

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

ZUZANA SEDLÁČKOVÁ

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ortotika-protetika, B0914P360003

Zuzana Sedláčková

**SPECIFIKA KOMUNIKACE S PACIENTEM PO
TRAUMATICKÉ AMPUTACI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Sýkorová

PLZEŇ 2024

Čestné prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 29. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Sedláčková Zuzana

Katedra: Katedra rehabilitačních oborů

Název práce: Specifika komunikace s pacientem po traumatické amputaci

Vedoucí práce: Mgr. Pavlína Sýkorová

Počet stran – číslované: 43

Počet stran – nečíslované: 24

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: amputace, trauma, komunikace, úraz, informovanost

Souhrn:

Cílem práce je získání informací o komunikaci s pacienty po traumatické amputaci. Teoretická část je zaměřena na seznámení s problematikou amputací, hlavně tedy těch traumatických, dále na komunikaci obecně a komunikaci ve zdravotnictví. Praktická část se pak věnuje konkrétním pacientům a jejich zkušenostem s komunikací po amputaci.

Informace pro praktickou část byly získávány od pacientů pomocí strukturovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal ze tří hlavních okruhů otázek. Otázky v rozhovoru byly zaměřené na období hospitalizace, období protézování a návratu do běžného života a na rekapitulaci toho, co respondentům v komunikaci se zdravotnickými pracovníky v těchto dvou obdobích chybělo a co jim naopak velmi vyhovovalo. Informace z rozhovorů byly následně tříděny pomocí kódování.

Za významný výsledek považuji zjištění, že v komunikaci s protetickými pracovníky většina vybraných pacientů neshledává žádné velké nedostatky. Dále ovšem nutno dodat, že značné nedostatky shledávají v informovanosti o průběhu protézování a vůbec o možnostech dnešní protetiky.

Abstract:

Surname and name: Zuzana Sedláčková

Department: Department of Rehabilitation Sciences

Title of thesis: Specifics of communication with a patient after traumatic amputation

Consultant: Mgr. Pavlína Sýkorová

Number of pages – numbered: 43

Number of pages – unnumbered: 24

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 26

Keywords: amputation, trauma, communication, injury, foreknowledge

Summary:

The goal of the thesis is to obtain information about communication with patients after traumatic amputation. The theoretical part is focused on familiarization with the issue of amputations, mainly traumatic amputations, as well as on communication and communication in the healthcare sector. The practical part is then devoted to specific patients and their experiences with communication after amputation.

Information for the practical part was obtained from patients using a structured interview. The interview consisted of three main questions. The questions in the interview were focused on the period of hospitalization, the period of prosthetics and the return to normal life, and on the recapitulation of what the respondents lacked in communication with healthcare workers in these two periods and what, on the contrary, they were very comfortable with. The information from the interviews was then sorted using coding.

I consider the finding that the majority of the selected patients do not find any major deficiencies in communication with the prosthetists to be an important result. Furthermore, it must be added that they find significant deficiencies in information about the course of prosthetics and in general about the possibilities of today's prosthetics.

Předmluva

Téma komunikace s traumaticky amputovanými pacienty jsem si vybrala, jelikož je velice důležité a rozhodně si zaslouží více pozornosti, než mu je nyní věnováno. Hlavním cílem této práce bude podrobné teoretické prozkoumání problematiky amputací, traumatu a komunikace a praktické prozkoumání komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty po traumatické amputaci.

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlíně Sýkorové za její vlídné vedení, věcné rady a odborné materiály. Také děkuji za spolupráci pacientům, kteří se rozhodli být součástí výzkumné části této práce. Dále pak děkuji všem, kteří jakoukoli měrou přispěli ke vzniku této bakalářské práce, za jejich čas, ochotu a podporu.

OBSAH

Seznam tabulek	10
Seznam zkratk	11
Úvod	12
Teoretická část.....	14
1 Amputace	14
1.1 Gilotinová amputace	14
1.2 Laloková amputace	15
1.3 Indikace k amputaci	16
1.3.1 Trauma	16
1.3.2 Infekt.....	16
1.3.3 Nekróza.....	16
1.3.4 Tumory.....	16
1.3.5 Afunkce.....	16
1.4 Úrovně amputací	17
1.4.1 Úrovně amputací na horní končetině	17
1.4.2 Úrovně amputací na dolní končetině	19
2 Trauma.....	22
2.1 Psychické trauma	22
2.1.1 Traumatická událost	22
2.1.2 Prožitek události	22
2.1.3 Dopad prožití události.....	23
2.2 Fyzické trauma.....	23
2.2.1 Dopravní úrazy	23
2.2.2 Pracovní úrazy	23
2.2.3 Úrazy zemědělské a lesnické	23
2.2.4 Domácí úrazy	24

2.2.5	Sportovní úrazy	24
2.2.6	Kriminální úrazy.....	24
2.3	Traumatická amputace	24
2.3.1	Replantace.....	25
2.3.2	Fantomové bolesti	25
2.4	Akutní stresová porucha	25
2.5	Posttraumatická stresová porucha	26
3	Komunikace	27
3.1	Neverbální komunikace.....	27
3.1.1	Haptika.....	27
3.1.2	Proxemika	27
3.1.3	Vizika.....	28
3.1.4	Mimika.....	28
3.1.5	Gestika	28
3.1.6	Posturologie.....	28
3.1.7	Kinetika.....	29
3.2	Verbální komunikace	29
3.3	Komunikace ve zdravotnictví	29
3.3.1	Komunikace s osobou po traumatu	30
3.3.2	Sdělování nepříznivých informací.....	31
3.3.3	Reakce na sdělení vážné diagnózy	31
	Praktická část	33
4	Cíl a úkoly práce	33
5	Výzkumné otázky.....	34
6	Charakteristika sledovaného vzorku	35
7	Metodika práce.....	36
7.1	Popis výzkumného vzorku.....	36

7.1.1	Albert	37
7.1.2	František.....	37
7.1.3	Melichar	37
7.1.4	Tobiáš.....	38
7.1.5	Viktor.....	38
7.2	Metody zpracování dat	38
8	Výsledky výzkumu.....	40
8.1	Oznámení o amputaci.....	40
8.2	Hospitalizace.....	41
8.3	Komplikace.....	43
8.4	Protetika.....	44
8.5	Informovanost	46
8.6	Potřeby.....	48
9	Diskuse	50
	Závěr.....	53
	Seznam použitých zdrojů.....	55
	Seznam příloh.....	58
	Příloha A – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Centrum Technické Ortopedie, s.r.o.....	59
	Příloha B – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Protetika Sýkora Praha	61
	Příloha C – Vzor informovaného souhlasu pacienta	63
	Příloha D – Vzor otázek z rozhovoru s pacienty.....	64
	Příloha E – Kódy a kategorie z rozhovorů.....	66

SEZNAM TABULEK

Tabulka číslo 1 – Výzkumný vzorek č. str. 38

SEZNAM ZKRATEK

ARO = anesteziologicko-resuscitační oddělení

ASP = akutní stresová porucha

JIP = jednotka intenzivní péče

PTSP = posttraumatická stresová porucha

TF = transfemorální

TH = transhumerální

TR = transradiální

TT = transtibiální

ÚVOD

Amputace je nezvratný a naprosto zásadní zásah do života amputovaného, ať se jedná o jakoukoliv úroveň amputace z jakýchkoliv příčin. Amputovaný se po zákroku musí smířit s novým zdravotním stavem a přizpůsobit se mu. V případě plánovaných amputací se pacient může alespoň trochu připravit na amputaci a snažit se již přizpůsobit svůj byt a vše probrat s lékaři a blízkými. Tato příprava ovšem není možná u traumatických amputací. Pacient zcela náhle prodělá závažný úraz, který vedl k amputaci, neměl žádný čas na přípravu, nemohl svůj stav s nikým probrat ani se na amputaci předem připravit. Veškerá práce nastává až po samotné amputaci. Důležitost komunikace je tedy hned zřejmá, pacient se musí nějak dozvědět, že je po amputaci, je nutné to oznámit rodině, je třeba důkladně pacienta poučit, jak se starat o pahýl, co bude následovat po amputaci, jak probíhá protézování, co s protézou může či nemůže dělat a mnoho dalších informací spojených nejen s protetikou, sebekpčí a rehabilitací, ale také týkajících se pojišťoven a legislativy. Některé z těchto informací pacient dostává již v nemocnici či na rehabilitaci, některé od protetického pracovníka, některé bohužel nedostane od nikoho a musí si je zjistit sám, což může být poněkud obtížné. Správná a dostatečná komunikace tedy hraje zásadní roli v životě pacienta po traumatické amputaci.

Vzhledem k tomu, že v České republice je traumatických amputací méně, než amputací z cévních příčin, není traumatickým amputacím věnována příliš velká pozornost. V celosvětovém měřítku již existuje poměrně dost publikací a studií s traumaticky amputovanými pacienty, koneckonců v některých zemích je stále ještě trauma nejčastější příčinou amputace. Na komunikaci po amputaci již je studií méně, často řešeným tématem v souvislosti s traumatickou amputací je například přítomnost stresových poruch či úzkostí a depresí. V mnoha případech se pak tyto studie zaměřovaly na traumatické amputace spojené s válečnými konflikty.

Tato bakalářská práce je věnovaná problematice komunikace s pacientem po traumatické amputaci následkem dopravní nehody se zaměřením na komunikaci se zdravotnickými pracovníky, hlavně s lékaři, zdravotními sestrami a ortotiky-protetiky.

Cílem této práce je získat od respondentů co nejvíce informací o komunikaci se zdravotnickým personálem v období krátce po amputaci. Tyto informace budou získávány

pomocí rozhovorů s respondenty. Z informací od respondentů budou následně vyvozeny výsledky výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 AMPUTACE

Amputace je definována jako oddělení periferní části těla od celku. Termín amputace se nejčastěji používá v souvislosti se ztrátou části či celé končetiny. Při amputaci dojde k přerušení skeletu, což vede ke kosmetickým a funkčním změnám (Paneš, 1993; Dungal et al., 2014).

Termínem exartikulace je označován výkon, při kterém je končetina oddělena v linii kloubu, při tomto výkonu je odstraněna i chrupavka z kloubní plochy a vzniká zatížitelný pahýl (Zeman et al., 2011).

1.1 Gilotinová amputace

Někdy se také nazývá otevřená amputace, jelikož po amputaci pahýl není finálně ošetřen a je nutná další operace (Dungal et al., 2014). Tento výkon se provádí pouze v případech, kdy je nutné amputaci provést co nejrychleji, typicky ve válečném prostředí nebo při velmi těžkých infekcích jako je plynatá gangréna. V jiných situacích v dnešní době je prováděna jen výjimečně (Zeman et al., 2011).

Historicky je gilotinová amputace popisována jako oddělení končetiny jedním řezem. Výkon se prováděl bez anestezie a pro zástavu krvácení se pahýl zaškrcoval či byl ponořen do horkého oleje. Jednalo se tedy o velice bolestivou proceduru. Moderní gilotinová amputace se neprovádí jedním řezem, nýbrž jednotlivé struktury jsou oddělovány postupně v různých úrovních. Před finálním zašitím rány je nezbytné na pahýlu provést úpravy, aby v budoucnu byl pahýl vhodný pro oprotézování (Dungal et al., 2014).

Finální podoby pahýlu po gilotinové amputaci lze docílit třemi způsoby. Prvním z nich je reamputace. Při tomto výkonu je končetina amputována proximálněji technikou, která se užívá při zavřené lalokové amputaci, která bude popsána v následující podkapitole. Po reamputaci je tedy pahýl kratší, než byl po samotné gilotinové amputaci. Druhým způsobem je revize pahýlu, jiným názvem konverze pahýlu. Tento výkon spočívá v odstranění granulační a jizevnaté tkáně, zkrácení kosti a modelaci měkkotkáňových laloků, které tvoří měkké krytí pahýlu. Je tedy provedena konverze gilotinové amputace na amputaci lalokovou. Konverze pahýlu se provádí ve stejné lokalitě, jako byla provedena

původní gilotinová amputace, pahýl tedy není výrazně kratší, než byl. Třetím způsobem je plastická úprava, kdy se do kosti vůbec nezasahuje a jsou modelovány pouze měkké tkáně. Délka pahýlu se tedy při této úpravě nemění (Dungl et al., 2014).

1.2 Laloková amputace

V dnešní době standardní a běžně využívaná technika amputace. Laloková amputace může být provedena jako zavřená, což znamená, že po amputaci je rána definitivně uzavřena stehy. Případně může být laloková amputace provedena jako otevřená, kdy se s definitivním zašitím rány vyčkává. Otevřená amputace bývá indikována v případě infekcí a při těžkém zhmoždění končetiny a kontaminaci měkkých tkání. V těchto případech je díky otevřené amputaci vyloučené riziko komplikovaného hojení po sekundárním uzavření pahýlu (Dungl et al., 2014).

Jak název tohoto typu amputace napovídá, při operaci lékař vytvoří dva laloky, které jsou na závěr operace sešity k sobě a tvoří krytí pahýlu. Laloky mohou být tvořeny pouze kůží, nebo mohou být tvořeny kůží, fascií a svalem (Zeman et al., 2011).

Před amputací je nutné naplánovat umístění laloků měkkých tkání, aby byl skelet přerušen v požadované výši za současného odstranění veškeré patologické tkáně. Při plánování amputace je také důležité vzít v potaz retrakci měkkých tkání, aby laloky poskytly optimální krytí pahýlu. Pro vytvoření optimálního pahýlu je důležité věnovat speciální pozornost také svalům, které jsou při amputaci přerušeny. Jednou z možností ošetření svalů je myoplastika, která spočívá v sešití přerušovaných svalů jedné motorické skupiny se svými antagonisty. Nejčastěji se takto sešívají flexory s extenzory, ale nutno podotknout, že sešít flexory s extenzory nelze v případě amputací prstů ruky, kdy by tímto sešitím došlo k vyřazení funkce i sousedních šlach. Druhým způsobem, jak ošetřit přerušené svaly je myodéza, při které je vytvořen nový svalový úpon. Takto ošetřené svaly neztrácejí svojí původní funkci a zároveň myodézou předcházíme riziku vzniku kontraktur. Dále je v průběhu amputace nutné ošetření nervových pahýlů, což je mimo jiné prevencí amputačního neuromu a potíží z něho plynoucích. V neposlední řadě je speciálně ošetřen přerušovaný skelet. Přerušená kost je překrývána lalokem z periostu, který si lékař předem připraví. Toto periostální překrytí distální části kosti zajišťuje její výživu a tím předchází vzniku nekrózy v tomto místě (Dungl et al., 2014).

