



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Návrat pacienta do běžného života po amputaci
končetiny**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **OŠETŘOVATELSTVÍ**

Autor: Jana Hrdonková

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Návrat pacienta do běžného života po amputaci končetiny“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3.5.2022

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Věře Staskové Ph.D. za odborné vedení této práce, za cenné rady, připomínky, čas a ochotu.

Také bych chtěla poděkovat všem, kteří se aktivně účastnili výzkumné části této práce

Návrat pacienta do běžného života po amputaci končetiny

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je problematika komplexního přístupu k pacientovi po amputaci končetiny, která je zásahem do životního standardu člověka. V této souvislosti je potřeba dokonalé funkčnosti celého ošetřujícího týmu, včetně načasování návaznosti následné péče, aby byl návrat pacienta po amputaci do běžného života co možná nejsnazší a nemusel tak pacient po amputaci řešit po návratu do domácího prostředí bariéry, které mu mohou tento návrat komplikovat.

Teoretická část práce v úvodních kapitolách pojednává o historii amputace končetiny, historický vhled na protetickou péči ve srovnání se současnou situací v oboru protetiky. Dále je specifikována ošetrovatelská péče se zaměřením na péči o pahýl, rehabilitační péče a v neposlední řadě na sociální podporu lidí po amputaci končetiny.

Byly stanovy tři cíle - 1. Zjistit, jakými informacemi disponují pacienti po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování; 2. Zjistit, jak se sestry podílejí na návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí; 3. Zjistit, jak se na procesu přípravy pacienta do běžného života před propuštěním z nemocničního zařízení podílejí rodinní příslušníci. K naplnění cílů byly získány odpovědi na výzkumné otázky metodou polostrukturovanému rozhovoru. Výzkumným vzorkem byli pacienti po amputaci končetiny, kteří se navrátili zpět do běžného života a druhým výzkumným vzorkem byly sestry z chirurgického oddělení.

Výzkumné šetření odhalilo, že existuje deficit v oblasti poskytování informací pacientům po amputaci končetiny v usnadnění návratu zpět do běžného života. Pacienti opouštěli nemocnici s nekompletními informacemi o následujících postupech, které by jim usnadnily návrat do běžného života, například vybavování nemocných kompenzačními pomůckami, jejich informování o možnosti kontaktu sociálních pracovníků, ale též samotné kontakty na služby, které by jim mohly být nápomocny při náročné životní situaci.

Výstupem výzkumného šetření bakalářské práce bylo vytvoření informační brožury pro pacienty po amputaci končetiny.

Klíčová slova amputace; péče o pahýl; protetika; sociální podpora

The return to normal life for limb amputation patients

Abstract

The topic of this bachelor's thesis is the matter of the complex approach to patients who have had a limb amputated, which has a major impact on an individual's living standards. The excellent functionality of the entire team treating the individual is essential in this case, including the timing of follow-up care, so that the limb amputation patient's return to normal life is as easy as possible and the patient is not required to deal with obstacles that could complicate the process when he returns to his home environment.

In the introductory chapters, the theoretical part of this paper discusses the history of limb amputation and gives a historic insight into prosthetic treatment compared to the current situation in the field of prosthetics. This is followed by a description of nursing care, with special focus on care of the stump, physiotherapy and, lastly, social support of individuals following limb amputation.

Three objectives were determined – 1. To establish how informed limb amputee patients are before being discharged for subsequent care at home, 2. To establish how nurses are involved in the limb amputation patient's return to his home environment, 3. To establish how family members are involved in the process of preparing a patient for normal life before the individual is discharged from the medical facility. The semi-structured interview method was used to obtain answers to research questions for the purpose of achieving these objectives. Limb amputation patients who had returned to their normal lives made up one research sample and nurses from the surgical department made up the second research sample.

The research survey revealed that there is a deficiency in the field of providing information to limb amputation patients in order to make their return to their normal lives easier. Patients left hospital with incomplete information about subsequent procedures that would make their return to their normal lives easier, for instance arrangement of compensation aids for patients, information about the possibility of being contacted by social workers and also contact information for services that could help them in this difficult situation.

The bachelor's thesis research survey resulted in creation of an information brochure for limb amputation patients.

Key words amputation; stump care; prosthesis; social support

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav	9
1.1 Amputace končetiny z historického pohledu.....	9
1.2 Techniky a typy amputací končetin	10
1.2.1 Nejčastější typy amputací na horní končetině	11
1.2.2 Nejčastější typy amputací na dolní končetině.....	11
1.3 Ošetřovatelská péče o pacienta po amputaci končetiny.....	13
1.3.1 Péče o nemocného v pooperačním období	13
1.3.2 Úloha sestry v péči o pahýl.....	14
1.3.3 Sestra komunikátorka v péči o nemocného po amputaci končetiny ...	15
1.4 Protetické péče o pacienty po amputaci končetiny	17
1.4.1 Protetika v pojetí moderní medicíny.....	18
1.4.2 Protetika u pacientů po amputaci dolní končetiny	19
1.4.3 Protetika u pacientů po amputaci horní končetiny.....	20
1.5 Rehabilitace po amputaci končetiny v nemocničním zařízení.....	21
1.5.1 Kompenzační pomůcky pro pacienta po amputaci končetiny.....	23
1.6 Sociální podpora nemocných po amputaci končetiny	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	26
2.1 Cíle práce	26
2.2 Výzkumné otázky	26
3 Metodika	27
3.1 Použité metody	27
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	28
4 Výsledky výzkumného šetření.....	32
4.1 Výsledky výzkumného vzorku – pacienti.....	32
4.2 Výsledky výzkumného vzorku – sestry	39

5	Diskuze	44
6	Závěr.....	52
7	Seznam použité literatury.....	54
8	Seznam příloh	59

Úvod

Amputace se řadí k nejstarším zaznamenaným chirurgickým výkonům. Jedná se o odstranění periferní části těla včetně kožního krytu, měkkých tkání, s přerušením skeletu, které vede k funkční a kosmetické změně. Provádí se z důvodu odstranění, zmírnění bolesti, zamezení sepse organismu, či rozsevu metastáz.

Hlavní motivací pro zpracování vlastního tématu bakalářské práce s názvem „Návrat pacienta do běžného života po amputaci končetiny“ bylo vnitřní přesvědčení o nepříliš efektivně prováděné komplexní péči o pacienty po tomto chirurgickém výkonu z holistického úhlu pohledu.

Nedostatečná informovanost pacientů tak následně vede k protahování jejich návratu zpět do běžného života, kdy si musí sami pacienti zjišťovat potřebné informace, které by mohli řešit ještě z nemocničního lůžka.

Teoretická část práce představuje základní informace o amputačních výkonech, o protetické a rehabilitační péči včetně péče o pahýl po amputaci končetiny a v neposlední řadě vymezení zákonem dané legislativy sociální oblasti pomoci lidem po amputaci končetiny. Celkem byly stanoveny tři cíle. Zjistit, jakými informacemi disponují pacienti po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování; Zjistit, jak se sestry podílejí na návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí; Zjistit, jak se na procesu přípravy pacienta do běžného života před propuštěním z nemocničního zařízení podílejí rodinní příslušníci. Kvalitativní výzkumné šetření probíhalo metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru se sestrami z chirurgického oddělení a pacienty po amputaci končetiny, kteří jsou začleněni zpět do běžného života.

V návaznosti na získané informace došlo k vytvoření informační brožury, která již byla vedením konkrétní nemocnice, kde výzkumné šetření probíhalo, schválena jako oficiální informační prostředek pro pacienty po amputaci končetiny.

1 Současný stav

1.1 Amputace končetiny z historického pohledu

Vzhledem k tomu, že se tato práce zabývá amputací končetin, bude v této kapitole vymezen pojem amputace a představen historický pohled na amputaci jako chirurgickou techniku.

Amputace se řadí k nejstarším zaznamenaným chirurgickým výkonům. Jedná se o odstranění periferní části těla včetně kožního krytu, měkkých tkání, s přerušením skeletu, které vede k funkční a kosmetické změně. Provádí se z důvodu odstranění, zmírnění bolesti, zamezení sepse organismu, či rozsev metastáz (Dungl et al., 2014).

Ve středověku mezi následky úrazů patřily zlomeniny a amputace, které byly způsobeny při práci se zemědělskými stroji či zvířaty. Jednalo se většinou o amputace v bérce, nebo amputace prstů na ruku (Vlasatý, 2019). Zmínky o amputacích končetin sahají až k Hippokratovi, který definoval zásady amputace. Věděl, že amputací končetiny s postiženou tkání se zachrání lidský život (Duda, 2011). První amputace z důvodu vleklé, na životě ohrožující nemoci, jsou zaznamenány již ve starověkých spisech. Šance na přežití byla minimální, za pokus zbavení bolesti to však stálo (Slánská, 2021). Jedním z dalších důvodů amputací ve středověku byly také výkony trestů, rituály, ale i omrzliny (Vlasatý, 2019).

Celkový rozmach chirurgie zaznamenala ve válečných obdobích. Nejinak tomu bylo právě v případě amputací končetin. Mezi respektované chirurgy válečné éry patřil Amboise Paré, který sepsal několik spisů, kde se věnuje úrazům a amputacím končetin. V jedné své knize popisuje stavění krvácení vypalováním železem, nalíváním žhavého oleje na ránu, avšak ve své další knize od této metody ustupuje v souvislosti s amputační technikou a zabývá se podvazem velkých cév. Tím byl učiněn velký pokrok v moderní chirurgii, který se rychle šířil po celé Evropě (Nuland, 2000). Jak uvádí Slánská (2021), amputace probíhaly bez anestezie, využíval se například alkohol či konopí. Amputace končetiny byl rychlý zákrok, týmová práce operátora a jeho asistentů.

Nelze nezmínit londýnského chirurga Roberta Listona, který svou praxi vykonával těsně před objevem účinných anestetik (Slánská, 2021). Liston si vysloužil přezdívku „Nejrychlejší nůž ve West Endu“, protože amputaci dolní končetiny provedl do 3 minut. Vzhledem k neexistenci narkózy na čase při tomto zákroku velmi záleželo (Scully, 2019). Ani rychlost však v tehdejší době nedokázala zabránit časným pooperačním infekcím a téměř polovina Listonových pacientů umírala na sepsi organismu. I přesto je Liston

zapsán do historie jako průkopník moderní chirurgie (Slánská, 2021). Liston k tomuto operačnímu zákroku navrhl sadu amputačních nožů, které byly vyrobeny z oceli a niklu (Scully, 2019). Liston je také znám jako vynálezce dlahy, kterou se stabilizují zlomeniny dodnes (Slánská, 2021).

Ve výčtu významných osobností spojených s amputací končetiny ještě zmíníme Fridricha von Esmarcha, který před koncem 19. století vynalezl širokou gumovou bandáž, která sloužila k zaškrcení končetiny před amputací, čímž se snížilo prokrvení končetiny a chirurgovi tak usnadnilo práci (Gordon, 1995). Závěrem lze konstatovat, že obecné zásady pro amputaci, které stanovil otec medicíny Hippokrates, jsou platné až dosud – odstranit nemocnou tkáň; snížit invaliditu a zachránit život (Dungl et al., 2014).

1.2 Techniky a typy amputací končetin

Amputace prošla stran techniky značným vývojem, kterému dopomohly zejména intermediální obory, ať už z pohledu anestezie či mikrobiologie. V této kapitole zmíníme okrajově techniky, které se dodnes užívají při amputaci končetiny.

Cirkulární, někdy též gilotinové amputace se vždy provádějí jako otevřené. V dřívějších dobách se takovéto amputace vedly jedním rychlým řezem. Při otevřené technice není rána uzavřena, což znamená, že bude nutný ještě minimálně jeden chirurgický zákrok k definitivnímu ošetření. Například sutura, reamputace, revize rány nebo plastický výkon. Cirkulární amputace se provádí v případě infektu a u těžkého zhmoždění spojené s kontaminací měkkých tkání (Dungl et al., 2014).

Platným a standardním operačním výkonem je laloková amputace. U lalokových amputacích je potřeba předem zvážit umístění laloků měkkých tkání, aby mohla být odstraněna veškerá patologická tkáň a skelet mohl být přerušen v plánované výši. Laloky pak musí umožnit dostatečné krytí skeletu měkkými tkáněmi, které se modelují do kónického tvaru a zároveň je nezbytné usilovat o zachování motoriky pahýlu (Dungl et al., 2014).

Amputace lze dělit dle naléhavosti výkonu na primární, sekundární, terciární. O primární amputaci jde tehdy, když je výkon nutno provést co nejdříve, zejména u úrazů. Sekundární amputaci představují výkony, které jsou plánované. U pacientů byly vyčerpány všechny dostupné léčebné metody a přistupuje se k plánování amputačního zákroku na končetině. Indikací jsou cévní či metabolická onemocnění. Terciální amputační výkony pak představují spíše již kosmetické úpravy pahýlu (Janíková, Zeleníková, 2013).

1.2.1 Nejčastější typy amputací na horní končetině

Transhumerální amputace je amputace v paži, kdy výška amputace závisí na postižení tkání. Zajímavostí u tohoto operačního výkonu je cineplastika musculus biceps brachii, což umožňuje zachování určité hybnosti v loketním kloubu protézy, kdy se pomocí kožního tubulu vedeného přes biceps upne ovládací táhlo mechaniky loketního kloubu protézy (Dungl et al., 2014).

Exartikulace v loketním kloubu přináší výhodu v pevnějším držení objímky samotné protézy. Protéza je stabilnější a umožňuje přenášení rotačního pohybu paže na protézu.

Amputace v oblasti předloktí nabízí do jisté míry zachování funkčnosti končetiny formou Krugerova klepeta. Při této technice se nůžkovitě oddělí radius od ulny s krytem svalů a kůže. Úchop je pak realizovatelný mezi těmito vytvořenými rameny (Dungl et al., 2014).

Amputace v oblasti ruky je snaha o zachování co největšího množství vitálních tkání, které se, popřípadě dají využít při rekonstrukčních výkonech. Protetické vybavení je v této oblasti vždy spíše ve smyslu kosmetického vybavení.

Specifická amputace na horní končetině je amputace prstů, kde nikdy nesmí dojít k sešití šlachy extenzorů s flexory, neboť by se tím vyřadila funkce i vedlejších šlach. Při amputaci této části končetiny je vždy s výhodou amputace celého paprsku. Před rozhodnutím o amputaci prstu se musí zvážit pět základních kritérií – stav kůže, šlach, nervů, skeletu a kloubu. Jestliže tři tyto základní tkáně prstu vyžadují složitější terapii, je uvažováno o amputaci. Toto pravidlo neplatí u pacientů v dětském věku (Dungl et al., 2014).

1.2.2 Nejčastější typy amputací na dolní končetině

Femorální amputace představuje nejběžnější typ amputace na dolní končetině. Při tomto standardním výkonu je potřeba brát v úvahu obtížnější oprotézování pahýlu a dbát na správnou polohu pahýlu po amputaci. Pahýl po tomto zákroku má tendenci k flexní kontraktuře (Dungl, 2014). Transfemorální amputaci lze provést ve třech úrovních. Všeobecně platí, že čím kratší pahýl, tím obtížnější bude oprotézování pahýlu a pooperační rehabilitace pro pacienta (Janíková, Zeleníková, 2013).

U exartikulace v kolenním kloubu jsou viditelné výhody v podobě zachování švihové fáze chůze, protože je zachována dlouhá páka stehenních svalů. Pahýl též umožňuje pevné a kvalitní držení protézy a snadněji udržuje rovnováhu těla nemocného

při sedu i vstávání z podložky (Dungl et al., 2014). Technicky se jedná o snazší operaci než amputace ve stehně s menším počtem pooperačních komplikací (Müller, 2019).

U amputaci v bérce, je nutno správně resekovat kosti bérce, aby se mohl pahýl kvalitně zformovat a nedocházelo k lokálním otlakům (Dungl et al., 2014). Je-li transtibiální amputace indikována, je vždy pro pacienta přijatelnější i po stránce rehabilitace a protetiky, kdy je plně zachována funkce kolenního kloubu a pacienti se ve většině případů naučí chodit bez opory (Janíková, Zeleníková, 2013).

Amputace v oblasti nohy přináší několik modifikací. Symeho amputace, kdy se provádí exartikulace v hlezenním kloubu, resekují se tibia s fibula – oba kotníky a resekuje se i patní lalok, který je fixován až do úplného zhojení (Müller, 2019). Tato amputace se může provádět i ve dvou dobách (Dungl et al., 2014). Vzhledem k náročnosti rehabilitace a protézování se tato amputace v dnešní době příliš neprovádí (Janíková, Zeleníková, 2013). Amputace podle Pigorowa či Boyda jsou technicky značně náročné a nejsou příliš doporučovány. Chopartova či Lisfrancova amputace není též doporučována pro častý rozvoj vad na noze (Dungl et al., 2014). Transmetatarzální amputace se provádí nad hlavičkami metatarzů příčným řezem v nártu. Podmínkou pro provedení této amputace je ohraničený zánět a zdravá planta, jejíž kůže se použije k překrytí operační rány (Janíková, Zeleníková, 2013). Dochází k zásadnímu ovlivnění chůze, kdy chybí opora při odrazu nohy. Pahýl se nijak neprotézuje, řeší se to úpravou obuvi, většinou výplní (Dungl et al., 2014). Amputuje-li se prst na dolní končetině, musí se odstranit též chrupavka z hlavičky metatarzu, aby nedocházelo k secernaci tekutiny z chrupavky (Müller, 2019). Při amputaci palce na dolní končetině se doporučuje, je-li to technicky možné, aby se zachoval bazální článek prstu. Amputace palce nelimituje člověka v běžné chůzi, však při běhu dochází ke kulhání. Amputuje-li se 2. prst, hrozí riziko ohrožení palce nohy (Dungl et al., 2014). Nicméně lze říct, že při amputování prstů na noze není zásadně ovlivněn pacientův stereotyp vycházkové chůze, ale rychlejší chůze či běh se po amputaci prstů nedá plnohodnotně předpokládat.

Amputační výkony na dolní končetině obsahují i velmi náročné výkony, které se provádějí v krajních případech a není zcela obvyklé se s pacientem po tomto výkonu setkat. Jedná se o hemipelvektomii či v extrémním případě o hemikorporektomii, kdy se odstraňuje celý pánevní pletenec i s kostí křížovou, je potřeba provést stomii gastrointestinálního i vylučovacího ústrojí (Dungl et al., 2014).

1.3 Ošetrovatelská péče o pacienta po amputaci končetiny

V této kapitole budou upřednostněny specifika ošetrovatelské péče u nemocného po amputaci končetiny, protože lze předpokládat, že běžný ošetrovatelský proces je zachován jako u jakéhokoliv jiného onemocnění.

Fantomovy bolesti se běžně vyskytují během prvního týdne po amputaci. Není ale výjimka, že se tyto bolesti objeví i po měsíci od operace (Ernst et al., 2018). Fantomová bolest se vyskytuje v místě již neexistující části těla (Janíková, Zeleníková, 2013). Doba trvání symptomů není předvídatelná. Lze ale konstatovat, že trvají-li fantomovy bolesti déle jak půl roku od amputace, klesá prognóza spontánního vymizení či zlepšení. Nemocný by měl být o možnosti výskytu tohoto jevu edukován ještě před operací (Ernst et al., 2018).

Operační rána bývá zpravidla po operaci oteklá, bolestivá, s vyvedením Redonova drénu. První převaz operační rány, pokud není obvaz prosáklý, bývá druhý pooperační den, následuje denní vizuální kontrola. Stehy se extrahují, není-li komplikace, po dvou týdnech. Cílem ošetrovatelské péče je vytvoření pahýlu vhodného k následné protetické péči (Janíková, Zeleníková, 2013). Péče o pahýl je více rozepsána v samostatné kapitole této práce.

