

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA/KLIENTA  
PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ZUZANA HOŠKOVÁ, Dis.**

**Praha 2016**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

**PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA/KLIENTA  
PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**ZUZANA HOŠKOVÁ, Dis.**

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: MUDr. Nader Thaher

**Praha 2016**



**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s.**  
*se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00*

**Hošková Zuzana**  
**3. C VS**

**Schválení tématu bakalářské práce**

Na základě Vaší žádosti ze dne 26. 10. 2015 Vám oznamuji  
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Psychické potřeby pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny

*Psychological Needs of the Patient/Client after Lower Extermity  
Amputation*

Vedoucí bakalářské práce: MUDr. Nader Thaher

V Praze dne: 2. 11. 2015

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 30.3. 2016

.....

podpis

## **PODĚKOVÁNÍ**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Naderovi Thaherovi za trpělivost a pomoc při vedení této práce.

Dále bych chtěla poděkovat svým rodičům a přítelovi za podporu při studiu.

## **ABSTRAKT**

HOŠKOVÁ, Zuzana. Dis. *Psychické potřeby pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny*. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: MUDr. Nader Thaher. Praha 2016. 64 stran.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou, přičemž část teoretická pojednává o amputacích jako takových a dále také o psychice pacientů/klientů po amputaci. Část praktická obsahuje průzkum zaměřený na zjištění celkového psychického stavu pacienta po amputaci dolní končetiny. Dále zjištění problematiky rodičovství u klientů po provedené amputaci dolní končetiny a zjištění problematiky začlenění zpět do pracovního procesu. Tento průzkum byl proveden pomocí vyhodnocení dotazníkové metody pro vyvození závěrů a rad pro komunikaci mezi lidmi se stejným postižením.

Hlavním záměrem této práce je najít ucelený a funkční způsob komunikace mezi handicapovanými lidmi po amputaci dolní končetiny po celé České republice.

### **Klíčová slova**

Psychický stav. Pacient. Klient. Amputace dolní končetiny.

## ABSTRACT

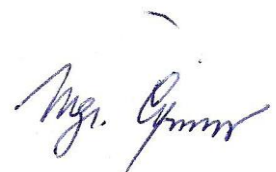
HOŠKOVÁ, Zuzana. Dis. Psychological Needs of the Patient/Client after Lower Extremity Amputation. Vysoká škola zdravotnická, o.p.s. Level of expertise: Bachelor's degree (Bc.). Supervisor: MUDr. Nader Thaher. Prague 2016. 64 pages.

This bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part deals with amputations and psyche of patients with amputation. The practical part includes a research, which is concentrated onto final psychic status of patients with leg amputation. Furthermore, in the thesis there are dealt problems with parents of the patients with leg amputation surgery as well as incorporating patients into their job. This research was realized by questionnaires about evaluation of resumes and advice about communication of patients with the same handicap.

The main purpose of this thesis is to find complete, functional method of communication of the patients with leg amputation for all over the Czech Republic.

### Keywords

Mental status. Patient. Client. Amputation of the lower limb.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Mgr. Gyms". The signature is written in a cursive style with a small flourish above the first letter.

# OBSAH

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

ÚVOD .....	14
1 AMPUTACE .....	16
1.1 DEFINICE .....	16
1.2 ETIOLOGIE A INCIDENCE AMPUTACÍ .....	17
1.3 INDIKACE K AMPUTACÍM .....	18
1.4 TYPY AMPUTACÍ .....	19
1.5 OPERAČNÍ TECHNIKY AMPUTACÍ .....	21
1.6 KOMPLIKACE AMPUTACÍ .....	22
2 PSYCHICKÝ STAV PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY .....	24
2.1 VÝVOJOVÉ ETAPY ČLOVĚKA Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA .....	24
2.2 ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A TĚŽKÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ .....	25
2.3 POSTOJ K NEMOCI .....	26
2.4 OMEZENÍ ŽIVOTNÍCH POTŘEB .....	28
2.5 MÉNĚCENNOST .....	29
2.6 UPLATNĚNÍ PSYCHOLOGIE V CHIRURGII A ORTOPEDII .....	30
3 PRŮZKUM .....	33
3.1 PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL .....	33
3.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY .....	34
3.3 METODIKA PRŮZKUMU .....	34



4	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ.....	37
5	PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	39
6	VERIFIKACE VÝSLEDKŮ.....	51
6.1	STATISTICKÉ OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY Č. 2 POMOCÍ CHÍ KVADRÁT TESTU .....	51
6.1.1	DATOVÉ SOUBORY .....	51
6.1.2	GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DATOVÝCH SOUBORŮ .....	52
6.1.3	VÝPOČET .....	53
6.1.4	VÝSLEDEK .....	54
7	INTERPRETACE PRŮZKUMU .....	55
8	DISKUZE.....	57
8.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
	SEZNAM PŘÍLOH	

## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

AIDS .....Acquired Immune Deficiency Syndrome

DK ..... Dolní končetina

KNL ..... Krajská nemocnice Liberec

LDN ..... Léčebna dlouhodobě nemocných

MESS skóre ..... Magled extremity severity score-  
rozsah rozdrčení končetiny

P/K ..... Pacient/Klient

WHO ..... Světová zdravotnická organizace

(VOKURKA a kol., 2009)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

<b>Afunkce</b> .....	Úplný výpadek činnosti nějakého orgánu nebo dílčího systému
<b>Dehiscence</b> .....	Rozestup, rozšklebení operační rány
<b>Demarkace</b> .....	Vytyčení hranic, rozhraničení
<b>Gangréna</b> .....	Druhotně změněná nekróza
<b>Infekt</b> .....	Zánětlivé ložisko
<b>Invertovaný</b> .....	Obrácený, převrácený, změněný
<b>Multiorgánové</b> .....	Kombinace několika forem
<b>Myoplastika</b> .....	Změna tvaru svalu
<b>Myodéza</b> .....	Vytvoření nového svalového úponu
<b>Nekrektomie</b> .....	Chirurgické odstranění odumřelé tkáně
<b>Nekróza</b> .....	Odumřelá tkáň
<b>Neoplastická</b> .....	Nádorová
<b>Peroperační</b> .....	Událost vzniklá v průběhu operace
<b>Reamputace</b> .....	Opakovaná amputace

- Redresní** ..... Týká se nápravy
- Regrese** ..... Návrat
- Resutura** ..... Opakované sešití
- Retrakce** ..... Stažení, zkrácení
- Revize** ..... Prohlédnutí (kontrolní)
- Sepse** ..... Celková reakce organismu na infekci
- Sutura** ..... Způsob, jakým se v chirurgii spojuje kůže, vnitřní orgány, krevní cévy a jiné tkáně v těle po zranění nebo chirurgickém výkonu
- Tenodéza** ..... Chirurgické přišití šlachy k okolní tkáni

(SLOVNÍK CIZÍCH SLOV, 2016), (VOKURKA a kol., 2009)

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 - Rozvrstvení dotazníků .....	37
Tabulka 2 - Pohlaví respondentů .....	38
Tabulka 3 - Věk respondentů .....	38
Tabulka 4 - Zaměstnání respondentů .....	38
Tabulka 5 - Pohlaví respondentů .....	39
Tabulka 6 - Věk respondentů .....	40
Tabulka 7 - Zaměstnání respondentů .....	41
Tabulka 8 - Příčina postižení .....	42
Tabulka 9 - Psychické zvládnutí amputace .....	43
Tabulka 10 - Změna osobního života po amputaci DK .....	44
Tabulka 11 - Změna pracovního života po amputaci DK .....	45
Tabulka 12 - Návrat do svého zaměstnání .....	46
Tabulka 13 - Reakce rodiny na handicap .....	47
Tabulka 14 - Vnímavost okolí k handicapu .....	48
Tabulka 15 - Ovlivnění role rodiče .....	49
Tabulka 16 - Zájem o postižení a forma informací .....	50
Tabulka 17 - Skutečná absolutní četnost handicapovaných rodičů s ohledem na věk .....	51
Tabulka 18 - Očekávaná absolutní četnost handicapovaných rodičů s ohledem na věk .....	52
Tabulka 19 - Změna pracovního života po amputaci DK .....	56
Tabulka 20 - Návrat do svého zaměstnání .....	56
Graf č. 1 - Pohlaví respondentů .....	39
Graf č. 2 - Věk respondentů .....	40
Graf č. 3 - Zaměstnání respondentů .....	41
Graf č. 4 – Příčina postižení .....	42
Graf č. 5 – Psychické zvládnutí amputace .....	43
Graf č. 6 – Změna osobního života po amputaci DK .....	44

Graf č. 7 – Změna pracovního života po amputaci DK.....	45
Graf č. 8 – Návrat do původního zaměstnání.....	46
Graf č. 9 – Reakce rodiny na handicap .....	47
Graf č. 10 – Vnímavost okolí k handicapu.....	48
Graf č. 11 – Ovlivnění role rodiče.....	49
Graf č. 12 – Zájem o postižení a forma informací .....	50
Graf č. 13 – Grafické znázornění datových souborů hypotézy .....	52

**„Je důležitější, jak člověk osud přijímá, než to, jaký ten osud je.“ (Wilhelm von Humboldt)**

## **ÚVOD**

Amputace všeobecně patří mezi získaná tělesná postižení a jako každý tělesný handicap změní člověku jeho dosavadní život, jak po fyzické, tak i psychické stránce. Psychika jedince je zde narušena jak vzniklými komplikacemi spojenými s nově vzniklým handicapem, tak i návratem do dosavadního života a u starších osob spojená i s problematikou zaměstnání nebo i plněním rodičovských rolí. Velkou roli zde hraje i věk postiženého.

Cílem této bakalářské práce je ověření průzkumných otázek týkajících se odlišností psychiky mladších a starších pacientů, problematice rodičovství a návratu do zaměstnání. Tento průzkum byl proveden na základě dotazníkové metody a vyhodnocení získaných dotazníků od pacientů z Libereckého kraje.

Téma práce jsme si zvolili ze zájmu o propojení chirurgické části léčby s psychickou stránkou člověka po amputaci dolní končetiny. Snažili jsme se o prozkoumání rozdílnosti vnímání takového postižení, jak už podle věku či pohlaví pacienta/klienta, problematiky rodičovství a začlenění zpět do pracovního procesu.

**Pro tvorbu bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:**

**Cíl 1.** Zjistit celkový psychický stav pacientů po amputaci dolní končetiny.

**Cíl 2.** Zjistit problematiku rodičovství u pacientů po amputaci dolní končetiny.

**Cíl 3.** Zjistit problematiku začlenění zpět do pracovního procesu u pacientů po amputaci dolní končetiny.

**Vstupní literatura:**

DOUGLAS, G. SMITH. et al, 2004. *Atlas of amputations and limb deficiencies: surgical, prosthetic, and rehabilitation principles*. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons. ISBN: 0-89203-313-4.

SACKS, Oliver W., 2009. *Na čem si stojím...: prožitky odcizení části vlastního těla a cesta zpět k původní celistvosti*. Vyd. 2. Praha: Dybbuk. ISBN: 978-80-86862-82-8.

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

**Popis rešeršní strategie:**

Vyhledání odborné literatury, která byla použita pro tvorbu bakalářské práce s názvem Psychické potřeby pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny, probíhalo v období listopad 2015 až březen 2016. Vyhledávací období pro rešerši (viz příloha C) z Národní lékařské knihovny bylo stanoveno od roku 2005 do roku 2015, v českém a anglickém jazyce. Pro články byla stanovena podmínka, aby byly publikovány v recenzovaném časopise.