1.3 Indikace k amputaci

1.3.1 Trauma

Amputace vlivem úrazu je v určitých případech dnes již méně častou, jelikož je vlivem možností mikrochirurgie a cévní chirurgie postupně vytlačována (Dungl et al., 2014). Stále je však druhým nejčastějším důvodem k amputaci (Chui et al., 2020).

Tato indikace bude podrobněji popsána v následující kapitole.

1.3.2 Infekt

K amputování může být rozhodnuto v případě dlouhodobých lokálních infekcí či naopak kvůli nezvládnutelné akutní sepsi, která je způsobena lokálním infektem. V tomto případě má operace pro pacienta život zachraňující charakter (Dungl et al., 2014).

1.3.3 Nekróza

Tímto termínem rozumíme odumření buněk nebo tkání v živém organismu. Nekróza může být způsobena nedostatečným prokrvením tkáně, fyzikálními vlivy, chemickými látkami, mikroorganismy či fermenty (Mačák et al., 2012). Do této indikace tedy řadíme i nekrózy způsobené fyzikálními změnami, kterými jsou popáleniny, omrzliny, poranění elektrickým proudem, ale také dekubity a v neposlední řadě i amputace způsobené onemocněním končetinových cév (Dungl et al., 2014)

1.3.4 Tumory

Může se jednat o primární tumory kostní tkáně a kloubů, nebo o sekundární ložiska nádorového onemocnění. Nejčastějším primárním tumorem kostní tkáně spojeným s amputací je osteosarkom, který postihuje převážně mladé lidi do 20 let věku. Tento nádor se nejčastěji vyskytuje v dlouhých kostech, jako je femur, tibia či humerus. V současné době vlivem pokroku v chemoterapii a radioterapii není amputace primárním řešením osteosarkomu, ale přistupuje se k ní v případě, že tyto léčebné metody nejsou úspěšné, nebo v případě, že anatomické umístění nádoru znemožňuje záchranu končetiny. Dalšími častými primárními tumory jsou chondrosarkom a Erwingův sarkom (Chui et al., 2020; Bártová, 2021).

1.3.5 Afunkce

Odstranění postižené končetiny v těchto případech znamená zlepšení funkce, popřípadě její obnovení. Jedná se o poměrně vzácnou indikaci, která se týká vrozených končetinových vad, stavů po traumatech či stavů po operacích (Dungl et al., 2014).

1.4 Úrovně amputací

Na horní i dolní končetině lze provést amputaci v několika úrovních. Při rozhodování o výši amputace musí lékař brát ohled na rozsah postižení, ale i na několik dalších faktorů. Jedním z těchto faktorů je stav kožního krytu, současná úroveň medicíny již umožňuje zajistit dobré krytí pahýlu i přes špatný stav kožního krytu například pomocí tkáňového štěpu. Dalším rozhodujícím faktorem je stav svalů, které budou tvořit vnitřní krytí přerušeno skeletu. Skelet tedy musí být přerušen v takové výši, aby bylo možné ho překrýt pomocí svalů a dalších měkkých tkání. O výši amputace spolurozhoduje také stav cévního zásobení. Jelikož většina amputací je indikována z cévních příčin, je tento faktor často tím hlavním. Při plánování amputace již lékaři předpokládají, že pacient bude následně vybaven protetickou pomůckou, důležitou roli v rozhodování o výši amputace tedy hraje i možnost optimálního oprotézování (Dungl et al., 2014).

Názvy úrovní amputací jsou obvykle tvořeny podle názvu kosti, která je přerušena. Pokud je přerušen humerus, amputace se jmenuje transhumerální (TH). V případě, že je přerušeno více kostí, amputace je nazývána podle kosti, která je větší, zde příkladem budiž bérce, v této úrovni se amputace jmenují podle tibie a tedy transtibiální (TT). Exartikulace jsou nazývány podle kloubu, kterým je amputační linie vedena, například exartikulace v kolenním kloubu (Chui et al., 2020).

1.4.1 Úrovně amputací na horní končetině

Nejdistálnějším amputačním výkonem na horní končetině je amputace prstů. Rozsah amputace závisí na rozsahu poranění, amputován může být celý paprsek prstu, nebo pouze část článku (Dungl et al., 2014). Velice omezující je pro pacienta amputace palce, jelikož jeho funkce je jinými prsty nenahraditelná (Ovadia, Askari, 2015). V případě traumatické amputace prstu je zvažováno opětovné připojení amputované části k celku, tzv. replantace. Možnosti replantace jsou však omezené stavem amputátu, kterému je třeba bezprostředně po úrazu věnovat speciální péči (Zeman et al., 2011).

Druhou nejdistálnější amputační úrovní je amputace ruky. Může být úplná či částečná. Tato amputace s sebou nese již značnou funkční ztrátu. V případě úplné amputace ruky je upřednostňována exartikulace v mediokarpálním kloubu se zachováním celé řady proximálních karpálních kostí. Tato exartikulace s sebou nese možnost zachování pohybů pronace i supinace jak pahýlu, tak také protézy (Dungl et al., 2014). Nejproximálnějším výkonem v této amputační úrovni je exartikulace v radiokarpálním

kloubu, která s sebou nese obdobné výhody jako exartikulace v mediokarpálním kloubu, a to hlavně větší možnosti pohybů oproti amputaci v předloktí (Ovadia, Askari, 2015).

Amputace v předloktí neboli transradiální (TR) amputace je další popisovanou úrovní na horní končetině. Při této amputaci je přerušena radius i ulna. TR amputace může být také provedena v různých úrovních. Důležité však je, aby ulna nebyla amputována blíže než 4 cm od loketního kloubu, v tomto případě by došlo k vymizení možnosti flexe lokte (Ovadia, Askari, 2015). Specifikem této amputační úrovně je možnost provedení Krugenbergovy plastiky. Tento výkon spočívá v nůžkovitém oddělení předloketních kostí, tyto kosti jsou kryty svaly a kůží a vznikne jakési klepeto. Výhodou této amputační techniky je zachování primitivního úchopu, nicméně velkou nevýhodou je zvláštní vzhled (Dungl et al., 2014).

Další amputační úrovní je exartikulace v loketním kloubu. Výhodou této exartikulace je zachování rotačních pohybů humeru, které mohou být přenášeny na protézu, znamená tedy lepší ovládání protézy oproti amputaci v paži. Další výhodou je zachování kondylů humeru, které zajišťují lepší uchycení protézového lůžka a zajišťují rotační stabilitu, díky které mohou být ony rotační pohyby přenášeny na protézu (Dungl et al., 2014; Ovadia, Askari, 2015).

Amputace v úrovni paže, TH amputace, spočívá v přerušení humeru a přilehlých měkkých tkání, provádí se v různých délkách. Většinou se TH amputace provádí alespoň 4 cm nad loketním kloubem z důvodu budoucího protézování. Tyto 4 cm jsou potřebné pro mechaniku protézového loketního kloubu (Maduri, Akhondi, 2023). U delších TH amputací rozsah pohybu v ramenním kloubu bývá zpravidla zachován. Kratší amputace paže mohou znamenat až ztrátu hybnosti ramenního kloubu (Ovadia, Askari, 2015). Amputace v úrovni úponu musculus pectoralis major a výše fungují již spíše jako exartikulace v ramenním kloubu, nicméně i přes to jsou nad exartikulací více preferované, jelikož je zachována kontura ramene (Maduri, Akhondi, 2023).

Exartikulace v ramenním kloubu znamená kompletní ztrátu horní končetiny, což způsobuje značně narušenou statiku pacienta, při vertikalizaci tedy může docházet k poruchám rovnováhy (Dungl et al., 2014). Dále je narušena kontura ramene a zbytek ramenního pletence má již jen minimální hybnost (Maduri, Akhondi, 2023).

Nejextrémnějším amputačním výkonem na horní končetině je interthorakohumeroskapulohumerální amputace. Při tomto výkonu je odstraněna celá horní končetina včetně scapuly a části či celé claviculy. Tento extrémní výkon je indikován převážně u pacientů s malignitami infiltrovanými do svalů kolem ramenního kloubu či u pacientů se závažným traumatem v této oblasti (Dungl et al., 2014; Maduri, Akhondi, 2023).

1.4.2 Úrovně amputací na dolní končetině

Stejně jako na horní končetině nejdistančnější možný amputační výkon je v úrovni prstů. Amputace prstů na noze je nejčastější amputací prováděnou v pokročilém věku pacientů, často z důvodu nehojících se případně infikovaných plantárních vředů (Chui et al., 2020). Mohou být amputovány jednotlivé články prstů či jeho celý paprsek. Amputace prstů obvykle nemají velký negativní vliv na lokomoci pacienta, s výjimkou amputace prvního a druhého prstu (Dungl et al., 2014). V případě amputace palce dochází k narušení biomechaniky chodidla, která je znatelná hlavně při chůzi ve fázi odrazu chodidla od podložky (Motawea et al., 2015). Pokud je amputován pouze druhý prst, hrozí riziko sekundárního vbočení palce. Nepříznivou situaci pro lokomoci pacienta vytváří také amputace všech pěti prstů (Dungl et al., 2014).

Při transmetatarsální amputaci je vždy snaha amputovat, co nejdistančněji to je možné, aby byla co nejméně narušena biomechanika chodidla. Pokud je amputace provedena těsně nad hlavičkami metatarsů, je funkční deficit malý a snadno kompenzovatelný. Čím proximálněji se přes metatarsy amputuje, tím vyšší je následný funkční deficit (Dungl et al., 2014; Chui et al., 2020).

Dalšími amputačními úrovněmi v oblasti nohy jsou exartikulace v Lisfrancově a Chopartově kloubu. Obě exartikulace nesou název podle příslušného kloubu, skrze který probíhá amputační linie. Dungl et al. (2014, s. 125 a 126) uvádí, že pro riziko rozvoje ekvinozity pahýlu nejsou tyto exartikulace příliš doporučovány. Ovšem Chui et al. (2020, s. 486) označuje tyto úrovně amputací za výhodnější oproti proximálnějším amputacím díky zachování patní kosti, která je přirozeně uzpůsobená k zátěži.

Amputace dle Symeho je modifikovaná exartikulace v hlezenním kloubu. Tibie i fibula jsou resekovány kolmo k rovině nášlapu (Dungl et al., 2014). Spodní nášlapná plocha je následně zakryta tukovým polštářem a měkkými tkáněmi a vzniká tak nášlapný

pahýl. Pacienti s tímto typem amputace jsou tedy schopni ujít krátké vzdálenosti i bez protézy (Chui et al., 2020).

Další amputační úroveň je tou nejčastější na dolní končetině. Jedná se o TT amputaci, která nese svůj název po holenní kosti tedy tibii. Tento výkon má obvykle dobré výsledky, pokud je v pahýlu dostatečná cirkulace (Chui et al., 2020). Při výkonu by měla být fibula vždy resekována proximálněji než tibia. U bércových amputací je popsáno spoustu modifikačních technik, například technika kostního můstku, kdy je kostně spojena fibula s tibií (Dungl et al., 2014).

Exartikulace v kolenním kloubu byla v dřívějších dobách, kdy nebyla k dispozici anestezie a antibiotika, preferovaná více než TT či transfemorální amputace (TF). Důvod byl ten, že při tomto výkonu nedochází k přerušení kosti ani k významnému narušení svalových struktur, je tedy možné exartikulaci v kolenním kloubu provést za kratší čas a s výrazně menší ztrátou krve. Zároveň je narušena opravdu jen oblast kolem kolenního kloubu, což značí nižší riziko pooperační infekce svalů a fascií. Kondyly femuru po odebrání tibie a menisků tvoří nášlapnou plochu pahýlu, pahýl je tedy zatížitelný, což je také velkou výhodou. Nevýhodou této úrovně je však délka pahýlu, která sice zaručuje dobrou svalovou bilanci, ale také znamená výzvu pro ortotika-protetika při výrobě protézy, kdy kolenní kloub protézy bude vždy v jiné výšce než kolenní kloub zachovalé končetiny. Dnes je již více preferovaná TT amputace před exartikulací v kolenním kloubu, ale nelze opomíjet značné výhody výše zmiňované, které exartikulaci v kolenním kloubu dělají výhodnější oproti TF amputaci (Chui et al., 2020).

Již zmíněná TF amputace je označení pro amputaci ve stehně. Dochází k přerušení femuru v různé úrovni jeho délky. Délka pahýlu zde hraje významnou roli, čím kratší pahýl bude, tím více adduktorů bude narušeno, zároveň při TF amputaci mají horší situaci extenzory kyčelního kloubu, což vede k častému flekčnímu postavení až k flekční kontraktuře pahýlu. Pokud to stav pacienta dovolí, je optimální začít s cvičením pahýlu a rehabilitací hned první den po amputaci (Chui et al., 2020).

Exartikulace v kyčelním kloubu je poměrně vzácný výkon, kdy je oddělena celá dolní končetina v kyčelním kloubu. Celá pánev je zachována, ale doporučuje se odstranění chrupavky acetabula, kvůli riziku sekvestace. Dutina acetabula je pak vyplněna svaly (Dungl et al., 2014). Oproti hemipelvektomii je hlavní výhodou tohoto výkonu zachování

pánve, které s sebou nese výhody v podobě přenosu zatížení přes tuber ischiadicum, lepší uchycení protézy a pohodlnější sezení (Chui et al., 2020).

Nejproximálnějším výkonem na dolní končetině je hemipelvektomie, která má několik variant, ale vždy s sebou nese ztrátu dolní končetiny i s částí pánve. Standardní hemipelvektomie znamená exatrikulaci v sakroiliakálním skloubení a symfýze stydké kosti, dojde tedy k odstranění celé poloviny pánve. Při konzervativní hemipelvektomii je zachován hřeben lopaty kosti kyčelní a amputační linie vede nad acetabulem. Další variantou je rozšířená hemipelvektomie, kdy amputační linie je dorsálně vedena přes kost křížovou nebo ventrálně zasahuje až za symfýzu (Dungl et al., 2014).

2 TRAUMA

Definice pojmu trauma se podle autora lehce různí. Levensonová (2017) definuje trauma jako „vystavení mimořádné situaci, která znamená fyzickou nebo psychickou hrozbu sobě samému nebo ostatním, a která generuje reakci bezmoci a strachu.“

V medicíně se pojem trauma používá pro úraz, což je poškození těla, které vzniklo nezávisle na vůli zraněného vlivem působení náhlých a násilných zevních sil (Wendsche et al., 2015).