1.3.1 Péče o nemocného v pooperačním období

Velký důraz v pooperační péči o nemocné po amputaci končetiny je kladen na jeho mobilizaci, aktivizaci. Již první pooperační den je pacient motivován k samoobslužným činnostem – hygiena, příjem stravy (Janíková, Zeleníková, 2013). Rehabilitační péče začíná již před plánovanou amputací a pooperačně se navazuje hned první den po výkonu (Dosbaba et al., 2021). Jakmile zvládá nemocný sed, je aktivizován v průběhu dne přesuny s dopomocí personálu z lůžka na židli s pomocí přesuvné desky, prkna, takzvaného „banánu.“ Pacient sedí na kraji lůžka, nakloní se na jednu stranu, je pod něj předsunuta deska, jejíž druhá část je položena na židli. Nemocný se posouvá po desce pomocí rukou a zachovalé dolní končetiny (Trešlová, Dolák, 2021). Při rehabilitační aktivitě nemocného je potřeba zohlednit riziko pádu, protože používání kompenzačních pomůcek při mobilizaci, patří mezi rizikové faktory pádu (Miertová, 2019). O nutnosti prevenci pádu je nutno edukovat nemocného i při propuštění do domácího ošetřování, aby se jeho domácí prostředí stalo bezpečným místem. Jedná se zejména o odstranění volných koberečků, prahů, dostatečný prostor v místnostech, dostatečné osvětlení v bytě (Cristian, 2010).

Úspěšné zotavení pacienta nespočívá pouze na zhojení operační rány, ale významnou část pacientů po amputaci končetiny trápí psychické problémy, které je zapotřebí řešit ve stejné intenzitě jako potíže fyzického charakteru (Vlasatý, 2019). Někteří lékaři doporučují psychologickou pomoc ještě před samotnou amputací, ale není to zatím běžný jev v lékařské péči před amputací končetiny. Jak ale uvádí Hudeček (2019), všechna předoperační vyšetření, pooperační léčba, proces spojený s protetickou péčí, zvykání si na protézu a nový život s ní, fantomovy bolesti, to vše je nápor na psychiku, který si psychologickou péčí zaslouží. Psycholog pak s nemocným pracuje na jeho motivaci navrácení se do běžného života, protože pozitivní motivace je základem léčby nemocných po amputaci končetiny (Hudeček, 2019). Úkolem ošetřujícího personálu je v této oblasti zejména verbální i neverbální komunikace, pozorování a odhalování psychických potíží nemocného, kterého mohou tížit i jeho sociální podmínky (Janíková, Zeleníková, 2013).

Všeobecně lze shrnout, že péče v akutním pooperačním období je zaměřena na stav pahýlu, hojení rány, polohování a tvarování pahýlu, dále pak na zmírnění akutní bolesti a udržení celkové fyzické i duševní kondice (Čurdová, Vaňásková, 2017).

Před propuštěním nemocného by se měl dostavit sociální pracovník, který by měl být schopen mu poradit o sociálních službách vhodných ve vztahu k jeho aktuálnímu zdravotního stavu – domácí péče, pečovatelská činnost, finanční podpora, lázeňství. Pacient by měl před propuštěním do domácího prostředí být schopen demonstrovat přesun, stoj, chůzi o podpažních berlích, být edukován v oblasti péče o jizvu a pahýl, mít kontakt na protetika a vědět o ambulanci rehabilitační péči (Janíková, Zeleníková, 2013). Pacienti po amputaci horní končetiny zase demonstrují schopnost s částečnou pomocí se obléknout, vykonat hygienu, najíst se (Atkins, Meier, 2012).

1.3.2 Úloha sestry v péči o pahýl

Aby se bezprostřední pooperační rehabilitační péče stala efektivní a mohlo se tak přistoupit k protetické péči, je důležitá péče o pahýl.

Tato péče se zpravidla rozděluje do třech časových období – mezi amputací a protézováním; během protézování a při užívání protézy (Dosbaba et al., 2021). Tato kapitola bude zaměřena na první časové období, tedy čas od amputace do protézování a bude společná pro amputaci jak dolní, tak horní končetiny.

Bandážování se řadí mezi prioritní péči o pahýl. To se provádí od prvního pooperačního dne i v případě zavedení Redonova drénu. Bandážování do kónického tvaru

pomáhá připravit pahýl na úspěšnou aplikaci protézy (Smutný, 2013). Je to technika s využitím krátkotažných obinadel, která zároveň reguluje otoky pahýlu a snižuje výskyt fantomových bolestí (Čechová, 2016). Pahýl se bandáží na 24 hodin – s výjimkou, je-li amputace z cévní indikace a snímá se jen na hygienu pahýlu. Bandáž musí probíhat přes nejbližší zachovalý kloub (Dosbaba et al., 2021). Pacient tento tlak může ale negativně vnímat, pak se doporučuje provádět bandáž několikrát denně, postupně zvyšovat časový interval až si pacient zvykne na celodenní bandážování pahýlu (Čechová, 2016). Obinadlo se nejvíce utahuje na konci pahýlu, váže se rovnoměrně, aby nedocházelo k záhybům a následným otlakům (Dosbaba et al., 2021). Tvar a kvalita pahýlu hraje významnou roli pro protetiku, výrazně ovlivňuje úspěch celého léčebného procesu (Čurdová, Vaňásková, 2017).

Součástí péče o pahýl je i správné polohování, které zabraňuje vzniku kontraktur. Polohování musí vést k protahování flexorů. Pahýl se pod kolenem či loktem nepodkládá žádnými polštáři či válečky, zatěžuje se sáčkem s pískem o hmotnosti jednoho až dvou kilogramů (Dosbaba et al., 2021). Měkké tkáně pahýlu se stimulují pomocí pěnových míčků, froté ručníku, „ježků“ a podobnými pomůckami (Čechová, 2016).

Po týdnu až deseti dnech se extrahují stehy z operační rány a do péče o pahýl se zařazuje otužování sprchou se střídáním teploty vody, které pacient provádí několikrát denně. Sprchování lze doplnit o pomůcky typu měkkých kartáčků, opět froté žínka, ručník, aby se celkově zlepšilo prokrvení pahýlu (Dosbaba et al., 2021). A následuje péče o jizvu, kdy fyzioterapeut naučí pacienta po amputaci formou autoterapie tlakové masáže jizvy v celém rozsahu. Jizvu lze promazávat jakýmkoliv mastným krémem (Čechová, 2016). V této fázi hojení, kdy již nejsou v operační ráně stehy, byl u pacienta přítomen protetik, tak se pahýl nebandáží, ale používá se kompresivní pahýlová punčocha, kterou protetik pacienta vybavil (Ottobock, 2014).

1.3.3 Sestra komunikátorka v péči o nemocného po amputaci končetiny

Komunikace je ve zdravotnictví velmi důležitým aspektem nejen u lékařů, ale též u nelékařského zdravotnického personálu (Tomová, Křivková, 2016). Jak uvádí Kelnarová, Matějková (2014), komunikace při poskytování ošetrovatelské péče o nemocné je pro zdravotníka prioritou. Kvalitní komunikace s pacientem ze strany sestry do jisté míry zlepšuje či dokonce kvalitně ovlivňuje trvání, úspěšnost a nákladnost léčby (Tomová, Křivková, 2016). Komunikace s sebou přináší ale také jisté nebezpečí nepochopení, či dokonce odsouzení, zklamání a zranění (Kopecká, 2012).

Komunikátor je osoba, která sděluje informaci, vysílá signál. Ten, kdo signál přijme je komunikant a obsah sdělení je komuniké (Kopecká, 2012). Základem úspěšné komunikace je schopnost si naslouchat. Nasloucháním se snažíme porozumět a pochopit obtíže, se kterými se dotyčná osoba potýká. V rámci ošetrovatelského procesu u pacienta po amputaci končetiny se sestra setkává s nasloucháním aktivním, kdy dochází ke zpětné vazbě, i pasivním, kdy dochází k vyslechnutí jedné strany bez odezvy. Mezi techniky aktivního naslouchání řadíme například povzbuzení, jako projev zájmu o obsah řečeného, či ocenění, kterým nemocného podporujeme, chválíme. Dovednost aktivního naslouchání vyžaduje po zdravotníkovi oční kontakt s nemocným, otevřenou pozici v postoji těla, občasné pokyvování hlavou, kladení vhodných otázek a vyjádření důvěry, kterou do nás nemocný vložil (Tomová, Křivková, 2016).

Sestra v roli komunikátorky se ve své profesi ocitá ve třech typech komunikace. Jedná se o sociální – jde o běžný rozhovor v rámci například ranní hygieny; specifickou – kdy sestra motivačně působí na pacienta a terapeutickou – jde o kontakt v době, kdy nemocný přijímá nepříjemné informace, se kterými se obtížně vyrovnává. Role sestry je být nemocnému v těchto těžkých chvílích oporou, pomoci mu se s nepříjemnou situací, jakou bezesporu amputace končetiny je, se vypořádat (Kelnarová, Matějková, 2014). Aby role sestry komunikátorky u pacienta po amputaci končetiny byla úspěšná, měla by zvládnout základní dovednosti mezilidského vztahu – pozorně naslouchat; přiměřeně reagovat; komunikovat srozumitelně; umět reagovat na emoční projevy, které pacient vysílá; povzbudit, umět sladit své neverbální projevy se slovním projevem; celkově respektovat nemocného; udržet oční kontakt. Sestra musí počítat s různými zvláštnostmi pacientů a musí je respektovat (Zacharová, 2017).

Jednou z úloh sestry komunikátorky v péči o pacienta po amputaci končetiny je komunikace s rodinnými příslušníky. V ošetrovatelské péči je komunikace s rodinnými příslušníky významným komponentem v léčbě hospitalizovaného pacienta. A v podstatě je pro ošetrovatelský personál nevyhnutelná (Tomová, Křivková, 2016). Vhodná komunikace sestry s rodinou pacienta po amputaci končetiny může být zdrojem kvalitních informací o nemocném, které sestře v péči o něj zásadně pomohou (Zacharová, 2017). Tomová, Křivková (2016) upozorňují na významný vliv vývoje komunikace mezi zdravotníkem a rodinou. Ke zvláště vypjatým emočním situacím dochází při změně zdravotního stavu pacienta, kdy uzdravování neprobíhá podle představ pacienta a jeho rodiny.

1.4 Protetické péče o pacienty po amputaci končetiny

Nedílnou součástí komplexní péče o pacienty po amputaci končetiny je protetická péče. I toto medicínské odvětví sahá do daleké minulosti, proto budou v této kapitole ve stručnosti shrnuty dějiny protéz končetin.

Tak jako amputační proces, tak i první písemné zmínky o protézách končetin lze datovat už do starověku. Nejstarší známá umělá končetina byla noha z mědi a dřeva objevena v italském městě Capri v roce 1858, jejíž výroba se zasazuje do roku kolem 300 před naším letopočtem. Byla však zničena bombardováním ve druhé světové válce (Wilson, 2021). Verzí protéz se objevovalo mnoho, například v období raného středověku pochází náhrada po amputaci dolní končetiny v kotníku, která vypadala jako kožený měšec vyplněný senem, podrážka za dřeva byla podbitá železem. Materiálově se využívalo dřevo, železo, kůže. Každá protéza byla unikátní a variabilní (Vlasatý, 2019). Protézy ze železa využívali zejména v 15. století rytíři po traumatické amputaci horní končetiny (Wilson, 2021).

V druhé polovině 19. století bylo vydáno téměř 150 patentů na návrhy umělé končetiny, které měly vyhovovat potřebám veteránům po traumatické amputaci dolní či horní končetiny. Federální vláda přispívala desítky dolarů veteránům Unie na pořízení těchto pomůcek. Příspěvek pokrýval mimo samotnou pomůcku i cestu do showroomu, kde měla být protéza nasazena. Však většina veteránů raději nosila prázdné rukávy, či nohavice, aby poukázala na svoji oběť (Reznick, 2013).

Zdá se, že války byly stimulem nejen pro zlepšování chirurgické metody amputace, ale i pro vývoj vylepšování protéz (Wilson, 2021). I v českých zemích se obor zdárně vyvíjel za přispění Josefa Božka na přelomu 18. a 19. století a zejména pak za podpory jeho syna Romualda Božka, který se zapsal do historie s výrobou stehenní protézy s excentrickým kolenním kloubem. Z roku 1868 pochází návrh konstrukce protézy po exartikulaci v kyčelním kloubu od profesora Hermanna (Dungl et al., 2014).

Konference chirurgů, protetiků a vědců se v roce 1945 usnesla, že do vývoje umělých končetinových náhrad bylo doposud vynaloženo málo moderního vědeckého úsilí. Proto začala spolupráce mezi lékaři a univerzitami, kde se zkoumaly různé materiály, začala spolupráce se samotnými lidmi po amputaci, aby vyjadřovali svoje pocity na nových protézách. Již okolo roku 1964 se začalo využívat nejprve protézy primární, kterou měl nemocný maximálně měsíc, než se mu vytvořila protéza definitivní, čímž se začala významně zkracovat doba postavení nemocného na umělou náhradu. V roce 1970 byla založena Americká akademie ortotiků a protetiků jako profesionální

společnost na podporu a rozvoj znalostí z tohoto oboru a začaly vznikat organizované podpůrné skupiny amputovaných (Wilson, 2021). V českých zemích se koncem 19. století protetici – zejména jemní mechanici a bandažisté, shromažďovali ve společenstvech rukavičkářů (Dungl et al., 2014).

1.4.1 Protetika v pojetí moderní medicíny

V dnešní době je protetika oborem, který se neustále rozvíjí, čemuž odpovídají design či konstrukce protéz (Janíková, Zeleníková, 2013). Protéza nahrazuje ztracenou část těla, a to nejen kosmeticky, ale i funkčně. Je vždy stavěna dle individuálních požadavků nemocného a není v současné době přípustné, aby se nemocný přizpůsoboval protéze. Protéza a pacient musí tvořit jednotný, funkční celek (Dungl et al., 2014). Každá protéza má podle typu amputace několik částí, které jsou na sebe napojeny. Jsou to například spojovací trubka, pahýlová objímka, kryt, spojovací adaptér, kloub, či chodidlo. Protetika je schopna zhotovit celou řadu funkčních i kosmetických náhrad. Bércové či stehenní protézy se nejprve zhotovují v základním provedení a následně se upravuje dle pacientových požadavků. Každá protéza je unikátní a vyrobena na míru tak, aby vyhovovala potřebám pacienta. Když se podíváme na váhovou zátěž, mluvíme o váhovém rozpětí protéz od 0,5 kg (přednoží, předloktí) až do 4 kg, což váží protéza po exartikulaci (Smutný, 2013). Jak na dolní, tak na horní končetinu lze vyrobit i velmi speciální protézy, které musí schválit revizní lékař. Tyto protézy jsou indikovány ve výjimečných případech a obsahují různé dynamické, hydraulické, titanové komponenty, či dokonce mikroprocesory (Ottobock, 2014).

Protetická péče o pacienta začíná do týdne po amputaci končetiny, kdy je do nemocnice přizván protetik, se kterým se nemocný seznámí a budou spolu udržovat dlouhodobý kontakt (Smutný, 2013). Pokud se stane, že nemocnice nekontaktuje protetické pracoviště, je to po propuštění z nemocnice praktický lékař, který toto musí zařídit a poskytnout protetickému pracovišti dostatek potřebných informací o pacientovi (Pejšková, Mareček, 2010). V nemocnici se protetik zajímá o typ amputace, o fázi hojení operační rány, o celkový stav nemocného, o správné bandážování pahýlu. Pacientovi je předán kontakt a základní informace spojené s protetickou péčí (Ottobock, 2014). Po zhojení pahýlu je pacient pozván na protetické pracoviště, kde je mu udělán sádrový otisk, který hraje významnou roli při výrobě protézového lůžka. Prvotní vybavení pacienta se při kvalitně zvládnuté pooperační péči odehrává zhruba 6 týdnů po amputaci (Dungl et al., 2014). Další návštěva protetika spočívá ve zkoušení protézy, kdy se ještě protéza

různě upravuje a pak již následuje předání plně funkční a vyhovující protézy končetiny. Protetik pacienta seznámí s obsluhou a údržbou protézy. Dále se pacient na protetickém pracovišti učí základní pohyby s protézou, chůzi po nerovném povrchu, do schodů či ze schodů (Ottobock, 2014).

1.4.2 Protetika u pacientů po amputaci dolní končetiny

Jak již bylo zmíněno výše, pacient přichází na protetické pracoviště k provedení sádrového odlitku pahýlu, pak na zkoušení protézy a následuje předání protetické pomůcky. Tato kapitola bude proto již zaměřena na samotný trénink dovedností v rámci rehabilitace s protetickou pomůckou.

Hlavním cílem rehabilitace pacientů po amputaci dolní končetiny je dosažení plynulé, efektivní chůze, díky čemuž je pacient schopen vykonávat běžné denní činnosti, navrátit se do aktivního života, začlenění se zpět do pracovního kolektivu, či v některých případech i k rekreačnímu sportování (Čurdová, Vaňásková, 2017).

Základní funkcí dolní končetiny je opora, kdy tato funkce zajišťuje schopnost stoje; lokomoce jako schopnost chůze; balanční funkce. Individuálně zhotovené protézy dolních končetin mohou tyto funkce adekvátně nasimulovat. Z toho vyplývá, že pacient po amputaci dolní končetiny může po správně vedeném zácviku zvládnout stoj, chůzi, přesuny do sedu a ze sedu, dřep, ale i klek (Pejšková, Mareček, 2010). Prvním krokem je samotné seznámení se s protetickou pomůckou. Následuje nasazení lineru, což je návlek na pahýl, který může být z různých materiálů a odděluje pokožku od tvrdého pahýlového lůžka a chrání tím pahýl před třecí silou. Po nasazení lineru následuje protéza, kterou by měl pacient zvládat po pár lekcích sám (Ottobock, 2014). Po nasazení protézy se přechází do vertikalizace v bradlovém chodítku. Po zaujmutí správného vzpřímeného stoje se může přejít na nácvik rovnováhy (Kohoutová, 2021). Trénink rovnováhy má několik cviků, které se pacient postupně učí. Jedná se o přenášení váhy ze strany na stranu, z paty na špičku, balanc na míči, úkroky na stranu nebo například překřížení nohou (Smutný, 2013). Po koordinaci pohybu se začne pacient učit chůzi v terénu, na nerovném povrchu, chůzi ze schodů a do schodů. Celkově se této tréninkové metodě říká Škola chůze (Ottobock, 2014). Nácvik chůze v protéze tedy probíhá tréninkem délky kroku, stojné a švihové fáze, úkroku, chůze s vedeným pohybem, manuálním odporem, po schodech a svahu (Čurdová, Vaňásková, 2017). Rehabilitační program po amputaci končetiny je postaven tak, aby protéza nebyla pouze pomůckou, ale stala se funkční náhradou končetiny (Pejšková, Mareček, 2010).

Vybavení pacienta po amputaci se vždy odvíjí od jeho celkového stavu a od jeho budoucích cílů. Mezinárodně uznávaný termín „stupeň aktivity“ určuje protetik po vzájemné diskuzi s pacientem a je zásadní pro následné protetické vybavení. Rozlišují se čtyři stupně aktivity. Stupeň 1 - chůze v interiéru – chůze především v domácnosti na hladkém a rovném povrchu. Stupeň 2 – omezená chůze v exteriéru – chůze po trávě i dlažebních kostkách, schopnost překonávat překážky. Stupeň 3 – neomezená chůze v exteriéru – běžná chůze venku, v lese, na horách, libovolná změna rychlosti chůze, schopnost skákání, výkon profese, věnování se svým koníčkům. Stupeň 4 – neomezená chůze v exteriéru s mimořádnými nároky – s protézou zvládne pacient téměř cokoliv, složitý terén, běh, lyže, tancování (Ottobock, 2014). Pro nemocné, kteří jsou sportovně aktivní, jsou protetické komponenty jako koleno či chodidlo obvykle lehčí a mají řadu různých schopností (Cristian, 2010). Pro zdravotní pojišťovnu je zásadní i stupeň aktivity 0 – nechodící pacient – budoucnost pacienta na vozíku (Kolář et al., 2020).