Na základě rešerše z portálu Medvik Národní lékařské knihovny z databáze Bibliographia medica Čechoslovaca a specializované databáze Google Scholar, CINAHL a Theses bylo vyhledáno 156 českých a 7 zahraničních záznamů. Pro tvorbu bakalářské práce jsme z rešerše použili 5 knih, 1 článek a 2 elektronické zdroje.



# 1 AMPUTACE

## 1.1 DEFINICE

Amputaci definujeme jako odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušением skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření (Kubeš, 2005).

Amputace se také mohou týkat nevratných oddělení orgánů, končetin nebo jejich částí od těla. Rozlišujeme amputace v důsledku traumatických příčin nebo následkem chirurgického zásahu (řeší nádorové, cévní, metabolické nebo zánětlivé onemocnění), (Opatřilová, Zámečnicková, 2007).

Z důvodu snazší komunikace mezi specializovanými centry a posuzování amputačního poranění byly vymezeny tyto pojmy:

- **Amputát** - Oddělená akrální část končetiny.
- **Totální amputace** - Amputát a pahýl jsou úplně odděleny a nesouvisí s žádnou tkání.
- **Subtotální amputace** - Amputát s pahýlem souvisí s některou z tkání, ale jsou přerušeny cévy, tudíž amputát není prokrven.
- **Těžká kombinovaná zranění s přerušением cév** - Jsou závažná poranění končetin s porušením funkčních anatomických struktur, i hlavních cév (Veselý; Wendsche, 2015).

## 1.2 ETIOLOGIE A INCIDENCE AMPUTACÍ

*Etiologie amputací je značně podmíněna a do jisté míry se i kryje s indikací*  
(Kubeš 2005, str. 169).

Patří sem:

- 1) Cévní příčiny
- 2) Neurologické příčiny
- 3) Kožní příčiny
- 4) Kostní postižení
- 5) Tumorózní afekce
- 6) Fyzikální vlivy

Příčiny amputace jsou zároveň jedním z kritérií pro stanovení výšky amputace  
(Kubeš, 2005).

V posledních 17 letech se počet amputací provedených v České republice zdvojnásobil z 3 714 za rok 1989, na 7 853 za rok 2007. Bude-li nárůst amputací lineární, lze v budoucnu počítat až se 13 000 amputacemi (Kolář aj., 2009).

### 1.3 INDIKACE K AMPUTACÍM

Amputace je považována za rekonstrukční výkon, při kterém dochází ke ztrátě kontinuity organismu člověka. Indikace k amputacím se v dnešní době velmi zúžila. A to na:

**1. Trauma** - v dnešní době zůstala prakticky jedinou indikací k amputaci ireverzibilní ischemie z traumatické či jiné etiologie.

**2. Infekt** - výkony pro dlouhodobé lokální procesy či naopak pro nezvládnutelnou akutní sepsi způsobenou lokálním infektem. Tato indikace je život zachraňující.

**3. Nekróza** - patří sem i nekrózy způsobené fyzikálními vlivy, tj. popáleniny, omrzliny, poranění elektrickým proudem, kdy je o výši amputaci nutno rozhodnout až po demarkaci nekrotizované tkáně.

**4. Tumory** - nejčastěji u pokročilých či recidivujících maligních afekcí.

**5. Afunkce** - tato indikace je často hraniční. Brání ve zlepšení funkce, kdy se může jednat o vrozené vady, následky traumatu i operací.

**6. Stav kožního krytu anebo defekt měkkých tkání** - stává se indikací okrajovou, díky mikrochirurgii a plastické chirurgie.

Pro rozhodování o indikaci k amputaci je nejčastěji používáno hodnotící schéma MESS skóre. Toto schéma hodnotí postižení podle energie úrazového mechanismu, tlakové stability pacienta, ischemického postižení a věku.

Žádný bodový systém se ovšem nikdy nemůže vyrovnat klinickým zkušenostem a peroperačnímu nálezu, ale provedená amputace může vést i k záchraně života, protože časově náročné výkony pro záchranu končetiny mohou být příčinou celkového selhání organismu. Zvláště u starších pacientů a u multiorgánového postižení.

Po zvážení, zda je možné končetinu zachránit, by měl operátor posoudit, zda je postup vhodný i pro samotného pacienta, což musí být provedeno s jeho vůlí. Většina pacientů totiž trvá na pokusu o záchranu končetiny, ale není si vědoma, co všechno daný postup obnáší. Proto je nutné pacienta seznámit s:

- plánovaným postupem léčby
- možností rozvoje infektu a rizika sepse
- možností vzniku tkáňových nekrotů a defektů na kůži
- možnou délkou léčby
- bolestivostí
- socio-ekonomickými aspekty dlouhodobé léčby
- kosmetickým i funkčním výsledkem zachráněné končetiny

Mnohdy se může stát, že i přes všechna úsilí se zachráněná končetina po čase stane nefunkční, bolestivá a nakonec stejně k amputaci dojde. Proto by se měl pacient seznámit s možnostmi amputací a protetického vybavení. Zvláště mladým pacientům přináší protetické pomůcky nevelké životní omezení a mnohdy jim umožňují i kvalitní profesní zařazení (Janečková, 2008), (Kubeš, 2005).

## **1.4 TYPY AMPUTACÍ**

Provedení amputace je třeba zvolit ve vhodný čas. Předčasným nebo pozdním zásahem se může zachování končetiny i života nemocného rapidně lišit.

Vzhledem k naléhavosti můžeme amputace dělit na:

- **Primární neboli časné amputace** - zákrok je proveden ihned po vzniku úrazu či onemocnění.
- **Sekundární neboli volená amputace** - je volbou při stavu, který přímo ohrožuje život pacienta/klienta. Je to např. nekróza, ale patří sem i stav, při kterém jsou vyčerpány všechny dostupné možnosti konzervativní léčby.
- **Terciární neboli odložená amputace** - o operaci se rozhodne v kterémkoliv období. Provádí se buď za účelem zlepšení funkce končetiny, nebo z kosmetických důvodů (Hadraba, 2006).

Amputace lze rozdělit také podle uzávěru rány:

- **Otevřené** - rána není po amputaci primárně uzavřena. Bude nutná ještě minimálně jedna operace k vytvoření kvalitního pahýlu. A to například sekundární sutura, reamputace, revize nebo plastické výkony. Indikovány jsou nejčastěji z důvodu infektu, těžkého zhmoždění a kontaminace měkkých tkání, kdy umožňují sekundární uzávěr bez rizika komplikovaného hojení.
- **Zavřené**- primární uzávěr rány hned při provedení amputace (Kubeš, 2005).

Mechanismy způsobující amputace lze dělit na:

- *zevní* - příčinou je násilí (úraz, trauma). V České republice je poúrazových amputací čím dál méně. Jejich počet sahá ročně do stovek, protože současná rekonstrukční chirurgie dokáže dříve prováděným amputacím zabránit.
- *vnitřní faktory* – nemoci i vrozené vady postihující nervový, transportní (tj. kardiovaskulární a respirační) a lokomoční systém. Patří sem i nemoci, jejichž etiologie je zánětlivá, metabolická, neoplastická (nádorová) a degenerativní (Kálal, 2007).

## 1.5 OPERAČNÍ TECHNIKY AMPUTACE

### **Gilotinové (cirkulární) amputace**

*Gilotinové amputace jsou vždy prováděny jako otevřené, a proto se také tak někdy nazývají. V dnešní době si ji ale nelze představit jako původní jednoduché cirkulární oddělení končetiny jedním řezem. Nyní se nejprve cirkulárně přeruší kůže, po její retrakci se v její úrovni přeruší svaly (s podvazem cév a ošetřením nervů) a po její retrakci se v této další a nejproximálnější linii přeruší skelet.*

*Jako další krok klasicky následovala náplastová kožní trakce (1,5-2,5kg), kdy při její správné aplikaci někdy nebyla nutná revize a sutura pahýlu. V současnosti podle stavu pahýlu před uzávěrem rány je nutná jeho konečná úprava pro umožnění dobrého opotézování (Kubeš 2005, st. 165).*

Pahýl může být upraven:

- 1. Reamputací** - končetinu reamputujeme proximálně stejnou technikou jako při zavřené lalokové amputaci.
- 2. Revizí (konverzí) pahýlu** - je zde odstraněna granulační a jizevnatá tkáň, kost je zkrácena a jsou zmodelovány měkkotkáňové laloky k umožnění hodnotného měkkého krytu pahýlu.
- 3. Plastickou úpravou** - pouze modelace měkkých tkání bez zásahu na kost (Kubeš, 2005).

### **Laloková amputace**

*Laloková amputace je platným a standardním operačním výkonem, který samozřejmě také prodělal určitý vývoj. Může být provedena jako zavřená, kdy klademe důraz především na tenodézu přerušovaných svalů vedoucí jak ke zlepšení funkce, tak i tvaru pahýlu (Kubeš 2005, st. 166).*

U otevřené lalokové amputace je v současné době doporučována technika invertovaných kožních laloků, které jsou založeny poněkud delší, poté jsou překlopeny a dočasně přešity přeloženou plochou k sobě. Pahýl je poté kryt mastným tylem a naložena náplastová kožní trakce. Po 2 týdnech, kdy se provádí opakované převazy,

je možná, při vytvoření granulační plochy, primární sutura po uvolnění a rozbalení těchto laloků. Umístění těchto laloků z měkkých tkání je potřeba předem naplánovat, aby mohla být bezpečně odstraněna patologická tkáň a skelet v plánované výši. Laloky musí umožňovat krytí skeletu měkkými tkáněmi, které bude možno vymodelovat do kónického pahýlu a musíme usilovat i o zachování motoriky pahýlu, kterou zajistíme buď myoplastikou nebo myodézou (Kubeš, 2005).

## 1.6 KOMPLIKACE AMPUTACÍ

Stejně jako u všech operací je po provedení amputace možný vznik komplikací.

Mezi nejčastější patří:

- *hematom*, kdy je prevencí správná drenáž rány.
- *kožní nekróza*, kterou do 0,5 cm ponecháme ke granulaci
- *dehiscence rány*, vyžaduje revizi, nekrektomii, drenáž a resuturu
- *gangréna pahýlu*, vyčkáme demarkace hranice nekrózy, poté reamputace proximálněji
- *otok pahýlu*, čelíme správnou elastickou bandáží naloženou již na operačním sále
- *kloubní kontraktura pahýlu*, prevencí je správné a svalově vyvážené provedení myoplastik či myodéz, časné pooperační polohování a cvičení pahýlu. Někdy je i nutné redresní sádrování.
- *fantomové obtíže*, které jsou v zásadě dvojího typu:
  - a) Fantomové pocity - pacient má stále pocit přítomnosti končetiny. Velmi časté, proto je považujeme za normální stav po amputaci.

- b) Fantomové bolesti - o jejich ústup se snažíme medikamentózní terapií, aplikací fyzikálních procedur, někdy je i nutná neurochirurgická revize nervového pahýlu.

Nejlepší prevencí těchto komplikací je šetrná a rychlá operační technika při správné indikaci výše amputace. Amputace souvisí i s následným protetickým vybavením, rehabilitací a redukcí životních činností, které nazýváme sociální rehabilitací. Někdy je také potřebná psychologická či psychiatrická konzultace (Kubeš, 2005), (Tichý, 2006).



## 2 PSYCHICKÝ STAV PACIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Všechny získané amputace jsou určitým handicapem a mohou způsobovat člověku psychické trauma. Zvláště ty, které ovlivní jeho následný život. Zvládnutí určitého postižení, mezi které patří i amputace, je velmi individuální, ale už samotný postoj ovlivní průběh léčby a následné omezení životních potřeb může působit na člověka negativně.