2.1 Psychické trauma

Termínem psychické trauma označujeme hluboké psychické zranění. V užším slova smyslu pak poruchu zpracování psychického zranění, která má dopad na život (Schellong et al., 2021). Zdrojem psychického traumatu bývá velmi silný, nebezpečný a děsivý zážitek, který představuje ohrožení života, zároveň narušuje integritu našeho těla i duše (Doležalová et al., 2017). Psychické trauma má tři složky: událost, prožitek a dopad (Klepáčková et al., 2020).

2.1.1 Traumatická událost

Extrémní událost, která se vyznačuje hrozbou psychické nebo fyzické újmy, míra pocitu ohrožení však nemusí vždy odpovídat reálné míře ohrožení (Klepáčková et al., 2020). Levensonová (2017) uvádí, že traumatické události mají mnoho podob, ale typické jsou situace, které nemá daná osoba pod kontrolou, například nehoda, přírodní katastrofa, válka či vystavení násilí.

Takováto událost může být jednorázová, například závažný úraz, přepadení či nehoda, nebo se může opakovat. Traumatická událost může ovšem představovat v určitém časovém úseku prakticky nepřetržitý stav, například v případě domácího násilí či zneužívání (Klepáčková et al., 2020; Doležalová et al., 2017).

2.1.2 Prožitek události

Určuje, zda jedinec považuje prožitou událost za traumatickou. Je velice individuální, každý jedinec prožívá stejnou situaci jinak. Způsob prožívání náročné či traumatické události a její interpretace závisí hlavně na míře pocitu ohrožení a bezmoci dané osoby. Způsob prožívání událostí ovlivňuje řada faktorů jako věk, předchozí zkušenosti, kulturní prostředí a sociální zázemí či míra podpory okolí (Klepáčková et al., 2020).

2.1.3 Dopad prožití události

Představuje rozhodující složku traumatu, jehož nepříznivé následky dopad reprezentují. Negativní následky traumatu se mohou projevit okamžitě, či mít pozdější nástup, a bývají charakteru fyzického, psychického, sociálního a duchovního. Následky mohou traumatizovaného provázet různě dlouho, mohou být krátkodobé, dlouhodobé až trvalé. Vztah mezi konkrétní událostí a specifickými dopady je často velmi obtížně rozpoznatelný, případně tento vztah nemusí být po dlouhou dobu zřejmý. Následky traumatu se navíc v mnoha případech v čase mění a závisí také na různých vnitřních a vnějších podmínkách. Lze popsat pár typických následků traumatu, kterými jsou potíže s navazováním a udržováním zdravých vztahů, narušení schopnosti důvěry, neschopnost zvládat obvyklý stres a zátěž pomocí přiměřených mechanismů (Klepáčková et al., 2020).

2.2 Fyzické trauma

Jak již bylo popsáno výše, v medicíně jako trauma (fyzické trauma) označujeme úrazy. Úrazy mohou být dopravní, pracovní, zemědělské a lesnické, domácí, sportovní či kriminální (Wendsche et al., 2015). Všechny tyto typy úrazů mohou vést k amputaci a zároveň prožití jakéhokoliv typu úrazu může být potenciálně traumatizující.

2.2.1 Dopravní úrazy

Jsou nejčastější příčinou traumatických amputací (Chui et al., 2020). Počet dopravních úrazů se rok od roku zvyšuje, stejně tak jako jejich závažnost. Většinou vedou k mnohočetným poraněním a zraněno bývá více osob najednou (Wendsche et al., 2015).

2.2.2 Pracovní úrazy

Tyto úrazy se mezi sebou specificky liší na základě povahy vykonávané činnosti. Nejčastěji se jedná o poranění horních končetin. Běžné jsou řezné a bodné rány, ale výjimkou nejsou ani těžké devastace ruky či poranění ztrátová, tedy amputace. Příčinou amputace v souvislosti s pracovním úrazem může být také poranění elektrickým proudem, popálení či poleptání (Wendsche et al., 2015).

2.2.3 Úrazy zemědělské a lesnické

Nejzávažnější úrazy v zemědělství vznikají při převrácení traktorů, vleček či jiných zemědělských strojů, kdy často dochází k závažným polytraumatům, jejichž součástí může být i amputace. V lesnictví vznikají spíše těžká monotraumata, která jsou způsobena padajícími stromy při jejich kácení (Wendsche et al., 2015).

2.2.4 Domácí úrazy

Jedná se hlavně o úrazy následkem pádu na kluzké podlaze či pádu z malé výšky, dále pak vlivem neodborné manipulace a snahy o opravu technicky vadných přístrojů (Wendsche et al., 2015).

2.2.5 Sportovní úrazy

Nejčastěji dochází k poranění končetin, vícečetná poranění s rizikem amputace se vyskytují jen u některých rizikových sportů. Největší riziko poranění je u rekreačních sportovců, kteří sportují za nevhodných podmínek a nedokážou odhadnout své možnosti (Wendsche et al., 2015).

2.2.6 Kriminální úrazy

Do této kategorie spadají poranění vzniklá při rvačkách či násilné trestné činnosti. Dříve byly nejčastější bodná a sečná poranění, dnes se čím dále tím více vyskytují poranění střelná či jako následek úmyslného výbuchu, kdy často dochází k závažným polytraumatům (Wendsche et al., 2015).

2.3 Traumatická amputace

„Traumatická amputace je definována jako poranění končetiny, které vede k okamžitému oddělení končetiny, nebo vede ke ztrátě končetiny v důsledku nehody či zranění.“ (Chui et al., 2020, s. 238)

Amputace může být totální, kdy amputát, neboli oddělená část končetiny, je úplně oddělená od pahýlu. Pokud amputát s pahýlem je alespoň z části spojen, ale jsou přerušeny cévy, jedná se o amputaci subtotální, která se dále klasifikuje do skupin na základě tkáně, která amputát a pahýl spojuje (Wendsche et al., 2015).

Trauma je nejčastějším důvodem amputace u mladých lidí, převážně u mužů, ale postihnout může samozřejmě kohokoliv. Typicky jsou spojené s autonehodami, zemědělskými nehodami, popáleninami, poraněním od elektrického proudu či s používáním dílenského nářadí a přístrojů (Chui et al., 2020).

Vzhledem k variabilitě mechanismů poranění, je pro tento typ amputace užívána klasifikace, která hodnotí závažnost poškození tkáně. Rozsah poranění závisí na pohybu objektu, který způsobil zranění, dále na směru, velikosti a rychlosti vektoru síly a na tom, jaká konkrétní část těla byla poškozena (Chui et al., 2020).

2.3.1 Replantace

Jsou to všechny výkony, které vedou k obnovení kontinuity, výživy a funkce replantátu (amputátu). Za určitých podmínek je možné traumatickou amputaci zvrátit a amputát opět připojit k tělu, pro úspěšnou replantaci je klíčový dobrý stav základních struktur amputované tkáně. Absolutními indikacemi k replantaci jsou například amputace palce, amputace více prstů, amputace v zápěstí nebo třeba veškeré amputace u dětí. Relativními indikacemi pak jsou vysoké amputace (amputace proximálně od střední třetiny předloktí či bérce), amputace jednoho prstu či jeho části a izolované amputace ukazováku v proximálním interfalangeálním kloubu. Naopak kontraindikací k replantaci je psychiatrické onemocnění, silné kuřáctví či například závažné polytrauma (Wendsche et al., 2015).

2.3.2 Fantomové bolesti

Fantomová bolest je typ neuropatické bolesti, která následuje amputaci až u 63 % amputovaných. Tato bolest je pocíťována jako kdyby z míst, která byla amputována a již nejsou součástí těla. Zkušenost s fantomovými bolestmi budou mít spíše ti, jež byli amputováni z traumatických příčin a ti, kteří před amputací měli dlouhodobé problémy s prokrvením končetiny (Chui et al., 2020). Ketzová (2008) ve výsledcích své studie uvádí, že 77 % jí zkoumaných pacientů po traumatické amputaci mají zkušenost s fantomovými bolestmi.

2.4 Akutní stresová porucha

Je charakteristická souborem symptomů, které se mohou projevit u pacientů, kteří prožili traumatickou událost. Typickými symptomy je rozrušení, disociace, vyhýbání se kontaktu s ostatními osobami či zvýšená podrážděnost. Tyto symptomy se mohou začít projevovat v období od dvou dnů až jednoho měsíce po traumatické události, a významně zasahují do každodenního života traumatizovaného. Akutní stresová porucha (ASP) může být rizikovým faktorem pro rozvoj posttraumatické stresové poruchy (PTSP), ale není pravidlem, že osoba s ASP bude následně trpět i PTSP (Worku et al., 2022).

Z výzkumu pacientů po traumatické amputaci od Copuroglu et al. (2010) vyplývá, že akutní stresovou poruchou trpělo 22,7 % zkoumaných pacientů. Je tedy nutné počítat s možností setkání se s pacientem s touto poruchou.

2.5 Posttraumatická stresová porucha

PTSP je psychiatrická porucha, která může vzniknout v návaznosti na vystavení jedince extrémním stresorům či traumatickým událostem (Du et al., 2022). Typicky se projevuje disociativními poruchami, opakovaným vrácením události ve vzpomínkách a ve snech, kdy má pacient náhle a nekontrolovatelně scénu z události před očima a prožívá podobné psychické a tělesné reakce jako při samotném traumatu. Tyto vzpomínky mohou být tak silné, že pacient přestane rozlišovat realitu od vzpomínek, čemuž se říká flashback. Dále může pacient pociťovat intenzivní pocity viny z toho, jak se při situaci zachoval. Následně se pak u pacientů projevují depresivní rozlady a výčitky a také snížení sebevědomí. Traumatem může být narušený i hodnotový systém zasaženého, jelikož traumatická událost často trvale naruší jeho pocit osobního bezpečí (Schellong et al., 2021).

Copuroglu et al. (2010) se ve svém výzkumu traumaticky amputovaných věnovali i PTSP, kdy 77,2 % ze zkoumaných byli v období od šesti měsíců do pěti let od amputace diagnostikováni s PTSP. Při práci s traumaticky amputovanými pacienty je tedy vysoká pravděpodobnost setkání se s osobou trpící touto poruchou.

3 KOMUNIKACE

Dorozumívání, sdílení a předávání informací mezi jedinci i skupinami, těmito slovy lze zjednodušeně definovat komunikaci, ale v celistvém měřítku znamená mnohem více. Díky komunikaci se začleňujeme do společnosti, utváříme naše schopnosti a dovednosti, vyjadřujeme emoce, postoje či podporu. Komunikace je složena z různých podoblastí, kdy každá má svá specifika, ale tyto podoblasti jsou navzájem tak provázané, že jsou v podstatě neoddělitelné, hlavními a základními podoblastmi jsou verbální a neverbální komunikace (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

Obsah sdělení označujeme jako komuniké, ten, kdo obsah vysílá, se nazývá komunikátor, komunikant je ten, komu je obsah sdělení určen. Komunikační kanál pak označuje cestu či způsob, jakým byly informace přeneseny (Zacharová, 2016).

3.1 Neverbální komunikace

Lze ji označit jako mimoslovní komunikaci či jako „řeč těla“, tato forma komunikace doprovází slovní komunikaci. Jako neverbální komunikaci tedy můžeme označit vše, co ze sebe vysíláme, aniž bychom mluvili, včetně toho, čím řeč doprovázíme. V určitých případech může řeč těla odporovat slovnímu sdělení, což může upoutávat pozornost a vzbuzovat nejistotu, obavy či dokonce nedůvěru (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

V následujících odstavcích budou podrobněji popsány složky neverbální komunikace.

3.1.1 Haptika

Komunikace pomocí doteků a fyzického kontaktu. Jedná se o velice důležitý komunikační kanál, jehož důležitost nás provází celým životem i přes to, že si jí často ani neuvědomujeme. Doteky mohou být konvenční, přátelské, nepřátelské, profesionální a intimní, dále pak ještě lze připojit tzv. autokontakty (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

3.1.2 Proxemika

Je to komunikace pomocí vzdáleností. Na základě výzkumů byla popsána čtyři pásma vzdáleností, kdy každé z nich je vyhrazeno pro různé osoby. Nejbližší pásmo je intimní, které je přibližně na dosah ruky od nás. Na něj navazuje pásmo neformálně-
osobní, jež zaujímá oblast od 50 do 120 cm. Následuje pásmo sociálně-poradní v oblasti

120 až 370 cm od nás. Nejzevnějším pásmem je pásmo veřejné, které se rozprostírá za pásmem sociálně-poradním (Boukalová et al., 2023).

3.1.3 Vizika

Neboli komunikace pohledy očí. Jedná se o důležitý komunikační kanál, který značně doprovází a i řídí verbální komunikaci. Pohledy značí, jaké emoce prožíváme, zda si chceme slovo udržet, či ho předat, zda vnímáme mluvčího a utváří nám dojem o druhých již od prvního kontaktu. Komunikace pomocí pohledů je často nevědomá, proto je považována za velice upřímnou. Velkou výpovědní hodnotu má zaměření a délka pohledu, dále pak četnost pohledů, pohled z očí do očí, ve zdravotnictví pak také průměr zornic, jelikož zornice reagují mimo jiné i na emoční prožitek, bolest či na požití drog nebo alkoholu (Zacharová, 2016).

3.1.4 Mimika

Předávání informací pomocí výrazů v obličeji, které řídí mimické svaly. Mimika je obvykle řízena vůlí, ale určitý vliv zde má i mimovolní řízení. Největší význam má v komunikaci emoci, sděluje nejen charakter emoci, ale také jejich ladění a intenzitu. Velkým mimickým komunikátorem jsou ústa, která mohou prozrazovat údiv, cynismus, pohrdání, vypočítavost, pesimismus, ale také vřelost a přátelství. K mimické komunikaci patří i pláč, jehož intenzita však ani v dospělosti nemusí korelovat s intenzitou smutku či problému, což ovšem neznamená, že by se jeho důvod či význam měl přehlížet (Zacharová, 2016).

