. 14 (35 %) respondentů označilo možnost „Trochu“, 5 (12,50 %) respondentů uvedlo odpověď „Hodně“. Dvě nejméně označené odpovědi byly „Vůbec ne“ od 3 (7,50 %) respondentů, taktéž u možnosti „Maximálně“ od 3 (7,50 %) respondentů.

Otázka č. 8

Jak moc Váš těší život?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

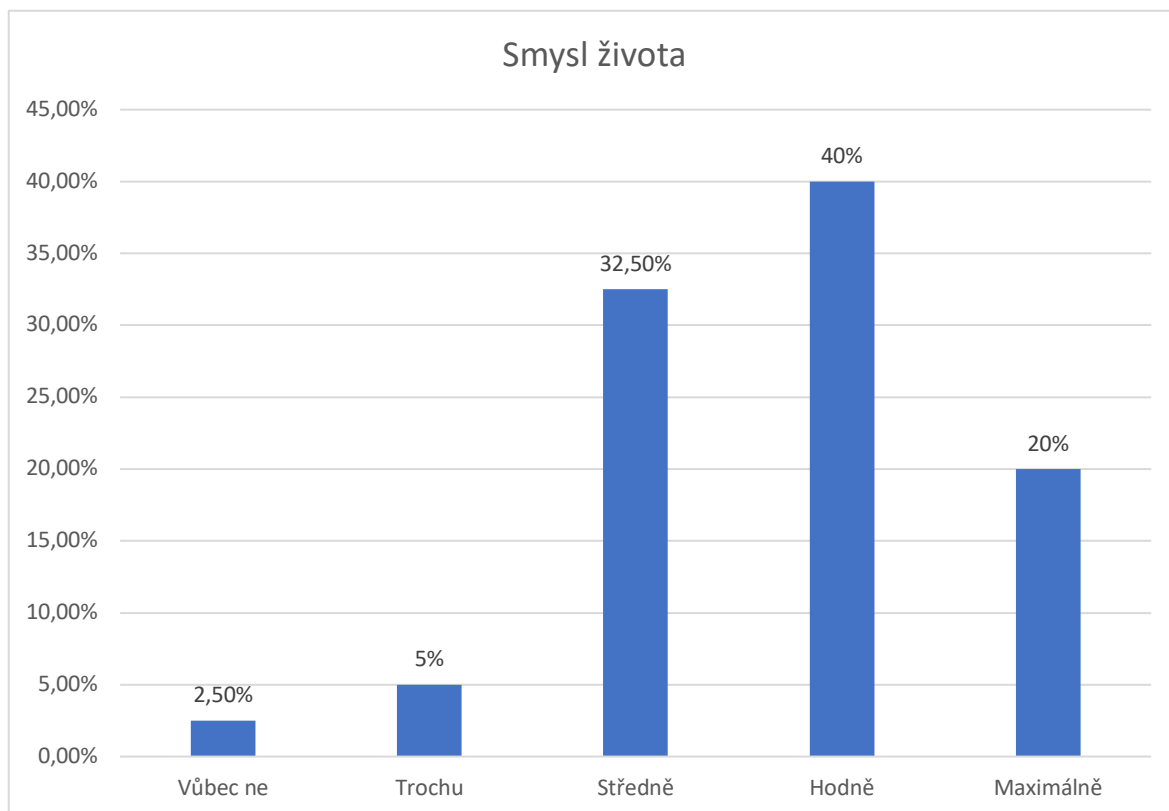
Obrázek 8: Grafické znázornění, jakou mají respondenti radost ze života

V položce dotazníku č. 8 bylo zjišťováno, jakou mají jedinci po amputaci dolní končetiny radost ze života. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 14 (35 %) respondentů, že se těší ze života „Středně“, 12 (30 %) respondentů označilo možnost „Hodně“, 9 (22,50 %) respondentů uvedlo odpověď „Maximálně“. 4 (10 %) respondenti uvedli, že je „Trochu“ těší život. Nejméně zastoupenou odpovědí „Vůbec ne“ byla označena možnost od 1 (2,50 %) respondenta.

Otázka č. 9

Nakolik se Vám zdá, že má Váš život smysl?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

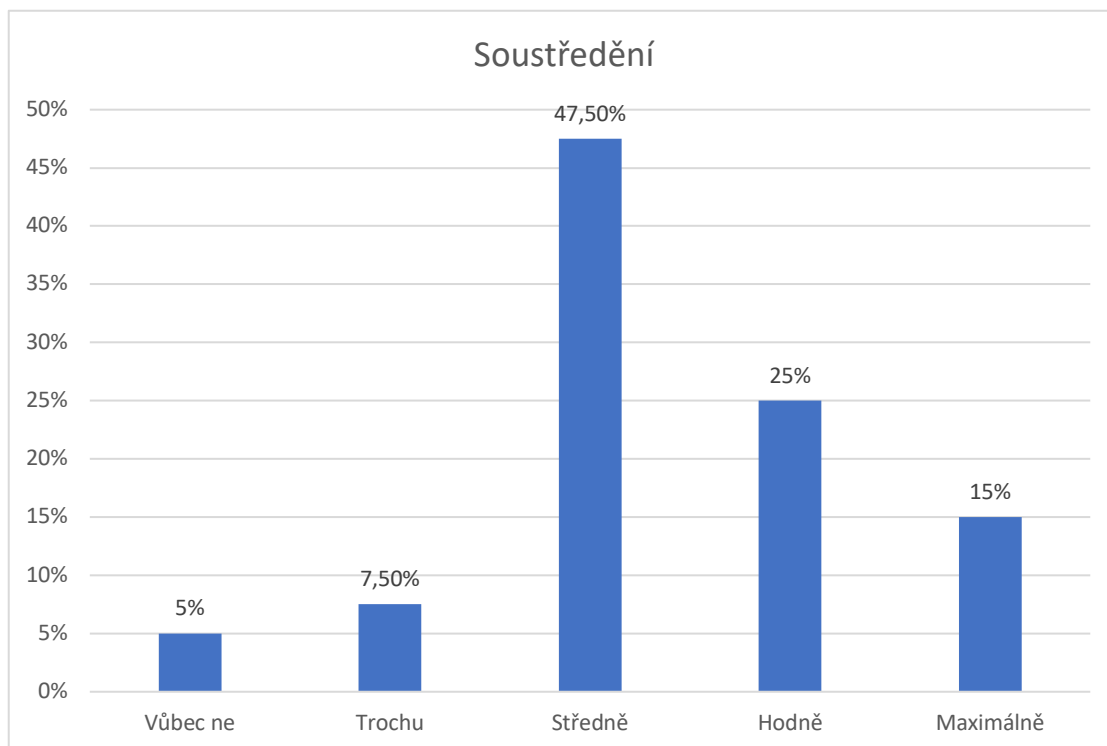
Obrázek 9: Grafické znázornění smyslu života

Touto otázkou jsem zjišťovala, nakolik se respondentům zdá, že jejich život má smysl. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů byla nejčastější odpověď označena možnost „Hodně“ od 16 (40 %) respondentů, 13 (32,50 %) respondentů uvedlo odpověď „Středně“. Třetí nejvíce označená odpověď byla „Maximálně“ od 8 (20 %) respondentů. 2 (5 %) respondenti označili odpověď „Trochu“ a 1 (2,50 %) respondent uvedl možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 10

Jak se dokážete soustředit?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

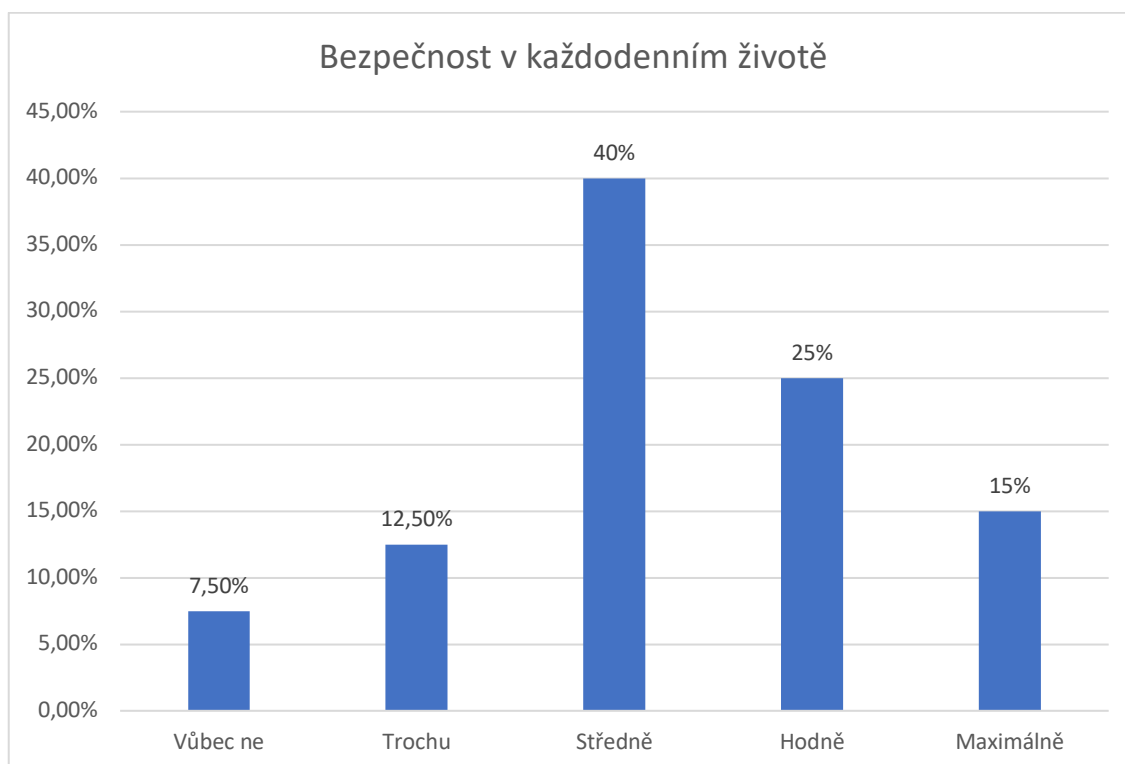
Obrázek 10: Grafické znázornění, jak se respondenti dokážou soustředit

Cílem otázky č. 10 bylo zjistit, jak moc se respondenti dokážou soustředit. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů hodnotilo 19 (47,50 %) respondentů odpověď „Středně“. 10 (25 %) dotazovaných označilo, že se dokážou soustředit „Hodně“. Třetí nejvíce označovanou možnost „Maximálně“ uvedlo 6 (15 %) respondentů. 3 (7,50 %) respondenti označili odpověď „Trochu“ a 2 (5 %) uvedli možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 11

Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

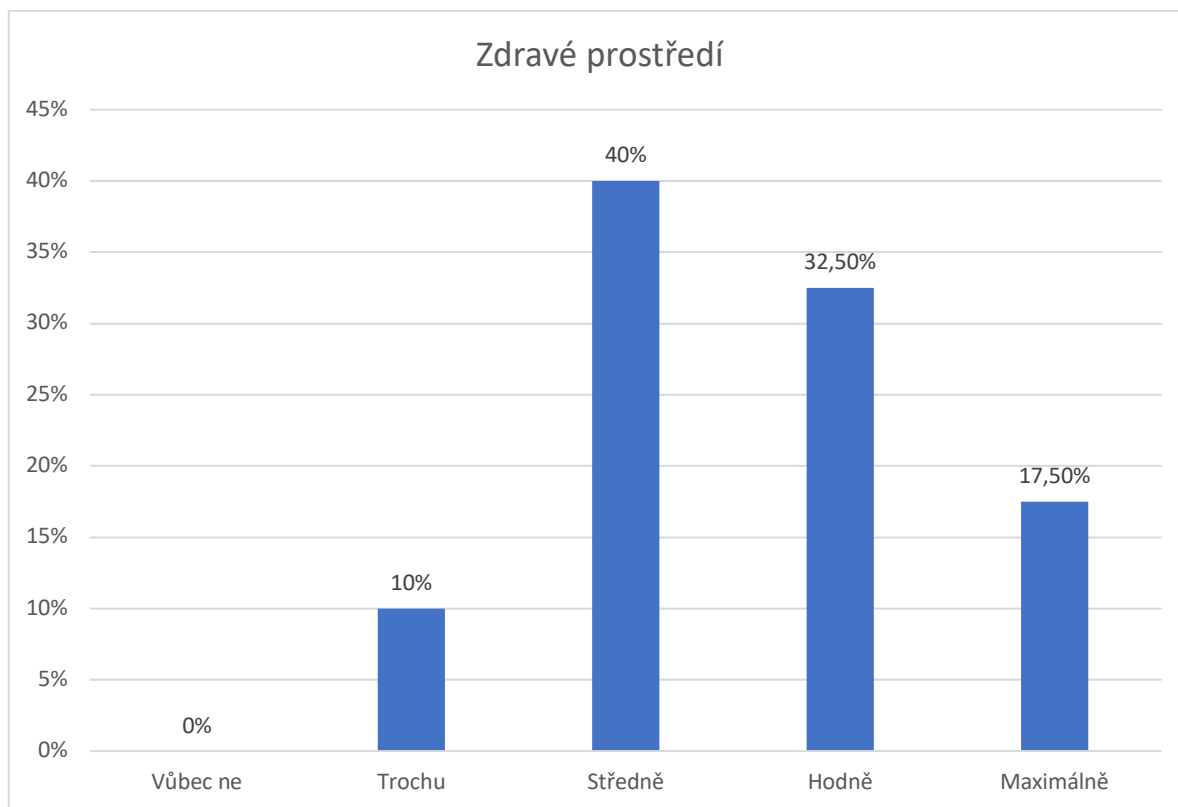
Obrázek 11: Grafické znázornění bezpečnosti v každodenním životě

Tato položka vystihuje, do jaké míry se respondenti cítí bezpečně v každodenním životě. Z celkového počtu 40 (100 %) označilo 16 (40 %) respondentů odpověď „Středně“. Na druhém místě označilo 10 (25 %) respondentů možnost „Hodně“. Odpověď „Maximálně“ zvolilo 6 (15 %) respondentů. Jako další metodu tj. „Trochu“ v dotazníku označilo 5 (12,50 %) respondentů. 3 (7,50 %) respondenti zvolili odpověď „Vůbec ne“.

Otázka č. 12

Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

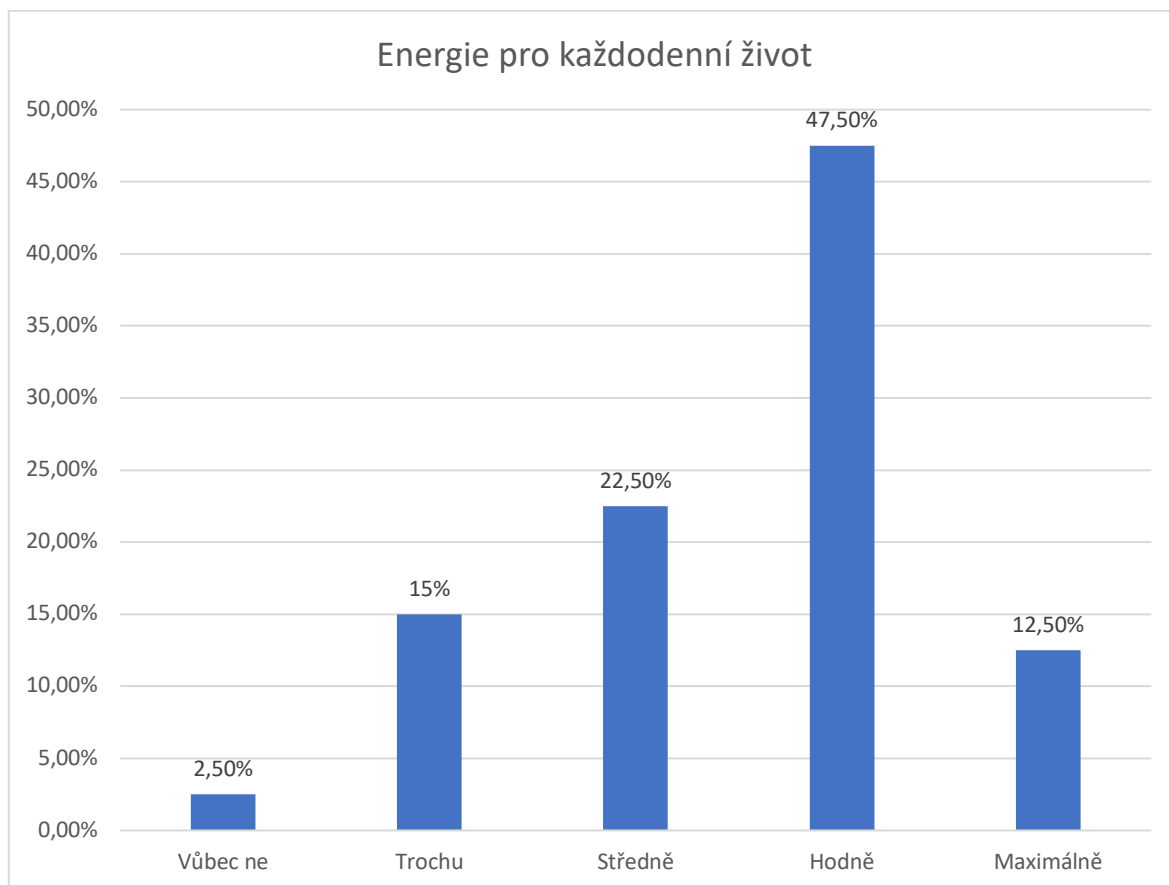
Obrázek 12: Grafické znázornění zdravého žití respondentů

Cílem této otázky bylo zjistit, v jak zdravém prostředí respondenti žijí. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 16 (40 %) respondentů možnost „Středně“, 13 (32,50 %) respondentů možnost „Hodně“, 7 (17,50 %) možnost „Maximálně“. Odpověď „Trochu“ zvolili 4 (10 %) respondenti a žádný respondent neuvedl odpověď „Vůbec ne“.

Otázka č. 13

Máte dost energie pro každodenní život?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

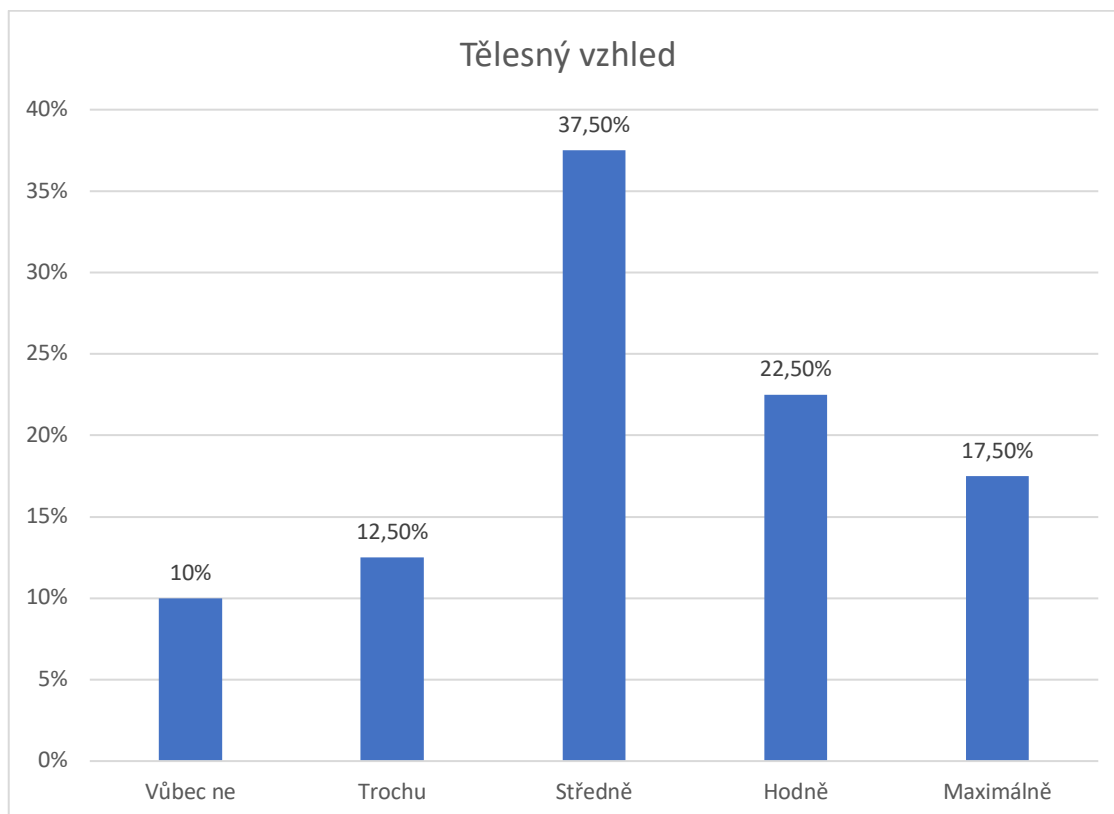
Obrázek 13: Grafické znázornění energie respondentů pro každodenní život

V otázce č. 13 bylo cílem zjistit, do jaké míry mají respondenti energii pro každodenní život. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo nejčastější odpověď „Hodně“ 19 (47,50 %) respondentů. 9 (22,50 %) respondentů zvolilo možnost „Středně“, 5 (12,50 %) respondentů uvedlo „Maximálně“, 6 (15 %) respondentů uvedlo „Trochu“ a 1 (2,50 %) respondent zvolil možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 14

Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

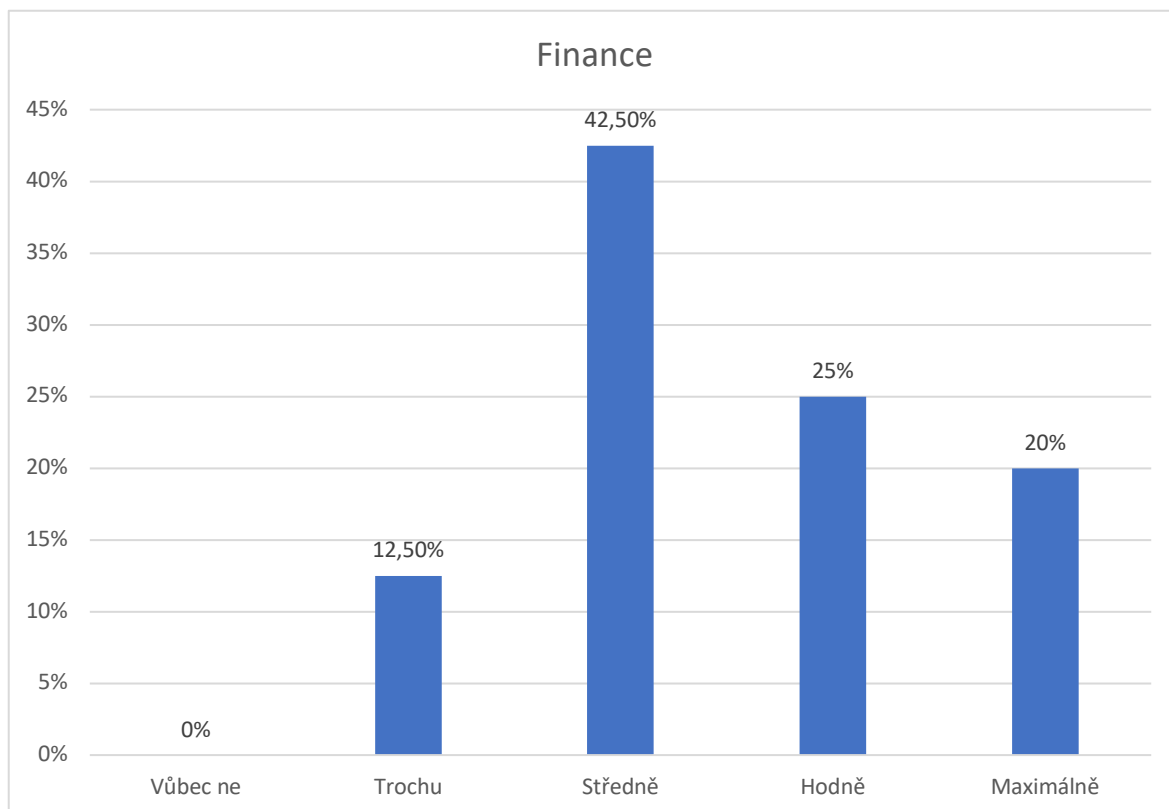
Obrázek 14: Grafické znázornění vnímání tělesného vzhledu po amputaci dolní končetiny