1.4.3 Protetika u pacientů po amputaci horní končetiny

Jak již bylo uvedeno, u amputace horní končetiny má významnější roli ergoterapeut než fyzioterapeut. Hlavní funkce ruky spočívá v úchopu a manipulaci s předměty. Ruce nám umožňují styk s okolím, pomáhají udržovat sociální kontakt. Jedná se o postižení, které je možné kompenzovat vhodně zvoleným protetickým vybavením (Vlasáková, 2019). Tak jako u amputace dolní končetiny je Škola chůze, v těchto případech se jedná o Školu úchopu. Ergoterapeutické postupy se odvíjí od typu protézy. Stejně jako u protéz dolních končetin, i v této situaci se musí pacient nejprve s protézou seznámit, naučit se ji nasazovat. Při sádrování je nutno si uvědomit, že v oblasti loketního kloubu, v místě, kde protézové lůžko vytváří tlak pro uchycení k amputačnímu pahýlu, nejsou jen svaly, ale též cévy a nervy. Toto všechno je potřeba akceptovat, protože přílišným tlakem či špatným tvarem protézovaného lůžka se blokuje jak volný pohyb, tak se zhoršuje i prokrvení, inervace a fantomové bolesti (Maleš, 2016).

U mechanické protézy se pacient učí používat pracovní nástavce, například háky. Nejprve při jednoduchých manipulacích a sebeobslužných činnostech, následují pracovní činnosti (Klusoňová, 2011). Myoelektrické protézy fungují na principu snímání elektrického potenciálu ze svalu. Elektrody ke snímání potenciálu jsou zabudovány v pahýlovém lůžku (Vlasáková, 2019). Trénink ovládnutí myoelektrické protézy je náročný a vyžaduje plnou koncentraci pacienta (Klusoňová, 2011).

Škola úchopu spočívá v uchopování různých předmětů, začíná se s míčky různých velikostí i hmotnosti, až se pacient dostane například k úchopu kolíků na prádlo či vrcholem jsou větší fazole. Vždy se postupuje od snadného úkolu k těžšímu, aby nedocházelo k demotivaci pacienta. Poté se zařadí úchop s následnou manipulací, například stavění kostek na sebe, hrací karty. Jedním z testů, který může pacient s ergoterapeutem podstoupit, je Box and block test, který se skládá z boxu s přepážkou a 150 kostek. Pacient nejprve zdravou končetinou během jedné minuty přemísťuje kostky a pak toto opakuje s protézou (Vlasáková, 2019). Důležitou součástí ergoterapie je nácvik soběstačnosti v oblékání, hygieně i přípravě jídla. Pacient se učí s protézou oblékat horní i dolní polovinu těla, trénuje obouvání, zavazování tkaniček. V rámci ergoterapie se učí i nakupování, placení v obchodě, vaření, mytí nádobí, běžný domácí úklid. Po tréninku zvládne i činnosti jako praní prádla, věšení, žehlení (Klusoňová, 2011).

Závěrem kapitoly rehabilitace lze ještě uvést, že každý pacient, který je vybaven kompenzační pomůckou, má právo zažádat svoji pojišťovnu o možnost hospitalizace na rehabilitační klinice. Pacient má právo si zvolit zdravotnické zařízení podle svých preferencí (Kohoutová, 2016).

1.5 Rehabilitace po amputaci končetiny v nemocničním zařízení

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče u pacienta po amputaci končetiny je rehabilitace. Tato kapitola bude rozdělena na dva oddíly, kdy jedna část bude zaměřena na rehabilitaci u pacientů po amputaci dolní končetiny, v druhé části pak bude zmíněna rehabilitace pacientů po amputaci horní končetiny.

Stav po amputaci končetiny vyžaduje komplexní přístup, který obsahuje poznatky i postupy z ortopedie, ortotiky, neurologie, psychologie, léčbu bolesti, sociální rehabilitaci (Kolář et al., 2020). Předprotetická rehabilitace se týká období po amputaci a před protézováním. Jedná se o období, kdy nemocný zlepšuje svoji fyzickou sílu a vytrvalost, protože chůze s protézou bude zpočátku velmi fyzicky náročným obdobím (Cristian, 2010).

Pokud je amputace dolní končetiny plánovaná, fyzioterapeut zahájí rehabilitaci formou nácviku chůze o berlích bez došlapu ještě před samotnou operací. Fyzioterapeut se zaměří na zlepšení fyzické kondice, posílení celkové zdatnosti pacienta, aby se usnadnila pooperační rehabilitační péče (Čurdová, Vaňásková, 2017). Rehabilitace s pacientem začíná bezprostředně po operačním zákroku. Zpravidla první pooperační den, kdy se provádí dechové cvičení s následnou postupnou mobilizací do sedu. Při sedu je

potřeba dbát na to, aby se ploska zdravé končetiny dotýkala podložky (Dosbaba et al., 2021). Dlouhodobé odpočívání vsedě se ale nedoporučuje pro možnost vzniku kontraktur (Kolář et al., 2020). Postupně se přidává stoj v pultovém chodítku, následně o podpažních berlích. Rehabilitace se provádí několikrát denně v krátkých časových intervalech, čímž se předchází ortostatickým kolapsům (Dosbaba et al., 2021). Zejména u starších pacientů je amputace dolní končetiny problémová, protože nejsou příliš schopni ztrátu končetiny nahradit svými fyzickými fondy (Vlasatý, 2019). V rámci rehabilitačního ošetřovatelství se do procesu zapojuje i ergoterapeut, který spolu s fyzioterapeutem učí pacienta návky přesunů například z lůžka na vozík, z vozíku na toaletu. Toto hraje významnou roli, pokud se u pacienta plánuje překlad na rehabilitační kliniku, jsou tyto aktivity podmínkou přijetí (Vlasáková, 2019).

Pokud se jedná o amputaci horní končetiny, mobilizuje se dle stavu pacient ještě v den operace (Dosbaba et al., 2021). Fyzioterapeut se s pacientem zaměří na návik mobility a vertikalizaci zahrnující stabilitu sedu, stoje a chůze. Dále se rehabilitace zaměřuje na zachování rozsahu pohybu zachovalých kloubů horní končetiny. V období před i po získání protézy horní končetiny by měla vždy následovat ergoterapie, kdy tento obor rehabilitace je u amputovaných pacientů s horní končetinou důležitější než samotná fyzioterapie (Vlasáková, 2019). Ergoterapeut řeší s nemocným i jeho rodinou vhodnou pomoc při nově vzniklé životní situaci. V rámci poradentství diskutuje o vhodné úpravě domácího prostředí a edukuje nemocného o používání vhodných kompenzačních pomůcek, které mají život v běžném prostředí usnadnit. Role ergoterapeuta je v oblasti soběstačnosti pacienta po amputaci horní končetiny velmi významná. Při náviku soběstačnosti vždy využívá metodu stupňované náročnosti (Krivošíková, 2011).

Po splnění všech výše uvedených specifík ošetřovatelské péče, do kterých je plně začleněn i pacient po amputaci končetiny, lze přistoupit k protézování pahýlu, které se již odehrává na pracovišti protetiky.

Pokud neexistují nevratné kontraindikace k použití protézy, měl by mít každý pacient na protézu po amputaci končetiny možnost tuto pomůcku získat. Mezi nevratné kontraindikace se řadí nadměrná obezita, vertebrogenní potíže, atrofie nosných kloubů, defekty na zachovalé končetině či demence jakékoli příčiny (Pejšková, Mareček, 2010). Protetická péče může být ale i oddálena z důvodu komplikací vzniklých v pooperačním období. Častým limitujícím faktorem jsou drobná poranění na pahýlu, hematomy, otlaky, kontraktury, hojení operační rány per secundam, ale i výrazná bolestivost (Čurdová, Vaňásková, 2017).

Hlavním cílem rehabilitační a protetické péče je naučit pacienta účelně a bezpečně užívat protézu a jiné vhodné pomůcky, s nimiž zvládne pohyb v prostoru a dosáhne sebeobsluhy a soběstačnosti v míře, kterou dovoluje jeho celkový stav (Pejšková, Mareček, 2010).

1.5.1 Kompenzační pomůcky pro pacienta po amputaci končetiny

Kompenzačními pomůckami se zabývá obor adjuvatika. Jedná se o velmi rozsáhlý a různorodý obor, do kterého spadají i protetické pomůcky, které umožňují kompenzaci funkčního handicapu pacienta ve vztahu k jeho životnímu a pracovnímu prostředí (Dungl et al., 2014). Kolář (2020) definuje kompenzační pomůcky jako pomůcky, které přispívají ke zlepšení či stabilizaci zdravotního stavu, či zabraňují jeho zhoršení, kompenzují a zmírňují následky postižení, nahrazují ztracenou funkci, modifikují anatomické struktury či fyziologické procesy. Do skupiny adjuvatik se řadí pracovní pomůcky; berle, hole, chodítka a rolátory; invalidní vozíky, tříkolky a v neposlední řadě postele. Adjuvatika se v rámci pracovních pomůcek zaměřuje na jejich vhodnou úpravu, aby byly pro pacienty s handicapem funkční pomůckou. Jedná se zejména o pomůcky, které mají sloužit k sebeobslužným činnostem. Pacient po amputaci horní končetiny tak jistě ocení například upravené pomůcky v kuchyni – různé kráječe, škrabky na zeleninu, jídelní servis; nebo vhodně upravené pomůcky k osobní hygieně. (Dungl et al., 2014).

Pro pacienty po amputaci dolní končetiny jsou určeny zejména v první fázi chodítka – tříbodová, čtyřbodová. Pokud jsou chodítka vybavena čtyřmi koly, mluvíme o rolátorech. Následuje stoj a chůze v podpažních berlích (Dungl et al., 2014). Často předepisovanými adjuvatiky jsou též sprchovací křesla, nástavce na toaletu (Kolář et al., 2020). Další pomůckou po amputaci dolní končetiny, kterou pacient využije v případě, že není schopen fyzicky vykonat rehabilitaci – například oboustranná amputace dolní končetiny, jsou invalidní vozíky, které jsou buď mechanické, nebo elektrické. Oba typy vozíků se mohou vybavit „křížem“, což umožňuje snadné složení na přesun autem (Dungl et al., 2014). Invalidní vozík lze často kombinovat s jinými dostupnými pomůckami. Pro přesun pacienta z lůžka na invalidní vozík, z vozíku na toaletu, či sprchového křesla, se doporučuje užití různých přesouvacích prken, takzvaných „banánů“ (Trešlová, Dolák, 2021). Tyto pomůcky se naučí pacient používat sám a posiluje to jeho soběstačnost.

Všechny pomůcky jsou uvedeny v Číselníku pojišťovny, který je pravidelně aktualizován a jsou do něj dopracovávány další pomůcky. Kompenzační pomůcky se řadí

do skupin, kde jsou vyjmenované i lékařské odbornosti, které jej mohou předepisovat (Kolář et al., 2020).

1.6 Sociální podpora nemocných po amputaci končetiny

Moderní ošetřovatelství je spjato s holistickým, celkovým přístupem k nemocnému. Holismus je filozofií moderního ošetřovatelství, kdy jedinečnou úlohou sestry je péče na všech úrovních – uspokojování fyzické, psychické, sociální i duchovní potřeby (Plevová, 2011). Zdůrazňuje celistvost živého organismu. Na jedince je pohlíženo skrze všechny jeho části, které jsou ve vzájemné interakci a utváří tak celek. Je na mysli část biologická, sociální, kognitivní, emocionální i duchovní (Stasková, 2019). Proto bude tato kapitola zaměřena na možnosti, jak lze pacientovi poradit stran sociální podpory. Aby tak mohli zdravotničtí pracovníci učinit, musí se alespoň okrajově orientovat v této problematice.

Základním právním předpisem v této problematice pro nás bude zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, který uvádí, že každá osoba má nárok na bezplatné sociální poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace. Pomoc musí vycházet z individuálních, aktuálních potřeb jedince. Má být motivující, vedoucí k samostatnosti osob a musí vždy důsledně zajišťovat dodržování základních práv a svobod. Poradenství v současné podobě se stala součástí budované sítě sociálních služeb od roku 2007. Sociální poradenství se zaměřuje na poskytování informací, které směřují k řešení nepříznivé sociální situace, zaměřuje se na individuální potřeby jedince (Procházka et al., 2014).

V § 3 tohoto zákona je vymezení pojmů, kde je uvedeno, že nepříznivý zdravotní stav vede k nepříznivé sociální situaci. Pojem nepříznivý zdravotní stav je podle lékařské vědy takový stav, který trvá, nebo lze jeho trvání předpokládat, déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti, které jsou nutné pro zvládnutí základních životních potřeb. Nárok na takovou pomoc má každá osoba s trvalým pobytem na území České republiky, náklady se hradí ze státního rozpočtu. Zákon rozeznává IV stupně závislosti na jiné fyzické osobě – lehká – úplná závislost a rozlišuje se podle zvládnutí základních životních potřeb. Lehký stupeň je vymezen nezvládnutím třech až čtyř základních potřeb z důvodu dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu, úplná závislost potom nezvládnutí devíti až deseti základních životních potřeb, taková osoba vyžaduje každodenní péči jiné fyzické osoby (Sbírka zákonů České republiky, 2006).

§ 9 vyjmenovává posuzované základní potřeby, kterými jsou: mobilita; orientace; komunikace; stravování; oblékání a obouvání; tělesná hygiena; vykonávání fyziologické

potřeby; péče o zdraví; osobní aktivita a péče o domácnost. Ve vyhlášce 505/2006 Sb., kterou se provádějí ustanovení zákona o sociálních službách, je v příloze vymezení schopností zvládat základní životní potřeby, kde jsou pod jednotlivými hodnotícími kritérii uvedeny konkrétní posuzované schopnosti (Příloha 1). V dalších částech zákona 108/2006 Sb. jsou vymezené finanční částky, které náleží k daným stupňům závislosti. Mluvíme o částce 880,-Kč – 19.200,-Kč za kalendářní měsíc. Žadatel o příspěvek je povinen podrobit se jak sociálnímu šetření, tak lékařskému vyšetření (Sbírka zákonů České republiky, 2006).

§ 35 tohoto zákona nám dává jistoty, které můžeme od terénního sociálního pracovníka očekávat. Například pomoc při osobní hygieně, zajištění stravy, nákupy, nácviky dovedností, pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a další činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění. Služba terénní asistence se odehrává vždy v přirozeném, domácím prostředí člověka (Sbírka zákonů České republiky, 2006).

Zákon č. 329/2011 Sb., zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, upravuje poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením, které mají zmírnit sociální důsledek jejich zdravotního postižení. § 2 tohoto zákona rozlišuje dva druhy dávek. Příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. § 7 pak vymezuje výši příspěvku na mobilitu 550,-Kč/ měsíc. V § 9 jsou zakomponovány podmínky nároku na zvláštní pomůcku. Kdy zvláštní pomůcka je definována jako pomůcka, která umožní osobě zlepšit sebeobsluhu, realizovat pracovní uplatnění, či napomůže styku s blízkým okolím. Paragraf jasně vymezuje schodišťové plošiny, sedačky, stropní zvedací systém, výtah. Příspěvek na speciální pomůcku nelze čerpat, je-li tato pomůcka částečně, či plně hrazena zdravotní pojišťovnou. Výše finančního příspěvku se pohybuje v maximální výši 400.000,-Kč, kdy spoluúcast občana činí 10 %. Zákon upravuje i skutečnost, kdy občan není schopen tuto částku uhradit. Výše finančního příspěvku na pořízení motorového vozidla se vypočítává podle příjmu posuzovaných osob a upravuje to § 10 výše jmenovaného zákona. Dále se v tomto zákonu dozvídáme o průkazu osob se zdravotním postižením – „TP“ (ZTP;ZTP/P). Držitel tohoto průkazu má například nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích; přednost při vyjednávání úředních záležitostí, kdy by měl dlouho stát; cestování veřejnou místní dopravou zdarma, sleva na dálkovém spoji veřejné dopravy (Sbírka zákonů České republiky, 2011).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jakými informacemi disponují pacienti po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování.
2. Zjistit, jak se sestry podílejí na návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí.
3. Zjistit, jak se na procesu přípravy pacienta do běžného života před propuštěním z nemocničního zařízení podílejí rodinní příslušníci.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké sebeobslužné činnosti ovládá pacient po amputaci končetiny při propuštění z nemocničního zařízení?
2. Jakými informacemi disponuje pacient po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování?
3. Jak sestry podporují pacienty po amputaci končetiny v návratu do běžného života?
4. Jakým způsobem získávají pacienti po amputaci končetiny informace o možnostech pomoci?
5. Jaký postoj zaujímají rodinní příslušníci k návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí?
6. Jak podporují rodinní příslušníci svého blízkého po amputaci končetiny v zapojení do běžného života?

3 Metodika

Tato kapitola bude zaměřena na konkrétní metodické postupy, které byly zvoleny, aby byly získány výsledky výzkumného šetření této práce. Výzkumem označujeme dlouhodobou, plánovanou činnost, která zahrnuje teoretickou i empirickou fázi (Reichel, 2009).

3.1 Použité metody

Výzkum byl realizován metodou kvalitativního šetření za použití polostrukturovaného rozhovoru s pacienty po amputaci končetiny, kteří se navrátili do běžného života a dále pak se sestrami z chirurgického oddělení, které o pacienty po amputaci končetiny běžně pečují. Zvolení polostrukturovaného rozhovoru bylo záměrné, neboť dle Hendla (2016) tato technika umožňuje odklonění se od předem připravených otázek podle aktuálního vývoje rozhovoru s pacienty. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru jsou v Příloze 2 této práce.

Nutno zmínit, že všem osloveným bylo nabídnuto i neutrální místo, ale nikdo z oslovených neměl potřebu se setkat jinde než v jejich domácnosti. Po sedmém rozhovoru došlo k teoretickému nasycení výzkumného vzorku, odpovědi lidí po amputaci se ve své podstatě opakovaly. Hlavním cílem rozhovorů bylo zjistit, jaké informace lidé po amputaci postrádají při propuštění z nemocničního zařízení, jaké bariéry musí v běžném životě překonávat, či jak funguje protetická péče o lidi po amputaci končetiny.

Polostrukturovaný rozhovor se sestrami byl veden v jedné konkrétní nemocnici Plzeňského kraje po udělení písemného souhlasu hlavní sestry nemocnice. Nemocnici i účastníkům výzkumu byla zaručena anonymita, souhlas s vedením výzkumu není proto součástí této bakalářské práce a na vyžádání je k nahlédnutí u autorky práce. Rozhovory se sestrami byly vedeny v jejich pracovním prostředí, v místnosti, kterou si samy zvolily a která zaručovala základní zásady pro poskytnutí rozhovoru, aby nebyl rozhovor ovlivněn vedlejšími zvukovými, rušivými fenomény. U sester došlo k teoretickému nasycení po pátém rozhovoru, kdy se odpovědi opakovaly. Hlavním cílem rozhovorů se sestrami bylo zjistit, jak jsou sestry erudované v péči o pacienta po amputaci končetiny, jaké informace jsou schopné poskytnout při propuštění takovému pacientovi.

Veškeré rozhovory byly nahrávány na diktafon, s čímž byli všichni účastníci předem seznámeni.

Po získání dat v rámci rozhovorů došlo k přepisu do písemné podoby. Je žádoucí, aby se rozhovory přepsaly celé, doslovně, aby se nevynechávaly části, které považujeme za nepodstatné (Švaříček et al., 2014). Po přepisu bylo provedeno otevřené kódování, text byl rozčleněn a byl přidělen kód, který měl pro tuto práci význam. Kód je v tomto ohledu označen slovem, nebo slovním spojením. Následovalo vytvoření kategorií a podkategorií.