### 2.1 VÝVOJOVÉ ETAPY ČLOVĚKA Z PSYCHOLOGICKÉHO HLEDISKA

Evoluční změny a postupné stárnutí představují kontinuální změny, jejíž rozdělení je velmi individuální. Hlavně v dospělosti nejsou dané pevné mezníky, jako třeba v dětství a v dospívání. Velký rozdíl je v myšlení, cítění a sociálním chování mladého člověka po 20tém roce života oproti člověku ve věku 80ti let. Dospělý věk dělíme do etap, které se navzájem překrývají a nastupují u každého člověka jinak. Dělíme je následujícím způsobem:

1. **Časná dospělost** (zhruba od 22 do 30 let minimálně) - je to přechodné období mezi adolescencí a plnou dospělostí, kterou vymezujeme s přihlédnutím ke třem kritériím a to: k věku, k převzetí určitých vývojových úkolů a k dosažení určitého stupně osobní zralosti. V časně dospělosti dochází k upevnění identity dospělého, identifikace s rolí dospělého, produktivní orientace a upřesnění osobních cílů. Nezávislost na rodičích, hledání partnera a zakládání vlastní rodiny. Dochází zde k volbě povolání a postupnému získání odpovědnosti v profesi.
2. **Střední dospělost** (přibližně do 45 let) - je období plné výkonnosti a relativní stability. Dělíme jí na dvě fáze, kdy do *fáze č. I.* řadíme další upevnění identity,

vrchol produktivity a aktivního vyhledávání životních cílů a posílení odpovědnosti v rolích dospělého. Plná odpovědnost v rodině a při výchově dětí. Posílení odpovědnosti a jasné sledování cílů v povolání.

V tomto vývojovém období často dochází ke **krizi středního věku**, při níž dochází k zproblematizování vlastní identity, klademe si otázky po vlastní smrtelnosti, někdy přichází i nespokojenost se vztahem v manželství, partnerství a také možná nespokojenost s výsledky dosaženými v povolání.

Ve *fázi č. II.* dochází k nové integraci osobnosti, u některých k možné přípravě na odchod dětí z domova a k novému potvrzení manželského či partnerského vztahu.

3. **Pozdní dospělost** je dobou do začátku stáří (tj. asi do 60-65 let) a v této fázi vývoje přichází vypětí v povolání před blížícím se odchodem na odpočinek a postupné redukci profesionálních činností.
4. **Stáří**, které se dělí na časně a vysoké (Langmeier, Krejčířová, 2006).

## 2.2 ZVLÁDÁNÍ NEMOCI A TĚŽKÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍ

*Každý z nás se dostává do náročných situací, které znamenají zátěž, a pokud se s nimi dostatečně rychle nevyrovnáme, dostavuje se úzkost, tenze, strach a ohrožení naší duševní rovnováhy. Také tyto případy lze řešit prostřednictvím psychických obranných mechanismů za využití různých technik, a to jak v rovině psychické, tak i prostřednictvím jednání (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 154).*

Zvládání těžkých životních situací je jako dynamický proces, v jehož rámci dochází k vzájemným interakcím mezi člověkem a danou životní situací. Na jedné straně vidíme člověka, který má určité zdroje, možnosti, hodnoty a osobní zaměření, na straně druhé nemoc, která klade na člověka určité požadavky a působí na něho řadou vlivů. V souvislosti se zvládáním nemoci a utrpení se v psychologii hovoří o strategii boje s nemocí. Nemocný člověk, aniž by si uvědomoval význam strategie zvládání těžké životní situace, prochází postupně jednotlivými etapami

své nemoci a je jen uměním zdravotnického týmu a jeho nejbližších, zpravidla rodiny, jak mu nelehkou situaci pomohou zvládnout (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Pro nemocného člověka je častým psychologickým problémem, při zvládnání nemoci nebo těžkých životních situací, nedostatečná tzv. sociální opora. Tím se rozumí uspokojování sociálních psychologických potřeb. To je např. potřeba společenského uznání, lidské vzájemnosti, komunikace a kooperace. Je to mnohdy i potřeba sociálního začlenění – někam patřit, popř. být na někom závislý. Sociální opora působí jako nárazník proti škodlivému vlivu stresu. Kromě běžné emocionální a instrumentální opory, jakou je finanční a jiná pomoc v tísní, předmětem opory může být též poskytnutí vhodných informací a podpora přesvědčení o vlastní účinnosti, jako i podpora sebedůvěry a důvěry vůbec (Kálal, 2007).

## 2.3 POSTOJ K NEMOCI

Onemocnění, choroba neboli také nemoc je definována jako patologický stav těla nebo mysli, který je projevem změny funkcí buněk a v důsledku i morfologickým poškozením těchto buněk, tkání a orgánů. Podle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) může nemoc za porušení rovnováhy organismu (WHO, 2008).

Postoj k nemocnému by měl být vždy individuální a obsahovat všechny bio-psycho-sociální složky péče. Holistický přístup vidí pacienty jako jednotné celky ve vzájemném působení více částí. Každá porucha jedné z částí je poruchou celého systému.

Vlivem amputace, se postižený jedinec dostává do tíživé životní situace (ženy jí snášejí daleko hůře než muži). Ta se vždy odráží i v jejich psychickém stavu. Schematicky lze psychologické reakce popsat následovně:

**Popření** - je jedním z nejstarších psychických obranných mechanismů a je definováno jako nevědomé posunutí reality do podoby, v níž by ji subjekt rád viděl.

**Smlouvání** - představuje regresi směrem k magickému myšlení, které se pokouší zvládnout problémy nikoli čistě racionálně, ale pomocí nadpřirozených možností.

**Agrese** - není primárně adresována ani zdravotnickému personálu, ani blízkým lidem, na které dopadá, ale jakémusi zlému osudu. Ten však není po ruce, zatímco zmíněné osoby ano.

**Deprese** – je sice reakce pochopitelná, ale nevhodná, protože odrazuje okolí od poskytování podpory.

**Smíření** – není otázkou okamžiku, je to proces, cesta, kterou nemocný musí projít, aby našel své nové místo ve světě. Ukazuje se, že pomůžeme-li nemocným vzbudit jejich vnitřní energii, vědí často sami daleko lépe, než celé týmy poradců, jak se s novou situací vyrovnat (Honzák, 2005).

Psychologické reakce na amputaci dolní končetiny velmi často provází mnoho negativních stavů, které člověk prožívá. Například:

- *Krize* - velmi často u pacientů/klientů propuká a výrazně mění dosavadní psychickou kondici.
- *Bezmocnost* - pocit, který může vyústit i v nekontrolovatelné panické reakce.
- *Ztráta naděje* - člověk nevidí žádnou reálnou možnost, jak vyřešit problém omezení hybnosti.
- *Pocit křivdy* - kdy amputaci pocítuje, jako snížení nebo ztrátu své osobní hodnoty.
- *Obavy z budoucnosti* - vidí ji v těch nejčernějších barvách. Vnímají ji jako neznámou, nejistou. Přemýšlí o svých plánech a perspektivách, které se nepodařilo realizovat.
- *Narušení vztahů k bezprostřednímu okolí* - uzavírání se do sebe, nezájem, ztráta sociálního kontaktu s okolím.

- *Rezignace* - nemá žádné plány, po ničem netouží a dobrovolně se distancuje od všech podnětů, z okolí. V těchto situacích je zásah klinického psychologa nezbytný a intervence psychiatra žádoucí.

Poruchy psychiky mohou způsobit i zhoršení fyziologických funkcí. Je známa celá řada symptomů, které se objevují v důsledku stresové situace. Nejčastěji jsou to **bolesti**, které nemocný vnímá velice intenzivně. U amputovaných se vedle běžné bolesti vyskytuje její specifická varianta, tzv. **bolest fantomová**. Je to pocit subjektivní reality, kterou se amputovaný snaží objektivizovat. Objektivně končetina i její schopnost chybí, ale subjektivně však probíhají v pahýlu nadále všechny fyziologické procesy, jako před amputací v celé končetině. Pacient pocítuje celou část těla, se všemi kvalitami (Kálal, 2007),(Murray, 2010).

## 2.4 OMEZENÍ ŽIVOTNÍCH POTŘEB

*Život člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu, která pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu. Potřeby jsou výsledkem interakce mezi organismem a prostředím. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na podkladě primárních, jsou velmi individuální a činí život bohatším a příjemnějším. Specifická podoba potřeb nemocného člověka je tedy závislá jak na charakteru nemoci, tak na klientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije. Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, jež ovlivňuje obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), společenské faktory (životní standard) a patologické stavy (horečka, bolest atd.), (Zacharová, Hermanová, Šrámková 2007, s.22).*

Člověk i v nemoci stále potřebuje sociální kontakt, porozumění, pochopení, pomoc a podporu. Neměli bychom zapomínat ani na potřeby bezpečí a jistoty, které pacient v mnohdy nelehkých situacích postrádá. A zvláště v nemocničním prostředí nezapomínáme i na potřebu podnětů a činností, které by ho alespoň na chvíli zaměstnaly od problémů a starostí spojených s pobytem v nemocnici i mimo ni.

Také často opomíjená potřeba realizace krátkodobých a dlouhodobých cílů může mít nepříznivý vliv na průběh choroby (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Při prevenci jakéhokoliv omezení životních potřeb nejde jen o vybavení amputovaného protézou, ale i o jeho adaptaci na daný stav a další resocializaci, tj. zapojení do normálního života. Ztráta končetiny, i když je z psychologického hlediska pro dotyčného člověka závažnou událostí, neznamena ještě, že je takto postižený zbaven možnosti další seberealizace. Nemůžeme připustit, aby se proto jedinec uzavřel do sebe a izoloval se od společnosti. Ztráta sociálních kontaktů, navozuje psychické strádání. Při dlouhodobějším psychickém stresu se objevují a zvětšují symptomy somatické povahy. Nelze tedy amputovaného ponechat v jeho uzavřeném prostředí, aby prožil zbytek života v bludném kruhu bolesti a sociální izolaci (Kálal, 2007).

## 2.5 MÉNĚCENNOST

Handicapovaný člověk nemůže často vykonávat všechny běžné denní činnosti, které před onemocněním prováděl zcela běžně. Díky tomu, si může časem připadat neschopný, na obtíž a propadat pocitu méněcennosti.

Dle autorky Jobánkové méněcennost vyplývá z toho, jak člověk srovnává svůj stav, příznaky své nemoci a své životní vyhlídky se situací, která byla před onemocněním nebo před poruchou. Tyto pocity většinou nevyplývají přímo z defektu, ale z postoje k defektu, a jsou výsledkem sebehodnocení.

Postoje mohou být:

- **Přiměřené** - vycházejí například i z vážného, vleklého, nápadného nebo neestetického postižení, kdy se člověk snaží s tímto problémem dle svého vyrovnat.

- **Nepřiměřené** - neadekvátní až patologické reakce na nepatrné změny zdravotního stavu, které mohou vést k depresím a úniku do samoty.