Graf znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti ochotni akceptovat svůj vzhled. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů nejčastěji zastoupenou odpovědí označilo 15 (37,50 %) respondentů odpověď „Středně“. 9 (22,50 %) dotazovaných označilo, že respondenti „Hodně“ akceptují svůj tělesný vzhled. 7 (17,50 %) respondentů zvolilo možnost „Maximálně“, 5 (12,50 %) respondentů uvádělo odpověď „Trochu“ a 4 (10 %) respondenti uvedli možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 15

Máte dost peněz k uspokojování svých potřeb?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

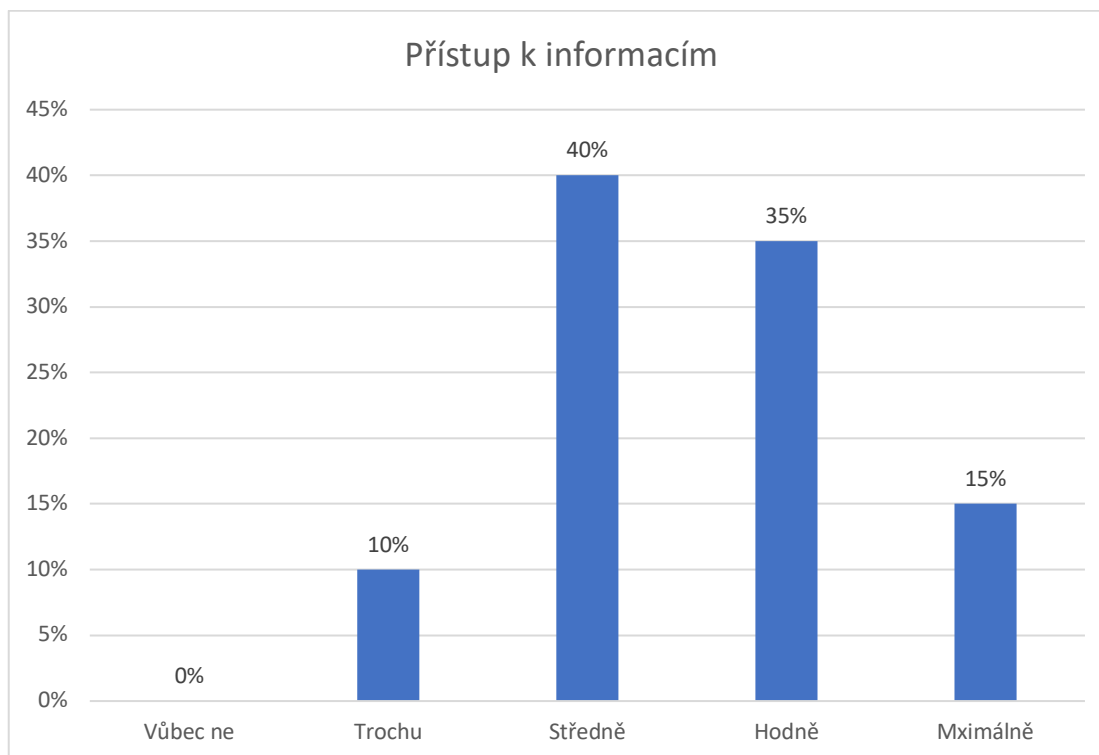
Obrázek 15: Grafické znázornění dostatku financí k uspokojování potřeb

V položce dotazníku č. 15 bylo zjišťováno, jestli mají respondenti dostatek financí k uspokojování svých potřeb. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 17 (42,50 %) respondentů odpověď „Středně“, 10 (25 %) respondentů označilo možnost „Hodně“, 9 (20 %) respondentů uvedlo odpověď „Maximálně“. 5 (12,50 %) respondentů uvedlo možnost „Trochu“. Odpověď „Vůbec ne“ neuvedl žádný respondent.

Otázka č. 16

Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

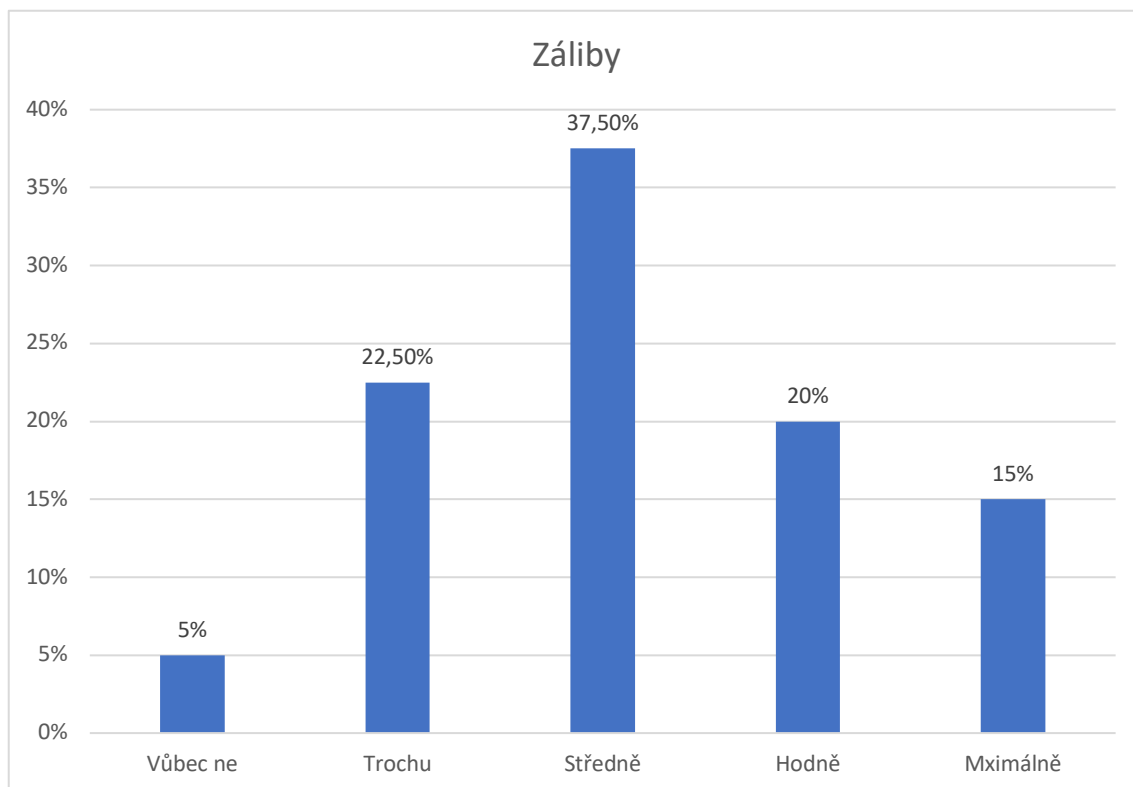
Obrázek 16: Grafické znázornění možnosti přístupu k informacím pro každodenní život

Následující graf znázorňuje, jaké mají respondenti možnosti přístupu k informacím pro každodenní život. Z celkového počtu 40 (100 %) uvedlo nejčastější odpověď „Středně“ 16 (40 %) respondentů, druhou nejčastěji zvolenou odpovědí byla „Hodně“ od 14 (35 %) respondentů. 6 (15 %) respondentů označilo odpověď „Maximálně“, 4 (10 %) respondenti se rozhodli označit odpověď „Trochu“ a žádný respondent neuvedl možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 17

Máte možnost věnovat se svým zálibám?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

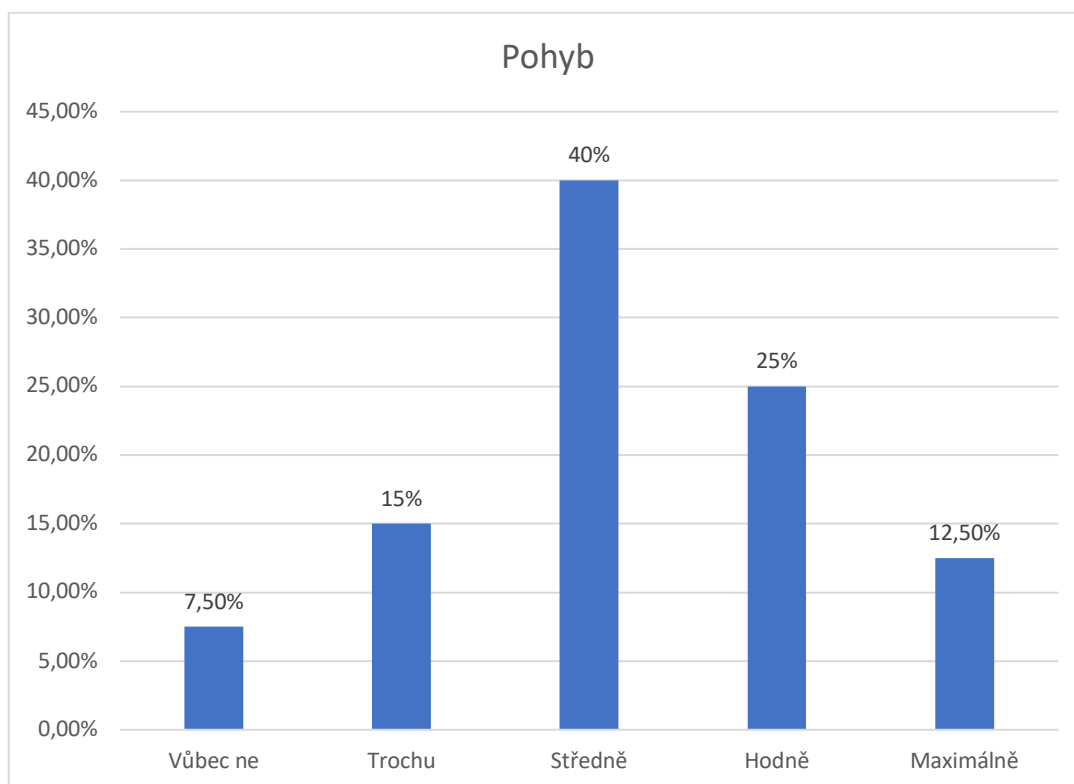
Obrázek 17: Grafické znázornění možnosti věnovat se svým zálibám

Cílem otázky č. 17 bylo zjistit, jaké mají respondenti možnosti se věnovat svým zálibám. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů byla nejčastěji označena možnost „Středně“, kterou zvolilo 15 (37,50 %) respondentů, 9 (22,50 %) respondentů uvedlo odpověď „Trochu“. Na dalším místě se umístila odpověď „Hodně“, která byla zaznamenána od 8 (20 %) respondentů, 6 (15 %) respondentů se rozhodlo pro možnost „Maximálně“ a 2 (5 %) respondenti uvedli odpověď „Vůbec ne“.

Otázka č. 18

Jak se dokážete pohybovat?