Poslední etapou výzkumu bylo vytvoření informační brožury, s cílem usnadnit orientaci v problematice informování pacientů po amputaci končetiny stran sester a zároveň usnadnit návrat pacientů po amputaci do běžného života. V této informační brožure jsou jednoduše shrnuty poznatky, které byly získány při teoretické i empirické fázi, které byly konzultovány se sociálním odborem města, úřadem práce, charitou či protetikem. Informační brožura byla zkonzultována s vedením konkrétní nemocnice a byla odsouhlasena jako oficiální verze edukačního prostředku pro pacienty po amputaci končetiny pro chirurgické oddělení.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výběr pacientů po amputaci byl zcela záměrný, byli vybráni pacienti, kteří se do běžného života navrátili s minimální závislostí na druhé osobě. Vytipování lidí po amputaci končetiny byly nejprve kontaktováni telefonicky, kdy jim byl sdělen záměr našeho setkání a byla domluvena schůzka k provedení rozhovoru. Rozhovory byly ve všech případech vedeny v domácím prostředí, aby se oslovení lidé po amputaci končetiny cítili co možná nejkomfortněji.

První výzkumný vzorek tvoří 7 lidí po amputaci končetiny, kteří se navrátili do běžného života. Jedná se o 5 pacientů s amputací dolní končetiny a o 2 pacientky s amputací horní končetiny. Věkové rozpětí pacientů je od 32 let do 73 let. Pro snazší orientaci je vytvořena Tabulka 1, kde lze vyčíst, jak dlouho jsou po amputaci, co bylo příčinou amputace, o jakou amputaci se jedná, věk, pohlaví, eventuálně zaměstnání a jakým rodinným zázemím disponují.

Tabulka 1: Přehled pacientů

	označení	doba od amputace	příčina amputace	amputovaná končetina	pohlaví, věk, zaměstnání	zázemí
Pacient 1	P 1	1 rok	cévní	HK – předloktí	žena, 71 let, SD	vdova, byt
Pacient 2	P 2	1 rok	úraz	HK – paže	žena, 66 let, SD	vdaná, rodinný dům
Pacient 3	P 3	8 měsíců	úraz	DK – bérec	muž, 54 let, jednatel firmy	ženatý, rodinný dům
Pacient 4	P 4	1 rok, 3 měsíce	Neisseria meningitidis	DKK – stehna	žena, 32 let, invalidní důchod	svobodná, byt, výtah
Pacient 5	P 5	1 rok, 2 měsíce	cévní	DK – bérec	žena, 73 let, SD	vdaná, byt s výtahem
Pacient 6	P 6	9 měsíců	cévní	DK – bérec	muž, 73 let, SD	ženatý, byt s výtahem
Pacient 7	P 7	1 rok, 8 měsíců	cévní	DKK – stehna	žena, 70 let, SD	vdova, rodinný dům, s dcerou

HK = horní končetina; DK = dolní končetina; DKK = dolní končetiny; SD = starobní důchodce

Zdroj: Vlastní výzkum

Pacient 1 (P1) je žena, je jí 71 let a je v důchodu. Vlivem cévního onemocnění došlo k amputaci levé horní končetiny v předloktí. Od amputace uplynul jeden rok, žije sama v bytě. Rozhovor trval 30 minut.

Pacient 2 (P2) je žena, je jí 66 let, krátce ve starobním důchodu. O horní končetinu v paži přišla vlivem autonehody. Je vdaná, žije s manželem v domě na venkově. Od amputace uplynul jeden rok. Rozhovor trval 30 minut.

Pacient 3 (P3) je muž, je mu 54 let a je jednatelem firmy. Dolní končetina v bérce byla amputována po nehodě na motocyklu. Od úrazu uplynulo v roce 2022 osm měsíců. Žije s manželkou v rodinném domě na venkově. Rozhovor trval 25 minut.

Pacient 4 (P4) je žena, je jí 32 let, nyní v plném invalidním důchodu, příležitostně si přivydělává domácími pracemi. Je svobodná, žije aktuálně již sama v bytě. Od amputace uběhlo 15 měsíců. Rozhovor trval 35 minut.

Pacient 5 (P5), je žena, je jí 73 let a je ve starobním důchodu. Žije s manželem v panelovém bytě s výtahem. Amputována jí byla dolní končetina v bérce vlivem cévní problematiky, od amputace uběhlo 14 měsíců. Rozhovor trval 35 minut.

Pacient 6 (P6), je muž, je mu 73 let a vlivem cévní etiologie mu byla amputována dolní končetina v bérce. Žije s manželkou v bytě ve třetím patře bez výtahu. Od amputace je 9 měsíců. Rozhovor trval 30 minut.

Pacient 7 (P7), je žena, je jí 70 let a je ve starobním důchodu, vdova, žije v rodinném domě s dcerou a její rodinou. Vlivem cévní příčiny byly v krátkém časovém sledu amputovány obě dolní končetiny ve stehnech. Od druhé amputace uběhlo 20 měsíců. Rozhovor trval 35 minut.

Druhý výzkumný vzorek tvoří 5 sester, které pracují na lůžkovém chirurgickém oddělení v nemocnici Plzeňského kraje. Výběr výzkumného vzorku byl záměrný, aby obsahoval sestry vysokoškolsky vzdělané, praktické sestry; sestry s krátkodobou či dlouhodobou praxí v oboru. S výběrem a oslovením sester do výzkumu pomáhala staniční sestra chirurgického oddělení. Pro představu o oslovených sestrách byla vytvořena Tabulka 2.

Tabulka 2 : Přehled sester, jejich vzdělání

	označení	délka praxe	Vzdělání
Sestra 1	S 1	17 let	vysokoškolské – Bc.
Sestra 2	S 2	4,5 roku	vyšší odborné – DiS.
Sestra 3	S 3	36 let	středoškolské – všeobecná sestra
Sestra 4	S 4	7 let	vysokoškolské – Bc.
Sestra 5	S 5	3 roky	středoškolské – praktická sestra

Bc. = bakalář; DiS. = diplomovaná sestra

Zdroj: Vlastní výzkum

Sestra 1 (S1), je jí 36 let. Má vysokoškolské vzdělání (Bc.) a praxi ve zdravotnictví má 17 let, absolvovala doškolovací kurzy a má specializační vzdělání v chirurgických oborech. Rozhovor trval 25 min.

Setra 2 (S2), je jí 24 let. Má vyšší odborné vzdělání (Dis.), je tedy všeobecná diplomová sestra a její praxe čítá 4,5 let. Rozhovor trval 30 minut.

Sestra 3 (S3) je jí 54 let. Je středoškolsky vzdělaná v oboru všeobecná sestra a její praxe zahrnuje 36 let. Rozhovor trval 30 minut.

Setře 4 (S4) je 28 let. Má vysokoškolské vzdělání (Bc.) a praxi má 7 let. Rozhovor trval 30 minut.

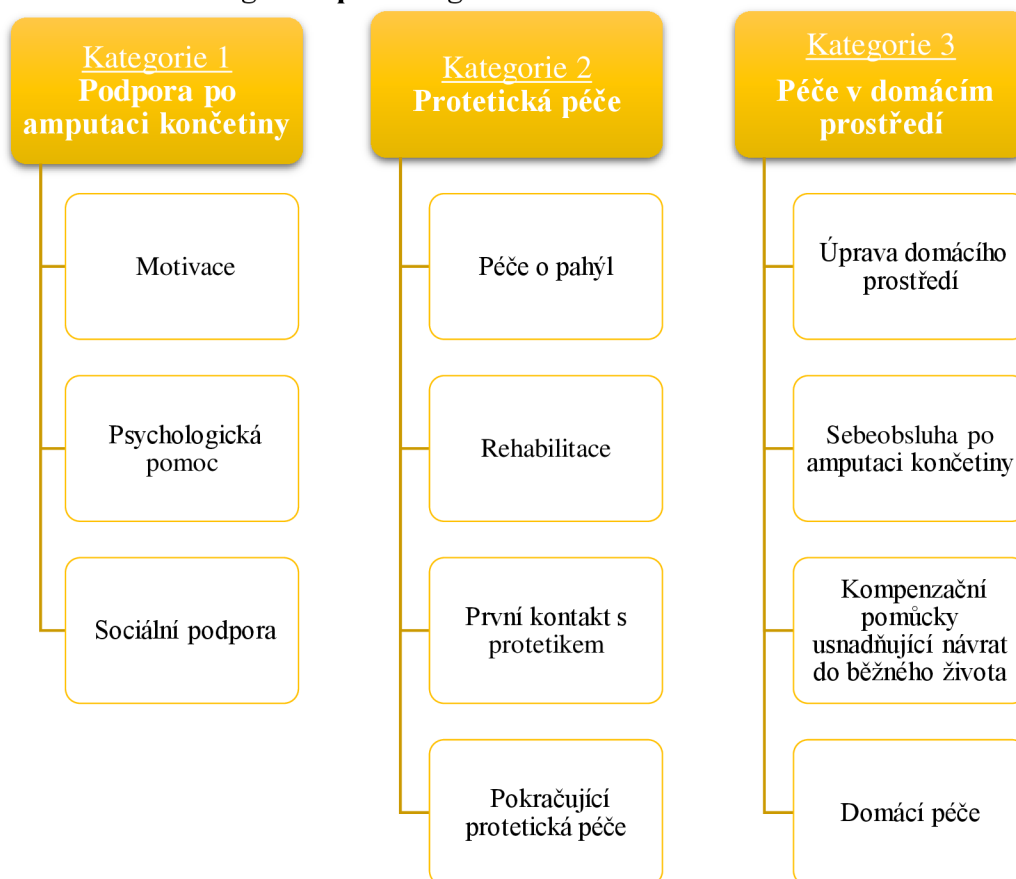
Sestra 5 (S5) má středoškolské vzdělání. Je jí 54 let a praxi v oboru má 3 roky jako praktická sestra. Rozhovor trval 25 minut.

4 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola bude obsahovat výsledky výzkumného šetření, kdy se vyhodnocovaly informace získané polostrukturovaným rozhovorem s výše představenými pacienty. V první fázi budou zpracovány data z rozhovoru s lidmi po amputaci končetiny. Metodou otevřeného kódování byly vytvořeny kategorie a jejich podkategorie. Pro představu bylo vytvořeno následující schéma.

4.1 Výsledky výzkumného vzorku – pacienti

Schéma 1 Přehled kategorií a podkategorií



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 1 Podpora po amputaci končetiny.

Kategorie představuje celkovou podporu pacientům po amputaci končetiny. Ve smyslu, co jim bylo poskytnuto, co postrádali, nebo co naopak odmítali. Tato kategorie je členěna na 3 podkategorie podle typu podpory – motivace; psychologická pomoc; sociální podpora.

Podkategorie Motivace

Pro návrat do běžného života pacienta po amputaci končetiny je rozhodující motivace. Z analýzy výsledků vyplynulo, co pacienty po amputaci nejvíce motivovalo k návratu do plnohodnotného života.

Stěžejním motivem k návratu do běžného života bylo pro P1 ... *vnoučátka*. Obdobně reagovala i P2 společně s P7, které se shodly: „ *Největší motivací pro mě byly vnoučata a samozřejmě manžel, který na mě doma čekal a byl by beze mě ztracenej.* “ (P2) „ *Rodina, ta tedy nejvíc.* “ (P7) Oproti P1, P2, P7 je vyjádření ostatních pacientů P3, P4, P5, P6, které neměli motivaci v konkrétní osobě, ale motivem pro ně byla vnitřní pohnutka. P3 reagoval: „ *Motivací pro mě bylo znovu se postavit a chodit, protože na mém fungování byli závislí další lidi, které ve firmě zaměstnávám.* “ P4 odpověděla: „ *Ani nevím, všichni mi říkali, jaký jsem bojovník, ale hlavně asi to, že jsem prostě chtěla chodit a nestrávit zbytek života na vozíku.* “ P5 se vyjádřila: „ *Motivací pro mě bylo, že prostě musím.* “ Odpověď rozvinul P6, který dodal: „ *... chtěl jsem být co nejdřív a co nejvíc soběstačný, takže jsem prostě musel.* “

Podkategorie Duševní pomoc, podpora

Amputace končetiny představuje významný zásah do života člověka, kdy se lze domnívat, že součástí předoperační či pooperační péče bude nutná spolupráce s psychologem. Výsledky našeho šetření byly překvapivé, například P5 psychologickou pomoc nevyžadovala, což dokazuje její výpověď: „ *Psychologickou pomoc? Ne. Od koho? Psychicky mi pomohla kamarádka, která zažila totéž, ale odborníka jsem nepotřebovala.* “ O psychologovi neuvažovala ani P4, přestože ji byl nabídnut v jejím těžkém období: „ *Jsem na tohle hrozná, udělala jsem si psychologa z maminy, ležela jsem v nemocnici dlouho a psychologa odmítala, pomáhal mi rodina.* “ Výpověď P2 i P6 jsou ve shodě, nebyla jim psychologická pomoc nabídnuta. P6 odpověděl: „ *Nevyhledal jsem psychologickou pomoc, nedostal jsem žádné informace, že bych mohl, samotného mě to ani nenapadlo si o to říct, sám jsem se s tím vypořádal.* “ Z výsledků vyplynula

i psychická podpora coby preventivní opatření, například P7: „*Vyhledali jsme psychologickou pomoc, ale jen preventivně. Jen z toho důvodu, že dcera má psycholožku kamarádku. Ale v nemocnici o psychologovi nemluvili.*“ Oproti tomu byly ve výsledcích zaznamenány i shodné reakce P1, P3, které se odpovědi na otázku psychologické podpory vyhýbali. P1 neodpověděla vůbec, dané téma zamluvila a do odpovědi nebyla nucena. P3 reagoval na dotaz, zda vyhledal psychologickou pomoc, jednoznačnou odpovědí: „*Ne.*“

Podkategorie Sociální podpora

Sociální podpora je nedílnou součástí v holistickém přístupu sester v návratu pacienta do běžného života po amputaci končetiny. Z analýzy výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že po této stránce není o pacienty adekvátně postaráno.

P1 odpověděla: „*Nenabídli mi nic, ale tady máme charitu, jsou tam děvčata a ty mi teda poradily abych nebyla hloupá a abych si došla. Mně teda přišlo, že mám nárok na 800 korun a teď mi dali 4000 korun. Pro mě je to zase kus nájmu. Pokud bych to sama aktivně nevyhledávala, tak mi to samotné nikdo nenabídl.*“ Stran sociální podpory P2 disponuje těmito informacemi: „*Hodně věci za mě vyřídila dcera, mně nikdo nic neřekl, ani jsem se nezajímala. Takže dcera vyřídila kartu ZTP a příspěvek na benzín.*“ Podobná reakce byla i od P4 ve shodě s P7. P4 uvedla: „*No moc mi toho neřekli, hodně jsem si zjišťovala sama a pak mamina.*“, P7 odpověděla: „*... museli jsme hledat na internetu s pomocí dcery.*“ P5 k problematice upřesnila: „*To se většinou dozvíte od lidí, to vám nikdo neřekne. Kdyby se to člověk nedověděl od lidí, tak vám nikdo neporadí, tak zase ty peníze zůstanou státu.*“ Naopak jediný P6 dostal informace od svého praktického lékaře. P6 reagoval: „*Od praktického lékaře jsem dostal doporučení na žádost o průkaz ZTP/P, po jeho obdržení jsem si zařídil parkovací průkaz pro lepší dostupnost k lékaři, do obchodu. Pěšky bych to nezvládl.*“

Kategorie Protetická péče představuje péči o pacienty po amputaci končetiny z pohledu jak protetické péče, tak péče o pahýl a rehabilitace.

Podkategorie Péče o pahýl

Péče o pahýl je nedílnou součástí péče již v nemocničním prostředí, je ale naprosto nezbytné, aby tato péče pak v domácím prostředí pokračovala. Zajímali jsme se tedy, jak byli pacienti po amputaci instruováni. Z výsledků výzkumného šetření všeobecně vyplynulo, že v oblasti péče o pahýl nejsou všichni pacienti po amputaci končetiny

instruování shodně. Z výsledků je zřejmé, že pacientům P1, P3 a P7 byly informace v péči o pahýl poskytnuty. P1 reagovala: „ *No paní doktorka mi jako řekla všechno, co mám dělat, že si to z kraje nemám ničím mazat, jenom sprchovat vodou, udržovat v čistotě. Masáž pahýlu mi nikdo neukazoval.* “ P7 se cítí v oblasti péče o pahýl plně informována a sebejistá, což dokládá její výpověď: „ *Sestry mi řekly, že si to mám masírovat. Zvládám to supr, masíruju to pečlivě ještě dnes, mažu si to různýma mastičkama, krémama a každý den v posteli cvičím.* “ Odpovědi P4 a P6 jsou ve shodě, jak pečovat o pahýl se dozvěděli od protetiky až po propuštění z nemocničního zařízení. Oproti tomu se lišily výpovědi P2 a P5, kteří se dle svých slov necítili být dostatečně informováni v péči o pahýl. P2 uvedla: „ *Když mě pouštěli z nemocnice, tak mně jenom řekli, kdy přijdu na stehy, ty mi potom na ambulanci vyndali a řekli, že pahýl mohu sprchovat.* “ P5 dodala: „ *Ne, to mi nikdo neřekl, zavázali a tím pádem to skončilo.* “

Podkategorie Rehabilitace

Poukazuje na spolupráci s fyzioterapeutem na oddělení i v protetickém zařízení s pacientem po amputaci končetiny. Z analýzy výsledků vyplynulo, jak pacienti hodnotí rehabilitační péči po amputaci končetiny. Překvapující bylo zjištění, že pacientům po amputaci horní končetiny se rehabilitační péče nedostává. Odpovědi P1 a P2 se shodují. P1 odpověděla: „ *Vůbec za mnou nepřišli.* “ P2 reagovala: „ *Nebyl u mě fyzioterapeut.* “ Z výsledků výzkumného šetření naopak vyplynulo, že pacienti po amputaci dolní končetiny jsou s fyzioterapeutem v kontaktu. P4 popisuje svoji rehabilitaci následovně: „ *Fyzioterapeuta navštěvuji doteď v rámci protetiky a vlastně naše spolupráce začala až na protetice, do té doby jsem trávila čas na vozíku...* “ Což je v rozporu s tvrzením P3, který uvedl, že fyzioterapeut ho navštívil 1. den od operace a dále jedenkrát denně po dobu hospitalizace, ale tím pro něj rehabilitace skončila. Zkušenosti s rehabilitační péčí jsou u P5 a P6 ve shodě. P5 uvedla: „ *... přišla za mnou druhý nebo třetí den a postavila mi na berle.* “ P6 doplňuje: „ *Rehabilitační pracovnice mi ukázala, jak se zvednout za pomoci berlí a naučila mě o těch berlich chodit a držet stabilitu.* “ P7 se k rehabilitační péči vyjádřila: „ *Dobře. Chodili tam za mnou, procvičovali jsme nohy, ukazovali mi všechno možný. Když jsem měla po první amputaci, tak mi nohu i masírovali. U té druhé už jsem věděla, tak jsem si pahýl masírovala sama. Taky jsme po té druhé operaci hodně cvičili ruce, abych měla sílu se přesunovat.* “

Podkategorie První kontakt s protetikem

Z analýzy odpovědí vyplynulo, jak vnímali pacienti po amputaci končetiny první kontakt s protetikem, kdy k němu došlo, jaké jim protetik předal informace. K tématu setkání s protetikem jsou ve shodě P1, že první setkání s protetikem proběhlo ambulantně. P2 se vyjádřila: „*No to probíhalo ambulantně první setkání s protetikem. Kde mi dal bavlněný návlek na pahýl, vzal si na mě kontakt a řekl, že se mi ozve a přijede za nimi.*“ P5 má první zkušenosti s protetikem takové: „*Dal mi gumovou punčochu, to že si jako mám natahovat, bylo to na chirurgickém oddělení, přijel z Plzně. Prý si to mám natahovat až budu mít ten pahejl zahojený, aby se tvaroval. A pak, když jsem byla doma, tak mi volali, že se mám dostavit.*“ Výsledky výzkumného šetření odhalily i negativní stránku protetické péče, což potvrzuje pokračování výpovědi P5: „*Neměla jsem na výběr, byl mi přidělený, nikdo mi neporadil, že bych měla na výběr, kde je to nejideálnější.*“ P6 v prvním kontaktu s protetikem odhalil časovou prodlevu z důvodu hojení rány per secundam. „*První kontakt s protetikem byl až po více jak 2 měsících vzhledem ke špatnému hojení pahýlu. Tam mi změřili pahýl, aby mohli zhotovit protézu a byl jsem poučen o nošení gumového návleku.*“ P7 vzpomíná na první kontakt s protetikem velmi kladně. „*To bylo hezký, protetik taky nemá nohu, takže on mi podle toho, co zažil sám dával rady.*“

Podkategorie Pokračující protetická péče

Podkategorie představuje pokračující protetickou péči. Zjišťovali jsme navazující spolupráci pacienta po amputaci končetiny s protetikem z dlouhodobého pohledu.