3.1.5 Gestika

Je součástí kinetiky a jedná se o komunikaci pomocí pohybů hlavy, ramen, paží a rukou, tedy gest. Řeč gest je mezi všemi neverbálními projevy nejbohatší. Gesta významně doplňují mluvenou komunikaci, někdy dokonce nahrazují určitá slova, či mohou být významově silnější než slova. Podle jejich účelu rozlišujeme gesta animační, adaptační a regulační (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

3.1.6 Posturologie

Jedná se o řeč pomocí konfigurací všech částí těla. Svým postavením vyjadřujeme informace jednak o sobě samém, ale také vysíláme informace k osobám, s nimiž se nacházíme v místnosti. Postoje mohou být uzavřené, otevřené, podezřívavé či vyjadřovat nervozitu. Nutno však brát určité postoje s jistou rezervou, u někoho mohou zkřížené ruce

na prsou znamenat hněv, ale jiný je může mít v této poloze, protože je mu zima, či z důvodu bolesti zad (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

3.1.7 Kinetika

Zabývá se studiem pohybů lidského těla při komunikaci. Zkoumá jejich dynamiku, rychlost, plynulost a rytmiku. V interakci zdravotnického pracovníka a pacienta je zvláštní pozornost věnována pohybům hlavy a krku, kdy strnulost může značit mimořádné napětí, zatímco živost znamená sociální aktivitu (Zacharová, 2016).

3.2 Verbální komunikace

Znamená komunikaci pomocí slov prostřednictvím nějakého jazyka. Může probíhat přímo, nebo být zprostředkovaná, může být mluvená nebo psaná, živá či reprodukováná. Verbální komunikace je dvousměrným procesem, kdy mluvčí je zodpovědný za to, jak zřetelně vyjádří myšlenku, zatímco úlohou posluchače je pokusit se, co nejlépe pochopit sdělení mluvčího. Specifika užívání jazyka se liší na základě osobnostních rysů a zvláštností osob (Zacharová, 2016). Jak již bylo popsáno výše, verbální komunikace je velice značnou měrou doprovázena komunikací neverbální, která často dokresluje význam mluveného sdělení.

U verbální komunikace se zaměřujeme na její hlasitost, intonaci, pomlky, výšku hlasu či rychlost řeči (Zacharová, 2016).

3.3 Komunikace ve zdravotnictví

V následujících odstavcích bude popsáno pár specifikací pro komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem.

Prvním specifíkem jsou doteky, zdravotnictví se bez doteků většinou neobejde, takovéto doteky se nazývají profesionální. Profesionální doteky bývají jednosměrné ve směru od profesionála ke klientovi/pacientovi, který by vždy měl předem vědět, co se bude odehrávat, jak, proč a kam budou doteky směřovány (Boukalová et al., 2023).

Autokontakty nebo také sebehaptika jsou doteky sebe sama, ve zdravotnictví mohou mít speciální význam, jelikož mohou vyjadřovat širokou škálu negativních emocí jako například nedůvěru, strach, nepohodu či stud při obnažování (Zacharová, 2016).

Drobným úskalím ve zdravotnictví může být intimní zóna pacienta. Narušení intimní zóny osobou, která do ní nepatří, je spouštěčem nepříjemných pocitů a snahy ze

situace utéci, ve zdravotnictví je často nemožné, aby zdravotník nepronikl do intimní zóny pacienta, avšak každý takovýto zásah musí být s pacientem předem komunikován, pokud je to možné (Boukalová et al., 2023; Zacharová, 2016).

Posturologie má ve zdravotnictví také svůj význam. V komunikaci s pacientem bychom se měli snažit o postoj otevřený, tedy mít tělo lehce nakloněné dopředu, ruce otevřené a uvolněné, nohy nemít zkřížené, udržovat oční kontakt, usmívat se. V posturologii byly popsány dva významné jevy ve vzájemném vztahu. Prvním z nich je kongruence, což znamená, že je soulad vztahu mezi osobami. Druhým z nich je inkongruence, která značí nesoulad, příkladem může být, že pacient chce zdravotníkovi ještě něco sdělit, ale on už svým postojem naznačuje, že je na odchodu (Zacharová, 2016).

Verbální komunikace s pacientem by ze strany zdravotníka měla pacienta zbavovat strachu a obav a vzbuzovat v něm důvěru. Kvalitní verbální komunikace s pacientem docílíme dodržováním individuálního přístupu, úctou a pozitivním vztahem k pacientovi. Důležitou složkou verbální komunikace s pacientem je pak také empatie, tedy schopnost vcítit se do toho, co pacient v danou chvíli prožívá a jak vnímá svůj zdravotní stav. Zároveň je nutné mluvit s pacientem zřetelně a ujistit se, že sdělovanému obsahu porozuměl a případně informaci zopakovat (Zacharová, 2016).

Zároveň sem určitě jako specifikum patří akceptování fáze vyrovnávání se s nepříznivou diagnózou. V jednotlivých fázích pacienti prochází psychickými reakcemi a změnami, které budou popsány níže. Tyto změny nemusí být pro ošetřující personál příjemné, komunikace s pacientem může být obtížnější, nicméně ošetřující personál by měl mít pro tyto stavy pochopení.

3.3.1 Komunikace s osobou po traumatu

Měla by brát ohled na prodělané trauma. Pro dobrou orientaci je výhodné se řídit několika principy, kterými jsou bezpečí a klid, transparence, věcnost a empatie, respekt a validace. Jsou popsány ještě další principy, ale ty již využije spíše psycholog či terapeut. Bezpečí a klid je pro traumatizovaného důležitý, jelikož traumatizace podryvá pocit bezpečí, je tedy třeba zajistit útulné prostředí a klidnou situaci. Transparence tu již byla zmíněna výše, jedná se o jasné vysvětlení všech kroků, které se budou dít a zahrnout pacienta do rozhodování, jak jen to je možné, aby měl pocit začlenění a budoval si pocit vlastní účinnosti. Věcnost a empatie posiluje pocit, že je člověk přijímaný, podstatou tohoto principu je jednat s pacientem bez nátlaku, s porozuměním, věcně, ale citlivě.

Respekt a validace stojí na potvrzení vjemů zasažené osoby a respektování jejích pocitů, zároveň povzbuzuje sebedůvěru a zvyšuje pocit bezpečí traumatizované osoby (Schellong et al., 2021).

3.3.2 Sdělování nepříznivých informací

Oznámení nepříznivé diagnózy je velmi náročným rozhovorem jak pro pacienta, tak také pro lékaře, který tuto informaci sděluje. Pacient nikdy nemůže být zcela připraven na informaci, že jeho život se náhle radikálně změní na dlouhou dobu či dokonce navždy, jak je tomu například i u amputace. Většina pacientů po obdržení zprávy o závažné diagnóze prožije šok, který spustí pocitový, myšlenkový i fyzický zmatek. V reakci na šok se mohou u pacienta vyskytnout projevy od pláče až po myšlenkovou paralýzu, pacienti proto často nejsou schopni se po sdělení diagnózy soustředit na zbytek informací, které lékař říká (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Postup při oznamování závažné zprávy dle Bednaříka a Andrášiové (2020):

1. Příprava na rozhovor.
2. Úvodní sdělení struktury první části rozhovoru pacientovi (po diagnózu).
3. Dotázání pacienta, co vše ví o svém zdravotním stavu a tom, co se s ním bude nadále dít.
4. Sdělení pacientovi výsledků vyšetření a sdělení jeho diagnózy.
5. Prostor pro pacienta na prvotní zpracování informace.
6. Sdělení struktury druhé části rozhovoru pacientovi.
7. Poskytnutí informací pacientovi o následujícím postupu léčby.
8. Prostor pro pacienta na reakci a dotazy.
9. Shrnutí nejbližších kroků, které pacienta čekají a poskytnutí opěrných bodů do budoucna.

3.3.3 Reakce na sdělení vážné diagnózy

Prvotní reakcí je šok, který je doprovázen pocitem zmatenosti, paniky, bezradnosti či úzkosti. Na tělesné úrovni se může projevit potíže s dýcháním, pocením či třesem (Bednařík, Andrášiová, 2020). První dva dny si pacienti nemusí uvědomovat, jaké všechny možnosti řešení jejich zdravotní stav má, veškeré svoje síly totiž směřují na snahu vyrovnat se s nepříjemnou zprávou (Gruman, 2008).

Po odeznění prvotního šoku může nastat popření, což je obranný mechanismus psychiky. Popření funguje jako nárazník a pro člověka je pak snazší se psychicky vyrovnat se závažnou diagnózou. Tato fáze může trvat různě dlouho, případně dochází ke střídání období přijetí s popíráním. Může se však stát, že pacient svůj zdravotní stav nepřijme nikdy (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Následující fází je často vztek a negativismus. Typickou otázkou pacientů v tomto období je: „Proč právě já?“. Současně se snaží nalézt příčinu svého zdravotního stavu, v případě traumatické amputace vypadávají genetické příčiny, nicméně pacienti se mohou obviňovat, že se jedná o trest za nevhodné chování či o nespravedlivou ránu osudu. Pacienti procházející si tímto obdobím pocítují zoufalství, vztek, křivdu, nespravedlnost, s tím pak souvisí případná útočnost pacientů na okolí, kdy jejich výčitky a nadávky často směřují k lékařům a ošetřujícímu personálu (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Depresivní období pak může pacienta přepadat opakovaně a projevuje se pochmurnými myšlenkami a smutkem. Obvykle tyto změny prožívání není nutné odborně léčit, ale je třeba jim věnovat pozornost, aby nedošlo ke sklouznutí do obrazu klinické deprese (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Akceptace reality stojí na konci procesu vyrovnávání se s vážnou diagnózou. Zdravotní stav je přijat jako nová životní situace. Pacient v tuto chvíli ideálně začne spolupracovat při léčbě a sám se stane aktivním v hledání možností řešení a zlepšení svého zdravotního stavu. Neznamená to však, že již nebude pocítovat smutek, strach či zlost, jelikož tyto emoce jsou přirozené i nadále (Bednařík, Andrášiová, 2020).

Jednou z fází může být ještě vyjednávání, které je ovšem v souvislosti se zaměřením bakalářské práce méně významné.

Nutno ještě dodat, že každý prožívá vyrovnávání se s novým zdravotním stavem jinak, průběh vyrovnání se má u každého pacienta individuální odlišnosti. U některých pacientů se projeví všechny výše popsané fáze, u jiného třeba jen některé, případně se mohou objevit v různém pořadí popřípadě se i navzájem střídají či prolínají (Bednařík, Andrášiová, 2020).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍL A ÚKOLY PRÁCE

Cílem této práce je podrobně zmapovat problematiku komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem po traumatické amputaci.

Pro splnění cíle byly naplánovány následující kroky:

1. zpracovat literární rešerši se zaměřením na problematiku amputací, traumatických amputací a komunikace
2. sestavit otázky do rozhovorů s traumaticky amputovanými pacienty
3. popsat komunikaci mezi zdravotnickým personálem a traumaticky amputovanými pacienty na základě vyhodnocení rozhovorů

5 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

1. Jaké limity vnímali respondenti v komunikaci s nemocničním personálem?
2. Jaké limity vnímali respondenti v komunikaci s protetickými pracovníky?
3. Jakým způsobem byli respondenti informováni o možnostech protetické péče?

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO VZORKU

Výzkumný soubor se skládá z pěti mužů ve věku od 28 do 39 let, kteří prodělali traumatickou amputaci dolní končetiny v důsledku autonehody. Všichni jsou velmi aktivní a jsou každodenními uživateli protézy. Kritériem pro výběr pacientů byla prodělaná jednostranná traumatická amputace dolní končetiny v důsledku dopravní nehody, mužské pohlaví, věk od 18 do 50 let, aktivní způsob života.

Sledovaný soubor byl vybrán oslovenými pracovišti na základě výše zmíněných kritérií. Probandi byli oslovováni přímo na pracovišti, všichni probandi s výzkumem souhlasili, což před rozhovorem stvrdili podepsáním informovaného souhlasu, jehož vzor bude k nalezení v příloze. Originály informovaných souhlasů od probandů jsou uloženy u autora práce.

7 METODIKA PRÁCE

Pro vyhovující obsazení cílů práce byl zvolen kvalitativní typ výzkumu. Probandi byli vybíráni oslovenými ortoticko-protetickými pracovišti na základě předem stanovených kritérií, která byla popsána výše. Informace od probandů byly získávány pomocí strukturovaného rozhovoru, který trval přibližně 30 minut. Každý rozhovor byl zaznamenán na diktafon. Rozhovory probíhaly přímo na ortoticko-protetických pracovištích, jelikož zde bylo zajištěno větší soukromí a klid, které by například kavárna zajistit nemohla, zároveň se jedná o prostředí, které probandi dobře znají. Probandi byli před rozhovorem seznámeni se strukturou rozhovoru, cílem práce a srozuměni s faktem, že celý rozhovor bude zaznamenán na diktafon. Vzhledem k povaze výzkumu, a faktu že probandi si prošli potenciálně traumatizující událostí, byl kladen důraz na dobrovolnost, příjemné prostředí a komfort probandů. Každý z probandů byl informován o možnosti rozhovor kdykoliv přerušit či ukončit, zároveň byli seznámeni s možností na kteroukoliv otázku neodpovědět. Tyto možnosti žádný z probandů nevyužil, všichni rozhovor kompletně dokončili.

Každý z probandů před začátkem rozhovoru podepsal informovaný souhlas, kde je jasně napsáno, že veškerá data od nich budou anonymizována, jména respondentů uváděná v této práci jsou autorem vymyšlené pseudonymy. Pseudonymy byly preferovány před číselným označením z důvodu lepší přehlednosti a lidštějšího přístupu.

V příloze jsou k nalezení také souhlasy pracovišť s výzkumným šetřením. Osloveny byly dvě pracoviště, a sice Centrum Technické Ortopedie s.r.o. a Protetika Sýkora Praha.

7.1 Popis výzkumného vzorku

Tabulka číslo 1 - Výzkumný vzorek

Jméno	Věk	Doba od amputace	Úroveň amputace
Albert	28	1,5 roku	transtibiální
František	21	3,5 roku	transtibiální
Melichar	28	10 let	transtibiální
Tobiáš	28	0,5 roku	transfemorální
Viktor	39	8 let	transtibiální

Zdroj: vlastní

Tabulka výše obsahuje základní informace o probandech, blíže budou probandi popsáni v následujících odstavcích.