- a. Vůbec ne
- b. Trochu
- c. Středně
- d. Hodně
- e. Maximálně



Zdroj: Vlastní zpracování

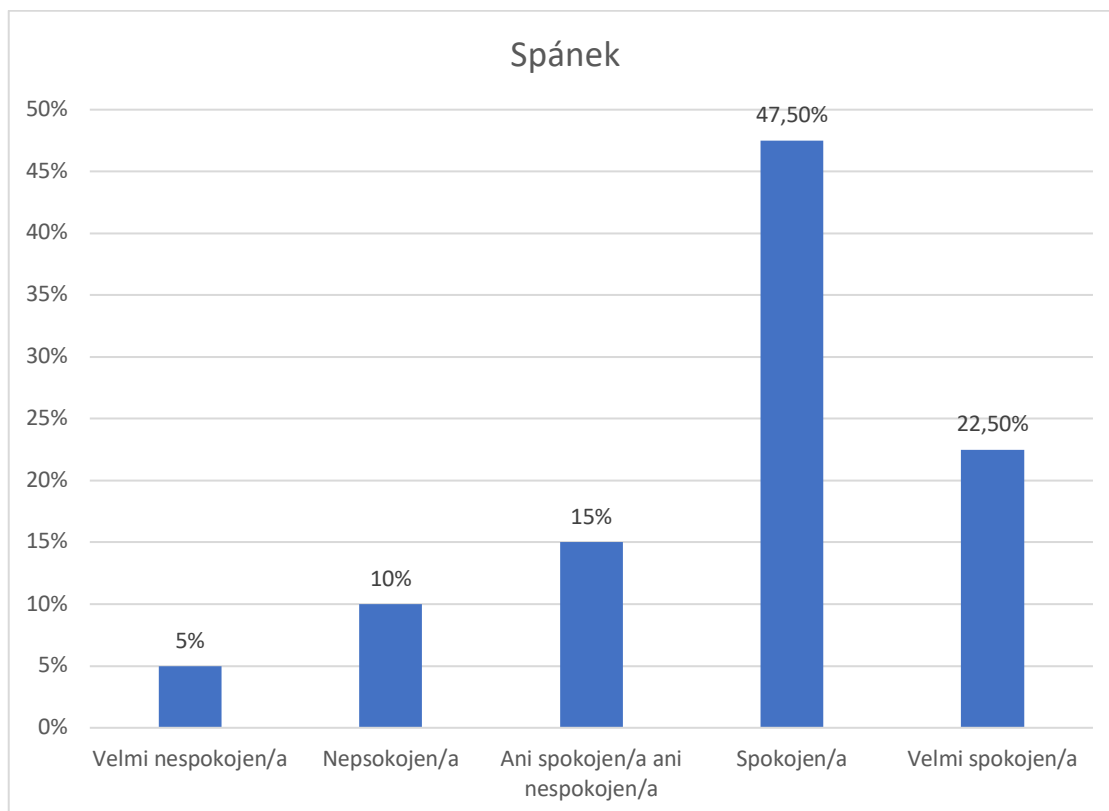
Obrázek 18: Grafické znázornění možného pohybu respondentů po amputaci

Tento graf znázorňuje, jak moc se respondenti dokážou pohybovat. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů byla nejvíce zastoupenou odpovědí možnost „Středně“, kterou uvedlo 16 (40 %) respondentů. Dále zvolilo 10 (25 %) respondentů odpověď „Hodně“, 6 (15 %) respondentů se rozhodlo pro možnost „Trochu“, 5 (12,50 %) respondentů odpovědělo „Maximálně“ a 3 (7,50 %) označilo možnost „Vůbec ne“.

Otázka č. 19

Jak jste spokojen/a se svým spánkem?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

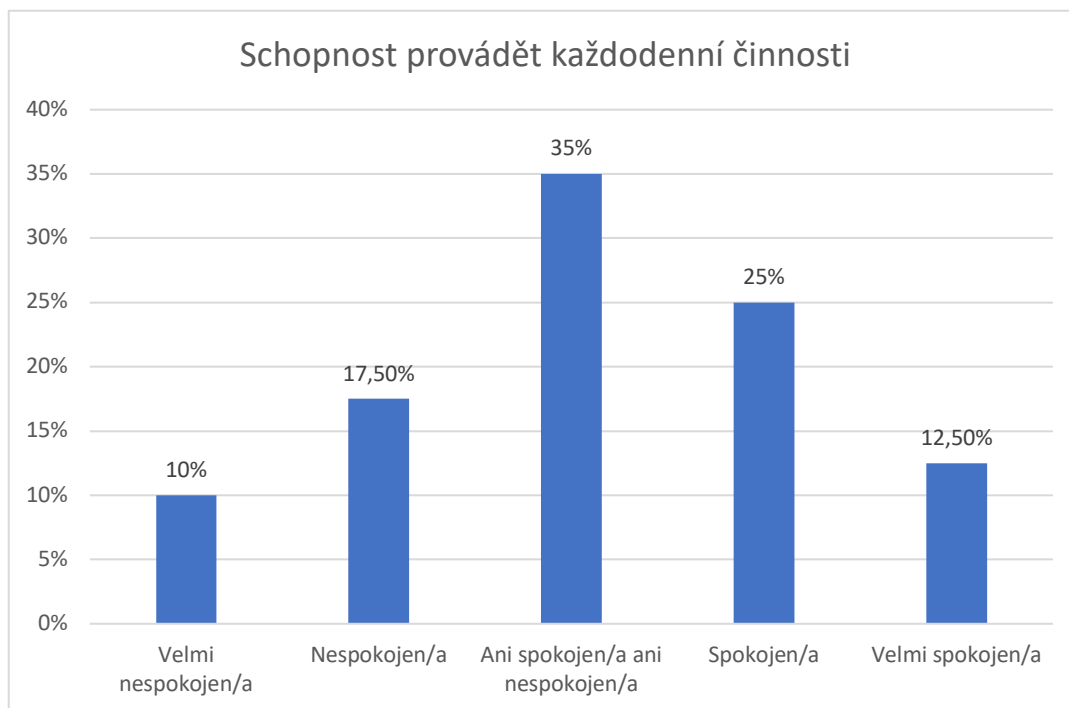
Obrázek 19: Grafické znázornění spokojenosti se spánkem

Následující graf znázorňuje, v jaké míře jsou respondenti spokojeni se svým spánkem. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 19 (47,50 %) respondentů odpověď „Spokojen/a“, další možností byla odpověď „Velmi spokojen/a“, kterou označilo 9 (22,50 %) respondentů. 6 (15 %) respondentů uvedlo možnost „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, 4 (10 %) respondenti se rozhodli pro odpověď „Nespokojen/a“ a 2 (5 %) respondenti upřednostňují možnost „Velmi nespokojen/a“.

Otázka č. 20

Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

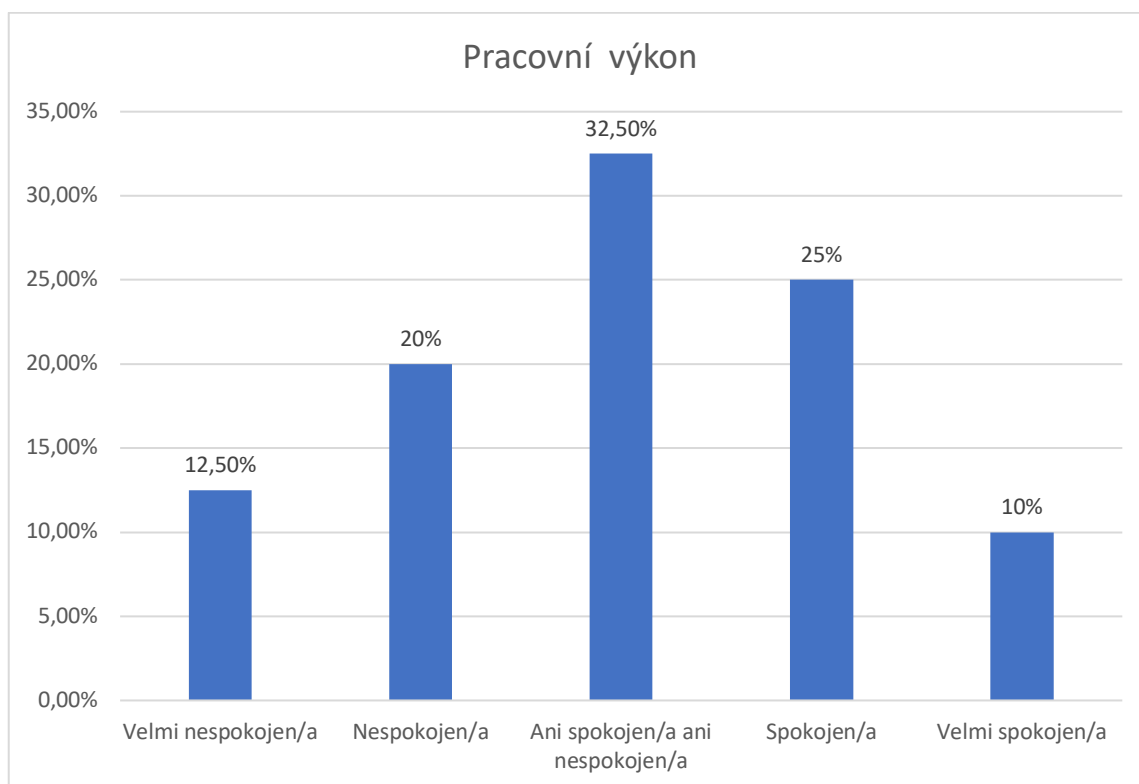
Obrázek 20: Grafické znázornění uvádějící spokojenost se schopnost provádět každodenní činnost

Graf znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se schopností provádět každodenní činnosti. Z celkového počtu 40 (100 %) uvedlo odpověď „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ 14 (35 %) respondentů, 10 (25 %) respondentů uvedlo možnost „Spokojen/a“, 7 (17,50 %) respondentů se rozhodlo pro odpověď „Nespokojen/a“. Možnost „Velmi spokojen/a“ uvedlo 5 (12,50 %) respondentů a 4 (10 %) respondenti označili odpověď „Velmi nespokojen/a“.

Otázka č. 21

Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

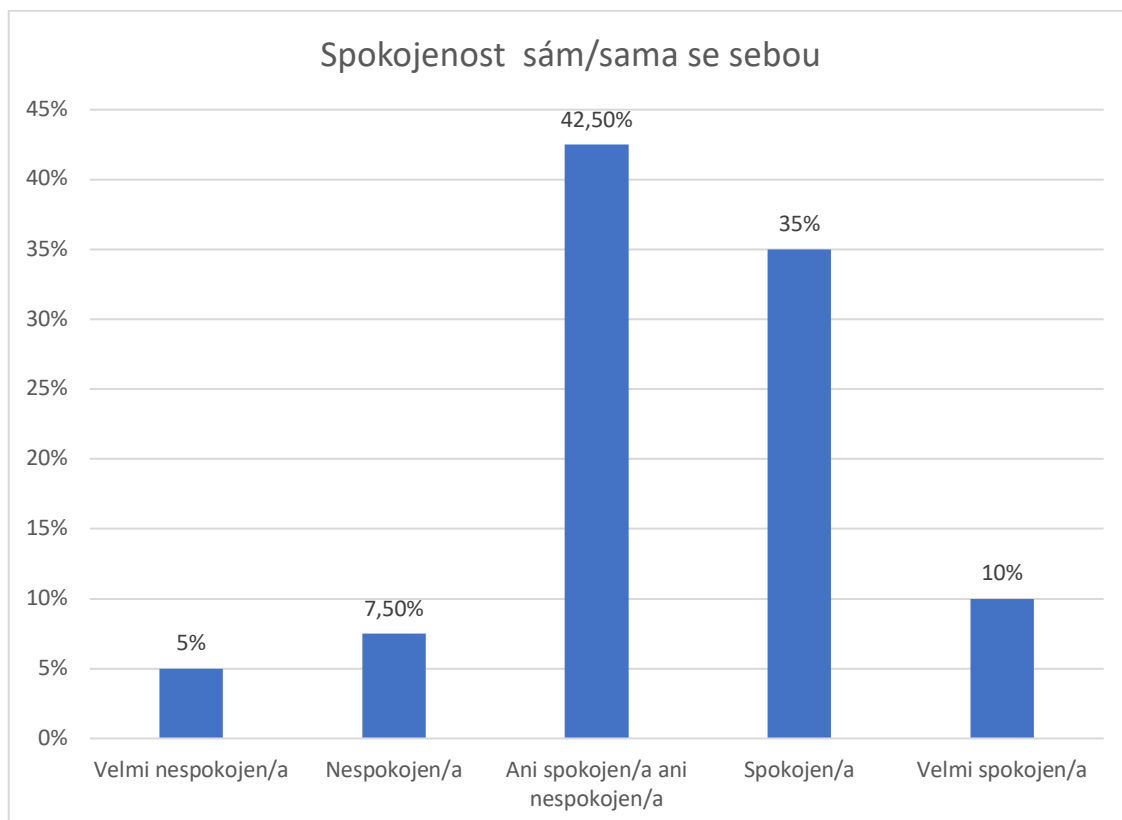
Obrázek 21: Grafické znázornění spokojenosti s pracovním výkonem

V otázce č. 21 měli respondenti uvést, do jaké míry jsou spokojeni se svým pracovním výkonem. Z celkového počtu 40 (100 %) byla značně nejvíce zastoupená odpověď „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, kterou uvedlo 13 (32,50 %) respondentů. Na druhém místě označilo možnost „Spokojen/a“ 10 (25 %) respondentů. Další odpověď „Nespokojen/a“ uvedlo 8 (20 %) respondentů. Druhou nejméně označenou odpověď zvolilo 5 (12,50 %) respondentů. 4 (10 %) respondenti doplnili svoji odpověď „Velmi spokojen/a“.