*Pocity méněcennosti vyplývají z poruch a vad tělesných nebo psychických. Velký vliv na tyto stavy mají i povahové rysy osobnosti, například neprůbojnost, prchlivost. Předpoklady sníženého sebehodnocení se obvykle vyvíjejí již od dětství, v důsledku výchovy omezující samostatnost a sebevědomí dítěte. Opakované neúspěchy, kritika a posměch bez vhodné motivace jedince mohou být podkladem pocitů méněcennosti, které se mohou plně rozvinout v období nemoci. V tomto období je silně změněn jak biologický, tak i psychický stav nemocného člověka, a jeho reakce mohou tedy být naprosto nepřiměřené (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011, s. 12).*

## **2.6 UPLATNĚNÍ PSYCHOLOGIE V CHIRURGII A ORTOPEDII**

*Chirurgická, ortopedická, často i poúrazová ošetrovatelská péče vyžaduje široké psychologické poznatky, protože zejména u pacientů po úrazech nastávají velké psychické změny. Při poúrazových stavech jde o prožívání traumatu, adaptace na nový stav, odraz tělesného postižení v duševním životě pacienta (Zacharová, Šimíčková-Čížková 2011, s.172).*

Na ortopedickém oddělení se psychologické poznatky uplatňují především při vyrovnávání se pacienta s vrozenými nebo získanými vadami. Zvláště tělesné poškození působí psychotraumatically a vyvolává v pacientech různé emoce. Nejčastěji je to strach, úzkost, smutek a deprese. Velkou roli zde hraje zdravotnický tým, rodina nebo přátelé v jednotném pozitivním působení na nemocného, neboť jen na něm je, za jak dlouho se svým úrazem či chorobou vyrovná a zvládne následné situace spojené s léčbou či rehabilitací.

Při chirurgických zákrocích se často setkáváme se strachem, který vyplývá z obav, že nastanou komplikace nebo z neúspěchu po provedení vlastní operace. Jedná se o tzv. anticipační strach. Tento strach můžeme redukovat aktivní pomocí zdravotnického personálu, který podporuje a povzbuzuje pacienta v pozitivním myšlení,

správnou informovaností, překonáváním bolesti a aktivním zapojením do psycho-rehabilitačního programu.

V plastické chirurgii se klade důraz na přípravu nemocného a jeho možnou změnu vzhledu po operaci. Proto je zde velmi důležitá předoperační psychologická péče a to v podobě seznámení pacienta s důvodem, samotným průběhem a výsledkem operace, ale i s možnými komplikacemi, které ji mohou provázet. Dále je vhodné seznámit pacienta se zdravotním týmem, který ho bude operovat, či o něho v před a pooperační fázi bude pečovat. Dbáme na zodpovězení všech dotazů a lze nabídnout i možnost zapůjčení odborné literatury. Nesmí být opomíjena ani psychická podpora a povzbuzení. Pacient by měl být psychicky motivován i při kosmetické úpravě menších defektů. Měla by zde být vyžádána i porada s psychologem nebo psychiatrem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

**K nejčastějším problémům chirurgických či ortopedických pacientů patří podle Greisingera:**

- Psychické reakce na tělesné trauma
- Psychické reakce na chirurgický výkon
- Psychická adjustace osob s tělesným defektem
- Psychologická problematika osob po amputaci
- Psychologická problematika v plastické chirurgii
- Psychologická problematika před a po operačním zákroku

**Psychologický přístup k pacientům v chirurgické a ortopedické péči:**

- Poznání premorbidní osobnosti člověka
- Vytvoření vztahu mezi nemocným a lékařem, hlavně před operačním výkonem
- Znalost stadií, které pacient projde při úrazových stavech a komplikované léčbě



- Kompletní posouzení zdravotního stavu s ohledem na psychiku nemocného
- Individuální přístup k pacientovi, hlavně v době před a po operační péči
- Eliminace strachu a úzkosti před chirurgickým výkonem
- Seznámení s průběhem a stadií bolesti spojené s odborným výkonem
- Umožnění kontaktu pacienta s rodinou a blízkými osobami
- Příprava nemocného na změny životních podmínek či režim
- Vhodná komunikace mezi pacientem a zdravotním personálem
- Včasné poučení o variantách a možnostech léčby
- Spolupráce s psychologem či psychiatrem

(Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

## 3 PRŮZKUM

V této kapitole se budeme věnovat stanoveným cílům práce a průzkumným otázkám, které souvisejí s tématem práce a od nichž se odvíjel i náš průzkumný soubor a technika, které jsme použili pro dotazníkové šetření.

### 3.1 PRŮZKUMNÉ TÉMA, PROBLÉM A CÍL

**Téma průzkumu:** Psychické potřeby pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny.

**Problém:** Jaké jsou změny v životě pacientů/klientů po amputaci dolní končetiny?

**Cíle průzkumu jsou:**

1. Zjistit celkový psychický stav pacientů po amputaci dolní končetiny.
2. Zjistit problematiku rodičovství u pacientů po amputaci dolní končetiny.
3. Zjistit problematiku začlenění zpět do pracovního procesu u pacientů po amputaci dolní končetiny.

## 3.2 PRŮZKUMNÉ OTÁZKY

Průzkumná otázka 1: Má amputace dolní končetiny vliv na psychické prožívání pacienta?

Průzkumná otázka 2: Bude mít amputace dolní končetiny u pacientů negativní dopad na plnění rodičovské role?

Průzkumná otázka 3: Jsou pacienti po amputaci dolní končetiny nuceni změnit své dosavadní zaměstnání?

## 3.3 METODIKA PRŮZKUMU

Pro vypracování průzkumné části bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda průzkumu a to formou anonymních dotazníků (Příloha č. A – Dotazník), které byly určeny pro pacienty v nemocničních zařízeních nebo následné ústavní léčbě a obsahovaly soubor formulovaných otázek tak, aby jim dotázaní dobře porozuměli a my abychom získali specifické údaje, které jsme pro průzkumné šetření potřebovali. V úvodu každého dotazníku byli respondenti seznámeni s cílem, účelem a návodem pro vyplnění jejich anonymních odpovědí. Tištěné dotazníky byly osobně předávány v Krajské nemocnici Liberec a.s. a to konkrétně vrchním sestřím z oddělení chirurgie, cévní chirurgie a diabetologie. Dále byl průzkum prováděn v léčebnách dlouhodobě nemocných v Jablonném v Podještědí a v Liberci. V Nemocnici Jablonec nad Nisou bylo osloveno oddělení chirurgie, centra doléčení a rehabilitace. Dotázaní měli možnost své odpovědi zakroužkovat u polouzavřených a otevřených otázek nebo měli možnost vepsat své vlastní odpovědi.

V dotazníku jsme použili:

**1. Otevřené otázky**, kde může respondent vepsat celou svou odpověď.

**2. Uzavřené otázky**, které nabízejí možnosti variant odpovědí, ze kterých je nutné si vybrat.

Dále je dělíme na:

- a) dichotomické otázky - nejužší uzavřené otázky.
- b) polytomické otázky - možnost výběru z více variant.

**3. Polouzavřené otázky** jsou zkombinovány z uzavřené a volné otázky.

**4. Filtrační otázky** minimalizují respondenty, kteří nemohou odpovědět na následující otázku.

Použitý dotazník je vlastní tvorby a byl vytvořen za pomoci vedoucího bakalářské práce a pana Mgr. Dubského.

Průzkum byl prováděn pomocí přípravné a realizační fáze, poté následovalo zpracování dat. V přípravné fázi jsme se věnovali nejen stanovení tématu, průzkumných cílů a otázek, ale i studiu literatury a zpracování dané problematiky pomocí dostupných zdrojů. Poté probíhala vlastní realizace průzkumu. Metodu průzkumu jsme zvolili kvantitativní a to pomocí dotazníku, který byl v realizační fázi distribuován na oddělení a do zařízení ústavní péče, která je pro amputace dolní končetiny specifická. Vrchní sestry z výše zmíněných zdravotnických zařízení pak dotazníky doručily přímo k respondentům s tímto druhem postižení.

Dotazníkové šetření probíhalo v Krajské nemocnici v Liberci a.s., kde jsme oslovili pacienty oddělení diabetologie s počtem 10 ks dotazníků. Na oddělení cévní chirurgie jsme za pomoci staniční sestry rozdali klientům 10 ks našeho dotazníku. V Léčebně dlouhodobě nemocných v Liberci jsme rozdali 20 ks dotazníků a za velké pomoci vrchní sestry jsme získali i respondenty v Léčebně dlouhodobě nemocných v Jablonném v Podještědí, odkud se nám vrátilo celých 30 ks vyplněných dotazníků.

Další dotazníky jsme rozdali v nemocnici v Jablonci nad Nisou, kde jsme oslovili oddělení chirurgie, konkrétně vrchní a převazovou sestru, která nám pomáhala rozdat naše dotazníky na septickou i aseptickou část svého oddělení v počtu 20ks. Klientům na oddělení centra doléčování a rehabilitace se rozdalo 10 ks dotazníků.

Díky této formě distribuce se vyplněné dotazníky vrátili zpět v počtu 100%.

K vyhodnocení dat byl použit program MS Excel, kde všechna získaná data byla převedena do četnostní tabulky a následně převedena do jednotlivých tabulek četnosti, které byly doplněny o relativní četnost. Graf pro vyhodnocení tabulek byl zvolen koláčový.

## 4 CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ

Pro naše průzkumné šetření se podařilo oslovit celých 100 pacientů/klientů (dále jen respondenti), kterými se stali pacienti z různých oddělení nemocnic v Liberci, Jablonci nad Nisou a léčeben dlouhodobě nemocných v Jablonném v Podještědí a v Liberci. Velikou pomocí nám byly vrchní, staniční či převazové sestry, které nám umožnily realizaci našeho dotazníkového šetření na jejich odděleních. Právě i díky nim byla 100% návratnost našich dotazníků.

*Tabulka 1 - Rozvrstvení dotazníků*

Nemocniční zařízení	Oddělení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Krajská nemocnice Liberec a.s.	Diabetologie	10	10
Krajská nemocnice Liberec a.s.	Cévní chirurgie	10	10
Krajská nemocnice Liberec a.s.	Léčebna dlouhodobě nemocných	20	20
Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.	Oddělení chirurgie - septické, aseptické	20	20
Nemocnice Jablonec nad Nisou p.o.	Centrum doléčování a rehabilitace	10	10
LDN Jablonné v Podještědí	Léčebna dlouhodobě nemocných	30	30
<b>Celkem</b>		<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

### **Komentář:**

V Krajské nemocnici v Liberci a.s. jsme oslovili pacienty oddělení diabetologie s počtem 10 ks dotazníků. Na oddělení cévní chirurgie jsme za pomoci staniční sestry rozdali našim klientům 10 ks našeho dotazníku. V Léčebně dlouhodobě nemocných v Liberci jsme rozdali 20 ks dotazníků a za velké pomoci vrchní sestry jsme získali i respondenty v Léčebně dlouhodobě nemocných v Jablonném v Podještědí, odkud se nám vrátilo celých 30 ks vyplněných dotazníků.

V nemocnici v Jablonci nad Nisou jsme oslovili oddělení chirurgie, konkrétně vrchní a převazovou sestru, která nám pomáhala rozdat naše dotazníky na septickou i aseptickou část svého oddělení v počtu 20ks. Klientům na oddělení centra doléčování a rehabilitace se rozdalo 10 ks dotazníků.