7.1.1 Albert

Albert je mladík s fyzicky náročnou prací a velkým sportovním nadšením. Ke ztrátě končetiny došlo při nehodě na motorce, která se mu stala v létě v roce 2022. Celou nehodu si pamatuje, prý dostal smyk v zatáčce, kde byl vydrolený asfalt. Po pádu se podle svých slov chvíli klouzal po silnici a pak narazil do svodidel, které mu na místě utrhly nohu. Z místa nehody byl letecky dopraven do nemocnice, kde strávil asi týden, poté byl přeložen do jiné nemocnice blíže k jeho bydlišti. Hojení prý probíhalo podle plánu, na první protéze se začalo pracovat dva měsíce po operaci. Po zhojení pahýlu Albert absolvoval pobyt na rehabilitační klinice se zaměřením na školu chůze amputovaných. Rád sportuje, běhá a hraje florbal, žije tedy velmi aktivním životem.

7.1.2 František

František přišel o končetinu ve velmi mladém věku, nebyl ještě ani plnoletý, když dostal smyk na motorce kvůli vyfrézované silnici. Spadl pod motorku a o sloupek svodidel mu motorka utrhla nohu, poté spadl ze skály do řeky. Na nehodu si vůbec nepamatuje, má jen informace od policie. Letecky byl přepraven do nemocnice s traumacentrem kde proběhla operace, poté byl převezen do menší nemocnice, z důvodu nedostatku místa v traumacentru. Po propuštění z nemocnice se u Františka vyskytly komplikace, které vedly k opětovné hospitalizaci a reoperacím pahýlu, jelikož měl v pahýlu infekci, která zasáhla i kost. Františkův stav se rychle zhoršoval, rozjela se mu pneumonie v obou plicích, nemohl dýchat, nemohl se hýbat z důvodu rizika plicní obstrukce, což mu způsobilo dekubity. Lékaři již ztráceli naději, že přežije. Nakonec František všechny komplikace překonal a dnes je z něj dospělý muž, který se rozhodl studovat ortotiku-protetiku, aby mohl pomáhat lidem po amputaci.

7.1.3 Melichar

I Melicharovi bylo pouze sedmnáct let, když se společně s jeho bratrem a kamarádem vybourali v autě. Jeho kamarád při převozu z místa nehody v sanitce zemřel. I Melichar prý převoz málem nepřežil, sám si nehodu nepamatuje, a je za to rád. Celý příběh mu převyprávěl jeho bratr, který byl celou dobu při vědomí a jel s ním v sanitce. Byl po celou dobu hospitalizován ve stejné nemocnici, jen byl po zhojení přeložen na rehabilitační oddělení. S amputací se prý nějakou dobu srovnával a byl z toho smutný, ale

zároveň měl už od začátku velikou vůli znovu chodit, čehož nakonec docílil. Jeho cesta však byla trochu trnitá, vyzkoušel tři protetiky, kdy až ten třetí mu vyhovuje po všech stránkách. Hned jakmile to bylo možné, se navrátil ke sportu, dělá box, a žije se jako řidič.

7.1.4 Tobiáš

Tobiáš je poměrně čerstvě po amputaci, není to ještě ani rok. Při nehodě byl po celou dobu při vědomí, ale nehodu si moc nepamatuje, ví, že k ní došlo na křižovatce, kde na motorce nedostal přednost, a pak už si pamatuje jen silnou ránu. Na místě měl prý nohu roztrženou a natříkrát přetočenou pod sebou, což ale vůbec necítil, myslel si, že má jen zlomený kotník. Po operaci se zjistilo, že má ještě zlomené zápěstí s palcem, takže podstoupil ještě jednu operaci, jinak žádná přidružená zranění neměl. Hospitalizován byl po celou dobu ve stejné nemocnici, kde strávil jen necelý měsíc, jelikož se prý vše hojilo, jak mělo. Povoláním je instalatér, tedy také má fyzicky náročnou práci.

7.1.5 Viktor

Viktor byl již v produktivním věku, když špatně odhadl auto blížící se ke křižovatce, na kterou vjížděl na motorce, auto do něj narazilo z boku. K totální amputaci došlo již v okamžik nárazu. Následně Viktor spadl z motorky a kutálel se po silnici, takže se mu na tu otevřenou ránu nabalil prach a nečistoty, což mu způsobilo pooperační komplikace s pahýlem. Po dobu tří měsíců mu pahýl neustále hrozně otékal, následně pak ještě chytl zlatého stafylokoka. Hospitalizace trvala téměř půl roku, kdy byl v rámci jedné nemocnice nejdříve umístěn na anesteziologicko-resuscitační oddělení (ARO), poté na traumatologii, a následně na rehabilitační oddělení. Protézování pak již proběhlo hladce. V době úrazu pracoval v kanceláři, nyní se žije jako prodejce zemědělské techniky.

7.2 Metody zpracování dat

Všechny zvukové záznamy z rozhovorů byly postupně přepsány do textové formy, při přepisování rozhovorů byl kladen důraz na autentičnost, v prepisech se tedy vyskytují i vulgární a nespisovné výrazy. Tyto prepisy byly následně vytištěny a kódovány metodou tužka papír. Zvukové záznamy z rozhovorů byly po textovém zpracování kompletně vymazány.

Po nakódování veškerých rozhovorů vzniklo určité množství kódů, jednotlivé kódy byly pak na základě spojitostí rozřazeny do kategorií. Z těchto kategorií jich nejvýrazněji vystupovalo následujících šest.

1. Oznámení o amputaci
2. Hospitalizace
3. Komplikace
4. Protetika
5. Informovanost
6. Potřeby

Vzor kódování bude přiložen do příloh. Do příloh nebude přiložen přepis celého rozhovoru, jelikož by mohlo dojít k narušení soukromí daného probanda. Úryvky z rozhovorů se však v práci vyskytovat budou, k čemuž probandi dali svůj souhlas podepsáním informovaného souhlasu.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V této kapitole budou podrobněji představeny kategorie vycházející z rozhovorů. Komunikace s pacienty po traumatické amputaci je složité téma, každý z respondentů má trochu jinou zkušenost, ale jisté situace, vzorce a potřeby se prolínají mezi všemi ze zkoumaných.

8.1 Oznámení o amputaci

Způsob jakým respondenti zjistili, že jsou po amputaci, byl v mém výzkumu dvojnásobný. Tři z pěti respondentů věděli o amputaci ještě před operací. Zbylým dvěma tuto skutečnost oznámili až v nemocnici po operaci.

Albert, Tobiáš a Viktor si svou nehodu pamatují, traumatická amputace buď totální nebo subtotální proběhla hned na místě nehody. Albert vyloženě popsal, že jak ležel u svodidel, tak že jeho utržená noha ležela vedle něj. Věděl, že to už asi lékaři nepřišijí, ale chvíli si ještě udržoval malou naději, že by se to dalo spravit, ale tato naděje prý trvala chvíličku a ještě na místě nehody otočil a začal si uvědomovat, že je po amputaci. Skutečnost, že ví, co se stalo, poté lehce uvedla do rozpaků nemocniční personál, který byl připraven mu tuto zprávu sdělit, ale Albert hned jakmile se probral, se jako první zeptal, co má teď teda dělat, když je po amputaci.

Tobiáš si nejdříve myslel, že má jen zlomený kotník, ale poté, co ho naložili do sanitky, ho prý ta poškozená dolní končetina začala hrozně bolet, tak se začal ptát záchranářů, co se mu teda stalo. Záchranáři ho nechtěli stresovat, tak mu odpověděli, ať to teď neřeší, že to není důležité, ale vzhledem k tomu, že Tobiáš na ně naléhal, tak mu sdělili, že to nevypadá dobře, že mu tu končetinu budou muset amputovat. Tobiáš se tedy dle jeho slov budil s vědomím, že tu nohu nemá, ale doufal, že mu zůstane alespoň koleno. Bohužel nezůstalo, což pro něj byla nepříjemná zpráva, prý si myslel, že to bude špatné, ale postupem času si to prý v hlavě srovnává a posouvá se dále. Sám pak ještě dodal, že vidí pozitivum v tom, že o amputaci věděl předem, že je to takhle dle něj určitě lepší, než nic netužit, vzbudit se a zjistit, že je po amputaci.

Viktor si byl své amputace vědom již na místě, jelikož hned prvotní náraz mu provedl totální traumatickou amputaci. Viktor: *„Ale jako mně už to bylo jasné hned po té nehodě, že tohle už se dohromady nedá, protože já jsem tu nohu zvednul a chodidlo prostě viselo na kusu kalhot a mezi tím nic nebylo, tak už v tu chvíli jsem si řekl, že s tím už nikdo*

nic neudělá. Takže ještě než jsem usnul ve vrtulníku, tak už jsem to věděl, už jsem s tím byl smířenej.“

František a Melichar si svou nehodu nepamatují, František dokonce ani neví, že vyjel z domu. Těmto dvěma respondentům oznámili až v nemocnici, že jsou amputovaní, ani jeden z nich si však nemyslí, že jim tuto vážnou zprávu oznámili, tak jak by se mělo.

František se o své amputaci dozvěděl poněkud zvláštním způsobem. Poté, co se probral po operaci, za ním přišel chirurg a podal Františkovi jeho mobilní telefon. To bylo vše, co udělal. František: *„Tak mi dal takhle ten telefon, teď já viděl ty mraky zpráv, mraky všeho, tak jsem rozkliknul první konverzaci, tam můj nejlepší kámoš mi posílal článek se zprávou: že to nejsi ty. Tak jsem si ten článek rozklikl a tam bylo, že sedmnáctiletý motorkář utrpěl ztrátové poranění dolní končetiny, tak jsem se podíval pod deku a zjistil, že noha není.“*

Melichar popisuje, že byl v tu chvíli, kdy se probral po operaci velmi naštvaný. Když se probral, tak se začal zkoumat a zjišťovat, co se vlastně stalo. Když uviděl, že dle jeho slov nemá kousek nohy, tak zavolal na sestru, aby se jí zeptal, co se teda stalo. Na jeho otázku, zda je po amputaci, sestra prý nic neodpověděla, jen se na něj podívala a odešla. Za chvíli za ním však přišel lékař a sdělil Melicharovi, že je po amputaci. Způsob, jakým mu lékař tuto skutečnost sdělil, Melichar popisuje jako bezcitný a neempatický, sám však dodal, že neví, jestli se tohle dá vůbec nějak normálně sdělit.

Komunikace, popsaná ve dvou předchozích odstavcích rozhodně neodpovídá zásadám, které byly popsány v teoretické části a značí nedbalý přístup nemocničního personálu k takto závažným diagnózám.

8.2 Hospitalizace

S hospitalizací mají respondenti různé zkušenosti, každý byl také hospitalizován různě dlouho s různými přidruženými poraněními a v různých nemocnicích, jen dva respondenti byli hospitalizováni ve stejné nemocnici. Pouze jeden respondent má čistě pozitivní zkušenost a neuvedl nic, co by mu v komunikaci a jednání nemocničního personálu vadilo. Zároveň pouze tento jeden respondent využil nabídku psychologické pomoci po amputaci, všichni ostatní tuto nabídku prý odmítli, což ovšem se spokojeností v nemocnici vzhledem k situacím, které budou popsány níže, jistě nesouvisí.

Nejdříve budou podrobněji rozebrány pozitivní zkušenosti respondentů, kterých také nebylo málo. Albert uvádí, že se v nemocnici spřátelil s jedním z ošetřovatelů, který tam byl, když se probрал po operaci. Vždy, když měl tento ošetřovatel službu, tak měl Albert lepší náladu a cítil se lépe. Přátelství jim prý vydrželo dodnes. František zase uvádí, že po převozu do druhé nemocnice, ho na oddělení milovali a chovali se tam k němu krásně, sestřičky mu prý z domova nosily jídlo a gumové medvídky, protože nic jiného nebyl moc schopen jíst. Dodnes prý když se potká s nějakou sestřičkou z dětské jednotky intenzivní péče (JIP), tak ji zdraví a děkuje za to, jak se o něho staraly. Také Melichar rád v dobrém vzpomíná na ošetřující personál z oddělení, kde ležel. Prý byli všichni hrozně milí, kdykoliv něco potřeboval, tak se nebál zazvonit na sestry, které ochotně okamžitě přišly. S nimi prý byla skvělá komunikace, vždy vše vysvětlily a měly pochopení pro jeho aktuální stav. Tobiáš má téměř čistě pozitivní zkušenost, s nemocničním personálem se k sobě prý chovali se vzájemným respektem. Udává, že komunikace s nimi byla milá, že se ho neustále ptali, zda něco nepotřebuje, prý je také nechtěl zbytečně „prudit“, takže si dokázali vzájemně vyjít vstříc. Viktor má čistě pozitivní zkušenost, vše bylo podle něj tak jak má být. Udává, že se snažil sžít s provozem na oddělení, takže chápal, že toho má nemocniční personál hodně na práci, ale i přes to si na něj vždy našli čas, když to potřeboval. Mluvili s ním přímo, jednoduše a bez odborných termínů, což jako laik shledává velkým pozitivem.

Nyní bohužel přichází na řadu ty méně příjemné zkušenosti respondentů z nemocnice. Hned u tří respondentů se vyskytla situace, kdy jim byly prováděny bolestivé úkony na pahýlu bez jakéhokoliv umrtvení. Albert mi sdělil, že měl ještě z předchozí nemocnice indikované převazy v celkové anestezii, což ovšem lékaři v druhé nemocnici nerespektovali a převazy mu prováděli při vědomí. Z jizvy před finálním uzavřením pahýlu měl vyvedený nerv, který byl extrémně citlivý na cokoli. Pokaždé se mu prý povedlo to osobě provádějící převaz vysvětlit, což vedlo ke zvýšené opatrnosti při převazech. Jeden lékař, který přišel na převaz, ho však prý vůbec neposlouchal a neustále tam něco vyprávěl sestřím a úplně ignoroval, že Albert něco říká. Ve chvíli, kdy už mělo dojít k odhalení nervu, musel Albert na lékaře výrazně zvýšit hlas, aby si získal jeho pozornost a mohl mu vysvětlit svou situaci, až v tuto chvíli ho lékař začal vnímat. Ještě horší zážitek má František, kterému lékař bez umrtvení seřezával nekrotickou tkáň z pahýlu. Tento lékař musel prý být za šest minut na sále, z tohoto důvodu nečekal, až Františkovi zabere anestetikum, a v rychlosti se pustil do práce i přes to, že jak František, tak přítomné

zdravotní sestry byli proti. Prý to byla neskutečná bolest, po celou dobu výkonu se František třásl v ukrutných bolestech, všude byla krev a anestetikum mu začalo působit, až když už bylo vše hotovo. I František měl převazy a jakékoliv úkony na pahýlu indikované v celkové anestezii, což opět lékaři nerespektovali. A jako malou vsuvku bych ráda zmínila, že ten stejný lékař bagatelizoval Františkovy pooperační komplikace a řekl mu, že je měl z počasí, což Františka, jemuž hrozilo, že kvůli pooperačním komplikacím zemře, opravdu nepotěšilo. I Melichar má zkušenost s bolestivými převazy. Jemu prý lékaři vždy obvazy, které byly přischlé k ranám na pahýlu, bez jakéhokoliv odmočení či umrtvení strhli. Strhli tedy samozřejmě i části dorostlých tkání, což mu způsobovalo značnou bolest a delší hojení. Když Melichar prosil lékaře, zda by mohli být při převazech šetrnější a trochu ty obvazy odmočit, odmítli jeho prosbu s argumentem, že by to nebyl žádný rozdíl, jen by je to zdržovalo. Když pak začal chodit na převazy k tamní primárce, byl udiven, jak bezbolestně je prováděla. Obvazy prý vždy před převazem odmočila a vše probíhalo hladce. Melichar byl tedy velmi zklamaný z jednání lékařů v nemocnici.