Otázka č. 22

Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

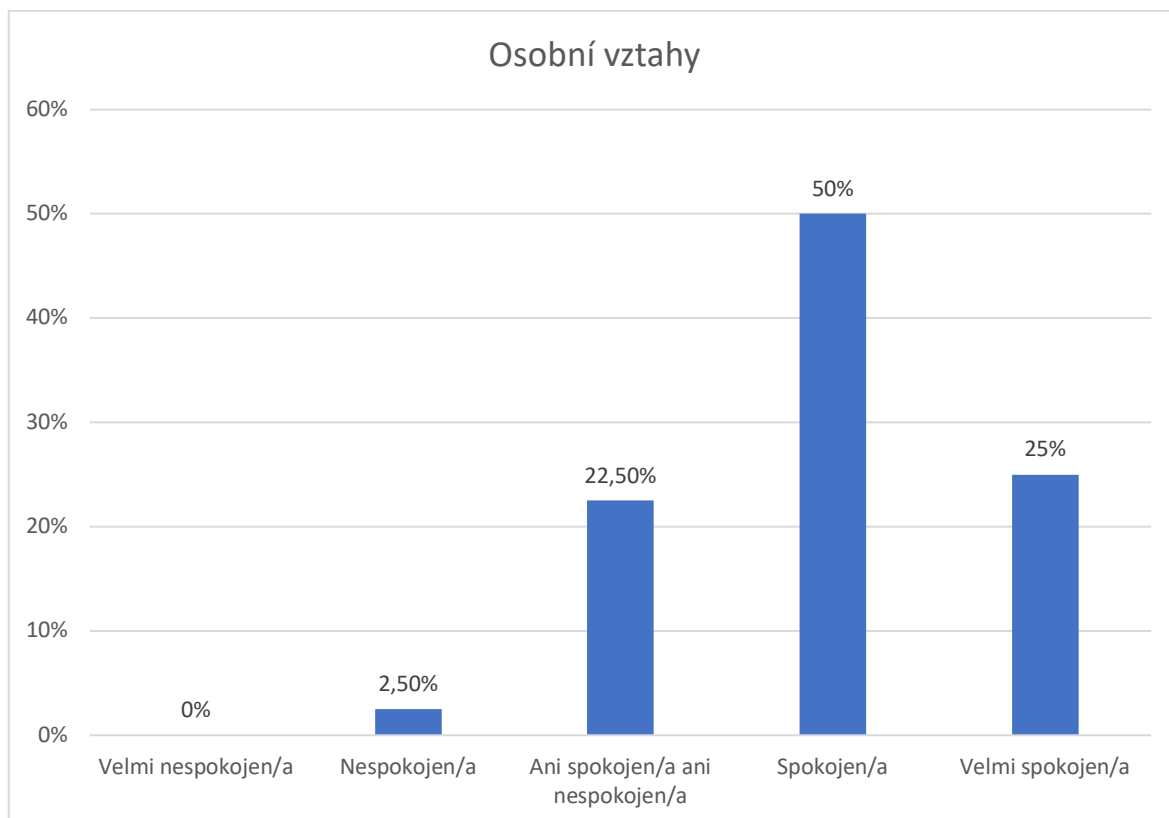
Obrázek 22: Grafické znázornění spokojenosti respondentů se sebou

Graf č. 22 zobrazuje spokojenost respondenta sám/sama se sebou. Zúčastnilo se 40 (100 %) respondentů. Jejich nejvíce zastoupená odpověď byla „Ani spokojen/a ani nespokojen/a, kterou uvedlo 17 (42,50 %) respondentů. Druhou nejpočetnější uvedli možnost „Spokojen/a“, kterou označilo 14 (35 %) respondentů. 4 (10 %) respondenti uvedli možnost „Velmi spokojen/a“. Nejméně zastoupené odpovědi tvořily možnosti „Nespokojen/a“, kterou zvolili 3 (7,50 %) respondenti a možnost „Velmi nespokojen/a“ označili 2 (5 %) respondenti.

Otázka č. 23

Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

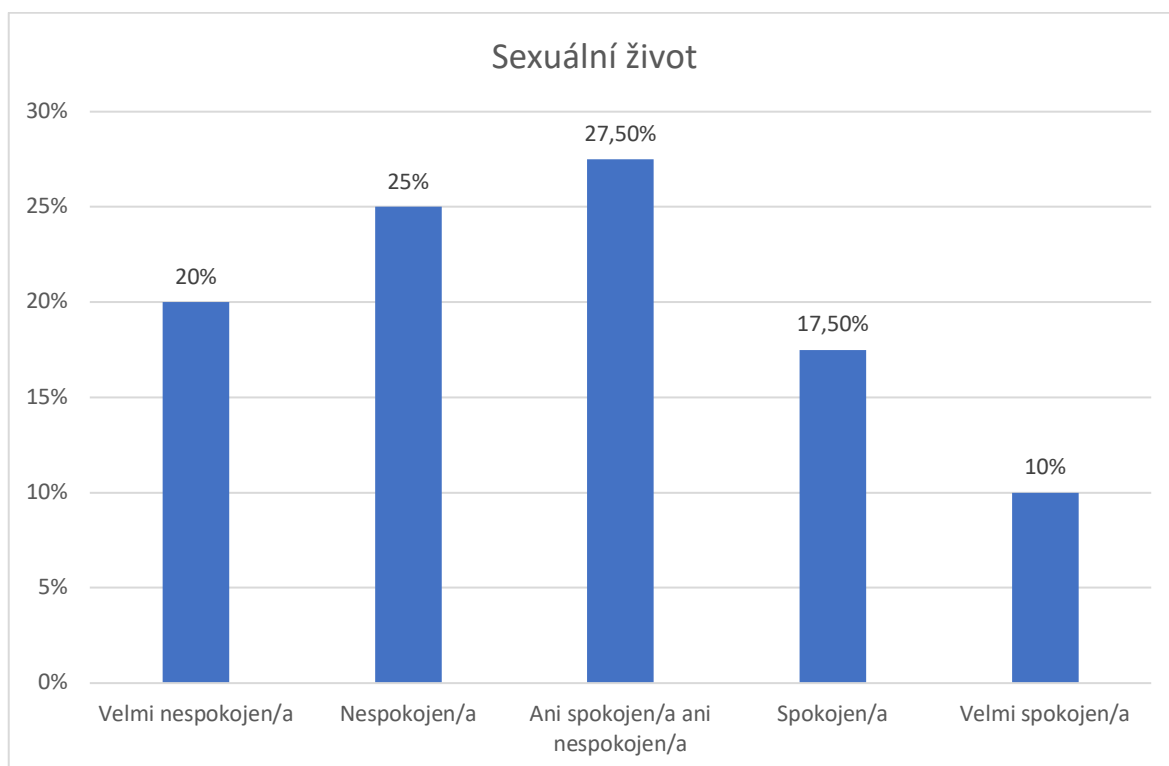
Obrázek 23: Grafické znázornění spokojenosti se svými osobními vztahy

Graf č. 23 znázorňuje, do jaké míry jsou respondenti spokojeni se svými osobními vztahy. Z celkového počtu 40 (100 %) udávalo odpověď „Spokojen/a“ 20 (50 %) respondentů. Další nejpočetnější odpověď „Velmi spokojen/a“ uvedlo 10 (25 %) respondentů. Možnost „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ zvolilo 9 (22,50 %) respondentů. Další nejméně zastoupená odpověď byla „Nespokojen/a“, tuto možnost uvedl 1 (2,50 %) respondent. Možnost „Velmi nespokojen/a“ neuvedl žádný respondent.

Otázka č. 24

Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

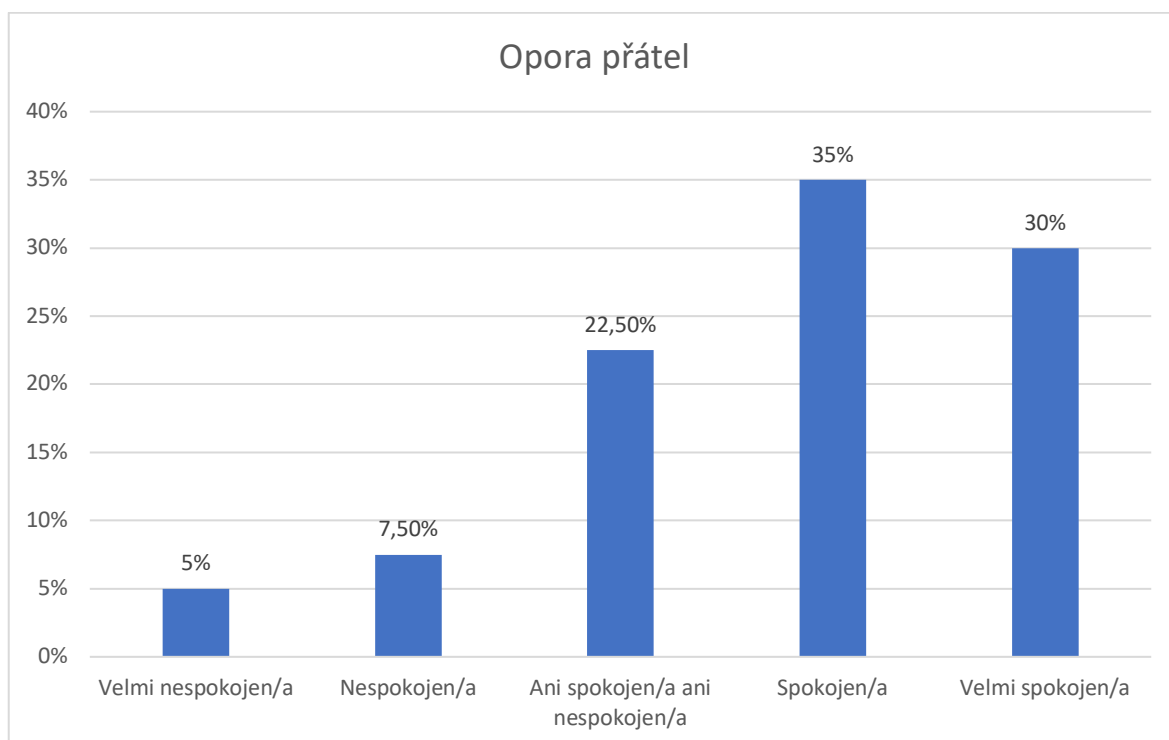
Obrázek 24: Grafické znázornění spokojenosti se sexuálním životem

Následující graf znázorňuje, v jaké míře jsou respondenti spokojeni se svým sexuálním životem. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 11 (27,50 %) respondentů odpověď „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, další možností byla odpověď „Nespokojen/a“, kterou označilo 10 (25 %) respondentů. 8 (20 %) respondentů uvedlo možnost „Velmi nespokojen/a“, 7 (17,50 %) respondenti se rozhodli pro odpověď „Spokojen/a“ a 4 (10 %) respondenti upřednostňují možnost „Velmi spokojen/a“.

Otázka č. 25.