Jak protetická péče pokračovala, odpověděla P1: „*Oni mi to naměřili podle druhé ruky a hned do měsíce jsem tu ruku měla. Připadám si jako Žižka s palcátem. Ta protéza je hrozně těžká. Zkraje jsem poctivě cvičila, až jsem z toho tejdén nemohla ani hnout, jo a tak jsem říkala, prdím na celou ruku.*“ Výpověď P1 je v tomto ohledu ve shodě s P2, která si na protézu horní končetiny též nezvykla a nepoužívá ji, na protetiku nejedí. P6 popsal svůj vztah k protetické péči následovně „*Po obdržení protézy mi ukázali správnou chůzi, držení těla. Vím, že každý pŕlrok mám jezdit na protetické oddělení na údržbu a po roce že dostanu novou.*“ S touto odpovědí se shodují výpovědi P3, P4, P7. Oproti tomu však P5 nebyla celkově spokojená s protetickou péčí, což dokládá její odpověď: „*... on to neměřil, ta protéza byla tak široká na dvěstěkilovýho chlapa, třikrát mi upadla, on neurvale, že to není možný. Když mi tu nohu nasadil, tak jenom párkrát jsem se prošla u nich na tom zábradlí. Učila jsem se sama ve sklepe.*“

Kategorie Péče v domácím prostředí

Kategorie je zaměřena na péči v domácím prostředí, konkrétně jak pacienti po amputaci končetiny zvládají sebezpečí, jaké kompenzační pomůcky jim usnadňují život v běžném prostředí, či jestli bylo nutné, aby jim rodina zajistila před návratem z nemocnice nějaké bytové úpravy.

Kategorie je členěna na čtyři podkategorie – úprava domácího prostředí; sebeobsluha po amputaci končetiny; kompenzační pomůcky usnadňující návrat do běžného života a domácí péče.

Podkategorie Úprava domácího prostředí

Z výsledků výzkumného šetření je zřejmé, že bez úpravy domácího prostředí se neobejde návrat pacientů po amputaci dolní končetiny. Koupelnu bylo potřeba zrekonstruovat u P5 a P7 „ ... ano, koupelnu. Zaplatili mi jen práci (pozn.: má na mysli úřad), jinak materiál jsem si hradila sama (P5).“ „ Jojo, upravovali jsme koupelnu i záchod na bezbariérový, dávali jsme madla. Odstranili jsme prahy po celém domě (P7).“ P3 reagoval: „Rodina zajistila přes charitu zapůjčení polohovací postele, aby mi usnadnili vstávání z postele. Bylo to příjemné.“ P4 odpověděla: „No všechno, chvíli jsem bydlela i u kamaráda a sháněl se bezbariérový byt, vozík, zařizovala se úprava auta na ruční řízení.“

Zajímavou zkušenost má P 6, který bydlí ve 3. patře. „Pokus o zajištění výtahu. Bylo by to k prospěchu všech, jsme tam starší obyvatelé. Bylo mi sděleno, abych se přestěhoval jinam. Do přízemí.“ Oproti tomu návrat pacientky P1 a P2 po amputaci horní končetiny nevyžadoval žádný zásah po stránce úpravy domácího prostředí. P1 reagovala: „Nebylo nic potřeba dělat, já jsem se v bytě přizpůsobila.“

Podkategorie Sebeobsluha po amputaci končetiny

Podkategorie představuje činnosti, které v aktuálním stavu zvládají, které jim naopak dělají problémy, nebo ke kterým se nemohou vrátit v běžném životě. P6 odpověděl: „ Po necelých pěti měsících jsem se navrátil k činnostem jako před operací. Dojdu na nákup, pracuji na zahradě, řídím auto.“ Dotazovaná pacientka P5 zhodnotila svoji současnou soběstačnost: „Já bych řekla, že tak nějak všechno zvládám. Ted' jsem myla i okna. Sice mopem, ale umyla.“ Překvapující je výpověď P7, která reagovala: „Zvládám schody, mírnou dopomoc potřebuji při hygieně, ale žiju jako před operací, jezdím na návštěvy za kamarádkami, tam mě vždycky dcera odveze a já se zvládám o sebe postarat bez rodiny i třeba dva dny. Uvařím si, nepřeháním to, když je potřeba, tak se posadím a odpočnu,

nebo sundám nohy a pohybuji se na vozíku.“ Naopak P2 uvedla některé komplikace v sebeobsluze po amputaci horní končetiny: „Musela jsem obměnit šatník, začala jsem nosit obyčejná trička, prostě halenky bez knoflíků. Taky mi dcera nakoupila boty bez tkaniček na suchý zip. Hygienu zvládám samostatně, problém mám s vařením při využití plotny k vaření, máme plynový sporák. Jinak co je pro mě traumatizující, že rozbíjím věci, naposledy skleněnou konvici na čaj a v podstatě nejsem ani schopná to po sobě uklidit. Zametu, ale už si to nenametu na lopatku. Jinak nádobí v napuštěném dřezu umyju, utírám ho stylem, že si talíř položím na utěrku a druhou utěrkou ho utírám.“ Potěšující zjištění i po amputaci horní končetiny je odpověď P1, která k sebeobsluze dodala: „Snažím se dělat úplně všechno. I zašívám díry, žehlím, pečů... musím to nějak zvládnout. Vždyť jsem se naučila i brambory škrabat jednou rukou. To mi vůbec nešlo, ale teď mám takovou malou mističku, sice se mi točí, ale škrabu... Co mi ale nejvíce mrzí, že nemůžu řídit auto, to je pro mě nejtěžší, chybí mi nejvíce.“

Podkategorie Kompenzační pomůcky usnadňující návrat do běžného života

Podkategorie představuje, jaké kompenzační pomůcky pacienti po amputaci končetiny využívali, využívají, kde je dostali, či vypůjčili. Odpovědi všech pacientů po amputaci dolní končetiny jsou ve shodě s doporučenými rehabilitačními postupy. Pacienti obdrželi podpažní berle, se kterými zahajovali svoji mobilizaci po amputaci končetiny. Nejen podpažní berle, ale i další pomůcky usnadnily návrat do běžného života P5. P5 odpověděla: „... nejdříve podpažní berle, ty mi ale přijdou neskutečně blbě. Pak jsem po amputaci taky měla stupátko u postele. Teď využívám i vozík, který jsem si musela koupit. Na protěze mi řekli, že nemůžu mít vozík půjčený na pojišťovnu, že by mi nemohli udělat protězu. Tak jsem si ho koupila. I chodítka jsem si sehnala sama od jedné paní. Vzala jsem flašku a čokoládu a paní nám ho předala. Taky gramofon jsem měla půjčený. Ale to všechno prostě sháníte sami...“ P4 řekla, že invalidní vozík si sehnala s pomocí rodiny, ale půjčovala si například podložní mísu. Invalidní vozík využívá i P6 a P7: „Nejdříve mi byly zapůjčeny berle a invalidní vozík na přechodnou dobu. Potom jsem si koupila vozík podle mých představ. Užší.“ (P6). P7 dodala: „Mám madla po bytě, polohovací postel, ta mi strašně pomáhá, já se nezvednu, protože se mi zvedají pahýly, tak mi postel hrozně pomáhá. A invalidní vozík. A když mám nasazené protězy, tak berličky, nebo mám to chodítka. Úžasný pomocník je pro mě skluzná podložka. Tu mi obstarala dcera.“

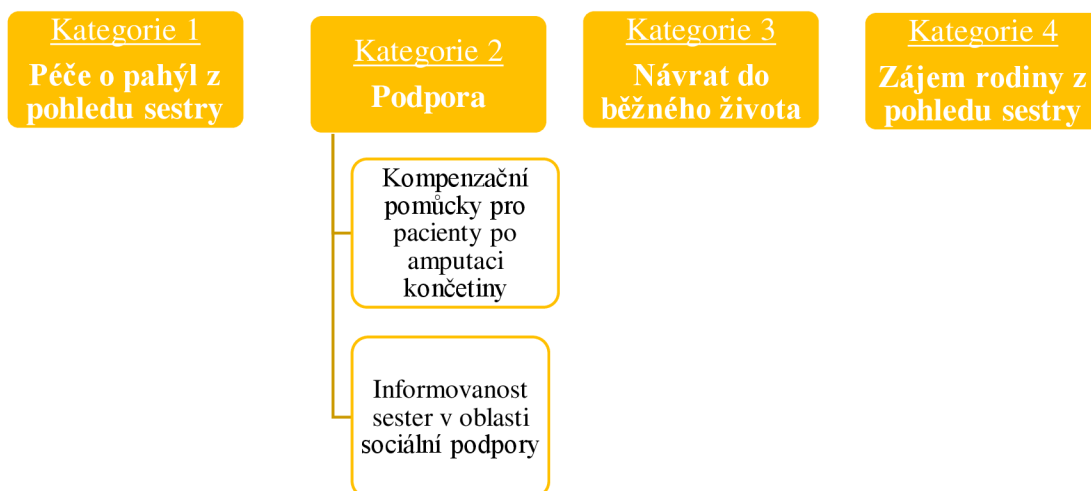
Podkategorie Domácí péče

Ze získaných výpovědí dotazovaných vyplývá, že dotazovaní pacienti zvládli návrat do běžného života bez asistence domácí péče. Ve většině případů – P1, P2, P3, P5, P7 nebyla tato péče ani nabídnuta. P1 odpověděla: „*Vůbec ne, ale ani jsem o ni neuvažovala. Ptaly se mě děvčata z charity, jestli je nepotřebuju, ale říkám ne.*“ P5 uvedla, že nabídnuta jí nebyla a ani by jí nechtěla: „*V nemocnici mi to nenabídli, já bych to ale ani nechtěla. Proč si pouštět do bytu cizí lidi, jsem tu s manželem, který pomohl, když jsem potřebovala, syn taky nebydlí daleko. Ale využila jsem krátkodobého pobytu na eldéence.*“ Výpověď P5 je ve shodě s P7, kdy P7 uvedla, že jí nebyla nabídnuta, ale jak jedním dechem dodala, nechtěla by jí, nepotřebovala ji, měla pomoc dcery. P2 reagovala: „*Nabídnuta mi nebyla. Rodina zjistila o možnosti charity, zpočátku mně i manželovi vozili obědy.*“ Jediná P4 byla dle svých slov s možností domácí péče srozuměna, avšak této nabídce též nevyužila, protože měla velkou pomoc rodiny. P6 uvedl, že neměl nabídku domácí péče, ale měl možnost doléčení na oddělení následné péče: „*Při propuštění mi nikdo domácí péči nenabídl, jen propouštějící lékař mi sdělil možnost doléčení na oddělení následné péče, které ale nebylo v místě bydliště, a proto po poradě s manželkou, jsem tuto možnost odmítl.*“

4.2 Výsledky výzkumného vzorku – sestry

Druhý výzkumný vzorek tvořily sestry, které se významně podílejí na péči o pacienta po amputaci končetiny. Aby tato péče byla komplexní, musejí být samy sestry informované. Cílem bylo zjistit, jaké povědomí mají právě sestry o možnostech pomoci pacientovi po amputaci končetiny v návratu do běžného života. Data v tomto případě byla rozdělena do 4 kategorií, jedna kategorie na 2 podkategorie (Schéma 2).

Schéma 2 Přehled kategorií a podkategorií



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie Péče o pahýl z pohledu sestry

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče o pacienta po amputaci končetiny je péče o pahýl. Z analýzy výsledků vyplynuly shodné odpovědi sester S1, S2, S3, S4, S5 v oblasti bandážování. S3 uvedla: „U nás na oddělení se používají klasické bandážovací techniky, zvláště u pacientů se zachovalým kolenním kloubem. Vim o tejpovací technice, ale ta se u nás standardně nepoužívá.“ S5 upřesnila: „Bandážujeme pomocí elastického obinadla, které se přiloží hned po operaci, většinou ještě na sále. Bandážujeme do kónického tvaru.“ Oproti tomu neshoda nastala u sester v odpovědích na rozšiřující péči o pahýl. S1 reagovala: „... bandáž pahýlu si jeden chirurg provádí nejraději sám, jinak masáže pahýlu neprovádíme, mičkování a sprchování až po vynětí stehů.“ S2 odpověděla: „Kromě bandážování nic jiného s pahýlem nedělám.“ S4 uvedla: „... no základně, když doktor řekne, že chce bandáž pahýlu, tak ji děláme. Jinak speciální péči o pahýl by měl mít na starost protetik, ne?“ S5 na dotaz ohledně péče o pahýl má povědomí o masáži, sprchování, ale říká, že se to na oddělení nedělá, ale při propuštění to nemocným říká.

Kategorie Podpora

Z analýzy výsledků vyplynula kategorie, která se zaměřuje na celkovou podporu sester v návratu pacienta po amputaci končetiny do běžného života. Tato kategorie je rozdělena

do 2 podkategorií: Kompenzační pomůcky pro pacienty po amputaci končetiny; Informovanost sester o sociální podpoře.

Podkategorie Kompenzační pomůcky pro pacienty po amputaci končetiny

Z rozhovorů se sestrami vyplynulo, jaké kompenzační pomůcky jsou pacientům po amputaci končetiny poskytovány, jak se sestry podílí na vybavování pacientů kompenzačními pomůckami. Podpažní berle jako základní kompenzační pomůcku u pacienta po amputaci končetiny shodně uvedly S1, S2, S3, S4. S1 odpověděla: „*Všichni pacienti po amputaci dostanou podpažní berle...*“ S3 uvedla: „*Na našem oddělení dostane pacient berle nebo francouzské hole...*“ Další možnosti zapůjčení kompenzačních pomůcek usnadňující pacientův návrat zpět do běžného života komplikuje fakt, na který upozorňuje shodně S1 a S5. S1 uvedla: „*...naše zařízení nenabízí žádné zapůjčování kompenzačních pomůcek. Jsme schopni jim z našich zásob zapůjčit podložní mísu či močovou lahev. Pokud pacient jeví zájem o jiný druh pomůcek, odkážeme je na Diakon či charitu.*“ S5 odpověděla: „*...z naší strany nejsme dostatečně poučeny o zapůjčování kompenzačních pomůcek do domácího prostředí. Pacientům doporučím sociální odbor.*“ S4 odpověděla, že se pacienti sami dotazují, kde se pomůcky půjčují, odpovídá jim ve shodě s S3: „*...ostatní kompenzační pomůcky obstará charita, kterou si musí kontaktovat pacient.*“

Podkategorie Informovanost sester o sociální podpoře

Výsledky výzkumného šetření u pacientů odhalily fakt, že sestry nejsou dostatečně erudované v oblasti sociální podpory. Výpovědi sester S1, S2, S3, S4, S5 jsou ve shodě s tvrzením pacientů. S1 reagovala: „*Upřímně žádné, nejsem vzdělaná v této oblasti. Pokud se pacient zeptá na sociální oblast, mohu mu předat kontakt na sociální odbor, ale v této oblasti jsou bohužel aktivnější rodinní příslušníci než personál.*“ S2 odpověděla: „*Žádné informace o sociální podpoře pacientovi nedávám, nevím, co bych mu měla říkat.*“ S3 reagovala: „*Odkážu ho na sociální pracovníci městského úřadu, že mu tam poví o příspěvcích na péči, o asistenční službě, o příspěvcích na mobilitu, homecare.*“ S4 se nebyla schopna vyjádřit, protože se jí ještě nestalo, aby se na sociální pomoc pacient ptal. S4 dodala: „*V této fázi se spíše zajímají o kompenzační pomůcky, příspěvky více řeší rodina než pacient sám.*“ V této kategorii je jednoznačná shoda neinformovanosti všech oslovených sester, které shrnula svým vyjádřením S5: „*... myslím, že nejsou sestry dostatečně vzdělané a neorientují se v těchto otázkách.*“

Kategorie Návrat do života

Tato kategorie přináší vzhled do problematiky způsobu pomoci sester pacientům po amputaci zpět do běžného života. Způsobů pomoci pacientovi k návratu zpět do běžného života je mnoho a každá oslovená sestra ho vnímá jinak. S1 odpověděla v souladu s S2. S1 uvedla: *„Naše nemocnice má zajištěnou duchovní péči, která je pacientovi nabídnuta již při příjmu. Dle jeho stavu v průběhu hospitalizace. Jinak se snažím pacienta motivovat k návratu do běžného života celkovým přístupem.“* S3 odpověděla: *„Psychickou ve formě povzbuzení, dopomoc při sebedpěči, ale i nácvik samostatnosti v běžných činnostech jako je hygiena a oblékání. Tím pacient vidí, že to půjde a doma to zvládne.“* S4 dodala: *„Když vidím, že by pacient potřeboval psychologa, tak to řeknu lékaři. A ptáme se v rámci příjmu na zájem o duchovní péči. Určitě se snažím pacientovi dokázat, že zvládne běžné úkony sám jako před amputací. Třeba umýt se, obléct se, když začne stát v podpažních berličích, sám vnímá, že to zvládne.“* S5 shrnula celkovou problematiku v nabízené pomoci pacientům po amputaci končetiny v nemocničním zařízení: *„V nemocnici by měl dostat pacient informace týkající se sociální podpory, protetické péče, psychologické péče. Měly by mu být poskytnuty edukační materiály a přehled kompenzačních pomůcek. Bohužel, v této oblasti nemocniční péče zatím pokulhává.“*

Kategorie Zájem rodiny z pohledu sester

V kategorii je představen zájem rodiny na plánování návratu pacienta po amputaci zpět do domácího prostředí. Z analýzy odpovědí sester vyplynulo, že pokud se jedná o aktivního pacienta, kde lze návrat do běžného života očekávat, tak má rodina zájem, sami si zjišťují informace ohledně úpravy domácího prostředí. S1 uvedla: *„Zajímají se, chtějí vědět, co mají doma nachystat, jaká bude jejich role v péči, jestli budou muset převazovat pahýl, jaké dostane pacient pomůcky na doma, někdy se i s lékařem domlouvají o prodloužení hospitalizace, aby stihli doma vše nachystat.“* S3 popsala zájem rodinných příslušníků: *„Ano, pokud se jedná o pacienta, který počítá s tím, že půjde domů, tak se rodina zajímá.“* S2 k zájmu rodiny dodala: *„Zajímají se, nechtějí je překládat na oddělení následné péče, věří, že doma jim bude líp a snaží se jim to teda doma připravit. Většinou se zajímají, jak to udělat, aby s nima mohli být ze začátku doma. Z velké části jsou to pracující lidi. To potom řešíme s naší dokumentační pracovníci, která jim zařídí dlouhodobé ošetřování na tři měsíce.“* S5 odpověděla: *„Jojo, jsou rodinní příslušníci aktivní, mají zájem, přizpůsobují domácí prostředí jeho potřebám. Zdravotníci mohou poskytnout cenné rady ohledně zlepšení podmínek kam se bude pacient vracet.“*

S3 uvedla, jaké informace rodinným příslušníkům předává: „*Já jim vysvětlím riziko pádu doma, aby měl vhodnou obuv doma i venku, aby dávali pozor na otlaky pahýlu, aby si pacient nestrhl a neodřel kůži...*“

5 Diskuze

Cílem výzkumného šetření bylo odhalit jevy, které je možno napravit, aby docházelo k adekvátní komplexní péči o pacienty po amputaci končetiny. Prvním výzkumným vzorkem byli pacienti po amputaci končetiny, kteří se navrátili zpět do běžného života. Druhým výzkumným vzorkem byly sestry z chirurgického oddělení, které denně o pacienty po tomto operačním zákroku pečují a napomáhají jim zpět do běžného života.