Dále často zmiňovaná byla ignorace pacienta od nemocničního personálu, případně arogance nemocničního personálu. František a Melichar uvedli, že je lékaři ani nezdravili při vizitě, mluvili si něco mezi sebou lékařským žargonem a pak zase bez pozdravu odešli, aniž by jim podali nějaké informace o jejich zdravotním stavu. František si v první nemocnici připadal jen jako diagnóza, jelikož tak tam k němu přistupovali, ale prý si nastudoval odborné termíny, takže se alespoň vyznal v tom, o čem se lékaři při vizitě baví. Melichar zase popisuje, že mu nemocniční personál připomínal stroje bez empatie, a míval pocity, že je svými potřebami zdržuje či obtěžuje. Velmi mu vadilo, že mu lékaři nesdělují téměř žádné informace, vždy na ně musel naléhat, aby se dozvěděl alespoň něco o tom, jak na tom zdravotně je. Tobiáš mi sdělil, že měl z některých lékařů pocit, že je jeho stav vůbec nezajímá, že si před vizitou ani nepřečetli jeho složku, prostě jen konstatovali sestrám, aby pokračovaly v předepsané léčbě.

8.3 Komplikace

V této podkapitole bych chtěla věnovat pozornost fantomovým bolestem, pooperačním komplikacím a dalším jevům, které byly pro respondenty komplikací. Fantomovými bolestmi po amputaci trpěli všichni respondenti. Čtyři z pěti respondentů je nadále poměrně často pociťují. Zároveň všichni uvedli, že nošení protézy jim pomáhá proti fantomovým bolestem. Problém obvykle nastává, když si protézu sundají.

Albert měl komplikace s druhou dolní končetinou, jelikož byla prý přes lýtko celá roztržená a nevypadalo to dobře. Hrozilo, že Albertovi budou lékaři muset provést amputaci i na druhé dolní končetině. Naštěstí se však končetina zahojila, ale Albert popsal, že měl i v této končetině velké bolesti.

František má s pooperačními komplikacemi rozsáhlé zkušenosti, jak bylo popsáno v krátkém představení probandů, na pooperační komplikace málem zemřel. Z důvodu rozsáhlé infekce pahýlu mu hrozila amputace ve vyšší úrovni, což ho velice rozhodilo a měl z toho strach. Veškeré tyto komplikace dává za vinu lékařům z první nemocnice, že mu nepředepsali antibiotika. František: „*Vlastně to podělali oni, že mi nedali ty antibiotika, jsem málem zhebnul kvůli nim, co si budeme povídat. To prostě byli hlupáci, protože kdyby mi je dali, tak by se mi tyhle komplikace nestaly.*“ Kvůli komplikacím tak musel podstoupit ještě dvě operace pahýlu, pak se již začal konečně hojit. V tomto období se však František stal závislým na lécích. Závislosti se pak těžko zbavoval, a projevíly se u něho abstinenci příznaky, byl na své okolí nepříjemný a hrubý, sestry v nemocnici na něj však i v tomto stavu byly milé a srdečně mu vysvětlovaly, že mu již ty léky podat nemohou.

Tobiáš uvedl, že měl problém dostat se někam na rehabilitaci. Dlouho ho prý odmítali, že jeho zdravotní stav to ještě neumožňuje. Takto jeho přijetí odkládali tak dlouho, až mu řekli, že pro něho nemají místo, že na rehabilitaci bude moci až tak za půl roku. Musel si tedy složitě hledat jinou rehabilitační kliniku.

8.4 Protetika

Tato podkapitola se bude věnovat zkušenostem respondentů s protetickými pracovníky. Tři z pěti respondentů mají zkušenost se změnou svého protetika. Téměř všichni uvádí, že měli ze svého protetika pozitivní první dojem. Jediný Viktor uvedl, že jeho první dojmy byly poněkud neutrální, že to prostě bral jako naprosto normální věc. Albert se při otázce na první dojem z protetika rozzářil a řekl: „*On byl hrozně super, ten byl skvělej. Překvapilo mě, jak člověk, kterej má dvě nohy může bejt tak empatickej vůči člověku, co nohu nemá. Obyčejnej mudla dvounohej a naprosto skvělej.*“ Zároveň Albert uvedl, že díky protetikovi cítil naději, že bude zase normálně žít, s amputací se prý plně srovnal až ve chvíli, kdy dostal svou první protézu a mohl začít trénovat chůzi a sportovat.

Dále pak kromě Melichara mají všichni respondenti dobrou zkušenost s komunikací a jednáním s protetikem. Melichar má se svým prvním protetikem celkově špatnou zkušenost. Začalo to prý dobře. Melichar: „*Tak z první návštěvy jsem byl nadšeněj, protože*

jsem ještě nevěděl, do čeho jdu.“ Lidsky si však prý docela sedli, ale protetikovu odvedenou práci Melichar označil jako katastrofu. Melichar dostal nevyhovující lůžko, které bylo zastaralého typu a neodpovídalo dnešním standardům plně kontaktních podtlakových lůžek. Kvůli neúnosným bolestem v lůžku nemohl řádně začít rehabilitovat. Melichar: *„On mi udělal to lůžko a já jsem mu furt říkal, že mě to někde tlačí až do bolesti, že to fakt nejde, a on mi na to vždycky akorát odpověděl, že už neví, že si na to prostě musím zvyknout, ale to bylo fakt neúnosný.“* Protetik pak již na jakékoliv Melicharovy připomínky reagoval podrážděně, byl nepříjemný, takže komunikace s protetikem pak již spíše upadala, jelikož Melichar už sám ani nechtěl protetika kontaktovat se svými problémy s protézou. Jelikož za čtyři roky s protézou nebyl schopen chodit, aniž by kulhal, rozhodl se podstoupit pobyt na rehabilitační klinice se zaměřením na školu chůze amputovaných, kde se seznámil s ostatními pacienty a dostal doporučení na jiné protetiky. Rozhodl se tedy pro změnu, se svým druhým protetikem byl velmi spokojený, ale problém byla špatná dojezdová vzdálenost z místa bydliště. Proto se na doporučení jiné pacientky rozhodl ještě jednou změnit protetika, ke kterému to měl z domova blíže. U svého třetího protetika je Melichar vybavován dodnes, je spokojený s jeho přístupem i odvedenou prací. Sám uvedl, že svému aktuálnímu protetikovi věří, konečně přestal kulhat a nemá nyní s pahýlem žádné problémy.

Františkův a Viktorův příběh zase podtrhávají důležitost ochoty a přístupu protetika. František svého prvního protetika změnil, jelikož mu od něj příliš nesesedělo protézové lůžko, nebyl schopen s ním řádně rehabilitovat, tak mu jiný protetik udělal vyhovující lůžko díky, kterému František začal po amputaci chodit. Se svým prvním protetikem si však lidsky tak rozuměli, že se František rozhodl dát svému prvnímu protetikovi ještě druhou šanci. Dohodli si termín a protetik se celý den snažil pro Františka vytvořit, co nejvíce vyhovující lůžko, což se na konci dne povedlo. František byl tedy velmi rád, že se mohl vrátit k někomu, kdo na něj lidsky udělal tak silný dojem. Ani druhý protetik na Františka však neudělal špatný dojem, ale přístup prvního protetika Františka přesvědčil. Viktor se pro změnu protetika rozhodl z důvodu přístupu protetika a ochoty zkusit nové vybavení. S odvedenou prací svého prvního protetika byl spokojen, ale chybělo mu něco navíc. Přístup svého prvního protetika popsal jako zkostnatělý. Vždy, když Viktor chtěl vyzkoušet nové či jiné vybavení, tak protetik jeho žádost zamluvil, takže nakonec Viktor vždy dostal to stejné, co už měl vyzkoušené. Svého nového protetika našel díky doporučení od svého amputovaného kamaráda, který je s tímto protetikem spokojený.

Viktor je teprve krátce po změně protetiky, takže ucelené dojmy zatím nemá, ale ze změny prý má dobrý pocit.

Čistě pozitivní zkušenost s protetikem již od začátku má Tobiáš a Albert. Oba jsou velmi spokojeni s přístupem a jednáním protetiky. Albert oceňuje rychlou výrobu protézy, prý nečekal, že za pár dní od sejmutí otisku již bude protéza hotová, toto zjištění prý jeho mamince vehnalo slzy do očí. Tobiáš zase velmi ocenil pohotovou reakci protetiky na prasknutí zkušebního lůžka na protéze. Tobiáš: „*To jsem spadnul a protéza mi praskla, tak jsem panu protetikovi volal asi v půl šestý večer, a on hned ochotně, že kolem půl sedmé bude na protetice, tak že mám přivést tu protézu, hned to začal řešit.*“ Obecně nutno říci, že ochota protetiky, tedy kohokoliv, řešit problém takto navečer je vskutku nadstandardní péčí.

8.5 Informovanost

Tato podkapitola bude zaměřena na poměrně palčivý problém, kterým je informovanost pacientů o možnostech péče po amputaci, která ovšem koření v informovanosti nemocničního personálu.

Všichni respondenti uvedli, že po amputaci neměli o možnostech protetické péče téměř žádné informace. Albert: „*Já myslel v té době, že budu mít jednu nohu železnou a tím to hasne. Problém je, že mi přijde, že málo ohledně protéz, amputací a tohohle všeho jsou informovaný zdravotníci v nemocnici.*“ František si dokonce myslel, že již po zbytek života bude upoután na invalidní vozík. Nemocniční personál pacientům nesděluje informace o tom, co se bude dít dále, respondenti netušili, co je následně čeká, jak si mají nalézt protetiky. Jediný Tobiáš již v době hospitalizace věděl, že si protetiky může vybrat, všem ostatním tento fakt sdělen nebyl. Albert se následně také dozvěděl, že si může vybrat, rozhodl se tedy vybrat si protetiky dle doporučení ostatních pacientů a jako jediný z respondentů odmítl jít k protetikovi, který mu byl doporučen nemocnicí. Rozhodně není chyba, že nemocnice pacientům doporučují protetické pracovníky, problém je, že pacientům již nesdělí, že mají možnost volby, pacient tak může zbytečně setrvávat u protetiky, se kterým není spokojen, jen z důvodu, že si myslí, že jinak jít nemůže. Zároveň často nemocniční personál pacientům na otázky ohledně protetiky, pahýlu a následné rehabilitace odpovídal stroze, že veškeré informace jim sdělí až na protetice. Otázkou zůstává, zda je nemocniční personál tak málo informovaný o možnostech protetiky a právech pacientů, nebo tyto informace z různých důvodů sdělovat nechťejí.

Dalším problémem byly falešné informace, které probandi dostali od nemocničního personálu. Františkovi třeba bylo sděleno, že již nikdy nebude moct sportovat a pravděpodobně se nikdy nezbaví berlí. Tato zpráva Františka zdrtila, ale protetik mu naštěstí vysvětlil, že to není pravda, nyní František lyžuje, běhá a jezdí na koni. Albertovi zase bylo chirurgem sděleno, že poukaz na protézu mu lékař vypíše až ve chvíli, kdy pahýl ztvrdne, že nyní má pahýl příliš jako rosol. Možná tím lékař myslel, až Albert trochu posílí svaly, nicméně bez protézy se svaly posilují těžko, zároveň je všeobecně známo, že svaly na amputačním pahýlu s postupem času spíše atrofují, pahýl je tedy s postupem času více a více obklopen volnými měkkými tkáněmi, které tvoří hlavně kůže.

Dva respondenti dostali od různých lékařů protichůdné informace, nevěděli tedy, kterým informací mají věřit. Melicharovi jeden lékař při vizitě řekl, že již může postupně zatěžovat neamputovanou dolní končetinu, kterou měl po nehodě také poraněnou, bylo mu tedy sděleno, že se může začít o berlích procházet po chodbě. Když ho jiný lékař viděl chodit o berlích po chodbě, tak ho okamžitě zahnal zpátky na pokoj, že si musí ihned lehnout, prý stav jeho poraněné dolní končetiny ještě není vhodný k zatěžování. Když se na to druhý den ptal při vizitě, tak mu opět bylo sděleno, že končetinu již zatěžovat může. Tobiáš má zase zkušenost s rozporů mezi lékaři v přístupu k léčení pahýlu. Tobiáš: *Tak tam vlastně bylo špatný to, že jeden tejden tam byl doktor, kterýho to zajímalo, ten třeba říkal, že se ten pahýl musí vysušovat, aby se ta jizva zatahla, no a druhej tejden tam přišel druhej doktor a ten zase, že se to musí máčet, takže mně se ta noha vždycky zatahla, pak mi to začali máčet, tak se to zase roztáhlo, takže to mi vadilo.*“ Zde je zřetelná nutnost komunikace zdravotnického personálu mezi sebou, každý má jiné zkušenosti a vědomosti, přístupy lékařů k jednotlivým problémům se často různí, ale v aplikaci těchto přístupů by měli na základě konzultace dosáhnout společného konsenzu, aby nedocházelo ke zbytečnému zatěžování pacienta a prodlužování jeho rekonvalescence z důvodu neshod v přístupu k léčení mezi lékaři.

Tři z pěti respondentů se vyjádřili, že v nemocnici jim špatně bandážovali pahýl. Zbylí dva si nebyli vědomi, zda jim byl pahýl v nemocnici bandážován špatně, ale ani si nejsou jistí, zda bandážování bylo správné. František, který se tomuto tématu nyní v rámci studia ortotiky-protetiky zajímá, uvedl, že nikdo v nemocnici neuměl správně bandážovat. Albert s Melicharem zjistili, jak správně bandážovat pahýl až od protetika, což znamená nesprávné bandážování po celou dobu hospitalizace.