Jak jste spokojen/a s oporou, kterou Vám poskytují přátelé?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

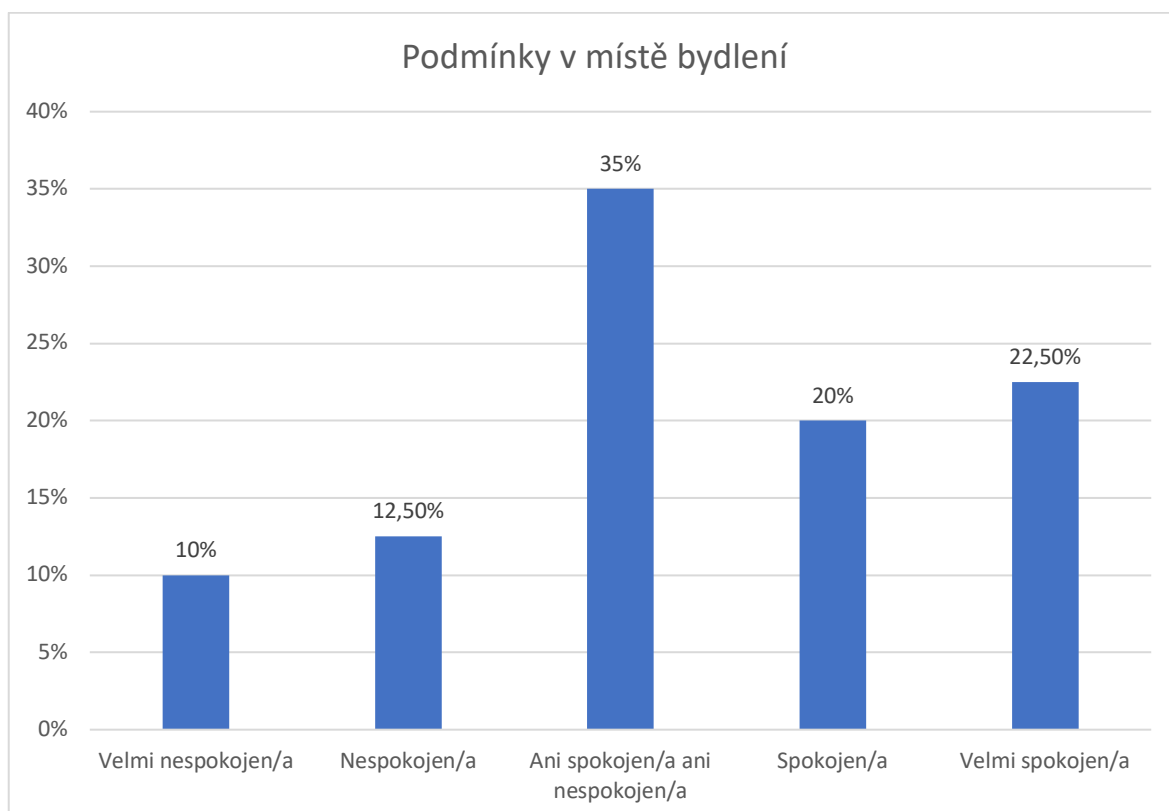
Obrázek 25: Grafické znázornění spokojenosti poskytování opory od přátel

Následující graf znázorňuje, v jaké míře jsou respondenti spokojeni s oporou, kterou jim poskytují přátelé. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo 14 (35 %) respondentů odpověď „Spokojen/a“, další možností byla odpověď „Velmi spokojen/a“, kterou označilo 12 (30 %) respondentů. 9 (22,50 %) respondentů uvedlo možnost „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, 3 (7,50 %) respondenti se rozhodli pro odpověď „Nespokojen/a“ a 2 (5 %) respondenti upřednostňují možnost „Velmi nespokojen/a“.

Otázka č. 26

Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

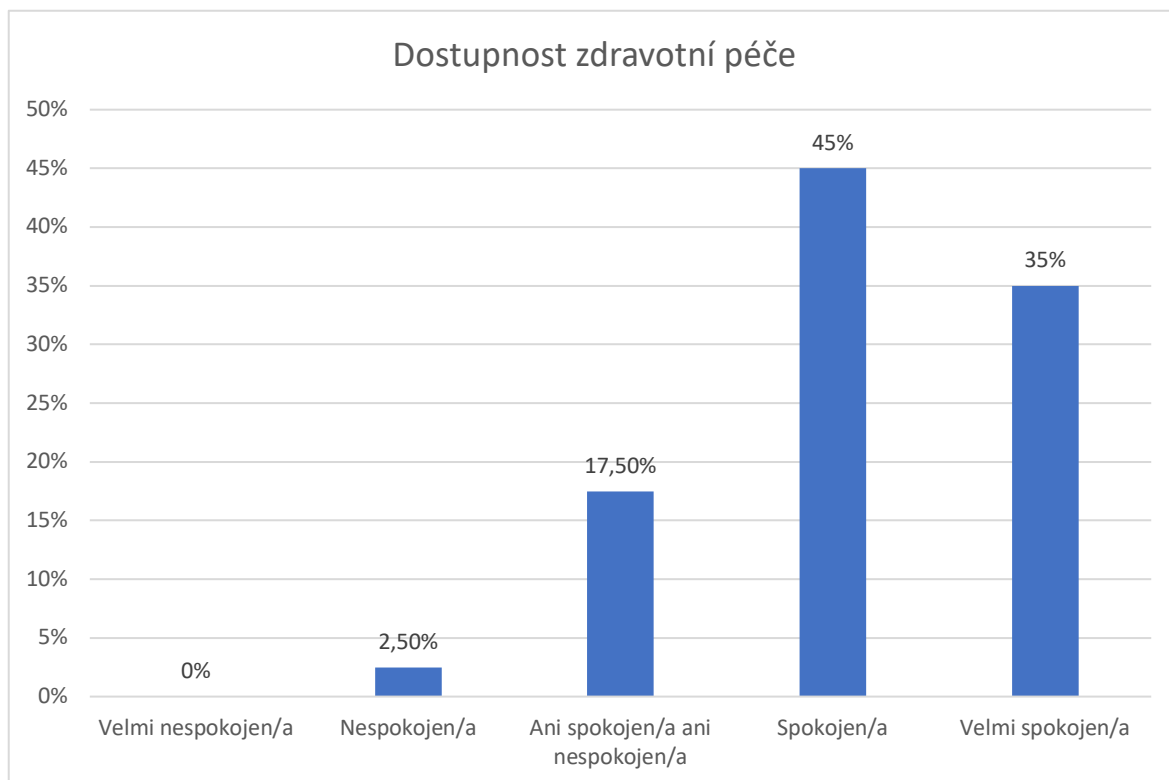
Obrázek 26: Grafické znázornění spokojenosti s podmínkami v místě bydlení

V otázce č. 26 bylo cílem zjistit, do jaké míry jsou respondenti spokojeni s podmínkami v místě, kde žijí nebo bydlí. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů uvedlo nejčastější odpověď „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ 14 (35 %) respondentů. 9 (22,50 %) respondentů zvolilo možnost „Velmi spokojen/a“, 8 (20 %) respondentů uvedlo „Spokojen/a“, 5 (12,50 %) respondentů uvedlo „Nespokojen/a“ a 4 (10 %) respondenti zvolili možnost „Velmi nespokojen/a“.

Otázka č. 27

Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

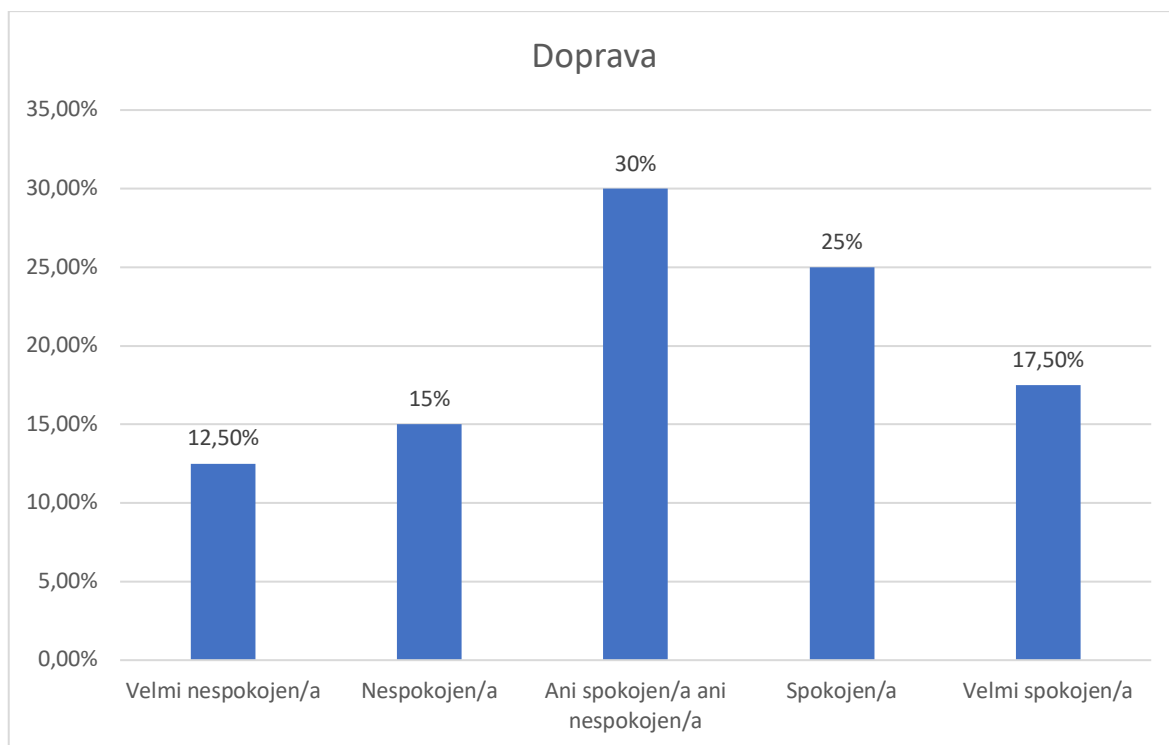
Obrázek 27: Grafické znázornění spokojenosti s dostupností zdravotní péče

Cílem otázky č. 27 bylo zjistit, do jaké míry jsou respondenti spokojeni s dostupností zdravotní péče. Z celkového počtu 40 (100 %) respondentů hodnotilo 18 (45 %) respondentů odpověď „Spokojen/a“. 14 (35 %) dotazovaných označilo možnost „Velmi spokojen/a“. Třetí nejvíce označovanou možnost „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“ uvedlo 7 (17,50 %) respondentů. 1 (2,50 %) respondent označil odpověď „Nespokojen/a“ a žádný respondent neuvedl možnost „Velmi nespokojen/a“.

Otázka č. 28

Jak jste spokojen/a s dopravou?

- a. Velmi nespokojen/a
- b. Nespokojen/a
- c. Ani spokojen/a ani nespokojen/a
- d. Spokojen/a
- e. Velmi spokojen/a



Zdroj: Vlastní zpracování

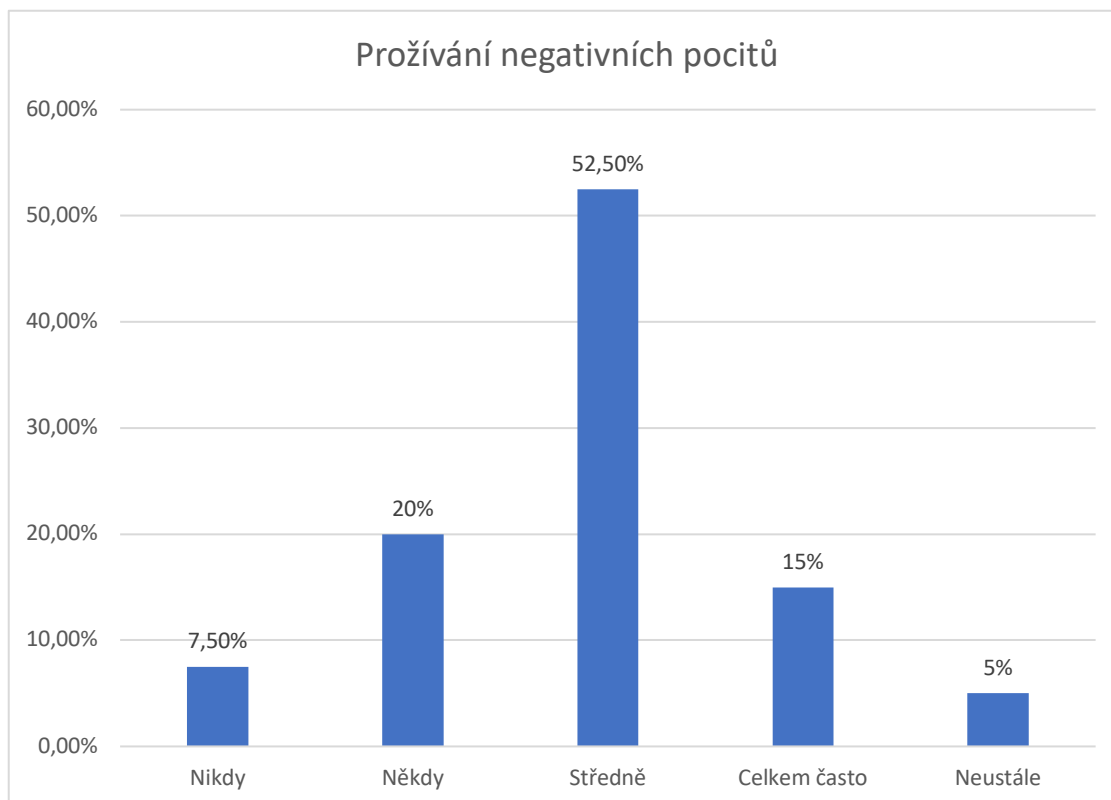
Obrázek 28: Grafické znázornění spokojenosti s dopravou

Graf č. 28 zobrazuje spokojenost respondenta s dopravou. Zúčastnilo se 40 (100 %) respondentů. Jejich nejvíce zastoupená odpověď byla „Ani spokojen/a ani nespokojen/a“, kterou uvedlo 12 (30 %) respondentů. Druhá nejpočetnější možnost byla „Spokojen/a“, kterou označilo 10 (25 %) respondentů. 7 (17,50 %) respondentů uvedlo možnost „Velmi spokojen/a“. Nejméně zastoupené odpovědi tvořily možnosti „Nespokojen/a“, kterou zvolili 6 (15 %) respondenti a možnost „Velmi nespokojen/a“ označilo 5 (12,50 %) respondentů.

