

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Diplomová práce

2007

Soňa
Hanzlíková

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Sociální aspekty po amputacích končetin u dětí a dospělých

Diplomová práce

Zpracovala: Soňa Hanzlíková
Vedoucí práce: MUDr. Petr Pták

23.4.2007

Social aspects following amputation of limbs of children and adults

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sociální aspekty po amputacích končetin u dětí a dospělých vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 23.4.2007

.....
Soňa Hanzlíková

Poděkování

Děkuji MUDr. Petru Ptákovi za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování diplomové práce. Dále děkuji zaměstnancům rehabilitačního odd. Mulačovy nemocnice, s.r.o. v Plzni za pomoc při vyhledávání respondentů a získávání údajů potřebných pro zpracování diplomové práce. Děkuji rovněž MUDr. Zbyšku Urbanovi, lékaři soukromé chirurgické ambulance a cévní poradny v Plzni a MUDr. Ivaně Cihlové, lékařce rehabilitačního oddělení Mulačovy nemocnice, s.r.o v Plzni za poskytnutí osobní odborné konzultace, která mi byla rovněž cennou inspirací.

V Českých Budějovicích 23.4.2007

.....
Soňa Hanzlíková

OBSAH:

Úvod		str. 7
1.	Současný stav	str. 8
1.1	Historie	str. 8
1.2	Operační indikace	str. 9
1.3	Způsoby provedení amputace	str. 11
1.4	Úrovně amputací na končetinách	str. 12
1.4.1	<i>Amputace DK</i>	str. 12
1.4.2	<i>Amputace HK</i>	str. 13
1.5	Pooperační komplikace	str. 15
1.6	Ucelená rehabilitace	str. 15
1.6.1	<i>Léčebná rehabilitace</i>	str. 17
1.6.1.1	<i>Hygiena pahýlu</i>	str. 17
1.6.1.2	<i>Polohován</i>	str. 18
1.6.1.3	<i>Metodika léčebné tělesné výchovy</i>	str. 18
1.6.1.4	<i>Bandážování</i>	str. 19
1.6.1.5	<i>Nácvik správného stereotypu chůze (SSCH) po amputaci DK</i>	str. 21
1.6.1.6	<i>Praktický výcvik po amputaci HK</i>	str. 22
1.6.1.7	<i>Bolest a její druhy</i>	str. 23
1.6.1.8	<i>Protézová péče</i>	str. 24
1.6.1.9	<i>Kompenzační pomůcky</i>	str. 27
1.6.1.10	<i>Sport amputovaných</i>	str. 27
1.6.2	<i>Sociální rehabilitace</i>	str. 30
1.6.2.1	<i>Sociální integrace</i>	str. 30
1.6.2.2	<i>Samostatnost a soběstačnost</i>	str. 31
1.6.2.3	<i>Architektonické a jiné bariéry</i>	str. 33
1.6.2.4	<i>Sociální zabezpečení</i>	str. 34
1.6.2.5	<i>Sociální služby</i>	str. 40
1.6.3	<i>Pracovní rehabilitace</i>	str. 43
1.7	Psychické aspekty	str. 52

2.	Cíle práce a hypotézy.....	str. 54
3.	Metodika.....	str. 55
4.	Výsledky.....	str. 58
5.	Diskuse.....	str. 94
6.	Závěr.....	str. 97
7.	Seznam použitých zdrojů.....	str. 98
8.	Klíčová slova.....	str. 105
9.	Přílohy	

Úvod

Přesto, že žijeme v 21. století, stále se setkáváme s pacienty po amputacích končetin, a to nejen s dospělými, ale bohužel i s dětmi. V době, kdy medicína pokročila ve svých poznatcích až k transplantacím životně důležitých orgánů a náhradám kloubů končetin, je proto právem amputace chápána jako porážka moderní vědy. Někdy je možné amputaci zachránit život. Život má přednost před ztrátou končetiny. Amputaci je nutno posuzovat jako důležitou součást péče o pacienta.