Všichni respondenti uvedli, že od protetiky dostali veškeré informace, které potřebovali. Byli správně informovaní o průběhu protézování, co s protézou dělat mohou, co ne, jak se o protézu a pahýl správně starat. Albert: „*Protetik mi všechno vysvětlil, zodpověděl mi každou i blbou otázku, učil mě obvazovat tu nohu.*“ Melichara již první protetik dokonce zapojil do procesu vybírání protézového chodidla, vysvětlil mu na základě, čeho, kterou věc vybírá, informací o komponentech protéz měl dost, jako nevýhodu však vidí, že nic nevěděl o typech protézových lůžek, tudíž po celé ty čtyři roky, které byl v jeho péči, netušil, že je vybavován zastaralým typem lůžka, a že jsou i jiné a komfortnější typy lůžek. Viktor uvedl, že sice nebyl začleněn do procesu domlouvání termínu první konzultace na protetice, vše za něj vyřídila nemocnice, kde byl stále ještě hospitalizovaný, nicméně při první konzultaci se již dozvěděl, vše o průběhu protézování. Viktor: „*Vždycky další krok dopředu jsem věděl, co bude, vždycky mi to popsali, co se bude dít.*“ Ve chvíli, kdy se pacient dostane na protetické pracoviště, je již vysoká šance, že bude mít dostatek informací, mizí nejistota, někteří respondenti uvedli, že jim první konzultace na protetice dala naději, že bude vše zase dobré, protetici jim dali motivaci.

8.6 Potřeby

Úplně všichni respondenti shodně uvedli, že upřednostňují přímou a jasnou komunikaci, vše říct na rovinu, tak jak se věci mají bez nějakých okliček, ale samozřejmě s citlivostí a empatií. Tobiáš o komunikaci s nemocničním personálem: „*Jako mně bylo celkově příjemné, že se mnou jednali na rovinu, že se tam nechodí kolem horké kaše, že mi fakt řekli, že ta noha bude amputovaná, což pro mě bylo fakt asi jako plus.*“

Problémem v komunikaci s nemocničním personálem, převážně s lékaři, bylo užívání odborných termínů. V odborných termínech se z probandů dokázal orientovat jedině František. Albert a Melichar uvedli, že jim užívání odborných termínů ze strany lékařů vyloženě vadilo, jelikož jim nerozumí, což by lékaři měli brát v úvahu. Viktor s odbornými termíny problém neměl, lékaři prý v odborných termínech hovořili, ale vše mu ihned vysvětlili, aby jako laik věděl, o čem je řeč, prý se jich ani nemusel ptát, rovnou mu vše začali vysvětlovat.

Potřebu více informací v průběhu hospitalizace uvedlo všech pět probandů. Vadila jim nejistota budoucnosti, jelikož neměli informace, co bude dál. Albert uvedl, že když byl v nemocnici, tak měl ze všeho nejméně informací. Přáli si však mít nejen více informací, ale také mít ty informace ucelené a hlavně nedostávat falešné informace, které byly již

popsány výše. Informace o možnostech rehabilitační péče a péče se zaměřením na školu chůze amputovaných byly také velmi strohé. Kromě Melichara všichni respondenti čerpali informace i od jiných amputovaných, se kterými se spojili například přes sociální sítě. Skrze spojení s jinými pacienty si respondenti ověřovali informace, zjišťovali dostupnost protetické a rehabilitační péče a dostávali motivaci svou složitou situaci zvládnout.

Potřebu nesdělovat nepotvrzené informace uvedl jen František, ale rozhodně sem patří. Když Františkovi diagnostikovali infekci pahýlu, lékař na ambulanci mu sdělil, že ho asi budou muset amputovat ve stehně. František: *„Že jako říct mi, že to říznou ve stehně, když to reálně ve stehně neřízli a nebylo to potřeba, to bylo akorát zbytečný strašení, tak to mi jako nemuseli říkat.“* Lékař chtěl asi Františka obeznámit s rizikem amputace ve vyšším segmentu těla, ale dle Františka zvolil špatný způsob. Kdyby Františkovi sdělil informace o rizicích uceleně, možná by k tomu František přistupoval jinak, nutno ovšem říci, že František byl ve velmi vážném stavu, informace od lékaře dost možná plnohodnotně nevnímal, a pravděpodobně na nějaké dlouhé ucelené rozhovory ani nebyl čas.

Potřebu empatie od nemocničního personálu a od protetika měli všichni respondenti, ale nejvíce empatii zdůrazňoval Melichar, který by ocenil více empatie při sdělování nepříznivých zpráv od lékařů. Na otázku ohledně jeho preferencí v komunikaci odpověděl následovně: *„No jako víc empatický aby byli, a já abych měl pocit, že je aspoň trošku zajímavý.“* Měl problém s necitlivým přístupem nemocničního personálu a následně i protetického pracovníka. Tento chladný a necitlivý přístup vedl k tomu, že nemocničnímu personálu ani svému protetikovi nedůvěřoval, jako důvod uvedl, mimo jiné, že se mu protetik nesnažil pomoci, ale že se ho snažil zbavit. Všichni ostatní respondenti uvedli, že jejich protetik byl vůči nim empatický a velmi to ve své situaci ocenili.

9 DISKUSE

Na základě provedeného výzkumného šetření byla objevena jistá zjištění, která byla představena v předchozí kapitole. Tato kapitola bude věnována zodpovězení výzkumných otázek a porovnání výsledků této práce s výsledky z jiných zdrojů, jejichž zaměření alespoň z části souvisí se zaměřením této práce.

První výzkumná otázka zní: Jaké limity vnímali respondenti v komunikaci s nemocničním personálem? Z rozhovorů vyplývá, že limity v komunikaci s personálem v nemocnici byly různé. Jako omezující pacienti vnímali očividný nezáměr ze strany lékařů a zdravotních sester, speciálně pak ze strany lékařů, někteří z nich pacientům ani nesdělovali informace o jejich zdravotním stavu a postupu léčby. Pocity nezáměru ze strany lékařů pocívali také pacienti účastníci se výzkumu od Torbjörnsson et al. (2017), kteří podstoupili amputaci z důvodu ischemické choroby dolních končetin. Vynechání pozdravu a vyhýbání se očního kontaktu s pacientem ze strany lékařů bylo také respondenty popsáno jako krajně nepříjemné. Pacientům také vadilo, že s nimi nemocniční personál jednal arogantně, bezcitně a bez empatie. Nedostatek empatie ze strany poskytovatelů zdravotní péče popisuje ve svém článku i Jasmiry Bennett (2016). Ani neshody v léčbě mezi lékaři nevnímali pacienti zrovna pozitivně, nedostatečná byla tedy nejen komunikace mezi lékařem a pacientem, ale také komunikace mezi lékaři a nemocničním personálem navzájem.

Druhá výzkumná otázka zní: Jaké limity vnímali respondenti v komunikaci s protetickými pracovníky? S komunikací s protetickými pracovníky byli respondenti vesměs spokojeni, až na jediného neshledávali žádné zásadní bariéry, které by narušovaly komunikaci mezi nimi a protetickými pracovníky. Jedním z popsaných limitů byla neochota a nepříjemná verbální komunikace ze strany protetického pracovníka, pacient měl pak již strach a cítil se nekomfortně, když měl s protetikem komunikovat a jakékoliv komunikaci se pak již spíše vyhýbal.

Znění třetí výzkumné otázky je: Jakým způsobem byli respondenti informováni o možnostech protetické péče? Z výzkumu vyplývá, že nejvíce informací respondenti získali až od protetických pracovníků ve chvíli, kdy již byli zařazeni do procesu protézování. V nemocnici se respondenti o protézách a možnostech protetiky moc užitečných informací nedozvěděli. Tyto výsledky se shodují s výzkumem v závěrečné práci od Petrákové (2014), která uvádí, že nejvíce informací se respondenti dozvěděli od

na protetického pracovníka. Od zdravotních sester byly informace podávány jen v omezené míře, velmi rychle a stroze.

Mimo protetická pracoviště čerpali respondenti informace také od jiných osob, které prodělaly amputaci, tyto osoby respondentům také doporučovaly protetická pracoviště. Kroupa (2021, s. 62.) ve své závěrečné práci v souvislosti s informovaností jedné z respondentek míní: „*Malá informovanost tak mohla být v přímé návaznosti na spokojení se s nekvalitní péčí.*“ Zároveň dodává, že možnost rozhovoru s osobou, která již amputaci podstoupila je velice důležitý z důvodu realistického vhledu do vlastní budoucnosti po amputaci.

Z výsledků výzkumu a následné komparace s jinými zdroji vyplývá, že komunikace a informovanost je pro pacienty před i po amputaci velmi důležitá. V jádru problému ani nezáleží na příčině amputace, jelikož komparace byla prováděna se zdroji, které pracovaly i s pacienty amputovanými z jiných než traumatických příčin, v těchto případech je opravdu důležitá dobrá komunikace i před amputací. Výsledky byly velmi podobné s výsledky od traumaticky amputovaných, což ovšem neznamená, že pacienti po traumatické amputaci nemají svá specifika a specifické potřeby, byť vzorek pacientů zkoumaný v této práci nevykazoval nijak velmi rozdílné potřeby od jiných amputovaných pacientů.

Palčivým problémem napříč studii byly pocity nezájmu, které pacienti vnímali ze strany nemocničního personálu. Dále pak nedostatek empatie ze strany nemocničního personálu, která vzhledem k tomu, jak závažná životní změna amputace je, by rozhodně pacientům mohla pomoci cítit se po amputaci lépe.

Nedostatečná informovanost může vést k pocitům, že pacienti po amputaci nemají mnoho možností a proto někteří z nich setrvávají v péči protetických pracovníků, se kterými nejsou spokojeni. Nesprávné či nedostatečné informace ohledně péče o pahýl, speciálně ohledně bandážování pahýlu, mohou zapříčinit delší rekonvalescenci po amputaci či dokonce dlouhodobé problémy s protézováním.

Řešením sledovaných problémů by mohlo být vzdělávání zdravotníků v nemocnici i na protetických pracovištích, posílení mezioborové spolupráce, besedy lékařů a zdravotních sester s protetickými pracovníky a s pacienty. Dále by ke zlepšení péče mohlo vést rozšíření letáčků s informacemi pro nemocniční personál a letáčků

s informacemi pro pacienty. Takovéto letáčky a časopisy již existují, ale jejich rozšíření mezi veřejnost je malé.

Ke zlepšení péče by samozřejmě také vedlo zlepšení pracovních podmínek pro nemocniční personál i protetické pracovníky, což je ovšem jiný velmi složitý, avšak neopomenutelný problém, jehož zkoumání se věnovalo a věnuje mnoho jiných studií, a jehož řešení je velmi komplikované.

ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl zjistit, co nejvíce informací o problematice komunikace mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty po traumatické amputaci.

Téma komunikace po traumatické amputaci je poměrně rozsáhlé a rozhodně je možné ho uchopit z několika směrů. Pro naplnění cíle byla zvolena forma zpracování kvalitativního typu výzkumu z důvodu hlubšího ponoření se do problematiky s každým jednotlivým respondentem. Kvalitativní výzkum ovšem značí malý počet respondentů, tudíž výsledky této práce nelze vztahovat obecně na širší populaci traumaticky amputovaných osob, i přes to, že literatura a jiné dohledané výzkumné práce se s výsledky této práce spíše shodují.

Nízký počet respondentů však neznamená, že výstupy této bakalářské práce by měly být opomíjeny. Informace získané od respondentů jsou jistě relevantní a cíl práce považují za splněný, jelikož z rozhovorů s pacienty bylo získáno mnoho informací o dané problematice. S těmito informacemi je záhodno nadále pracovat a vzdělávat sebe i své okolí v dané problematice, aby pacienti mohli dostávat co nejlepší možnou péči.

Z této práce vyplývá, že jak protetiční pracovníci, tak nemocniční personál by měl mít na paměti, že jakákoliv amputace je obrovský zásah do lidského života, traumatická amputace je navíc specifická v tom, že postihuje převážně mladé lidi a může s sebou nést trauma z dané nehody, přidružená zranění, případně také zranění či smrt jiné zúčastněné osoby a s tím související potenciální psychické potíže až poruchy.

V komunikaci s osobou po traumatické amputaci je tedy důležité být si vědom rizika ASP či PTSP, kterou pacient může trpět, brát v potaz, že se pacient na amputaci nemohl nijak připravit, což ovlivňuje proces smiřování se s amputací. V souvislosti se smiřováním se s amputací je nutné také brát v potaz fáze zpracovávání nepříznivých událostí, kdy každá fáze má jistá specifika, která se odráží i v komunikaci. Ze strany zdravotníka je tedy důležité vnímat, jakou fází si pacient prochází a dle toho s pacientem komunikovat.

Z informací od respondentů jasně vyplývá, že ze strany zdravotnických pracovníků upřednostňují jednoznačnou a přímou komunikaci, jednoduše chtějí vědět, jak se věci skutečně mají. Jakékoliv zatajování jim není komfortní, není vhodné ani používání odborných termínů, kterým laici nerozumí. Důležité je také, jakým způsobem pacientům

zdravotnický personál informace sděluje. Ssdělení závažné diagnózy bez zájmu a empatie může v pacientovi vzbuzovat nepříjemné pocity.

Dalším důležitým výsledkem je nízká míra informovanosti pacientů těsně po amputaci. Nemocniční personál by měl pacientům předávat více informací ohledně amputací, péče o pahýl, rehabilitací a možností protetické péče, což se v současné době bohužel neděje.