Otázka č. 29

Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. úzkost, beznaděj, deprese?

- a. Nikdy
- b. Někdy
- c. Středně
- d. Celkem často
- e. Neustále



Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 29: Grafické znázornění prožívání negativních pocitů

Graf č. 29 zobrazuje jako často respondenti prožívají negativní pocity, jako je např. úzkost, beznaděj, deprese. Zúčastnilo se 40 (100 %) respondentů. Jejich nejvíce zastoupená odpověď byla „Středně“, kterou uvedlo 21 (52,50 %) respondentů. Druhou nejpočetnější možnost uvedli respondenti „Někdy“, kterou označilo 8 (20 %) respondentů. Nejméně zastoupené odpovědi tvořily možnosti „Celkem často“, kterou zvolilo 6 (15 %) respondentů, 3 (7,5 %) respondenti uvedli možnost „Nikdy“ a 2 (5 %) respondenti označili odpověď „Neustále“.

DISKUZE

Hlavním tématem a cílem práce byla otázka kvality života po amputaci dolní končetiny, tedy jak je subjektivně tato kvalita jedinci vnímána.

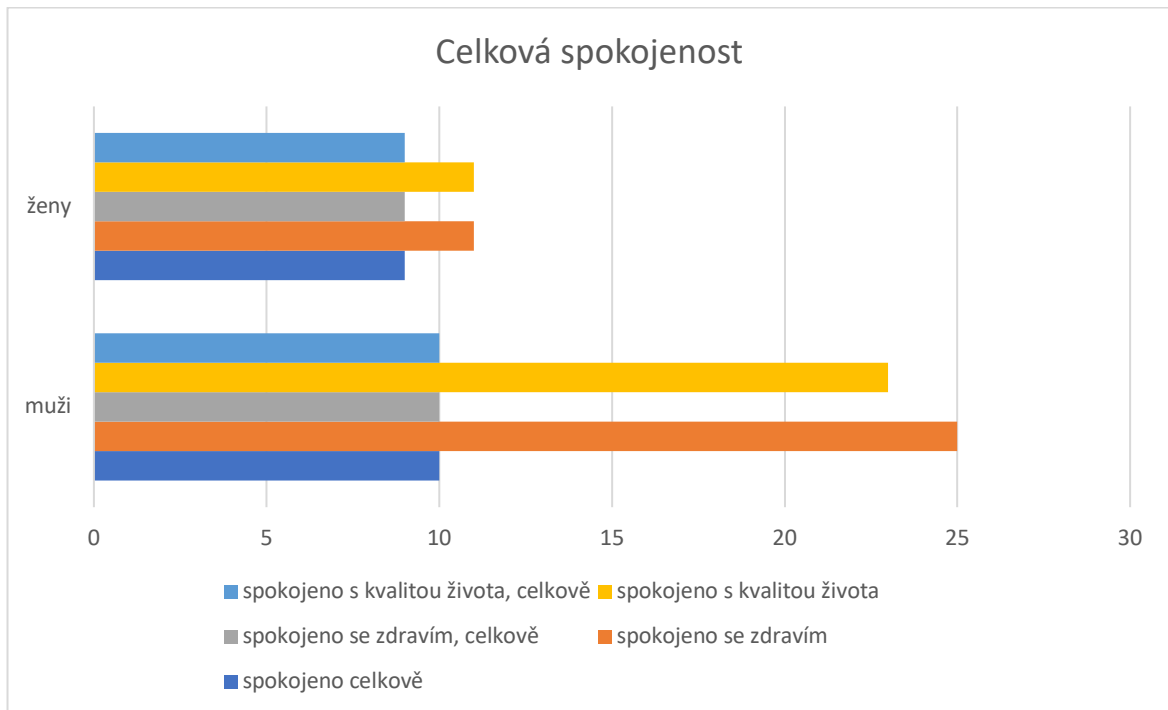
Dotazníkové šetření, jehož výsledky byly prezentovány v předchozí kapitole, přineslo v této oblasti zajímavé i když částečně očekávané výsledky v oblasti psychického stavu a celkové pohody života a jeho kvality. Mareš (2012) uvádí, že amputace může mít minimálně důsledky v psychické i sociální oblasti. U osob po amputaci se objevuje střídání nálad, pocity méněcennosti, emoční labilita a deprese v podobě ztráty zájmu o sebe a své okolí. Lidé často zpochybňují smysl svého života, trpí úzkostmi. V produktivním věku se navíc přidávají pochyby ve spojení s možnou ztrátou zaměstnání i obavy další sexuální život.

Holzer a kol. (2014) uvádí, že z hlediska somatického se ztráta končetiny projevuje změnou vnímání vlastního těla, které je ovšem ovlivněno vnitřními faktory jako je pohlaví, věk, fyzická kondice a vnějšími faktory, například sociálními a lidé po amputaci se musí nové situaci přizpůsobit fyzicky, sociálně a především psychicky.

V rámci dotazníkového šetření jsme se ptali na to, zda jsou respondenti spokojeni se svým spánkem, se svou schopností provádět každodenní činnost, s pracovním výkonem i sami se sebou a se svými osobními vztahy, a tedy i se svým sexuálním životem. Rovněž jsme se ptali na spokojenost s oporou přátel, s podmínkami v místě bydliště, dostupností zdravotní péče i možností, které nabízí doprava. Výsledkem je celková spokojenost (ať absolutní nebo neutrální, kdy se respondenti nevyslovili kladně ani záporně) pouze u 10 mužů a 9 žen, přičemž u mužů se jednalo o věkové kategorie převážně od 45 let výše (tedy spíše střední věk), kdežto u žen od 55 let výše, tedy ženy starší). Převážná většina respondentů tedy vyjádřila celkovou nespokojenost.

Dotazníkové šetření nám také ukázalo, že se 25 mužů a 11 žen projevilo svou spokojenost se svým zdravím a 23 mužů a 11 žen s kvalitou svého života po amputaci končetiny. Porovnáme-li ale tyto výsledky s dotazy na spojenost (viz předchozí odstavec), dojdeme ke stejným výsledkům v celkové spokojenosti – tedy 10 mužů a 9 žen. Ostatní respondenti i přesto, že uvádějí spokojenost se svým zdravotním stavem a kvalitou života v dílčích otázkách projevují nespokojenost se svým životem. V souladu s Mareše (2012) se u respondentů uvádějící nespokojenost se svým stavem a životem po amputaci, ať dílčí nebo úplnou se projevuje depresí buď neustálou nebo častým pocitem deprese, úzkosti a beznaděje. Naproti tomu, ale pocit deprese a úzkosti zažívají i osoby jinak spokojené se

svým stavem a životem. V uvedených počtech 10 mužů a 9 žen se vyjádřilo na otázku prožívání negativních stavů úzkosti a deprese negativně pouze 2 muži a 1 žena. Ostatní respondenti uvedli odpověď „středně“. Výsledky jsou uvedeny na obrázku 30.



Zdroj: Vlastní zpracování

Obrázek 30: Grafické znázornění vyjádření celkové spokojenosti (počet respondentů)

V našem dotazníkovém šetření jsme se podívali i na otázku vlivu zaměstnání na kvalitu života a spokojenost s ním. Našeho šetření se zúčastnilo 5 osob, které jsou ve stavu zaměstnanců. Ostatní respondenti jsou buď důchodci, nezaměstnaní nebo v jednom případě student. Z těchto zaměstnaných osob byli 3 muži a 2 ženy. Tito respondenti vyslovili jednoznačnou spokojenost jak s celkovou kvalitou svého života, svým zdravím, tak i pocitem smysluplnosti svého života a jeho naplnění. U třech respondentů se sice provili střeň stavy obavy a úzkostí, ale celkově projevují velmi kladný přístup ke svému životu a je zjevné, že se u nich obavy ve zpochybňování smyslu svého života a ztráty zaměstnání. Dokonce jsou velmi spokojeni se svým pracovním výkonem. V tomto případě se pochopitelně jedná o vzorek respondentů, který v celkovém souboru není příliš vypovídající díky svému počtu. Přesto lze hodnotit, respektive usuzovat na kladný vliv zapojení člověka po amputaci do standartního obvyklého života, jak rodinného, tak pracovního, pozitivní vliv kolektivu a přátel.

ZÁVĚR

Amputace dolní končetiny je velkým zásahem do života každého člověka. Přes vymoženosti moderních technologií díky rozvoji ortopedické protetiky v náhradách chybějící části končetiny se jedná stále o trvalý chirurgický zákrok, který významnou mírou ovlivňuje kvalitu života člověka po amputaci. A to nejen po stránce fyzické, ale především po stránce psychické.

Dnešní protézy jsou již i na tak vysoké technologické úrovni, že se začínají podobat robotickým náhradám umožňujícím i lidem s velmi vysokou pohybovou aktivitou plnohodnotný život, práci, zaměstnání. Lidé mohou realizovat běžné aktivity, mohou sportovat, a to i dokonce profesionálně. Chůze s protézou se díky těmto technologiím už velmi podobá běžné chůzi zdravého člověka. I zde a stále však platí nutnost fyzické zdatnosti, vůle a vytrvalosti ke zvládnutí chůze s protézou.

Lidí s amputací přibývá. Řešení kvality života zvláště u osob starších, seniorů je spojeno s vyrovnáním se se značnými fyzickými i psychickými změnami, v čemž může účinně napomáhat nejen okolí ale také práce fyzioterapeuta ve spojení s edukací pacienta (jak správně cvičit, jak pečovat o pahýl, jak nasazovat a sundávat protézu i jak správně sedat a vstávat ze židle, jak správně stát a mnoho dalších před operací samozřejmých záležitostí).

Důležité je, aby si pacient uvědomil, že amputací jeho život, jeho aktivní život nekončí a může mít plnohodnotný život jako kdokoliv jiný. Tato okolnost, toto uvědomění si, není stále dostatečně podpořeno, což i vyplynulo z realizovaného dotazníkového šetření, kde i přes malý počet respondentů, byly závěry spíše negativní ve smyslu spokojenosti a plnohodnotnosti života respondentů po amputaci.