*Tabulka 2 - Pohlaví respondentů*

<b>Pohlaví respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ženy	45	45
Muži	55	55
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

*Tabulka 3 - Věk respondentů*

<b>Věk respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Méně než 40 let	18	18
Více než 40 let	82	82
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

*Tabulka 4 - Zaměstnání respondentů*

<b>Zaměstnání respondentů</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Důchodce	55	55
Zaměstnaný	23	23
Nezaměstnaný	22	22
Student	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

## 5 PREZENTACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

**Otázka č. 1:** *Jakého jste pohlaví?*

*Tabulka 5 - Pohlaví respondentů*

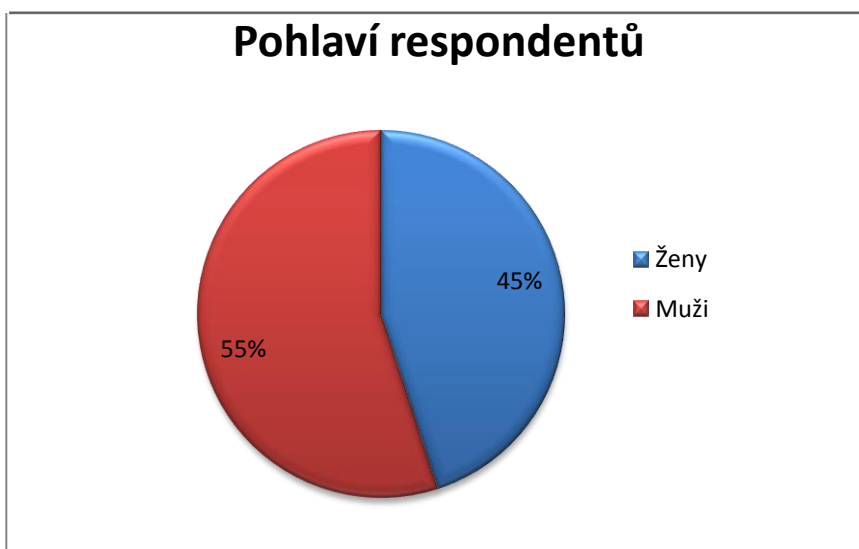
Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	45	45
Muži	55	55
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

### **Komentář:**

V první otázce jsme rozdělili respondenty dle pohlaví. Z celkového počtu 100 dotazovaných respondentů bylo 45 dotazovaných respondentů pohlaví ženského a 55 dotazovaných mužského pohlaví.

*Graf č. 1 - Pohlaví respondentů*



Zdroj: Autor, 2016



**Otázka č. 2: Kolik je Vám let?**

*Tabulka 6 - Věk respondentů*

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 40 let	18	18
Více než 40 let	82	82
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

Otázka č. 2 zjišťovala věk respondentů. Celých 82% respondentů bylo starších 40 let a pouze 18% jich bylo mladších 40 ti let.

*Graf č. 2 - Věk respondentů*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 3:** Zde respondenti uváděli svoji odpověď z oblasti zaměstnání.

*Tabulka 7 - Zaměstnání respondentů*

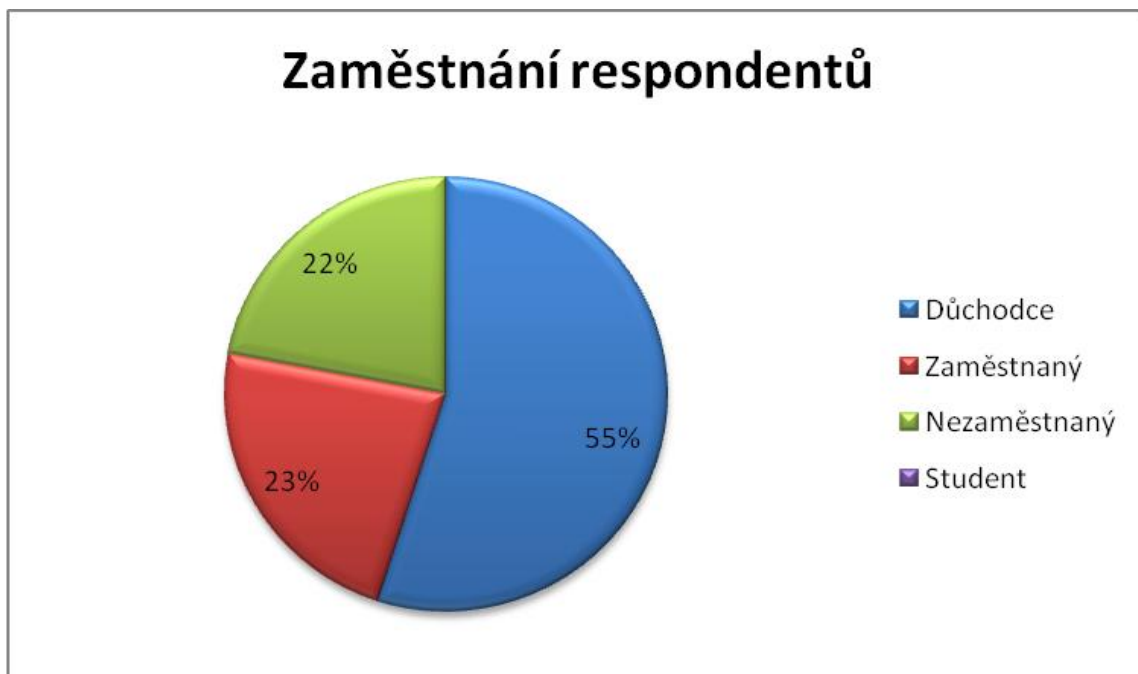
Zaměstnání respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Důchodce	55	55
Zaměstnaný	23	23
Nezaměstnaný	22	22
Student	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

U otázky č. 3 jsme se zaměřili na zjištění zaměstnání, nejčetnější byla odpověď důchodce a to 55, poté odpovídalo 23 zaměstnaných a 22 nezaměstnaných. Mezi oslovenými respondenty nebyl ani jeden student.

*Graf č. 3 - Zaměstnání respondentů*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 4 : Jaká byla příčina Vašeho postižení?**

*Tabulka 8 - Příčina postižení*

Příčina postižení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Úraz	22	22
Následek nemoci (diabetes mellitus,..)	78	78
Jiné	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

Na otázku č. 4 respondenti nejvíce odpověděli, že příčinou jejich postižení- amputace byl následek nemoci a to u 78. Pouze 22 respondentů uvedlo úraz.

*Graf č. 4 – Příčina postižení*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 5:** *Jak jste amputaci zvládal/a psychicky, jaké jste měla/měl pocity?*

Tabulka 9 - Psychické zvládnutí amputace

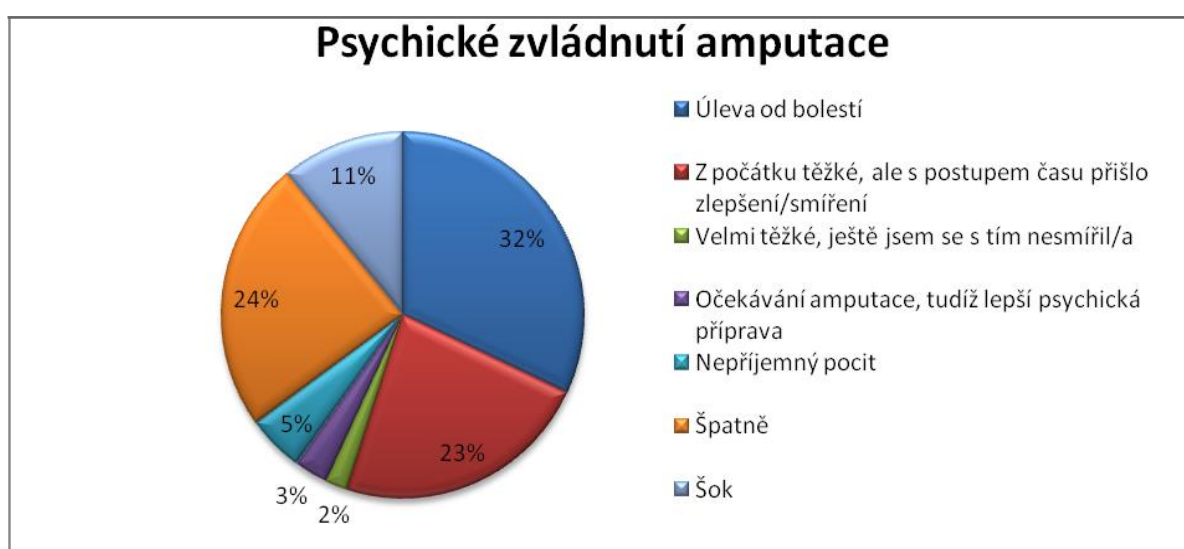
Psychické zvládnutí amputace	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Úleva od bolestí	32	32
Z počátku těžké, ale s postupem času přišlo zlepšení/smíření	23	23
Velmi těžké, ještě jsem se s tím nesmířil/a	2	2
Očekávání amputace, tudíž lepší psychická příprava	3	3
Nepříjemný pocit	5	5
Špatně	24	24
Šok	11	11
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

V otázce č. 5 dopisovali respondenti své odpovědi. Nejčastější odpověď byla úleva od bolesti a to u 32 dotázaných. Odpověď špatně byla zvolena 24 a z počátku těžké, ale s postupem času přišlo zlepšení/smíření byla vepsána 23 respondenty. Pro 11 handicapovaných byla amputace šok a jen 5 z nich uvedlo, že mělo nepříjemný pocit. Nejméně odpovědí bylo při očekávání amputace, tudíž i lepší psychické přípravy 3 a u velmi těžké, ještě jsem se s tím nesmířil/a 2.

Graf č. 5 – Psychické zvládnutí amputace



Zdroj: Autor, 2016

### Otázka č. 6 : Jak Vám postižení-amputace změnilo Váš osobní život?

Tabulka 10 - Změna osobního života po amputaci DK

Změna osobního života po amputaci DK	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Změna stylu v oblékání	5	5
Omezení sportu	18	18
Ztráta partnera/rodiny	11	11
Stěhování	8	8
Snížené sebevědomí	14	14
Snížená pohyblivost a samostatnost	24	24
Používání invalidního vozíku	20	20
Nic	0	0
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

#### Komentář:

U otázky č. 6 respondenti odpovídali na otázku týkající se změny života po amputaci DK. Nejvíce odpovědí bylo u alternativy snížená pohyblivost a samostatnost 24, poté používání vozíku 20 a omezení sportu 18. Snížené sebevědomí uvedlo 14 dotázaných a ztrátu rodiny či partnera 11. Stěhování odpovědělo 8 a změnu stylu v oblékání 5 respondentů.

Graf č. 6 – Změna osobního života po amputaci DK



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 7: Jak Vám postižení změnilo Váš pracovní život?**

*Tabulka 11 - Změna pracovního života po amputaci DK*

<b>Změna pracovního života po amputaci DK</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ztráta dosavadního zaměstnání	27	27
Předčasný odchod do důchodu	12	12
Změna v zaměstnání	18	18
Žádná	43	43
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

V otázce č. 7 jsme zjišťovali změnu pracovního života po amputaci DK. Většina 43 respondentů uvedla, že změnu v zaměstnání neměli žádnou a 27 svou dosavadní práci ztratili úplně. Změnu v zaměstnání odpovědělo 18 a pouze 12 dotázaných šlo do předčasného důchodu.

*Graf č. 7 – Změna pracovního života po amputaci DK*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 8:** *Vrátila/ vrátil jste se po amputaci zpět do svého zaměstnání?*

*Tabulka 12 - Návrat do svého zaměstnání*

<b>Návrat do původního zaměstnání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Ano	58	58
Ne	42	42
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

V osmé otázce jsme mapovali návratnost do původního zaměstnání a to v 58% se respondenti vrátili do svého zaměstnání a v 42% ne.