Doufám, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen odborníkům pracujícím s pacienty po amputaci, ale také studentům, pacientům i laikům, kteří se o tuto problematiku chtějí zajímat.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BÁRTOVÁ, Jarmila, 2021. *Přehled patologie*. Vydání druhé. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4775-3.
- BEDNAŘÍK, Aleš a ANDRÁŠIOVÁ, Mária, 2020. *Komunikace s nemocným: Sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BENNETT, Jasmiry, 2016. *Limb loss: The unspoken psychological aspect*. Online. *Journal of vascular nursing*. Roč. 34, č. 4, s. 128-130. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.06.001>. [cit. 2024-03-15].59
- BOUKALOVÁ, Hedvika; CERHA, Ondřej; SEDLÁČEK, Mojmír a ŠÍROVÁ, Eva, 2023. *Psychologie komunikace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4970-9.
- COPUROGLU, Cem; OZCAN, Mert; YILMAZ, Baris; GORGULU, Yasemin; ABAY, Ercan et al., 2010. *Acute stress disorder and post-traumatic stress disorder following traumatic amputation*. Online. *Acta Orthopaedica Belgica*. Vol. 76, no. 1, s. 90-93. Dostupné z: http://actaorthopaedica.be/assets/1748/16-Copuroglu_et_al.pdf. [cit. 2024-02-11].
- DOLEŽALOVÁ, Pavla; ORLÍKOVÁ, Barbora; KÁŽMER, Ladislav; DRBOHLAVOVÁ, Barbora a CSÉMY, Ladislav, 2017. *Trauma v dětství a adolescenci. Průvodce pro pedagogy*. Online. Národní ústav duševního zdraví. ISBN 978-80-87142-32-5. Dostupné z: https://bezbarier.zcu.cz/wp-content/uploads/2022/03/Publikace-trauma-v-detstvi-a-adolescenci_pro-pedagogy.pdf. [cit. 2024-02-07].
- DU, Jun; DIAO, Huapeng; ZHOU, Xiaojuang; ZHANG, Chunkui; CHEN, Yifei et al., 2022. *Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention*. Online. *Medical Review*. Vol. 2, no. 3, s. 219-243. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/mr-2022-0012>. [cit. 2024-02-16].
- DUNGL, Pavel; BURIAN, Michal; CINEGR, Pavel; FRYDRYCHOVÁ, Monika; GELTNER, David et al., 2014. *Ortopedie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4357-8.
- GRUMAN, Jessie, 2008. *První dny s vážnou diagnózou: Praktický rádce v mezní životní situaci*. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-1164-9.

CHUI, Kevin; JORGE, Milagros; YEN, Sheng-Che; LUSARDI, Michelle; BENDIX, Katherine et al., 2020. *Orthotics and prosthetics in rehabilitation*. Fourth edition. St. Louis: Elsevier. ISBN 978-0-323-60913-5.

KETZ, Ann, 2008. *The Experience of Phantom Limb Pain in Patients With Combat-Related Traumatic Amputations*. Online. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. Vol. 89, no. 6, s. 1127-1132. Dostupné
z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2007.11.037>. [cit. 2024-02-23].

KLEPÁČKOVÁ, Olga; KREJČÍ, Zuzana a ČERNÁ, Martina, 2020. *Trauma - informovaný přístup v sociální práci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1949-3.

KROUPA, Jan, 2021. *Protetická rehabilitace u pacienta s transtibiální amputací*. Online, Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné
z: https://otik.zcu.cz/bitstream/11025/45068/1/Kroupa_Jan_OPR_BP.pdf. [cit. 2024-03-17].

LEVENSON, Jill, 2017. *Trauma-Informed Social Work Practice*. Online. Social Work. Vol. 62, no. 2, s. 105-113. ISSN 0037-8046. Dostupné
z: <https://academic.oup.com/sw/article/62/2/105/2937786>. [cit. 2024-02-07].

MAČÁK, Jirka; MAČÁKOVÁ, Jana a DVOŘÁČKOVÁ, Jana, 2012. *Patologie*. 2., doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7770-2.

MADURI, Prathusha a AKHONDI, Hossein, 2023. *Upper limb amputation*. Online. Treasure Island. S. odst. 14-23. Dostupné
z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540962/>. [cit. 2024-02-07].

MOTAWEA, Mohamad; KYRILLOS, Fady; HANAFY, Ahmed; ALBEHAIRY, Ahmed; STATE, Omnia et al., 2015. *Impact of big toe amputation on foot biomechanics*. Online. International journal of advanced research. Č. 12, s. 1224-1228. ISSN 2320-5407. Dostupné
z: https://www.researchgate.net/publication/289247726_IMPACT_OF_BIG_TOE_AMPUTATION_ON_FOOT_BIOMECHANICS. [cit. 2024-02-07].

OVADIA, Steven a ASKARI, Morad, 2015. *Upper Extremity Amputations and Prosthetics*. Online. Seminars in plastic surgery. S. odst. 14-25. Dostupné
z: <https://doi.org/10.1055/s-0035-1544171>. [cit. 2024-02-07].

PANEŠ, Václav, 1993. *Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky*. Olomouc: Epava. ISBN 9788090147126.

PETRÁKOVÁ, Simona, 2014. *Edukační proces u pacienta po amputaci dolní končetiny*. Online, Bakalářská práce. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni. Dostupné z: <https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/14759/1/Simona%20PetraKova%20-%20Bakalarska%20prace.pdf>. [cit. 2024-03-17].

SCHELLONG, Julia; EPPLE, Franzisca; WEIDNER, Kerstin; ALLIGER-HORN, Christina; AUGSBURGER, Mareike et al., 2021. *Psychotraumatologie*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7553-950-2.

TORBJÖRNSSON, Eva; OTTOSSON, Carin; BLOMGREN, Lena; BOSTRÖM, Lennart a FAGERDAHL, Ann-Mari, 2017. *The patient's experience of amputation due to peripheral arterial disease*. Online. *Journal of vascular nursing*. Vol. 35, no. 2, s. 57-63. Dostupné z: <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jvn.2016.11.002>. [cit. 2024-03-15].

WENDSCHE, Peter; VESELÝ, Radek; BRYCHTA, Pavel; DOUŠA, Pavel; DRÁBKOVÁ, Jarmila et al., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-211-4.

WORKU, Asnakew; TESFAW, Getachew a GETNET, Berhanie, 2022. *Acute stress disorder and the associated factors among traumatized patients admitted at Felege-Hiwot and the University of Gondar comprehensive specialized hospitals in Northwest Ethiopia*. Online. *BMC Psychiatry*. Vol. 309, no. 22, s. odst. 7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03961-9>. [cit. 2024-02-12].

ZACHAROVÁ, Eva, 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-271-9238-0.

ZEMAN, Miroslav; KRŠKA, Zdeněk; ANTOŠ, František; CVACHOVEC, Karel; DUDA, Miloslav et al., 2011. *Chirurgická propedeutika*. Třetí, doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-7442-8.

SEZNAM PŘÍLOH

**Příloha A – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Centrum Technické
Ortopedie, s.r.o.str. č. 59**

**Příloha B – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Protetika Sýkora Praha
.....str. č. 61**

Příloha C – Vzor informovaného souhlasu pacientastr. č. 63

Příloha D – Vzor otázek z rozhovoru s pacientystr. č. 64

Příloha E – Kódy a kategorie z rozhovorůstr. č. 66

Příloha A – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Centrum Technické Ortopedie, s.r.o.



FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI

Jméno a příjmení studenta: Zuzana Sedláčková
Studijní program/ročník: Ortotika-protetika, 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Centrum technické ortopedie s.r.o.

Odůvodnění žádosti:

Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací¹ Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím

Nesouhlasím

Datum: 20.12.2023

Podpis: 



Žádost pro oslovenou instituci

Vážený pane Antoníne Kriegelsteine, jednatele společnosti.

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Centrum technické ortopedie, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Sedláčkové, posluchačky bakalářského studijního programu ortotika-protetika, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit co nejvíce informací o komunikaci, která probíhala a probíhá mezi zdravotnickým personálem a pacientem po traumatické amputaci. Z těchto informací následně budou vyvozeny závěry, které doufám budou sloužit ke zlepšení vztahů a komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty po traumatické amputaci.

Sledovaný soubor tvoří pacienti, kterým byla amputována končetina v důsledku traumatu.

Sběr dat bude proveden pomocí strukturovaného rozhovoru.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Pavlínky Sýkorové.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím


Nesouhlasím

V *P. Sedláčkové* dne *24. 1. 2024*

CENTRUM TECHNICKÉ ORTOPEDIE s.r.o.
Riegrova 3
370 01 České Budějovice
DIČ: CZ62618440

.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha B – Souhlas s provedením výzkumu na pracovišti Protetika Sýkora Praha

 **FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ
ZÁPADOČESKÉ UNIVERZITY
V PLZNI**

Jméno a příjmení studenta: Zuzana Sedláčková
Studijní program/ročník: Ortotika-protetika, 3. ročník
Akademický rok: 2023/2024

Věc: Žádost o povolení výzkumného šetření na Protetika Sýkora Praha

Odůvodnění žádosti:


Souhlas s výzkumným šetřením je požadován aktuálně platnou Metodikou zpracování kvalifikačních prací Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni. Metodika ukládá studentům povinnost přiložit do své kvalifikační práce souhlas s výzkumným šetřením, realizovaným v rámci instituce.

¹ BERÁNEK, V., MARTINEK, L., PFEFFEROVÁ, E., KROCOVÁ, J., FIRÝTOVÁ, R. Metodika zpracování kvalifikačních prací. 2. vyd. Plzeň : Fakulta zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni, 2019, 113 s. ISBN: 978-80-261-0760-6

Vyjádření vedoucího práce k žádosti pro oslovenou instituci:

Souhlasím Nesouhlasím

Datum: 20. 12. 2023

Podpis: 

1/2



Žádost pro oslovenou instituci

Vážený pane Jane Sýkoro, jednateli společnosti.

Dovolujeme si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Centrum technické ortopedie, jež je součástí závěrečné bakalářské práce studentky Zuzany Sedláčkové, posluchačky bakalářského studijního programu ortotika-protetika, Fakulty zdravotnických studií, Západočeské univerzity v Plzni.

Hlavním cílem této práce je zjistit co nejvíce informací o komunikaci, která probíhala a probíhá mezi zdravotnickým personálem a pacientem po traumatické amputaci. Z těchto informací následně budou vyvozeny závěry, které doufám budou sloužit ke zlepšení vztahů a komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty po traumatické amputaci.

Sledovaný soubor tvoří pacienti, kterým byla amputována končetina v důsledku traumatu.

Sběr dat bude proveden pomocí strukturovaného rozhovoru.

Výzkumné šetření bude provedeno s použitím postupů **anonymizace dat**, plně v souladu s etickými zásadami, aktuálně platnou *Metodikou zpracování kvalifikačních prací* fakulty a standardy akademického psaní.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením Mgr. Pavlíný Sýkorové.

Výsledky šetření Vám po dokončení práce rádi poskytneme.

Prosíme o sdělení Vašeho rozhodnutí:

Souhlasím

Nesouhlasím

V Praxe dne 20-12-2023



.....
Razítko a podpis zástupce instituce

Příloha C – Vzor informovaného souhlasu pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Specifika komunikace s pacientem po traumatické amputaci

STUDENT:

Zuzana Sedláčková

Katedra rehabilitačních oborů

Fakulta zdravotnických studií ZČU

CÍL STUDIE:

Cílem studie je zjistit co nejvíce informací o komunikaci, která probíhala a probíhá mezi zdravotnickým personálem a pacientem po traumatické amputaci.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikován.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha D – Vzor otázek z rozhovoru s pacienty

Anamnéza:

- věk
- pohlaví
- úroveň amputace
- nemocnice, kde proběhlo ošetření a operace
- protetika, kde proběhlo první protézování (případně i aktuální)
- nehoda – kdy, jak proběhla, jestli si nehodu pamatují, jestli byli při vědomí
- operace – komplikace?
- pooperační péče – RHB? (jestli byla a případně kdy začala), psychologická pomoc (jestli byla, kdy začala, psychiatrická diagnóza?)

Jak probíhala Vaše hospitalizace? – Jak byla dlouhá?

Jak a kým Vám bylo sděleno, že jste po amputaci?

Jak jste se cítil/a v přítomnosti zdravotnického personálu?

Jak s Vámi zdravotnický personál komunikoval?

Do jaké míry jste byl/a informován/a o možnostech následné péče (protetická péče, rehabilitační péče ve smyslu škola chůze a pod.)? – pokud aspoň nějak ano → Jak jste tyto informace získal?

Jak probíhala komunikace s protetikem v průběhu hospitalizace? – jestli vůbec

Jaké jste měl/a pocity z první návštěvy protetika? – ještě v nemocnici

Jaké byly Vaše první dojmy z návštěvy protetického pracoviště?

Jak jste se cítil/a v přítomnosti protetického pracovníka?

Jak s Vámi protetický pracovník komunikoval?

Jak moc jste byl informovaný o průběhu vybavování protézou?

Jak probíhalo protézování?

Když se zpětně ohlédnete, co Vám v komunikaci se zdravotnickým personálem chybělo?

Byly situace, kdy jste se cítil špatně, nekomfortně kvůli tomu, jak s Vámi zdravotnický personál komunikoval?

Co Vám naopak nechybělo a hodnotíte to v komunikaci jako pozitivní?

Důvěřoval jste zdravotnickému personálu?

Příloha E – Kódy a kategorie z rozhovorů

Kategorie	Kódy
oznámení o amputaci	nehoda při vědomí vědomí ztráty končetiny nevhodné sdělení o amputaci výhoda vědomí o amputaci předem
protetika	dobrá komunikace s protetikem pozitivní první dojem z protetika empatie protetika naděje díky protetikovi doporučení protetika od jiného pacienta špatná komunikace s protetikem ignorace potřeb od protetika neutrální první dojem z protetika ochota protetika zlepšení psychiky díky protéze důvěra protetikovi důvěra v nového protetika změna protetika návrat k původnímu protetikovi přístup protetika nespokojenost s protetikem neochota protetika špatná protetická péče zastaralé protetické vybavení špatné následné dojmy z protetika

Kategorie	Kódy
<p style="text-align: center;">komplikace</p>	<p>fantomové bolesti pooperační komplikace strach z amputace ve vyšší úrovni reoperace riziko amputace druhé končetiny bolesti riziko úmrtí na pooperační komplikace obviňování nemocničního personálu pochybení nemocničního personálu riziko amputace ve vyšší úrovni závislost na lécích abstinenční příznaky komplikace s umístěním na rehabilitaci</p>
<p style="text-align: center;">informovanost</p>	<p>neinformovanost o možnostech protetiky dostatek informací od protetiků špatná informovanost nemocničního personálu falešné informace neinformovanost o možnosti volby protetiků neinformovanost o možnostech rehabilitace dobrá informovanost o protetickém vybavení neinformovanost o typech protézových lůžek nesdělování informací pacientovi protichůdné informace od různých lékařů špatné bandážování informovanost o možnosti volby protetiků</p>
<p style="text-align: center;">potřeby</p>	<p>potřeba přímé a jasné komunikace potřeba komunikace bez odborných termínů potřeba nesdělovat nepotvrzené informace potřeba více informací potřeba empatie</p>