V České republice existuje organizace NO FOOT – NO STRESS, o. s. jejímž cílem je sdružovat a pomáhat lidem po amputaci zejména dolních končetin. Tato organizace sdružuje lidi po amputaci a snaží se jim pomáhat najít cestu životem po této náročné životní změně, kterou amputace je. Součástí aktivit je i rehabilitace, terapie i nácviky nebo zdokonalování. Lidé si zde mohou předávat zkušenosti, navzájem se psychicky podporovat a podělit se o své pocity, které prožívají a získávají tak pocit, že v tom nejsou sami, že s podobnými problémy musí bojovat i jiní.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMTMANN a kol., 2015. Health-related profiles of people with lower limb loss Dagmar Arch. Phys. Med. Rehabil., 96 (2015), pp. 1474-1483, 10.1016/j.physbeh.2017.03.040

BRAGARU M, DEKKER R, GEERTZEN JH, DIJKSTRA PU, 2011, Sep 1. Amputees and sports: a systematic review. Sports Med ;41(9):721-40. doi: 10.2165/11590420-000000000-00000. PMID: 21846162.

BREAKEY JW., 1997. Body image: the lower-limb amputee. J Prosthet Orthot, 9:58-66.

BROZMANOVÁ Blažena a kol., Ortopedická protetika: učebnice pre stredné zdravotnícke školy, odbor ortopedický protetik. Martin: Osveta, 1990. Učebnice pre stredné zdravotnícke školy. ISBN 80-217-0133-1.

COHEN, P. Steven a Eugene HSU, 2013. Postamputation: epidemiology, mechanism, and treatment. *Journal of Pain Research* [online]. [cit. 2022-03-21]. DOI: 10.2147/JPR.S32299. ISSN 1178-7090. Dostupné z: <http://www.dovepress.com/postamputation-pain-epidemiology-mechanisms-and-treatment-peer-reviewed-article-JPR>

DIMENT, L., NGUON, R., SENG, S. et al. Activity, socket fit, comfort and community participation in lower limb prosthesis users: a Cambodian cohort study. J NeuroEngineering Rehabil 19, 42 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12984-022-01021-7>

DITMYER M., TOPP R, PIFER M, 2002. Prehabilitation in preparation for orthopaedic surgery. Orthop Nurs; 21(5):43-51; quiz 52-4.

DRAGOMERICKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ, 2006. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: *World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-82-4.

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

ESCAMILLA-NUNEZ, R.; MICHELINI, A.; ANDRYSEK, J, 2020. Biofeedback Systems for Gait Rehabilitation of Individuals with Lower-Limb Amputation: A Systematic Review. Sensors, 20, 1628. <https://doi.org/10.3390/s20061>

FINLAY AY, KHAN GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use, 1994. Clin Exp Dermatol.19(3):210-6. doi: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x. PMID: 8033378.

GANDHI Sampada K. a kol., 2020. Age- and sex-specific incidence of non-traumatic lower limb amputation in patients with type 2 diabetes mellitus in a U.S. claims database. *Diabetes Research and Clinical Practice*, Volume 169, 108452

Grada Publishing, 2005, s. 141 – 164, 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.

GURKOVÁ, Elena, 2011. Hodnocení kvality života. Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HIJMANS, Juha M., Rienk DEKKER a Jan H.B. GEERTZEN. Pre-operative rehabilitation in lower-limb amputation patients and its effect on post-operative outcomes. *Medical Hypotheses*. Groningen: University Medical Center Groningen, 2020, 12(143), 16-24. ISSN 0306-9877. Dostupné z: doi:2020.110134

HOCH, Jiří a Jan LEFFLER, 2011. *Speciální chirurgie*. 3. Praha: Maxdorf jessenius. ISBN 978-80-7345-253-7.

HOLZER, Lukas & SEVELDA, Florian & FRABERGER, Georg & PFEILER, Olivia & KICKINGER, Wolfgang & HOLZER, Gerold, 2014. Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. *PloS one*. 9. e92943. 10.1371/journal.pone.0092943.

KEEFFE B., SHRADDHA R., 2019. Prosthetic Rehabilitation in the Lower Limb, *Indian J Plast Surg* 2019; 52(01): 134-143, doi: 10.1055/s-0039-1687919

KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0179-0.

LANGFORD J, DILLON MP, GRANGER CL, BARR C, 2019 May. Physical activity participation amongst individuals with lower limb amputation. *Disabil Rehabil*;41(9):1063-1070. doi: 10.1080/09638288.2017.1422031. PMID: 29303002.

LEE SP, CHIEN LC, CHIN T, FOX H, GUTIERREZ J. Financial difficulty in community-dwelling persons with lower limb loss is associated with reduced self-perceived health and wellbeing, 2020. *Prosthet Orthot Int*. 2020 Oct;44(5):290-297. doi: 10.1177/0309364620921756. Epub 2020 Jun 2. PMID: 32484076; PMCID: PMC8247678.

LEGRO Marcia W. a kol., 2001. Recreational activities of lower-limb amputees with prostheses. *Journal of Rehabilitation Research and Development* Vol. 38 No. 3, May/June 200, p 319–325

LEJČKO, Jan. *Fantomová bolest*. Praha, 2001. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

MATĚJČEK, M. Ortopedická protetika. In DUNGL, P. a kol. Ortopedie. Praha.

MAREŠ, Jiří, 2012. *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3007-3.

MAREŠ, Jiří a Tomáš URBÁNEK, 2006. Minimální věcně významné změny v diagnostikované kvalitě života. *Československá psychologie*, 50(6), 557-568.

MICHÁLEK, Pavel, STERN Michael a Petr ŠTÁDLER, 2012. *Anestezie a pooperační péče v cévní chirurgii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-891-9.

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ SYSTÉM, ZDRAVOTNICTVÍ ČR (NZIS), 2017: Stručný přehled činnosti oboru diabetologie a endokrinologie za období 2007–2016: NZIS REPORT č. K/1 (08/2017). In: [Www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) [online]. Praha, 2017, srpen 2017 [cit. 2022-08-01]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--statistika-vybranych-oboru-lekarske-pece--diabetologie>

NURSE A., M.; NIGG, B., 2001. The effect of changes in foot sensation on plantar pressure and muscle activity. *Clin. Biomech*, 16, 719–727.

OSTLER Ch., ELLIS-HILL C. a DONOVAN-HALL M., 2014. Expectations of rehabilitation following lower limb amputation: a qualitative study, *Disability and Rehabilitation*, 36:14, 1169-1175, DOI: 10.3109/09638288.2013.833311

PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

PRAN L, BAIJOO S, HARNANAN D, SLIM H, MAHARAJ R, NARAYNSINGH V, 2021. Quality of Life Experienced by Major Lower Extremity Amputees. *Cureus*. 2021 Aug 25;13(8):e17440. doi: 10.7759/cureus.17440. PMID: 34589346; PMCID: PMC8462540.

ROSENFELDT, F., BRAUN, L., SPITZER, O. et al, 2011. Physical conditioning and mental stress reduction - a randomised trial in patients undergoing cardiac surgery. *BMC Complement Altern Med* 11, 20. <https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-20>

SELUCKÝ, Jiří a Pavel PŘIKRYL, 2011. Ortopedické pomůcky na trhu a jejich použití v praxi. In: [Www.medicinapropaxi.cz](http://www.medicinapropaxi.cz) [online]. Přerov: Medicína pro praxi, 31.1.2011 [cit. 2022-07-29]. Dostupné z: <https://www.medicinapropaxi.cz/pdfs/med/2011/03/09.pdf>

SERDA a kol., 2015. Determining Sleep Quality and its Associated Factors in Patients with Lower Limb Amputation. *Turk J Phys Med Rehab*, ;61:241-6, doi: 10.5152/tftrd.2015.45477

SCHNEIDEROVÁ, Michaela, 2014. *Perioperační péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.

SCHOPPEN, Taneke a kol., 2001. Employment status, job characteristics, and work-related health experience of people with a lower limb amputation in The Netherlands. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. Norsko, 1. 2. 2001, 2(82), 239-245 [cit. 2022-08-01]. ISSN 0003-9993. Dostupné z: doi:<https://doi.org/10.1053/apmr.2001.18231>

SCHREIBER, L. Mary, 2017. Evidence-Based Practice. Lowe Limb Amputation: Postoperative Nursing Care and Considerations. *MEDSRUG Nursing* [online]. [cit. 2022-03-21]. ISSN 10920811.

SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001. 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

SPÁČIL, Jiří. Dochází u nás k poklesu amputací dolních končetin? 2006. In: *Sanquis: Časopis o umění, medicíně a zdravém životním stylu* [online]. Praha: II. interní klinika VFN v Praze, 2006, [cit. 2022-08-01]. Dostupné z: http://www.address.cz/data/www.sanquis.cz/articles/files/62_dochazi_k_amputacim_dolnich_koncetin.pdf

STAIANO, A.E.; FLYNN, R., 2014. Therapeutic Uses of Active Videogames: A Systematic Review. *Games Heal. J.*, 3, p 351–365.

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

SVOBODA, Mojmír, 2010. *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-706-0.

SOSNA, Antonín, 2001. *Základy ortopedie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-202-8.

VRABLICOVÁ, M. aj., 2008. Komplexní rehabilitační péče u pacientů po amputaci dolní končetiny. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. Ročník 15, č. 3, s 106–113. ISSN 12-11-2658. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2008-3/komplexni-rehabilitacni-pece-u-pacientu-po-amputaci-dolni-koncetiny-2176>

VYHNÁNEK, František, 2003. *Chirurgie III*. 2. Praha: Informatorium. ISBN 80-7333-009-1.

ZACHAROVÁ, Eva a Jana HALUZÍKOVÁ, 2013. Bolest a její zvládnání v ošetrovatelské péči. *Interní medicína* [online]. 2013. [cit. 2022-03-21]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/11/12.pdf>

ZEMAN, Miroslav a Zdeněk KRŠKA, 2011. *Chirurgická propedeutika*. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3770-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
ICHDK	Ischemická choroba dolních končetin
Př. n. l.	Před naším letopočtem
tzv.	takzvaný
WHO	World Health Organization
WHOQOL-BREF	World Health Organization Quality Of Life-BREF

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Grafické znázornění pohlaví	39
Obrázek 2: Grafické znázornění věkové kategorie respondentů	40
Obrázek 3: Grafické znázornění pracovního stavu respondentů	41
Obrázek 4: Grafické znázornění hodnocení celkové kvality života	42
Obrázek 5: Grafické znázornění spokojenosti se svým zdravím	43
Obrázek 6: Grafické znázornění vnímání fyzické bolesti.....	44
Obrázek 7: Grafické znázornění potřeby lékařské péče	45
Obrázek 8: Grafické znázornění, jakou mají respondenti radost ze života	46
Obrázek 9: Grafické znázornění smyslu života	47
Obrázek 10: Grafické znázornění, jak se respondenti dokážou soustředit	48
Obrázek 11: Grafické znázornění bezpečnosti v každodenním životě.....	49
Obrázek 12: Grafické znázornění zdravého žití respondentů.....	50
Obrázek 13: Grafické znázornění energie respondentů pro každodenní život.....	51
Obrázek 14: Grafické znázornění vnímání tělesného vzhledu po amputaci dolní končetiny	52
Obrázek 15: Grafické znázornění dostatku financí k uspokojování potřeb.....	53
Obrázek 16: Grafické znázornění možnosti přístupu k informacím pro každodenní život.....	54
Obrázek 17: Grafické znázornění možnosti věnovat se svým zálibám	55
Obrázek 18: Grafické znázornění možného pohybu respondentů po amputaci	56
Obrázek 19: Grafické znázornění spokojenosti se spánkem	57
Obrázek 20: Grafické znázornění uvádějící spokojenost se schopnost provádět každodenní činnost.....	58
Obrázek 21: Grafické znázornění spokojenosti s pracovním výkonem	59
Obrázek 22: Grafické znázornění spokojenosti respondentů se sebou.....	60
Obrázek 23: Grafické znázornění spokojenosti se svými osobními vztahy	61
Obrázek 24: Grafické znázornění spokojenosti se sexuálním životem	62
Obrázek 25: Grafické znázornění spokojenosti poskytování opory od přátel.....	63
Obrázek 26: Grafické znázornění spokojenosti s podmínkami v místě bydlení.....	64
Obrázek 27: Grafické znázornění spokojenosti s dostupností zdravotní péče.....	65
Obrázek 28: Grafické znázornění spokojenosti s dopravou	66
Obrázek 29: Grafické znázornění prožívání negativních pocitů	67
Obrázek 30: Grafické znázornění vyjádření celkové spokojenosti (počet respondentů).....	69

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Čtyři kvality života dle Veenhovenové	32
--	----