*Graf č. 8 – Návrat do původního zaměstnání*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 9:** *Jak vnímala rodina Váš handicap?*

*Tabulka 13 - Reakce rodiny na handicap*

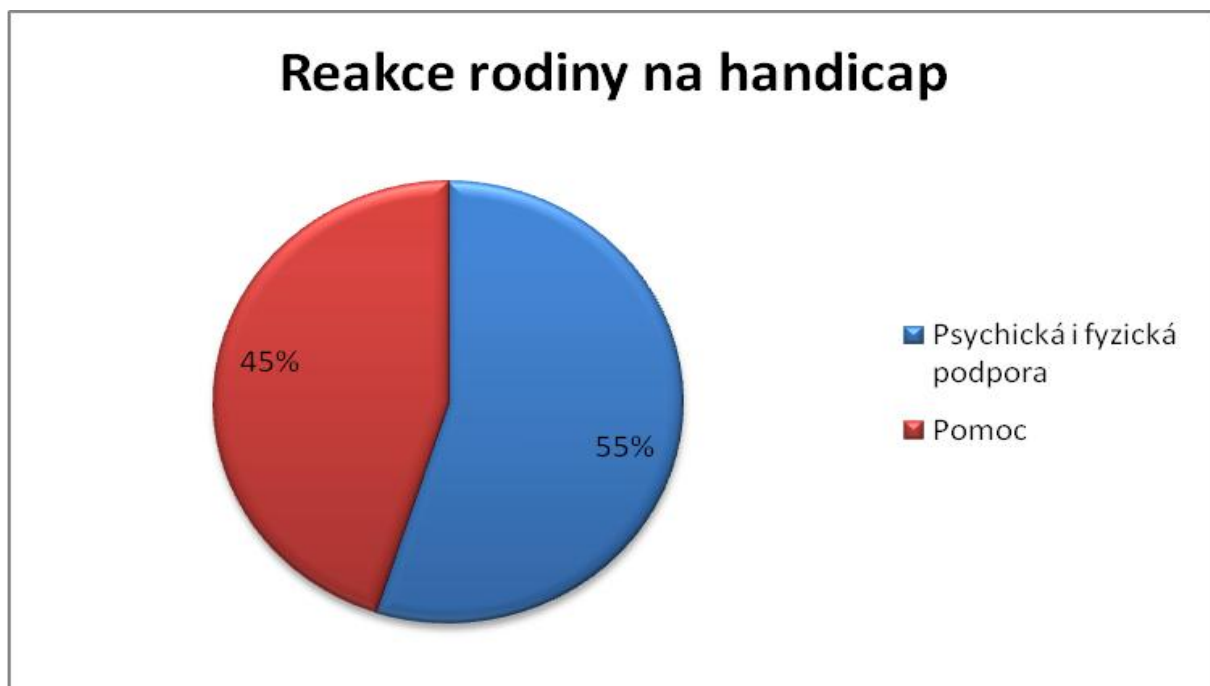
<b>Reakce rodiny na handicap</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
Psychická i fyzická podpora	55	55
Pomoc	45	45
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

U deváté otázky jsme se snažili zjistit reakci rodiny na handicap respondenta. Psychická i fyzická podpora byla u 55 dotázaných a zbylých 45 byla pomoc.

*Graf č. 9 – Reakce rodiny na handicap*



Zdroj: Autor, 2016



**Otázka č. 10:** *Jak vnímalo okolí Váš handicap?*

*Tabulka 14 - Vnímavost okolí k handicapu*

Vnímavost okolí k handicapu	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ohleduplnost	20	20
Údiv	15	15
Pomoc	33	33
Podpora	12	12
Úcta	3	3
Obdiv	17	17
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

Otázka číslo 10. byla zaměřena na vnímavost okolí vzhledem k handicapu respondentů. 33 dotázaných se setkalo s pomocí, 20 s ohleduplností a 17 s obdivem okolí. Údiv uvedlo 15 a 12 s podporou respondentů a s úctou pouze 3.

*Graf č. 10 – Vnímavost okolí k handicapu*



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 11:** *Jste rodič? Pokud ano, ovlivnilo postižení nějak Vaši roli rodiče?*

Tabulka 15 - Ovlivnění role rodiče

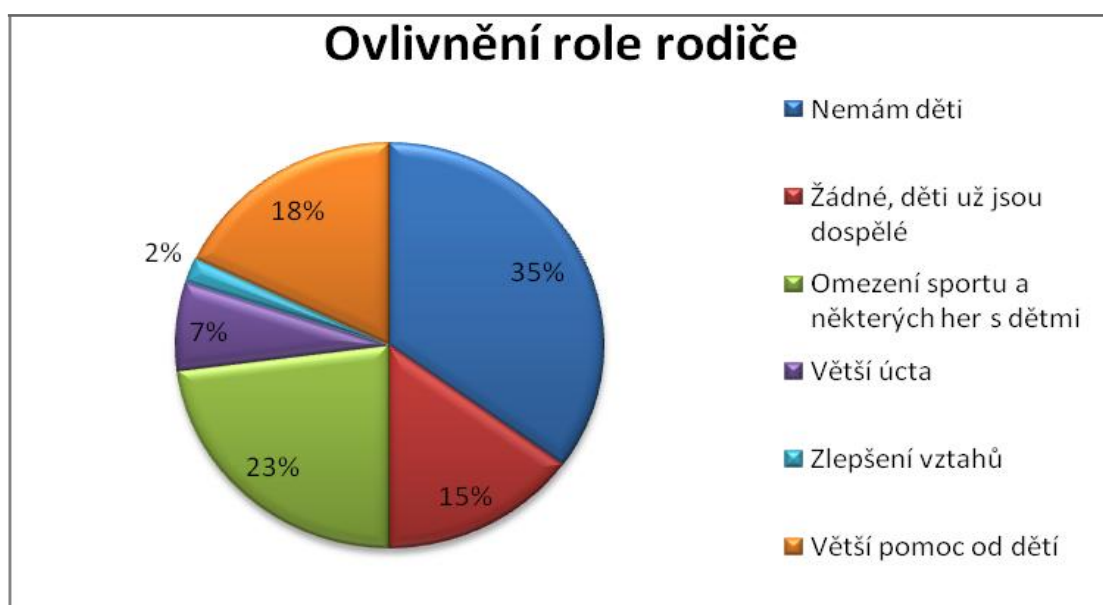
Ovlivnění role rodiče	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemám děti	35	35
Žádné, děti už jsou dospělé	15	15
Omezení sportu a některých her s dětmi	23	23
Větší úcta	7	7
Zlepšení vztahů	2	2
Větší pomoc od dětí	18	18
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

V jedenácté otázce jsme se snažili zjistit ovlivnění role rodiče a celých 35 respondentů uvedlo, že děti nemají a 15 žádné ovlivnění role nemělo z důvodu dospělosti dětí. 23 rodičů uvedli omezení sportu a některých her s dětmi a větší pomoci od svých dětí 18. Větší úcty se dočkalo pouze 7 dotázaných a 2 zlepšení vztahů.

Graf č. 11 – Ovlivnění role rodiče



Zdroj: Autor, 2016

**Otázka č. 12:** *Měl/a byste zájem, se o svém postižení něco dozvědět? Pokud ano, jaká forma by Vám nejvíce vyhovovala?*

Tabulka 16 - Zájem o postižení a forma informací

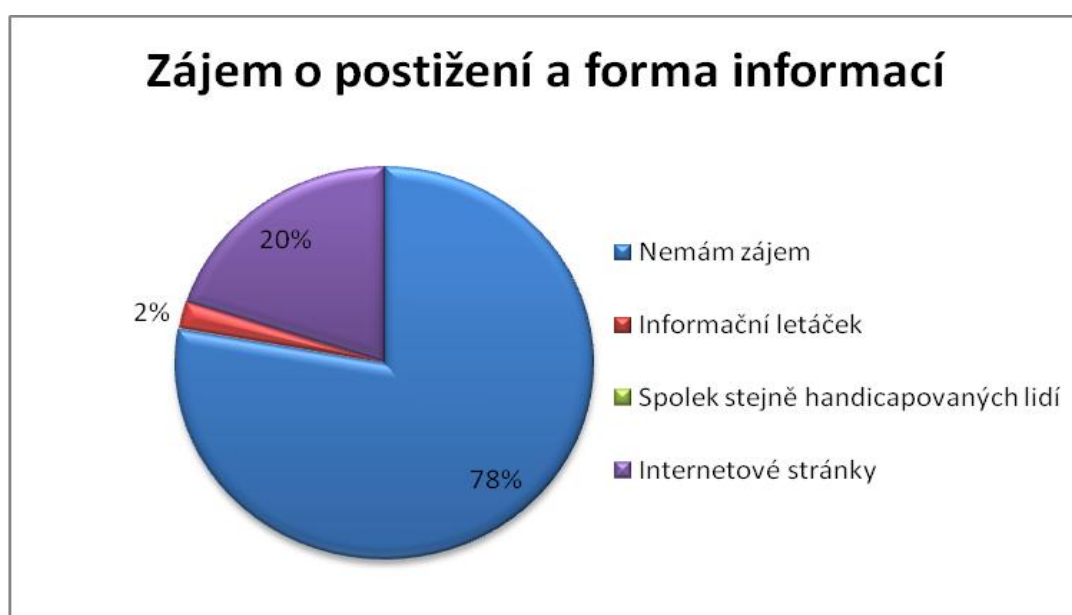
Zájem o postižení a forma informací	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nemám zájem	70	70
Informační letáček	2	2
Spolek stejně handicapovaných lidí	0	0
Internetové stránky	18	18
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

**Komentář:**

Poslední otázka byla zaměřená na zájem respondentů o jejich postižení a formu, jakou by si vybrali pro zjištění či doplnění informací o svém handicapu. Celých 70 odpovědělo, že se nechtějí nic víc dozvědět, pouze 18 by mělo zájem o více informací na internetu a 2 by dalo přednost informačnímu letáčku.

Graf č. 12 – Zájem o postižení a forma informací



Zdroj: Autor, 2016

## 6 VERIFIKACE VÝSLEDKŮ

V této části naší bakalářské práce se budeme věnovat výpočtu, který sloužil pro vyhodnocení průzkumné otázky číslo 2.

### 6.1 STATISTICKÉ OVĚŘENÍ VÝSLEDKŮ PRŮZKUMNÉ OTÁZKY Č. 2 POMOCÍ CHÍ KVADRÁT TESTU

Datový soubor se skládá z výsledků našich dotazníkových otázek č. 2 a č. 11. Verifikace proběhla dle testu chí-kvadrátu nezávislosti kontingenční tabulce. Hodnota hladiny významnosti byla zvolená  $\alpha = 5\%$

Určili jsme nulovou a alternativní hypotézu, kritický obor a jeho hodnoty a testové kritérium.