K cíli 1, kde jsme zjišťovali, jakými informacemi pacienti při propuštění do domácího prostředí disponují, se vztahují kategorie Podpora po amputaci končetiny se svými podkategoriemi Psychologická pomoc; Sociální podpora a následně podkategorie Péče o pahýl z kategorie Protetická péče. Druhým cílem bylo zjistit, jak se sestry podílejí na návratu pacienta do domácího prostředí, protože informace, které jsme získali, jsou podle mého názoru v návaznosti. Protože sestra se podílí v takové míře, jakými disponuje nejen zkušenostmi, ale i informacemi. Lze předpokládat, pokud má dostatek informací sestra, má je pak i pacient. Třetím cílem bylo zjistit, jak se na procesu přípravy pacienta do běžného života před propuštěním z nemocničního zařízení podílejí rodinní příslušníci. K těmto cílům bylo vytvořeno šest výzkumných otázek. Jaké sebeobslužné činnosti ovládá pacient po amputaci končetiny při propuštění z nemocničního zařízení?; Jakými informacemi disponuje pacient po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování?; Jak sestry podporují pacienty po amputaci končetiny v návratu do běžného života?; Jakým způsobem získávají pacienti po amputaci končetiny informace o možnostech pomoci?; Jaký postoj zaujímají rodinní příslušníci k návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí?; Jak podporují rodinní příslušníci svého blízkého po amputaci končetiny v zapojení do běžného života? Výzkumné šetření bylo provedeno s pacienty po amputaci končetiny, kteří se již navrátili do běžného života a se sestrami z chirurgického oddělení.

Na výzkumnou otázku, Jaké sebeobslužné činnosti ovládá pacient po amputaci končetiny při propuštění z nemocničního zařízení? nám z výzkumného šetření vyplynulo, že všichni pacienti před propuštěním do domácí péče musejí zvládat přesun z lůžka, to dokládá odpověď S1: „*Musí se umět posadit nejlépe i za dopomoci z lůžka na gramofon.*“ S4 navíc dodala: „*Musí se posadit, v případě amputace dolní končetiny, aby se postavil za pomoci berlí a aby zvládl základní sebepečí a přeseďnutí na vozík.*“ Tento základní úkon je zároveň jednou z podmínek překladu na oddělení protetiky. V rámci zájmu o tuto problematiku jsme při psaní bakalářské práce narazili i na jediné lůžkové protetické

oddělení v celé republice. Oddělení funguje v nemocnici v Ústí nad Labem. Jak uvádí Táborská (2018), na lůžkové oddělení protetiky se nemocný překládá 2.-6. den po amputačním výkonu. Překlad je podmíněn tím, že nemocný musí být samostatně schopen se přesunout z lůžka na invalidní vozík. Na protetickém oddělení jsou pacienti učeni otužování pahýlu, nosí silikonový návlek na pahýlu a denně ode dne překlada probíhá metoda školy chůze. Když nemocný zvládne překonat překážky v terénu, je plně připraven na propuštění domů (Táborská, 2018).

Jakými informacemi disponuje pacient po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování? Výsledky šetření ukázaly, že pacienti nemají od personálu žádné informace z oblasti sociální, ani z pohledu vybavenosti kompenzačními pomůckami či v péči o pahýl. Z odpovědí sester S1, S3, S4 je zřejmé, že samy neví, jak instruovat pacienty, nemají žádné pokyny, kterými by se v těchto případech mohly řídit. Pravděpodobně je to proto, že to spadá více do kompetencí sociálního pracovníka či ergoterapeutky, ale sestra by měla mít základní přehled a měla by s těmito nelékařskými pracovníky spolupracovat. Dokládá to výrok S5, která přiznává: „*Bohužel, v této oblasti nemocniční péče zatím pokulhává.*“

V rámci výzkumného šetření se sestrami jsme se zajímali, jak sestry podporují pacienty po amputaci končetiny v návratu do běžného života. Z výsledků vyplynulo, že sestry podporují pacienty různými způsoby, protože každá oslovená sestra vnímá pojem podpora odlišně. Nicméně S1 odpověděla v souladu s S2, kdy shodně nabízí jako podporu pacientovi duchovní péči. S1 rozvinula odpověď: „*Jinak se snažím pacienta motivovat k návratu do běžného života celkovým přístupem.*“ S3 podporuje nemocného nejen formou povzbuzení, ale též „*...dopomoc při sebepéči, ale i nácvik samostatnosti v běžných činnostech jako je hygiena a oblékání. Tím pacient vidí, že to půjde a doma to zvládne.*“ S4 dodala: „*Když vidím, že by pacient potřeboval psychologa, tak to řeknu lékaři. A ptáme se v rámci příjmu na zájem o duchovní péči. Určitě se snažím pacientovi dokázat, že zvládne běžné úkony sám jako před amputací. Třeba umýt se, obléct se, když začne stát v podpažních berlich, sám vnímá, že to zvládne.*“

Následující výzkumná otázka zněla: Jakým způsobem získávají pacienti po amputaci končetiny informace o možnostech pomoci? Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti získávají informace zejména od svých rodinných příslušníků. To dokládá odpověď P1, P2 i P4, které jsou podobné, neboť veškeré informace o sociální podpoře jim získávají rodinní příslušníci přes své známé, z internetu, což nepřimo potvrzuje i výpověď P4: „*No moc mi toho neřekli, hodně jsem si zjišťovala sama a pak mamina.*“

Potěšující je, že na menší obci se nabídly pracovnice charity samy, když zjistily, že mají mezi sebou obyvatelku po amputaci horní končetiny. Toto je patrné z výroku P1, která uvedla: „*Nenabídli mi nic, ale tady máme charitu, jsou tam děvčata a ty mi poradily. Samotné mi v nemocnici nikdo nic nenabídl.*“ Dle mého názoru je možná chyba v tom, že oddělení nemá vlastní sociální pracovníci, která by problémy spojené s návratem pacienta po amputaci do běžného života řešila. Na druhou stranu ve městě, kde je nemocnice, je i městský úřad se sociálním odborem, který dokáže tyto problémy řešit. Lze předpokládat, že by stačilo povědomí sester o organizacích, na které je potřeba člověka po amputaci odkázat, kde mu dokážou poradit, na jaké příspěvky má ze zákona nárok, či kde si může na přechodnou dobu za minimální poplatek zapůjčit kompenzační pomůcky (Příloha 5). Ze zkušeností z praxe mohu uvést, že ve větších nemocnicích, mají pacienti po amputaci končetiny daleko komplexnější péči, na oddělení obdrží veškeré nutné formuláře, které stačí vyplnit a pacienti po amputaci končetiny mají zajištěnou sociální podporu, z nemocnice odcházejí s potřebnými kompenzačními pomůckami, které odpovídají jejich fyzickému stavu, mají na přechodnou dobu zajištěnou domácí péči a jsou seznámeni s protetikem, který ho má v péči. V oblasti péči o pahýl se nabízí zmínit výpověď P5, která nedostala žádné informace: „*Ne, to mi nikdo neřekl, zavázali a tím pádem to skončilo.*“ Výpověď P5 koresponduje s odpovědí S4: „*...jinak speciální péči o pahýl by měl mít na starost protetik, ne?*“ Avšak péče o pahýl začíná již v nemocnici. V oblasti bandážování pahýlu po amputaci končetiny jsme narazili na rozdílnost v péči. Dle Ottobock (2014) není potřeba bandážovat pahýl přes kloub, pouze jedná-li se o transtibiální amputaci, pak jde bandáž přes kolenní kloub do poloviny stehna. U transfemorálních amputací co nejvýše směrem k tříslu, ne přes kyčelní kloub, jak uvádějí například Dosbaba et al., (2021) či také již výše zmíněný Smutný (2009).

Překvapivé zjištění přineslo výzkumné šetření v rámci rodinných příslušníků pacientů po amputaci končetiny. Zajímali jsme se, jaký postoj zaujímají k návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí a jak svého blízkého podporují v zapojení do běžného života. S1, S3, S5 se shodují, že o návrat pacienta do běžného života jeví příbuzní zájem, dotazují se na nutnost úpravy domácího prostředí, jsou v kontaktu s ošetřujícím personálem. Konkrétně S3 uvedla, že edukuje rodinu zejména: „*... v oblasti prevence pádů, o vhodné obuvi v domácím i venkovním prostředí. Vysvětlím rodině, aby dávali pozor na otlaky pahýlu...*“ Na prevenci pádu u lidí po amputaci končetiny upozorňuje i Cristian (2012), který popisuje zvýšené riziko pádů po amputaci končetiny v období rehabilitace. Doporučuje proto v domácnosti odstranit volné koberce

a dveřní prahy, aby se toto riziko minimalizovalo. Pacienti P5, P7 po amputaci dolních končetin se ve svých odpovědích shodují, že rodiny jim nachystaly zázemí ve formě právě odebrání prahů, předělání koupelen na bezbariérové. Někteří využili namontování madel jak v koupelně, tak po bytě, P7 měla schodiště, kam rodina musela nainstalovat zábradlí, aby se lépe pohybovala o protézách. Shoda nastala i u obou žen po amputaci horní končetiny. Tam nebylo zcela nutné upravovat domácí prostředí, avšak péče byla více zacílena na změnu běžně využívaných pomůcek k sebeobsluze, změna šatníku, obutí. Z výzkumného šetření se sestrami i pacienty vyplynulo, že rodina se významně podílí na přípravě návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí. Jak již bylo zmíněno, rodina, rodinné zázemí hraje významnou roli i v samotné motivaci lidí po amputaci končetiny. Před zahájením rozhovorů s pacienty jsme byli téměř jistě přesvědčeni, že takto náročná životní situace si vyžaduje psychologickou pomoc. I Zacharová (2017) uvádí, že přijmout zprávu o závažném faktu změny zdravotního stavu, je pro člověka náročnou situací, se kterou se složitě a někdy i neúspěšně vyrovnává. Jistě jsou nám známy fáze boje s nemocí ve formě šok; agrese; smlouvání; smutek a deprese; akceptace. Křivohlavý (2002) upozorňuje, že se řadou studií ukázalo, že se ne všechny tyto fáze musí u nemocného objevit, mohou být různě přehozeny, některé se dokonce mohou opakovat. Lze zmínit Kübler-Rossovou (2012), která představila teorii pěti přirozených emocí, se kterými člověk přichází na svět a provází ho ve všech životních situacích. Jsou to strach; vina; hněv; žárlivost a láska. Avšak v rámci našeho výzkumného šetření nebylo zjišťováno prožívání nemoci u námi oslovených pacientů. Psychologickou pomoc využila jen jedna oslovená, a to jen jednorázově. Jednalo se o P7, která uvedla: „*Vyhledali jsme psychologickou pomoc, ale jen preventivně, jen z toho důvodu, že dcera má psychologku kamarádku.*“ Na dotaz, co pro ně bylo motivací se navrátit zpět do běžného života, se opakovaly odpovědi jako rodina, či vnitřní bojovnost. Ať už manžel/ka, tak významnou roli hrála vnoučata, pro která tu chtěli být stále aktivní babičkou/dědečkem. Nabízí se upozornit, že motivace je hybná síla psychického charakteru, uvádí do pohybu chování člověka a jeho činnost. Vnitřním zdrojem motivace je motiv, který určuje směr a intenzitu (Výrost, Slaměník, 2019). Z výzkumného šetření vyplynulo, že má-li nemocný rodinné zázemí, samotná rodina je pro něho jakýmsi hnacím motorem pro návrat zpět do běžného života, jeho vnitřní motiv, který mu usnadňuje adaptaci na novou životní situaci. Však jak uvádí Zacharová (2017), dobré rodinné vztahy jsou jedním z nejvýznamnějších činitelů příznivého vývoje nemoci. Vědomí, že někomu záleží na jeho uzdravení, že na něj s láskou čeká, že ho potřebuje, pomůže nemocnému

překonat těžké období. Nemocný potřebuje v době svého vyřazení z běžného života povzbuzení, protože se může cítit osamocen, nepotřebný. Je to právě rodinné zázemí, které může mnoho způsobů ovlivnit jeho zdravotní stav. Zároveň způsob, jakým se dokáže nemocný postavit k nově vzniklé situaci, ovlivňuje nejen jeho adaptaci, ale i právě rodinné příslušníky (Bártlová, 2005). Je možno uvést, že námi provedené výzkumné šetření odhalilo, že se pacient a jeho rodinní příslušníci vzájemně doplňují a motivují v přípravách na novou etapu, na návrat pacienta po amputaci do běžného života.

Překvapivým odhalením v rámci výzkumného šetření bylo, že ne všichni pacienti po amputaci končetiny byli spokojeni s protetickou péčí. Ženy P1, P2 po amputaci horní končetiny dodnes nevyužívají protézu, je pro ně spíše na obtíž. P1 uvedla, že je protéza těžká a upozorňuje na zajímavý fakt: *„A teď mi ještě říká heled'te, udělali jsme vám tu ruku, abyste do ní mohla něco vzít. Říkala jsem panu doktorovi, že do té ruky nemůžu nic vzít, jednou rukou ji nemohu otevřít.“* V průběhu rozhovoru žena přinesla protézu a názorně předvedla. Protéza byla vyrobena s úchopovou vlastností mezi palcem a ukazovákem. Sami jsme měli problém rozevřít tyto prsty a vložit mezi ně například papír, seznam s nákupem. P2 má stejný problém s hmotností protetické pomůcky. *„Na náhradní ruku jsme si nezvykla, je pro mě těžká...takže pro mě je snazší být bez ní a pahýlem už jsem se naučila ledacos podržet.“* P3, P4 a P6 neměli zvláštní výhrady k protetické péči. P7 uvedla naprostou spokojenost, která mohla být dána i tím, že samotný protetik byl po amputaci dolní končetiny. Oproti tomu se P5 vyjádřila k protetické péči následovně: *„Jenom to nasadil na nohu a jenom mi párkrát takhle provedl na tom zábradlí. Chodit jsem se učila sama ve sklepě, to byla všechna péče na protetice. Ale katalog mají krásně udělaný.“* Problém by se mohl jevit v tom, že nejsou po krajích zbudována rehabilitační oddělení pro pacienty po amputacích končetin, kde by se jim intenzivně věnoval fyzioterapeut. Bielmeierová (2016) v odborném článku popisuje, jak funguje péče o pacienty po amputacích při rehabilitační klinice FN Hradec Králové. Podmínkou přijetí je spolupracující pacient se zhojeným pahýlem bez kožních defektů, nejlépe s již funkční protézou. Cestou konzilia se k pacientovi po amputaci dostaví na chirurgii lékař z rehabilitační ambulance, který mu předvede nácvik péče o pahýl a určí, kdy je možno pacienta oprotézovat. Po přijetí na rehabilitační oddělení je s pacientem a jeho rodinou plánováno propuštění, eventuálně výhledový překlad na oddělení následné péče. Za pacientem se dostaví sociální pracovnice, která provede sociální šetření, ověří bariéry v domácím prostředí, nabídne příspěvek na péči, bydlení a úpravu bytu. Dále se personál zaměřuje na nutriční péči nemocného, kterou řeší s nutričním

terapeutem. Hlídnají přísun bílkovin, který kontrolují pravidelným odběrem krve. Součástí pracovního kolektivu je klinický psycholog, který je pacientům denně k dispozici (Bielmeierová, 2016). Tento fungující proces je něco, co bohužel nefunguje ve všech nemocnicích stejně a je to nesmírná ztráta pro pacienty po amputaci končetiny. V rámci rehabilitační péče o nemocné po amputaci končetiny máme potřebu ještě zmínit skvělý rehabilitační program lůžkové rehabilitace na klinice Malvazinky. Jejich koncept spočívá též ve škole chůze, fyzioterapie na podkladu posturální dysbalance, ergoterapie, psychoterapie, nácvik manipulace s protézou, ale i vodoléčba. Výhodu lze spatřit ve skupinových cvičení, kdy člověk po amputaci vidí, že není v danou chvíli jediný bez končetiny v nemocnici, že se dokážou společně namotivovat k návratu do běžného života. Nutno podotknout, že z našich 7 pacientů bylo 6 propuštěno z chirurgického oddělení do domácího ošetřování a jen P5 využila nabídky překladač na oddělení následné péče. Nikdo nebyl přeložen na žádné rehabilitační oddělení, ani mu nebylo nic podobného nabídnuto. S překladačem na oddělení následné péče u pacientky P5 je tak spojen fakt, že při propuštění z nemocnice byla jen ona schopna chůze o protéze, což vedlo v podstatě i ke kompletní sebeobsluze. Ostatní pacienti uvedli, že byli propuštěni z nemocnice poté, co zvládli základní přesun z lůžka na židli umístěnou vedle lůžka. P7, která byla po oboustranné amputaci dolních končetin, využívala k přesunu pomůcku. „ *Dcera mi tam dole (pozn. Diakon – obchod se zdravotnickými pomůckami) koupila takovou kluzkou desku, na kterou jsem se nahla, sedla a sjela jsem na židli, pak doma na vozík.* “

Škola chůze by měla být samozřejmou součástí i ambulantní protetické péče. Nicméně jak z rozhovorů vyplynulo, ne všichni pacienti ji skutečně absolvovali a ti, kteří se učili na pracovišti protetiky chodit o protéze, tak toto popisují v podstatě jako jednorázovou aktivitu v rámci zkoušení protézy, kdy se prošli v bradlech. Pacienti po amputaci horní končetiny nemohou hodnotit školu úchopu, protože jejich protéza byla spíše kosmetickou úpravou zevnějšku než funkční náhrada. Jak uvedla P1: „ *Na protetice se mi nijak nevěnovali, bylo to jen o změření ruky pro výrobu protézy. Již tam nejezdím, byla mi nabídnuta robotická za jeden a půl milionu korun.* “ Výzkumné šetření nepřímo odhalilo, že v nemocnici, kde byla léčena po amputaci končetiny, nemá možnost adekvátní návaznosti péče v podobě rehabilitačních oddělení v blízkosti dané nemocnice. Domníváme se, že je to nesmírná škoda, protože dle výzkumného šetření provedeného Vaňáskovou a Čurdovou (2017), tak pacienti po amputaci dolní končetiny, kteří absolvovali pobyt na rehabilitačním oddělení, jsou lépe koordinačně vybaveni, nácvik chůze o protéze je pozitivnější než samostatné cvičení. Vařeka et al. (2014) uvádí,

že rehabilitace se indikuje u nemocných, kteří jsou schopni dosáhnout na jednu ze tří základních funkčních úrovní – zvládnutí sebeobsluhy a běžných denních aktivit na vozíku, včetně přemístění se na toaletu, případně zvládnutí krátkého stoje za účelem otočení se například právě v koupelně či na toaletě; zvládnutí chůze v chodítku a v poslední řadě zvládnutí chůze o berlích či holích (Vařeka et al., 2014).