#### 6.1.1 DATOVÉ SOUBORY

Datový soubor udávající skutečné zjištěné četnosti (absolutní):

*Tabulka 17 – Skutečná absolutní četnost handicapovaných rodičů s ohledem na věk*

	Méně než 40 let	Více než 40 let	$n_j$
Nemám děti	13	22	35
Žádné, děti už jsou dospělé	0	15	15
Omezení sportu a některých her s dětmi	2	21	23
Větší úcta	1	6	7
Zlepšení vztahů	0	2	2
Větší pomoc od dětí	2	16	18
$n_i$	18	82	100

Zdroj: Autor, 2016

Datový soubor udávající očekávané četnosti (absolutní):

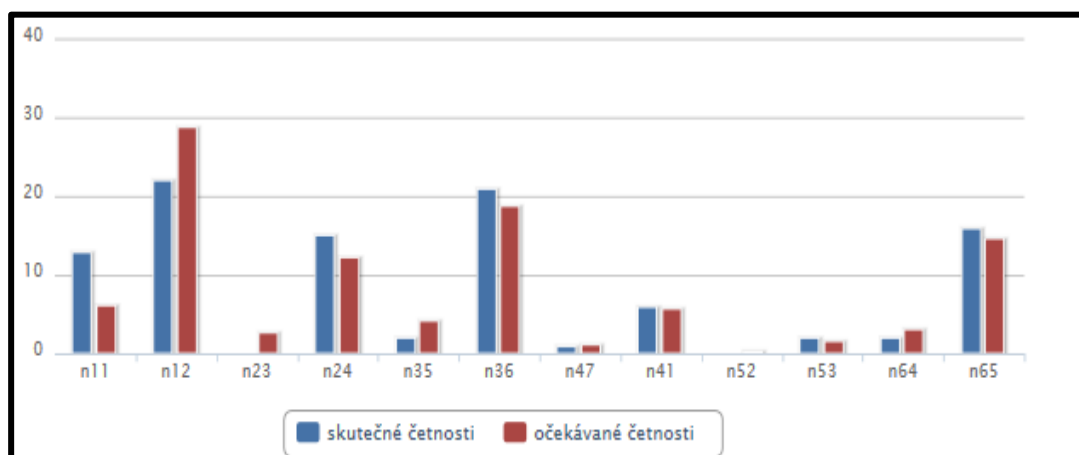
Tabulka 18 Očekávaná absolutní četnost handicapovaných rodičů s ohledem na věk

	Méně než 40 let	Více než 40 let	$n_j$
Nemám děti	15	20	35
Žádné, děti už jsou dospělé	0	15	15
Omezení sportu a některých her s dětmi	0	23	23
Větší úcta	2	5	7
Zlepšení vztahů	1	1	2
Větší pomoc od dětí	0	18	18
$n_i$	18	82	100

Zdroj: Autor, 2016

## 6.1.2 GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ DATOVÝCH SOUBORŮ

Graf č. 13 – Grafické znázornění datových souborů hypotézy



Zdroj: Autor, 2016

### 6.1.3 VÝPOČET

Definice nulové a alternativní hypotézy:

Jako nulovou hypotézu  $H_0$  stanovíme, že znak „Věk“ ( $n_j$ ) a znak „Odpovědi respondentů“ ( $n_i$ ) jsou nezávislé. Jako alternativní hypotézu  $H_1$  stanovíme, že znak „Věk“ ( $n_j$ ) a znak „Odpovědi respondentů“ ( $n_i$ ) jsou závislé.

Definice kritické hodnoty a kritického oboru:

$\chi(1-\alpha)$ ;  $df = 11,07$  (hodnota  $df$  byla vyjádřena ze statistických tabulek kvantilů), kde  $\chi(1-\alpha)$  je spodní index daného kritického oboru a  $df$  je hodnota kritického oboru.

Kritická hodnota chí kvadrát pro hladinu významnosti je 11,07.

Testové kritérium a vlastní výpočet:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}} = 14.414$$

kde  $G$  je testové kritérium chí kvadrátu,  $n_{ij}$  je hodnota skutečné absolutní četnosti odpovědi respondentů s ohledem na věk,  $n'_{ij}$  je hodnota očekávané absolutní četnosti odpovědi respondentů s ohledem na věk a „ $r$ “ a „ $s$ “ je celkový počet kategorií.

Vypočtená hodnota testového kritéria je 14.414

$$\chi(1-\alpha) < 14.414$$

Jestliže testové kritérium < kritická hodnota, pak hypotézu  $H_0$  o nezávislosti znaků nezamítáme a můžeme tedy onu nezávislost předpokládat.

#### **6.1.4 VÝSLEDEK**

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu ( $H_0$ ) o nezávislosti jednotlivých znaků zamítáme a přijímáme hypotézu  $H_1$ , která nám říká, že zde určitá závislost věku a odpovědi respondenta existuje.

Při kontrole podmínek pro použití testu nezávislosti v naší kontingenční tabulce zjistíme, že nejvíce 20 % očekávaných četností může být menších než 5 a žádná očekávaná četnost nesmí být menší než 1, proto naše verifikace pomocí chí-kvadrátu může být nepřesná.

## 7 INTERPRETACE PRŮZKUMU

Naším prvním cílem bylo zjistit celkový psychický stav pacientů/klientů po amputaci dolní končetiny.

**Průzkumná otázka 1:** Má amputace dolní končetiny vliv na psychické prožívání pacienta?

Pomocí otázky č. 5, která byla otevřená, jsme zjišťovali psychický stav pacientů po amputaci DK. 32 respondentů uvedlo odpověď úleva od bolesti. 23 respondentů uvedlo, že smíření s amputací bylo zpočátku velmi těžké, ale postupem času se se situací smířili. Dva pacienti/klienti zvládali vlastní amputaci dolní končetiny velmi těžce a doposud s tím nesmířili. Variantu odpovědi „špatně“ uvedlo 24 respondentů. Šok prožilo po vlastní amputaci DK 11 dotázaných.

Úkolem druhého cíle bylo zjistit problematiku rodičovství u pacientů po amputaci dolní končetiny.

**Průzkumná otázka 2:** Bude mít amputace dolní končetiny negativní dopad na plnění rodičovské role?

Dotazníková otázka č. 11., ve které jsme nejprve zjišťovali, zda je respondent rodič a až poté, zda amputace DK ovlivnila jeho roli rodiče. Ze 100 respondentů nemá vlastní děti 35 pacientů/klientů. Ze zbývajících 65 respondentů jich 15 udává, že jejich rodičovství postižení nijak neovlivnilo. Pozitivní vliv udává celkem 27 pacientů/klientů a pouze 23 uvedlo negativní vliv.

Za cíl č.3 jsme stanovili zjistit problematiku začlenění zpět do pracovního procesu u pacientů po amputaci dolní končetiny.



**Průzkumná otázka 3:** Jsou pacienti po amputaci dolní končetiny nuceni změnit své dosavadní zaměstnání?

U volné dotazníkové otázky číslo 7 a 8 z celkového počtu 100 (100%) uvedlo v otázce č.7 43 respondentů, že žádnou změnu pracovního života řešit nemuselo. Změnu v zaměstnání zažilo 57 pacientů/klientů. V otázce č. 8, která byla v dotazníku použita záměrně jako test na tzv. lži faktor, jsme se respondentů ptali na stejnou otázku, ale s užitím jiné formulace. V otázce č. 8 jsme však získali odlišná data, kdy 58 respondentů uvedlo, že se do zaměstnání vrátilo a 42 vyplnilo, že se do práce nevrátili. Tyto data nejsou v souladu s daty získanými v otázce č. 7. V tabulkách č. 17 a 18 je patrná rozdílnost v odpovědích.

**Rozdílnost (lži faktor) u otázek č.7 a 8:**

*Tabulka 19 - Změna pracovního života po amputaci DK*

<b>DK</b>	<b>Změna pracovního života po amputaci</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
	Ztráta dosavadního zaměstnání	<b>27</b>	27
	Předčasný odchod do důchodu	<b>12</b>	12
	Změna v zaměstnání	<b>18</b>	18
	Žádná	<b>43</b>	43
	<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

*Tabulka 20 - Návrat do svého zaměstnání*

	<b>Návrat do původního zaměstnání</b>	<b>Absolutní četnost</b>	<b>Relativní četnost (%)</b>
	Ano	<b>58</b>	58
	Ne	<b>42</b>	42
	<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Zdroj: Autor, 2016

## 8 DISKUZE

Porovnání naší bakalářské práce s ostatními pracemi není příliš snadné, protože témata, která by propojovala psychický stav pacientů s chirurgickými operativními výkony, nejsou zcela běžné. Proto jsme některé otázky našeho průzkumného šetření porovnali s odbornou literaturou.

Našeho průzkumného šetření formou dotazníků se zúčastnilo celkem 100 (100%) respondentů nejčastěji v průběhu hospitalizaci v nemocničním zařízení. Naše otázky zodpovídali pacienti/klienti, jak s akutní amputací dolní končetiny, tak s chronickou formou handicapu.

Na úvod dotazníku byly zařazeny všeobecné informace o respondentech a to: pohlaví, věk, zaměstnání a příčina postižení.

Více než polovinu respondentů tvořili muži 55 (55%) a ženy v zastoupení 45 (45%). Věková hranice nad 40 let převažovala v 82 (82%) případech a jen 18 (18%) bylo respondentů s věkem pod 40 let.

Zaměstnání respondentů bylo u více jak poloviny dotázaných 55 (55%) zaškrtnuto důchodce, v pracovním poměru jich bylo 23 (23%) a jen o jednoho míň 22 (22%) bylo nezaměstnaných. Student nebyl ani jeden z našich oslovených respondentů. Zahraniční autor A.G. Watts ve své literatuře *International Handbook of Career Guidance* uvedl, že nejvíce pacientů/klientů upřednostňují odchod do předčasného důchodu před návratem do svého původního zaměstnání nebo pokusem najít si nové uplatnění jako handicapovaní. V našem výzkumném šetření se do původního zaměstnání vrátilo 58 (58%) respondentů, zbylých 42 (42%) odešlo buď do předčasného důchodu, nebo své zaměstnání změnili.

Dle našeho průzkumu je nejčastější příčinou amputací dolní končetiny následek nemoci (diabetes mellitus) 78 (78%). Zbýlých 22 (22%) respondentů uvedlo jako příčinu svého postižení úraz, jak už způsobený autonehodou či vlastní neopatrností např. v zaměstnání.

U otázky číslo 5. jsme se domnívali, že nejvíce odpovědí bude u velmi těžkého psychického zvládnání vlastní amputace, ale nakonec celých 32 (32%) respondentů uvedla naopak úlevu od bolestí. Toto tvrzení potvrdila i literatura, konkrétně Jaro Krivohlavý, který ve své knize *Psychologie zdraví* popsal rozdíly vnímavosti pacientů ke svému handicapu.

Zda se respondentům změnil osobní život po amputaci dolní končetiny, jsme zjišťovali u otázky č. 6. Zajímavým zjištěním bylo, že velmi opomíjenou změnou v životě člověka po amputaci DK, hlavně u žen, je styl v oblékání. Moderní ženy velmi často nosí podpatky, sukně či šaty a právě proto jsme se i my setkali s respondenty, kteří uvedli snížení sebevědomí 14 (14%) vlivem změnou stylu v oblékání 5 (5%). Nejvíce odpovědí bylo také u snížení pohyblivosti a samostatnosti 24 (24%) spolu s používáním invalidního vozíku 20 (20%). Omezit sport muselo 18 (18%) z dotázaných. Zajímavé byly i odpovědi 11 (11%) respondentů, kteří jako svou odpověď vepsali ztrátu svého tehdejšího partnera či rodinu. Přestěhování do bezbariérového prostředí muselo absolvovat 8 (8%) respondentů.

Byli jsme potěšeni z odpovědí u otázky číslo 9. na reakce rodin respondentů, protože všichni se setkali pouze s kladnými zkušenostmi. Reakce byly shodné u všech respondentů a to v 55 (55%) psychické i fyzické podpory. Pomoci se dostalo 45 (45%) dotázaných.

Vnímavost okolí k handicapu jsme zmapovali otázkou č. 10, kde byly odpovědi různorodé avšak všechny kladného rázu. Nejpočetnější byla odpověď pomoc, kterou uvedlo 33 (33%) respondentů a ohleduplnost 20 (20%). S obdivem se setkala 17 (17%) dotázaných a údiv sklidilo 15 (15%) pacientů/klientů. Podporu získalo 12 (12%) a úctu 3 (3%) dotazovaných.