V rámci rozhovoru s lidmi po amputaci končetiny jsme se zajímali též o to, jsou-li nějaké bariéry, které jim brání v plném začlenění se do běžného života. P5 uvedla následující: „*My když přijedeme k obchodáku, tak je tam málo míst pro mrzáky. A málo prostoru okolo toho místa.*“ P1 neshledala bariéru v okolním světě, ale ráda řídila auto a... „*Nejvíce mě mrzí, že nemůžu řídit auto, to pro mě bylo nejtěžší, chybí mi nejvíce.*“ P2 zase upozornila na fakt, který si lidé bez tohoto handicapu asi neuvědomují. „*Když jdete do krámu, vy si vezmete košík do ruky, já musím s pojízdným vozíkem. Což je problém v malých konzumech na vesnici.*“ P6 zažil největší překážku při pokusu o zřízení výtahu do bytového domu. „*...bylo mi sděleno, abych se přestěhoval jinam, do přízemí, abych si zkusil byt s někým vyměnit.*“

Na základě analýzy výsledků výzkumného šetření byla vytvořena vlastní brožura, která bude nápomocná pacientovi po amputaci končetiny. Pomůže mu se zorientovat v problematice, která nová životní situace přináší. Najde v ní kontakt na pečovatelskou službu oblastní charity, rady, na jaký příspěvek má ze zákona nárok. Součástí je i formulář žádosti o daný příspěvek, který bude zároveň k dispozici všem sestřám na oddělení. Tento formulář si může pacient vyplnit sám již v nemocnici, což by mohlo podpořit jeho snahu o návrat do běžného života. Však jak uvádí Bednářík, Andrášiová (2020), je velmi důležité pomáhat pacientovi nejen se uzdravit fyzicky, ale také mu pomoci hledat možnost, jak mít během nemoci kontrolu nad různými oblastmi svého života. A dle mého názoru toto je jedna z možností, jak pacienta zapojit do péče o sebe samého v přípravě na návrat do běžného života. Dle Heřmanové et al. (2012), je podmínkou naplnění vyšších potřeb jedince, aby byly naplněny potřeby nižší, ale na druhé straně vyšší potřeby musí takzvaně prosakovat dolů do způsobu uspokojování potřeb nižších. Takže není jedno, jakým způsobem pomáhá sestra pacientovi uspokojit jeho potřebu jídla, spánku, vyprazdňování nebo potřeby být bez bolesti. Vše je možné, dokonce nutné dělat s přihlédnutím k tomu, že pacient má současně i potřebu přijetí, sebeúcty a seberealizace. Dále zde pacient po amputaci najde odkaz na asociaci sdružující pacienty se stejným zdravotním znevýhodněním. Z výzkumu vyplynulo, že jen P4 je členkou organizace, která se zajímá o pacienty po amputaci končetiny. Uvedla: „*Ano, jezdila jsem na kempy*

ve spolupráci s organizací No Foot – No Stress a Ottobock. “ Domníváme se, že kontakt s lidmi se stejnou problematikou může výrazně přispět k navrácení se do běžného života. Jak uvádí Bártlová (2005), nemocný se nesmí eliminovat ze sociální skupiny, jíž je i rodina, ale naopak, on má zvýšenou potřebu začlenit se do sociálních skupin. Třeba i pro něho nově vzniklých.

Dbejme na to, aby se na úkor rozvoje medicíny a se zaváděním nových léčebných i ošetrovatelských praktik nevytratila osobní atmosféra v nemocničním zařízení a nedocházelo k podceňování holistického přístupu k nemocným. Protože prosazování holistického přístupu sester k nemocným i zdravým jedincům v ošetrovatelství vede ke snaze o zachování rovnováhy mezi technickým pokrokem a potřebami jedince (Stasková et al., 2019).

6 Závěr

Návrat pacienta do běžného života po amputaci končetiny je dlouhá cesta, která vyžaduje fungující tým profesionálů, mezi něž se jistě sestry řadí.

V teoretické části bakalářské práce byly shrnuty základní informace o amputačních výkonech, o protetické a rehabilitační péči včetně péči o pahýl po amputaci končetiny a v neposlední řadě vymezení zákonem dané legislativy sociální oblasti pomoci lidem po amputaci končetiny.

Cíle práce byly vytvořeny tři. Prvním cílem bylo zjistit, jakými informacemi disponují pacienti po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování. Druhým cílem bylo zjistit, jak se sestry podílejí na návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí. Třetím cílem bylo zjistit, jak se na procesu přípravy pacienta do běžného života před propuštěním z nemocničního zařízení podílejí rodinní příslušníci. K naplnění těchto cílů jsme dospěli za pomoci šesti výzkumných otázek. Jaké sebeobslužné činnosti ovládá pacient po amputaci končetiny při propuštění z nemocničního zařízení? Jakými informacemi disponuje pacient po amputaci končetiny před propuštěním do domácího ošetřování? Jak sestry podporují pacienty po amputaci končetiny v návratu do běžného života? Jakým způsobem získávají pacienti po amputaci končetiny informace o možnostech pomoci? Jaký postoj zaujímají rodinní příslušníci k návratu pacienta po amputaci končetiny do domácího prostředí? Jak podporují rodinní příslušníci svého blízkého po amputaci končetiny v zapojení do běžného života?

Výzkumná část se zaměřila metodou polostrukturovaného rozhovoru na odkrývání jevů spojených s poskytováním ošetrovatelské péče lidem po amputaci končetiny. Výzkumný vzorek tvořili pacienti po amputaci končetiny, kteří se navrátili zpět do běžného života a nás zajímalo, jakými informacemi byli na oddělení vybaveni, jak jim pomohla rodina při návratu do běžného života, co pro ně bylo motivací a jak celkově probíhalo dění po propuštění z nemocničního zařízení, s jakými komplikacemi se museli vypořádat, aby se dostali zpět do běžného života. Druhým výzkumným vzorkem byly sestry z lůžkové části chirurgického oddělení.

Cíle bakalářské práce byly naplněny. Z výzkumného šetření vyplynulo, že sestry nejsou adekvátně informované v problematice komplexní pomoci pacientům po amputaci končetiny. To se následně odráží v samotném návratu pacienta po amputaci zpět do běžného života. Jeho návrat je ztížen neinformovaností, musí si sám hledat informace prostřednictvím médií či jak z výzkumného šetření vyplynulo, jsou to rodinní příslušníci,

kteří chodí po úřadech a vyplňují nutné formality. Výsledkem je nutnost více začlenit sestry do poskytování informací pacientům po amputaci končetiny v oblasti vybavení pacientů kompenzačními pomůckami či v oblasti sociální podpory.

Výstupem této práce je informační brožura, která byla předložena hlavní sestře nemocnice a je schválena jako oficiální informační prostředek pro pacienty po amputaci končetiny. Autorka při psaní této práce byla obohacena o nové poznatky, o které se podělí se svými kolegyněmi a společně tak nastartují víceúčelový holistický přístup o pacienty po amputaci končetiny. Autorka se v rámci výzkumu aktivně spojila se sociální pracovníci městského úřadu za cílem sjednotit si informace, které je nutno předávat pacientovi po amputaci končetiny. Se sociální pracovníci se dohodla, že v případě potřeby se na ní mohou sestry z oddělení obrátit, aby přijela do nemocnice provést sociální šetření.

Tato práce by mohla sloužit jako podklad pro hlubší výzkum jiným studentům. Jistě by bylo zajímavé provést výzkumné šetření se zaměřením se na dlouhodobý horizont ve smyslu vytipování si aktivního pacienta před operačním výkonem a pozorováním ho provázet až po dobu zhruba jednoho roku a metodou analýzy zhodnotit fungování interdisciplinárního týmu.

7 Seznam použité literatury

- 1) ATKINS, D., MEIER, R., 2012. *Comprehensive Management of the Upper-Limb Amputee*. Springer Science & Business Media. 260 s. doi: 10.1007/978-1-4612-3530-9.
- 2) BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- 3) BEDNAŘÍK, A., ANDRÁŠIOVÁ, M., 2020. *Komunikace s nemocným. Sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-271-2288.
- 4) BIELMEIEROVÁ, J., 2016. Komplexní pohled na amputovaného pacienta na rehabilitační klinice FNHK. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Česká lékařská společnost. 1, 51 s. ISSN 1805-4684.
- 5) CRISTIAN, A., 2012. *Patient Safety in Rehabilitation Medicine*. W. B. Saunders Company. 253 s. ISBN 978-1-4557-4210-3.
- 6) CRISTIAN, A., 2010. *Lower Limb Amputation: A Guide to Living a Quality Life. Read How You Want*. 226 s. ISBN 978-14-587-6479-9.
- 7) ČECHOVÁ, N., 2016. Možnosti preprotetické rehabilitace u pacienta po transtibiální amputaci. *Ortopedická protetika*. 19, 18-26 s. ISSN 1212-6705.
- 8) ČURDOVÁ, A., VAŇÁSKOVÁ, E., 2017. Lůžková rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny, zhodnocení funkčních testů chůze. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 24 (3), 160–64 s. ISSN 1211-2658.
- 9) DUDA, M., 2011. *Základní výkony ve všeobecné chirurgii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 189 s. ISBN 978-80-244-2999-1.
- 10) DUNGL, P. et al., 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

- 11) DOSBABA, F. et al., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada. 172 s. ISBN 978-80-271-1050-6.
- 12) ERNST, J. et al., 2018. Moderní chirurgie pahýlu: možnosti (plasticko-) chirurgické terapie při lokalizovaných bolestech pahýlu. *Ortopedická protetika*. 21, 12-16 s. ISSN 1212-6705.
- 13) GORDON, R., 1995. *Podivuhodné dějiny lékařství*. 3.vydání. Praha: Melantrich. 248 s. ISBN 80-7023-208-0.
- 14) HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Portál. 438 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 15) HEŘMANOVÁ, J. et al., 2012. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 16) HUDEČEK, R., 2019. Význam psychologické pomoci před a po amputaci. *Ortopedická protetika*. 22, 94-96 s. ISSN 1212-6705.
- 17) JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
- 18) KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-5203-7.
- 19) KLUSOŇOVÁ, E., 2011. *Ergoterapie v praxi*. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 264 s. ISBN 978-80-701-3535-8.
- 20) KOHOUTOVÁ, H., 2016. Lůžková rehabilitace pro pacienta po amputaci. *Ortopedická protetika*. 19, 28-30 s. ISSN 1212-6705.
- 21) KOHOUTOVÁ, H., 2021. První nácvik manipulace s protézou. *Ortopedická protetika*. 23, 32-35 s. ISSN 1212-6705.

- 22) KOLÁŘ, P. et al., 2020. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén. 714 s. ISBN 978-80-7492-500-9.
- 23) KOPECKÁ, I., 2012. *Psychologie*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-3876-5.
- 24) KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
- 25) KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. Psyché. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- 26) KÜBLER – ROSSOVÁ. E., 2012. *Světlo na konci tunelu*. Jota. 262 s. ISBN 978-80-756-5297-3.
- 27) MALEŠ, J., 2016. Technologie pro získání sádrového modelu po transradiální amputaci. *Ortopedická protetika*. 19, 38-42 s. ISSN 1212-6705.
- 28) MIERTOVÁ, M., 2019. *Riziko pádu v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-0850-3.
- 29) MÜLLER, M., 2019. *Chirurgie für studium und praxis*. 15., přeprac.vyd. Medizinische Verlags-Und. 544 s. ISBN 978-39-298-5114-4.
- 30) NULAND, S., 2000. *Lékařství v průběhu století*. Praha: Columbus. 720 s. ISBN 80-242-0205-0.
- 31) OTTOBOCK, 2014. *Cesta k optimálnímu protetickému vybavení*. Otto Bock ČR. 6–11 s.
- 32) PEJŠKOVÁ, I., MAREČEK A., 2010. Rehabilitační a protetická péče o pacienty – diabetiky po amputaci končetiny. *Medicina pro praxi*. 7(5), 216-20 s. ISSN 1214-8687.
- 33) PLEVOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství*. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-3557-3.

- 34) PROCHÁZKA, R. et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. Psyché. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
- 35) REZNICK, J., 2013. *Life and Limb*. [online].[cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://www.nlm.nih.gov/exhibition/lifeandlimb/honorablecars.html>
- 36) SCULLY,E., 2019. *The Fastest Knife in the West End*. [online]. [cit.2021-12-14]. Dostupné z: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-7326303/The-history-one-Londons-famous-surgeons-amputate-leg-30-seconds.html>
- 37) SLÁNSKÁ, N., 2021. *Jak probíhaly amputace končetin v minulosti?* [online]. Praha. [cit.2021-12-14]. Dostupné z: <https://www.dotyk.cz/magazin/amputace-v-historii-30000623.html>
- 38) SMUTNÝ, M., 2013. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2.vydání. Brno: MS Ortoprotetika. 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7.
- 39) STASKOVÁ, V. et al., 2019. *Odkaz Joyce E. Travelbee pro ošetrovatelství 21. století*. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-271-2206-6.
- 40) ŠVARŤÍČEK, R. et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 41) TÁBORSKÁ, J., 2018. Principy včasného protézování aneb tři týdny po amputaci v bérci do protézy. *Ortopedická protetika*. 21, 18-19 s. ISSN 1212-6705.
- 42) TOMOVÁ, Š.,KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Grada.136 s. ISBN 978–80-271-0064-4.
- 43) TREŠLOVÁ, M., DOLÁK, F., ed. 2021. *Fyzická manipulace s pacientem v ošetrovatelské péči: (praktická příručka)*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 106 s. ISBN 978-80-7394-866-5.

- 44) VAŘEKA, I. et al., 2014. Kvalitativní hodnocení a testování u pacientů po amputaci dolní končetiny. *Rehabilitace a fyzikální lékařství*. 1, 3-7 s. ISSN 1211-2658.
- 45) VLASATÝ, T., 2019. *Amputace dolních končetin raného středověku a jejich protézy*. [online]. [cit. 2021-10-31]. Dostupné z: [Amputace dolních končetin raného středověku a jejich protézy - Projekt Forløg \(vikingove.cz\)](#)
- 46) VLASÁKOVÁ, B., 2019. Ergoterapie v protetice horních končetin. *Ortopedická protetika*. 22, 82-86 s. ISSN 1212-6705.
- 47) VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2019. *Sociální psychologie*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada. Psyché. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- 48) ZACHAROVÁ, E. et al., 2017. *Zdravotnická psychologie. Teorie a praktická cvičení*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
- 49) Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách. 2006. [online].[cit.2021-10-31]. Dostupné z:
https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87
- 50) Zákon č. 329/2011 Sb., o Poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. 2011. [online]. [cit.2021-10-31]. Dostupné z:
<https://esipa.cz/sbirka/sbsrv.dll/sb?DR=SB&CP=2011s329>
- 51) WILSON, B., 2021. *History of Amputation Surgery and Prosthetics*. [online]. [cit. 2021-11-26]. Dostupné z: <http://www.oandplibrary.org/alp/chap01-01.asp>

8 Seznam příloh

Příloha 1 Příloha k vyhlášce 505/2006 Sb., Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

Příloha 2 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru s pacienty

Příloha 3 Otázky k polostrukturovanému rozhovoru se sestrami

Příloha 4 Vytvoření vlastní informační brožury

Příloha 5 Půjčovna kompenzačních pomůcek Oblastní charity Klatovy

Příloha 6 Formuláře Úřadu práce a sociálních věcí

Příloha 1

Příloha k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímat a měnit polohy,
4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
2. mít přiměřené duševní kompetence,
3. orientovat se osobou, časem a místem,
4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoj,
3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
4. najíst se a napít,
5. dodržovat stanovený dietní režim,
6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
3. oblékat se a obouvat se,
4. svlékat se a zouvat se,
5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. použít hygienické zařízení,
2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
3. provádět celkovou hygienu,
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. včas používat WC,
2. zaujmout vhodnou polohu,
3. vyprázdnit se,
4. provést očistu,
5. používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. dodržovat stanovený léčebný režim,
2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
2. manipulovat s předměty denní potřeby,
3. obstarat si běžný nákup,
4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
7. obsluhovat topení,
8. udržovat pořádek.

Zdroj: Sbíрка zákonů České republiky

Příloha 2 Otázky k rozhovoru s pacienty

- Jak probíhala mobilizace po operaci?
- Jaké informace jste obdržel/a po operaci v souvislosti s péčí o pahýl?
- Jak probíhala spolupráce s fyzioterapeutem?
- Jak probíhalo první setkání s protetikem?
- Co Vám pomohlo překonat náročné období k navrácení do běžného života?
- Jaké pomůcky jste využil k získání soběstačnosti?
- Jaké sebeobslužné činnosti zvládáte?
- Jakými informacemi disponujete stran sociální podpory?
- Jak jste získal informace o sociální a psychologické pomoci?
- Byla Vám nabídnuta domácí péče? Využil jste ji?
- Nabídlí Vám před plánovaným propuštěním do domácího prostředí k zapůjčení kompenzační pomůcky?

Již po protetické péči:

- Jak vnímáte druhé setkání s protetikem?
- Prošel jste v protetickém zařízení tzv. Škola chůze / Škola úchopu?
- Po jak dlouhé době jste byl vybaven protetickou pomůckou?
- Jak dlouho trvala adaptace?
- Co pro Vás při návratu do běžného života bylo nejtěžší překonat?
- Jaké máte zkušenosti o spolcích sdružujících lidi se stejným handicapem?
- Bylo něco, co musela rodina před Vaším propuštěním zařídit?

+ identifikační údaje : Věk ; Pohlaví ; Zaměstnání; Rodinný dům x byt (výtah?)

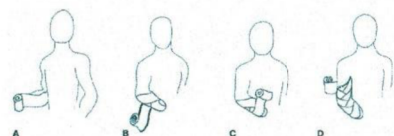
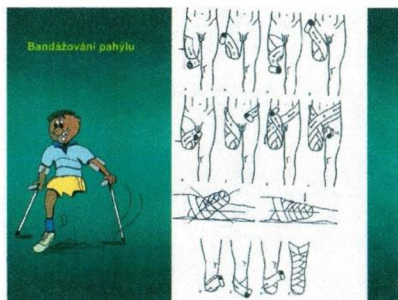
Zdroj: Vlastní

Příloha 3 Otázky k rozhovoru se sestrami

- Kdy začínáte mobilizovat pacienta po amputaci?
- Jaké faktory podle Vás ovlivňují mobilizaci pacienta?
- Jak spolupracujete s fyzioterapeuty v rámci mobilizace pacienta po amputaci?
- Jaké pomůcky nejčastěji používáte u pacientů po amputaci k aktivizaci?
K mobilizaci?
- Jaké informace předáváte pacientovi stran sociální podpory při propuštění?
- V jakém časovém období přichází protetik?
- Jak pečujete o pahýl pacienta?
- Jak probíhá spolupráce s protetikem v návaznosti na protetickou péči?
- Jak se zajímají rodinní příslušníci o nutnosti přípravy do domácího prostředí na návrat pacienta po amputaci?
- Jak spolupracujete s rodinnými příslušníky v souvislosti s návratem pacienta do domácího prostředí?
- Jakou podporu nabízíte pacientovi?
- Kdy jsou pacienti po amputaci zpravidla propouštěni?
- Jaké možnosti nabízíte pacientovi k zapůjčení kompenzačních pomůcek do domácího prostředí pacientovi po amputaci?
- Jaké nejčastější dotazy dostáváte od pacienta po amputaci končetiny?
- Jaké komunikační techniky využíváte v péči o pacienta po amputaci končetiny?

- Jaké je Vaše pracovní zařazení?
- Nejvyšší dosažené vzdělání?
- Kolik let praxe v chirurgickém oboru máte?
- Jaká je Vaše zkušenost s pacienty po amputaci končetiny?

Zdroj: Vlastní



Nácvik bandážování pahýlu s Vámi provede rehabilitační pracovník, protetik či personál oddělení. Mějte na mysli, že největší komprese bude na konci pahýlu.