Překvapivé zjištění přišlo u závěrečné otázky č. 12, která se týkala zájmu o postižení a o požadované formě informací. Celých 70 (70%) respondentů napsalo, že nemají zájem se o svém handicapu dozvědět více, než co vědí doposud. Ani uvedenou možnost odpovědi, navštěvovat některý ze spolků stejně handicapovaných lidí, si nevybral ani jeden odpovídající 0 (0%). Nejvíce možných pacientů/klientů by další informace hledalo na internetových stránkách 18 (18%) a pouze 2 (2%) respondenti by zvolili více informací prostřednictvím informačního letáčku.

## **8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI**

Zpracování této práce a výsledky našeho průzkumu nám přinesly nejen informace o problematice amputací dolní končetiny, ale i o psychice jak akutních, tak chronických pacientů/klientů. Tyto informace nás dovedly k návrhu doporučení pro praxi. Vzhledem k tomu, že 18 respondentů by uvítalo zjistit další informace o amputaci prostřednictvím internetových stránek, rozhodli jsme se pro vytvoření webových stránek, kde mohou pacienti/klienti po amputaci sdílet své zkušenosti, zajímavé odkazy a články.

**Na základě výsledků dotazníkového šetření jsem si připravila návrhy na řešení:**

Naším výstupem pro praxi se stalo vytvoření internetových stránek, kde se pacienti/klienti setkají se základními informacemi o svém handicapu. Handicapovaní lidé po amputaci dolní končetiny mohou na stránkách diskutovat, vyměňovat si různé doporučení, rady a tipy týkající se amputace dolní končetiny.

**<http://www.amputacedolnikoncetiny.estranky.cz/>** (viz. Příloha B)

## ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme se věnovali psychice pacientů po amputaci dolní končetiny. Zaměřili jsme se na porovnání psychiky, problematiky rodičovství a začlení zpět do pracovního procesu. Našimi respondenty se stali pacienti z Krajské nemocnice Liberec a. s., Nemocnice Jablonec nad Nisou p. o. a z Léčebny dlouhodobě nemocných v Jablonném v Podještědí.

Zajímali jsme se i o reakce rodiny a okolí na handicap respondentů, na ovlivnění jejich dosavadního života a na omezení, které se po amputaci dolní končetiny dostavila.

Práce se skládala z teoretické a praktické části. U teoretické části jsme se věnovali pomocí odborné literatury informacím o amputacích dolní končetiny, jejich definici, etiologii a incidenci, včetně typů a operačních technik u amputací dolní končetiny. V další části naší práce jsme se zaměřili na psychický stav pacienta po amputaci dolní končetiny, konkrétně na vývojové etapy člověka z psychologického hlediska, zvládnání nemoci a těžkých životních situací. Dále pak postoji k nemoci, omezení životních potřeb, tématikou méněcennosti a uplatnění psychologie v chirurgii a ortopedii. Praktická část nám pomocí dotazníkového šetření odpovídala na naše průzkumné otázky k jednotlivým průzkumným cílům naší práce.

U prvního cíle, kde jsme se zaměřovali na zjištění celkového psychického stavu pacienta po amputaci dolní končetiny. Přestože byl vzorek velmi malý, jeho výsledky byly v souladu s literaturou, která nám naše výzkumné předpoklady potvrdila.

Dalším naším cílem bylo zjistit problematiku rodičovství u pacientů po amputaci dolní končetiny. Průzkumná otázka č.2, ve které jsme zjistili, že amputace dolní končetiny bude mít výrazný vliv na psychické prožívání pacienta.

Poslední, třetí, cíl se týkal problematiky začlenění zpět do pracovního procesu pacientů po amputaci dolní končetiny. Průzkumná otázka č.3 nám potvrdila, že amputace dolní končetiny bude mít negativní dopad na plnění rodičovské role.

Zřejmě díky dobře položené dotazníkové otázce číslo 7 a 8 jsme došli ke zjištění, že při odpovídání na určující otázky došlo k nesouladu, k tzv. lži faktoru.

V naší práci jsme pro přehlednější orientaci výsledků našeho průzkumného šetření použili tabulky a grafy. Průzkum jsme zvolili kvantitativní metodou a to formou dotazníků.

Pro porovnání vybraných výsledků, jsme použili grafické znázornění v podobě histogramu. K zjištění průzkumného cíle číslo 2 nám pomohl statický výpočet metodou chí-kvadrátu.

Výsledky našeho průzkumného šetření byly v mnoha směrech zajímavé a pro nás mnohdy překvapivé. Doufáme, že samotná práce bude přínosná jak v nemocniční praxi, tak i v pohledu na psychiku pacienta/klienta s takovýmto druhem postižení.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

ANON, 2009. Pravidla českého pravopisu. 5. vyd. Prostějov: Fin Publishing. ISBN: 978-80-86002-93-4.

ANON, 2016. *Slovník cizích slov* [online]. [cit. 15-01-2016]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/kalendar>

HADRABA, I., 2006. *Ortopedická protetika – II. část*. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-246-1296-8.

HONZÁK, R., 2006 *Psychosociální důsledky porušení tělesné integrity*. Praktický lékař, Roč. 85, č. 5. ISSN: 0032-6739.

JANEČKOVÁ, M., 2013. *Hendikep* [online]. [cit. 12-06-2013]. Dostupné z: <http://www.hendikep.cz/index.php/template/zdravotnihendikepy/telesnyhendikep/jednotliva-postizeni/91-amputace>

KÁBRT, M., 2011. *Aplikovaná statistika. Test chí-kvadrát nezávislosti v kontingenční tabulce* [online]. [cit. 21-02-2016]. Dostupné z: <http://www.milankabrt.cz/testNezavislosti/index.php>

KÁLAL, J., 2007. *Historie, současné postavení a možnosti využití sportu u lokomočně hendikepovaných*. Praha: Kontakt. ISSN: 1212-4117.

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

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

KUBEŠ, R., 2005. Amputace. In DUNGL, P. aj. *Ortopedie*. s. 165-176. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0550-8.

LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Vyd. 2. aktualizované. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-2471-284-9.

MURRAY, C., 2010. *Amputation, Prosthesis Use, and Phantom Limb Pain*. London: Springer. ISBN 978-0-387-87462-3.

OPATŘILOVÁ, D.; ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2008. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. 1. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-4575-0.

OPATŘILOVÁ, D.; ZÁMEČNÍKOVÁ, D., 2007. *Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury. ISBN 978-80-7315-137-9.

TICHÝ, J., 2006. Fantomová bolest. In ROKYTA, R., KRŠIAK, M., KOZÁK, J. *Bolest: monografie, algeziologie*. 1. vydání. Praha: Tigris. ISBN 80-903750-0-6.

VESELÝ, R.; WENDSCHE P. et al., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-211-4.

VOKURKA, M., J. HUGO, 2009. *Velký lékařský slovník*. 9. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-807-3452-025.

WATTS, A.G., 2008. *International Handbook of Career Guidance*. Netherlands: Springer. ISBN 978-1-4020-6230-8.

WORLD HEALTH ORGANISATION, 2008. *The MPOWER package*. Geneva: Bloomer Philanthropies. ISBN 978-92-4-159628-2.



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

ZACHAROVÁ, E.; HERMANOVÁ, M.; ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2068-5.

# SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B – Náhled webové stránky

Příloha C – Rešerše

Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů

## **Příloha A – Dotazník**

(4 strany)

Dobrý den,

jmenuji se Zuzana Hošková a jsem studentkou třetího ročníku Vysoké školy zdravotnické o.p.s. v Praze 5, oboru všeobecná sestra a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který mi bude zdrojem informací k sestavení mé absolventské práce o psychice pacientů po amputaci dolní končetiny.

Dotazník je anonymní.

Děkuji Vám za pomoc a přeji Vám mnoho úspěchů ve Vašem dalším životě.

**Prosím zaškrtněte Vaši odpověď.**

1) Jsem:

- muž

- žena

2) Kolik je Vám let?

- Méně než 40 let.

- Více než 40 let.

3) Jsem:

- důchodce

- zaměstnaný

- nezaměstnaný

- student

4) Jaká byla příčina Vašeho postižení?

- úraz

- následek nemoci (diabetes mellitus,..)

- jiné, jaké:

**Prosím odpovězte stručně na otázky.**

5) Jak jste amputaci zvládal/a psychicky, jaké jste měla/měl pocity?

6) Jak Vám postižení změnilo Váš osobní život?

7) Jak Vám postižení změnilo Váš pracovní život?

8) Vrátila/vrátil jste se po amputaci zpět do svého zaměstnání?

9) Jak vnímala rodina Váš handicap?

10) Jak vnímalo okolí Váš handicap?

11) Jste rodič?

ano – ne

Pokud ano, ovlivnilo postižení nějak Vaší roli rodiče?

12) Měla- měl -byste zájem se o svém postižení něco dozvědět?

ano – ne

Pokud ano, jaká forma by Vám nejvíce vyhovovala:

informační letáček

spolek stejně handicapovaných lidí

internetové stránky

jinak - jak?

## **Příloha B – Náhled webové stránky**

(1 strana)



Úvod

Amputace dolní končetiny

Zvládání nemoci a těžkých  
životních situací

Novinky

Diskuze

VYHLEDÁVÁNÍ



STATISTIKY

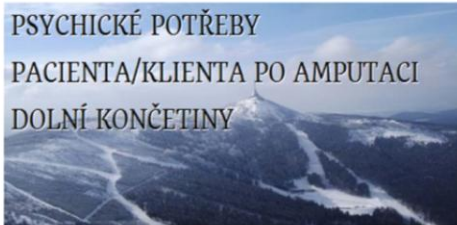
Celkem: 125

Měsíc: 115

Den: 10

Online: 1

## PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA/KLIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY



Úvod

Dobrý den,  
vítáme Vás na stránkách věnovaným všem, kteří se chtějí dozvědět nějaké informace o  
psychice pacientů po amputaci dolní končetiny.  
Tato stránka slouží pro usnadnění komunikace mezi handicapovanými lidmi se stejným  
postížením. Můžete si zde vyměňovat svá doporučení, rady a tipy týkající se amputace  
dolní končetiny.

Reklama



## **Příloha C – Rešerše**

(1 strana)

# PSYCHICKÉ POTŘEBY PACIENTA/KLIENTA PO AMPUTACI DOLNÍ KONČETINY

Zuzana Hošková

Jazykové vymezení: čeština, angličtina

Klíčová slova: psychický stav - mental status, pacient/klient - patient/client, amputace dolní končetiny - amputation of the lower limbs

Časové vymezení: 2005-2015

Druhy dokumentů: vysokoškolské práce, knihy, články a příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje.

Počet záznamů:

- České zdroje: 156 záznamů/plné texty: 23
- Zahraniční zdroje: 7 záznamů/plné texty: 3 (1 CINAHL, 2 Google)

Použitý citační styl: Harvardský, ČSN ISO 690-2:2011 (česká verze mezinárodních norem pro tvorbu citací tradičních a elektronických dokumentů).

Základní prameny:

- Katalog Národní lékařské knihovny ([www.medvik.cz](http://www.medvik.cz))
- Vysoká škola zdravotnická ([www.vsdrav.cz](http://www.vsdrav.cz))
- Databáze vysokoškolských prací ([www.theses.cz](http://www.theses.cz))

# **Příloha D – Čestné prohlášení studenta k získání podkladů**

(1 strana)

## **ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem zpracovala údaje/podklady pro praktickou část bakalářské práce s názvem Psychické potřeby u pacienta/klienta po amputaci dolní končetiny v rámci studia/odborné praxe realizované v rámci studia na Vysoké škole zdravotnické, o. p. s., Duškova 7, Praha 5.

V Praze dne 30.3. 2016

.....

Jméno a příjmení studenta