Další nedílná součást péče o pahýl, kterou sami zvládnete

- masáž pahýlu, proklepávání svalů
- otírání houbičkou, froté ručníkem
- míčkování – nejprve molitanový míček, následně tzv. „ježek“
- sprchování – střídání intenzity proudu i teploty vody – po vynětí stehů

Co teď

Pokud držíte v ruce tuto brožuru, jste amputář...

Naším cílem je, abychom Vám pomohli s Vaším návratem zpět do běžného života! Toto je jen stručný přehled toho, co můžete pro svůj snazší návrat udělat a my Vám s tím rozhodně chceme pomoci, tak neváhejte a ptejte se nás...

Již v brzké době se za Vámi zastaví protetik, který Vás bude mít v péči po celou dobu. Dozvíte se od něho mimo jiné i informace, jak pečovat o pahýl, přinese Vám prospekt, kde se dozvíte vše podstatné v péči právě o Váš pahýl.

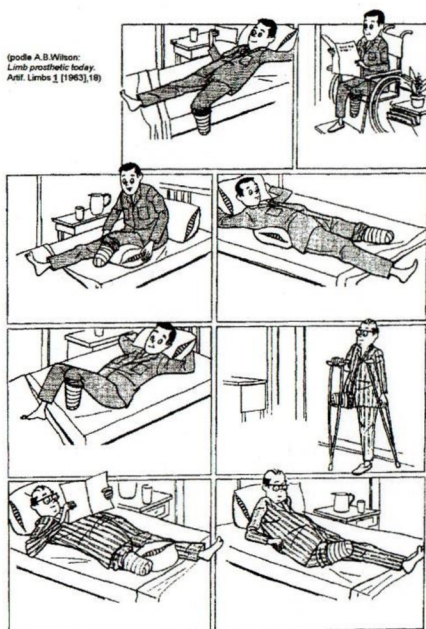
Kontakt na mého protetika:

ZPÁTKY DO ŽIVOTA
Informační brožura



ZPÁTKY DO ŽIVOTA

*Stručný manuál pro pacienty
po amputaci končetiny*



Takto ne ! Tyto pozice podporují nežádoucí zkracování svalů !

Nejde ale jen o pahýl

Pomoc v domácím prostředí

Oblastní charita

Ošetrovatelská služba / aplikace injekcí, převazy, odběry.../ → hrazeno zdravotní pojišťovnou

→ Kontakt: 376 340 144

Pečovatelská služba / dopomoc při sebeobsluze, úklidu, nákupu.../ cena dle tarifu, cca 130,- Kč/hod → lze vyřešit příspěvkem na péči

→ Kontakt: 376 340 143

Půjčovna kompenzačních pomůcek / vozíky, klozety, chodítka, nástavce na WC, sedátka do vany.../ - ceny od 50,- Kč do 1500,- Kč / měsíc

→ Kontakt: 603 280 103

Na Úřadu práce a sociálních věcí doporučujeme zažádat o:

- přiznání průkazu osoby se zdravotním postižením
- příspěvek na péči
- příspěvek na zvláštní pomůcku
- mobilitu

→ veškeré formuláře jsou Vám k dispozici společně s touto brožurou. Rádi Vám je pomůžeme vyplnit, či tím můžete pověřit své blízké a zapojit je tak do Vašeho návratu do běžného života

Upozorňujeme, že na sociální poradenství máte ze zákona nárok zdarma!

Kde získat motivující rady?

Jediným oficiálním spolkem sdružující amputáře je Asociace protetických pacientů z.s. se sídlem v Hradci Králové.

→ www.protetickypacient.cz

Další podnětné informace můžete načerpat například na stránkách: www.proteor.cz; www.ottobock.cz; lůžkovou rehabilitační péči o amputované mají důmyslně zpracovanou na Rehabilitační klinice na Malvazinkách / dotazník + žádost zde / www.klinika-malvazinky.cz

„Milá minulosti, děkuji za všechny lekce. Milá budoucnosti, jsem připraven.“ Ralph Smart

Použité zdroje: www.charitakt.cz; www.klinika-malvazinky.cz; www.ottobock.cz; www.proteor.cz; www.protetickypacient.cz; www.uradprace/klatovy.cz; www.zitdoma.cz;

Kontakt:
 Mgr. Stanislava Majerová
 603 280 103



Oblastní charita

Půjčovna kompenzačních pomůcek nabízí



Berle podpažní pár
50 Kč/měsíc



Francouzské hole pár
50 Kč/měsíc



Chodítko (různé druhy)
10 Kč/den



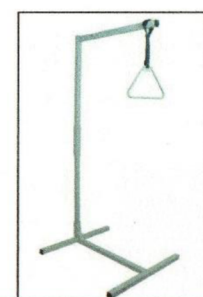
Vozík elektrický
50 Kč/den



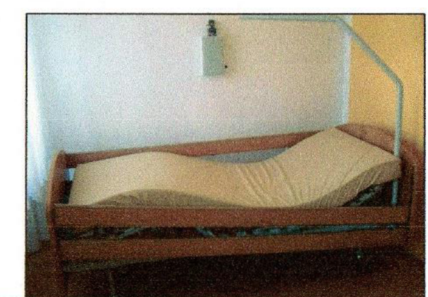
Vozík mechanický
10 Kč/den



Matrace antidekubitární + kompresor
10 Kč/den



Hrazda pevná k lůžku
5 Kč/den



Postel polohovací + matrace+ hrazdička
20 Kč/den

Platné od 2.11.2020. Uvedené obrázky jsou uvedeny pouze jako názorný příklad, jak mohou pomůcky vypadat. Pomůcky k zapůjčení se mohou lišit.

Příloha 5 Půjčovna kompenzačních pomůcek Oblastní charity

Půjčovna kompenzačních pomůcek nabízí



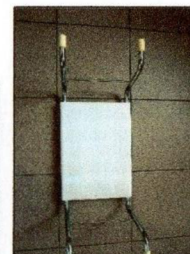
Zástěna
50 Kč/měsíc



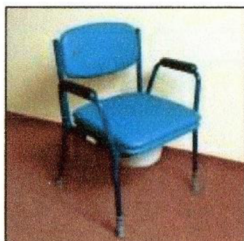
Stolek servírovací
5 Kč/den



Sedátko do vany
100 Kč/měsíc



Mini rotoped
10 Kč/den



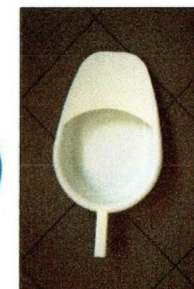
Klozetové křeslo (pevné, s kolečky)
10 Kč/den



WC nástavec
100 Kč/měsíc



Močová lahev
50 Kč/měsíc



Mísa podložní
50 Kč/měsíc

Platné od 2. 11. 2020. Uvedené obrázky jsou použity pouze jako názorný příklad, jak mohou pomůcky vypadat. Pomůcky k zapůjčení se mohou lišit.

Příloha 6 Formuláře Úřadu práce a sociálních věcí



SocS

Tiskopis prosmi vyplatě Státní

podací razítko VC - 515

Žádost o příspěvek na péči

A. Žadatel:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Státní příslušnost:	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Rodinný stav ⁶⁾ :	Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

B. Zástupce žadatele:

Vypíšte v příloze, že žadatel požádá zástupce žadatele (zpracovatel, rodič, opatrovník, pověřený, jiná fyzická osoba, která byla rozhodla osoba rozhodčím příslušného orgánu svěřena do péče).

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Rodné příjmení ³⁾ :	Titul před:	za:
Trvalý pobyt:	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Státní příslušnost:	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4):	Č. orient.: PSC:
Rodinný stav ⁶⁾ :	Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:

C. Právnícká osoba zastupující žadatele:

Vypíšte v příloze, že nájm podává právnícká osoba, která je zmoocněnem, zástupcem pro řízení o dávce (zastupuje-li nestátní osobu zařízením sociálních služeb) nebo opatrovníkem.

Název zařízení:	IČ:
Adresa zařízení: Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:
Telefon:	E-mail:
ID datové schránky:	

Osoba pověřená jednáním jménem právnícké osoby:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Rodné číslo v ČR ²⁾ :
Funkce:	Pověřovací jednot. od: . . . 20 do: . . . 20	Titul před: za:
Adresa pro doručování ⁵⁾ :	Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:	

D. Informace pro poskytování příspěvku na péči v rámci EU:

Informace o žadatel:

Zadejte jednu z uvedených variant:

Žadatel: je osobou, která je zdravotně pojištěna v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykazuje výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU

není výše uvedenou osobou

Informace o rodičích žadatele mladšího 18 let:

Vypíšte pouze v příloze, že žadatel je mladší 18 let. Zadejte jednu z uvedených variant:

alespoň jeden z rodičů žadatele mladšího 18 let je osobou, která je zdravotně pojištěna v jiném čl. státě EU nebo která pobírá důchod nebo dávky v nezaměstnanosti ze systému sociálního zabezpečení jiného čl. státu EU a nebo která vykazuje výdělečnou činnost v jiném čl. státě EU

žádný z rodičů žadatele mladšího 18 let není výše uvedenou osobou

E. Odkládající lékaři žadatele:

Vypíšte údaje, které jsou věm o označujícím lékařem známy:

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před:	za:
Název zařízení:			
Oddělení:			
Adresa: Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:		
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:	

Příjmení:	Jméno ¹⁾ :	Titul před:	za:
Název zařízení:			
Oddělení:			
Adresa: Obec:	Část obce:		
Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:		
Telefon:	E-mail:	ID datové schránky:	

- 1) Uveďte věščinu jména osoby.
- 2) Číslo, pokud nemá v ČR přiděleno rodné číslo, uvedte v kolonce Rodné číslo v ČR datum narození a ve tvaru den, měsíc, rok a pobírá a ve tvaru: M nebo Z (muž nebo žena).
- 3) Kolonku Rodné příjmení vyplňte pouze v případě, že se liší od příjmení.
- 4) Pokud je místo číslo psaního přiděleno číslo evidenční, uveďte jeho číslo psaního E.
- 5) Napsyřte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem.
- 6) De kolonky Rodinný stav zašlejte jednu z uvedených možností ve formě: 1 – uvdobrděná, 2 – ženatý/vdáváná, 3 – vdovec/vdova, 4 – rozvedený(á), 5 – rozváděný(á).
- 7) Napsyřte, pokud je adresa shodná s trvalým pobytem žadatele.

1/3

PROSBA OBRÁTIT SE VC 14 01 01 551

2/3

DALŠÍ LIST PROSBA VC 14 01 01 551

F. Způsob vyplaty dávky:

Zadejte prosim jednu z následujících tří variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

na platební účet u peněžního ústavu v ČR vedeném v CZK

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol ¹⁰⁾ :
-------------	------------	------------------------------------

na platební účet zahraničního peněžního ústavu v EU, EHP nebo Švýcarsku:

Příjemce:	IDAN:	Měna:
	Název:	
Adresa:	Město:	
	(uveďte alespoň město a stát)	Stát:
Banka příjemce:	BIC/SWIFT:	
	Název:	
Adresa:	Město:	
	(uveďte alespoň město)	

poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR

poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p. 4): Č. orient.: PSC:

G. Prohlášení:

Veškeré údaje v této žádosti jsou pravdivé a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivých údajů vyplývaly.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby příslušné právnícké osoby a fyzické osoby sociální OSSZ/PPSZ/MSSZ, které budu považovány s úspěšně získávali na pomoci jiné fyzické osoby, informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na péči rozhoduje, do 8 dnů změny ve skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na péči, jeho výši a výplatu a do 8 dnů změny poskytovatele sociálních služeb nebo osoby, která pomoc poskytuje.

Formulář jsem přečtl(a) a oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nzměnil(a) jsem na něm žádné pevné texty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplnění.

Poučení:

Příjemce příspěvku je povinen na vyzvání správního orgánu, který provedl kontrolu využití příspěvku, prokázat, že byl příspěvek využit k zajištění pomoci, a to způsobem, který odevzdá využití příspěvku nebo dokladem o vyplacení příspěvku fyzickým nebo právníckým osobám, které poskytují pomoc při nhlášení zdravotních potřeb, uvedeným v žádosti o příspěvek, popřípadě ohlášeným podle § 21 odst. 1 písem. a) nebo § 21 odst. 2 písem. c) a to nejpozději 1 rok zpětně.

V	dně	. . . 20
Podpis žadatele/zástupce		

K žádosti prosim doložit:

- pro všechny uvedené osoby průkaz totožnosti, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v příloze totožnosti není uvedeno rodné příjmení, rovněž rodný list
- oznámení o poskytování pomoci

Údaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formulář žádosti, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

10) Kolonku specifický symbol vyplňte pouze v případě číselné označení banky pro účty s kódem 5555.

J. Způsob výplaty dávký:

Zaškrtněte prosím jednu z následujících tří variant a do příslušné tabulky uveďte doplňující informace.

na platební účet v peněžní ústavu v ČR vedeném v CZK:

Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol ¹⁷⁾ :
-------------	------------	------------------------------------

poštovním poukazem na adresu trvalého pobytu v ČR

poštovním poukazem na jinou adresu v ČR:

Obec:	Část obce:
Ulice:	Č. p.4):
	Č. orient.:
	PSČ:

K. Prohlášení žadatele:

Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsou v této žádosti uvedeny, jsou pravdivé, a jsem si vědom(a) případných následků, které by pro mne z nepravdivě vyplněných údajů vyplývaly.

Pokud žádám o zvláštní pomůcku „motorové vozidlo“, částečně prohlašuji, že se v kalendářním měsíci opakovaně dopravuji a jsem schopen(a) řídit motorové vozidlo nebo jsem schopen(a) být převážen(a) motorovým vozidlem.

Podpisem rovněž dávám svůj výslovný souhlas k tomu, aby státní orgány a další právnické osoby a fyzické osoby sdělily příslušnému úřadu, který o dávce rozhoduje nebo jí vyplácí:

- výši příjmu
- údaje o přihlášení se k trvalému pobytu
- údaje o bydlišti na území České republiky
- skutečnosti prokazující nezaopatřenost dětí
- další údaje v rozsahu potřebném pro rozhodování o dávce, její výši a výplátě a pro posuzování podle § 29 zákona č. 329/2011 Sb.

Podpisem rovněž dávám svůj souhlas k tomu, aby příslušné právnické osoby a fyzické osoby sdělily OSSZ/PSSZ/MSSZ informace o zdravotním stavu.

Jsem si vědom(a) povinnosti písemně ohlásit příslušnému úřadu, který o příspěvku na zvláštní pomůcku rozhoduje, do osmi dnů změny re skutečnostech, které jsou rozhodné pro trvání nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku, jeho výši a výplátě.

Formulář jsem převzal(a) z oficiálních webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí, nezměnil(a) jsem na něm žádné pevné exty, pouze jsem pravdivě vyplnil(a) kolonky určené k vyplňování.

10ušení:

1. Oprávněná osoba je povinna tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže

- a) nepoužila tento příspěvek do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou Úřadu práce na pořízení zvláštní pomůcky
 - b) nepoužila vyplacený příspěvek v plné výši do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou Úřadu práce,
 - c) v období před uplynutím 80 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla pozbyla vlastnické právo ke zvláštní pomůcce,
 - d) v období před uplynutím 80 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla přestala zvláštní pomůcku užívat,
 - e) se přestala opakovaně dopravovat nebo přestala být schopna převozu motorovým vozidlem, byl-li vyplacen příspěvek na pořízení motorového vozidla,
 - f) použila příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání, nebo
 - g) se prokáže, že osoba, uvedla v žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku nepravdivé nebo zkreslené údaje.
- Osoba uvedená v odstavci 1 není povinna vyplacený příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže
- a) v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne jeho vyplacení přestala užívat zvláštní pomůcku z důvodu změny zdravotního stavu nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla se z důvodu změny zdravotního stavu přestala opakovaně dopravovat nebo pozbyla schopnost být převážen motorovým vozidlem,
 - b) byl vyplacen příspěvek na pořízení vodícího psa a tento v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku zemře nebo ztratí své dovednosti z důvodu onemocnění nebo úrazu, k němuž došlo bez zavinění příjemce dávky, nebo
 - c) osoba zemřela.

Povinnost vrátit poměrnou část příspěvku podle odstavce 1 nevzniká, jestliže tato částka nepřesahuje 100 Kč.

Krajská pobočka Úřadu práce může z důvodů hodných zvláštního zřetele rozhodnout o prominutí povinnosti vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část podle odstavce 1.

✓ dne 20

Podpis žadatele/zástupce

K Žádosti prosím doložit:

- pro všechny uvedené osoby v části A, B a D **průkaz totožnosti**, u dětí do 15 let rodný list
- pokud v průkazu totožnosti není uvedeno rodné příjmení, doložte rodný list

V případě, že:

- **pořizovací cena zvláštní pomůcky je nižší než nebo rovna 10 000 Kč,**
- **zvláštní pomůckou je motorové vozidlo,**
- **pořizovací cena zvláštní pomůcky je vyšší než 10 000 Kč a současně nemáte dostatek finančních prostředků na 10% spoluúčast na úhradě ceny zvláštní pomůcky,**

doložte tyto doklady:

- pro nezaopatřené děti po skončení povinné školní docházky a vždy od školního roku začínajícího v kalendářním roce, v němž dítě dovršilo 15 let:
 - **Potvrzení o studiu nebo**
 - **Rozhodnutí o přerušení studia v souvislosti s těhotenstvím, porodem či rodičovstvím nebo**
 - **Potvrzení o zdravotním stavu vydávané OSSZ/PSSZ/MSSZ nebo dokládající neschopnost vykonávat soustavou výdělečnou činnost z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nebo**
 - **Potvrzení o zdravotním stavu vydávané ošetřujícím lékařem dokládající neschopnost soustavně se připravovat na budoucí povolání nebo vykonávat výdělečnou činnost pro nemoc nebo úraz nebo**
 - **Potvrzení o zařazení do evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadě práce ČR do 18 let bez nároku na podporu v nezaměstnanosti**
- pro každou osobu, která společně užívá byt a společně uhrazuje náklady na své potřeby a v kolonce Příjem vyplnila ANO. Doklad o výši čtrnácti měsíčních příjmů – příspěvek na zvláštní pomůcku za kalendářní čtvrtletí předcházející kalendářnímu měsíci, ve kterém podáváte žádost o přiznání dávky.
- pro každou osobu, která je uznána za dočasně práce neschopnou, doklad o uznání osoby dočasně práce neschopnou
- pro každou osobu, která pobírá dávky nemocenského pojištění z důvodu těhotenství nebo mateřské, doklad o pobírání těchto dávek
- pro každé nezaopatřené dítě, kterému je výživné stanoveno soudem, rozhodnutí soudu o stanovení výživného
- v případě, že žádáte o příspěvek na zvláštní pomůcku - **stropní zvedací systém, svítilnu zdvihací plošinu, žilkou zvedací plošinu nebo schodišťovou sadu**
 - doložte souhlas vlastníka nemovitosti s provedením instalace tohoto zařízení a jeho provozem nebo rozhodnutí soudu, není-li vlastníkem nemovitosti osoba, které má být tento příspěvek poskytnut (§ 9 odst. 7 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů)
 - předložit alespoň 2 návrhy řešení odstranění bariéry, včetně ceny (§ 9 odst. 10 zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů)

Idaje, pro které na formuláři nedostačuje vyhrazené místo, uveďte na volném listě a přiložte k tiskopisu.

Formuláře žádostí, potvrzení a ostatních dokladů naleznete na internetové adrese <https://www.mpsv.cz/web/cz/formulare> nebo si je vyzvednete na pracovišti Úřadu práce ČR. Na toto pracoviště se také obraťte, pokud budete mít při vyplňování pochybnosti.

¹⁷⁾ Kolonku specifický symbol vyplňte pouze v případě Československé obchodní banky pro účty a číslam 6596.