Snahy odborníků se tudíž soustředí na prevenci, tedy zabránění nutnosti končetinu chirurgicky odebrat. U dětí jde především o prevenci úrazů a zabránění vzniku vrozených vývojových vad. U dospělých primární prevence spočívá zejména v zabránění vzniku onemocnění, jako je cévní onemocnění dolních končetin. I přes všechna opatření spočívající v zavádění bezpečnosti práce na pracovištích a bezpečnosti v dopravě k úrazům a onemocněním vedoucím k amputaci končetiny nebo její části dochází a docházet pravděpodobně bude i nadále. Právě z tohoto důvodu jsem si zvolila téma diplomové práce Sociální aspekty po amputacích končetin u dětí a dospělých. Ráda bych zmapovala současnou situaci v sociální oblasti, v oblasti rehabilitace, dále bych se ráda zaměřila na uplatnitelnost takto handicapovaných lidí na trhu práce a veškeré snahy zacílené na pomoc těmto pacientům. Cílem práce je zpřehlednění sociálních výhod, které jsou zdravotně znevýhodněným u nás poskytovány. Dále orientace v co možná nejširší škále pomůcek sloužících k překonávání architektonických bariér a pomáhajících v pohybu, soběstačnosti a možnosti znovu se zařadit do života jako „zdravý“ jedinec. V tomto také spočívá význam mé práce. Takto sepsaná práce bude doufám pomůckou pacientům a jejich rodinám, kteří jsou mnohdy dezorientovaní a v otázkách sociálního hlediska potřebují pomocnou ruku. Zpracování diplomové práce jsem proto pojala tak, aby bylo přínosem i pro čtenáře bez zdravotnického či sociálního vzdělání. Domnívám se, že toto téma je dnes velice aktuální, neboť vznikají stále noví poskytovatelé sociálních služeb a centra pomoci handicapovaným, z nichž každý je zaměřen na jinou cílovou skupinu.

1. Současný stav

1.1 Historie

Amputace je jedním z nejstarších chirurgických výkonů vůbec. Už v pravěku ji člověk znal a v případě nutnosti vykonával. V této době ovšem neměl pacient příliš šancí na přežití. Jeho přežití bylo považováno spíše za zázrak a přízeň božstev, která byla před i po zákroku patřičně projevena. Jeskynní člověk neměl potřebné znalosti, potřebné nástroje, ani neznal základy antiseptiky a aseptiky, tak nezbytné v chirurgii. Největší výskyt operačních výkonů s nutností amputace byl zaznamenán v období válek. V první světové válce a zejména v druhé světové válce, kdy společně s vzrůstajícím používáním trhavin a traskavin vzrůstal i počet amputací, především dolních končetin.

„Tak v první světové válce se počet amputací odhadoval na 500 000, v druhé prý se tento počet zdvojnásobil“ (34).

V období míru neslo svou vinu používání těžké zemědělské techniky a strojů s nedostatkem bezpečnostních opatření.

Amputace jakožto radikální chirurgický výkon se v těchto dobách neznalosti jakékoli anestézie stávala pro všechny ohrožené noční můrou. Proto byl tento zákrok prováděn pacientům zpravidla nedobrovolně, s úmyslem zachránit život. (Příloha 2, obr. č. 1)

Dnes, se změnou životního stylu a především životního tempa, mají největší podíl na amputacích dopravní nehody a metabolická a cévní onemocnění. Jak uvádí MUDr. Píček, asi žádné historické období nebude zcela bez amputačů, ale musíme učinit vše proto, abychom jim jejich ztrátu vykompenzovali.: „Otázka prevence amputací není jednoduchá a zdá se na první pohled neřešitelná. Můžeme vůbec zabránit amputacím? Úplně jistě ne, tak jako není možno vždy zabránit vzniku nemoci, ale musí se učinit vše, aby počet amputací byl omezen jen na případy naprosto neodvratitelné“ (34).

1.2 Operační indikace

- Elektivní (plánovaná) - devastace končetiny (ischémie, tumor, krvácení z defektů...).
- Urgentní - vlhká nebo plynatá gangréna ohrožující život.
- Absolutní - imobilní pacient, kontraktury, paréza končetiny, nerekonstruovatelné cévy, infekce....
- Relativní - chronická ulcerace na patě, expektace přežití do 1 roku, polymorbidita....
- Vystupňované ischémie až gangrény končetiny úplné ztráty krevního oběhu v postižené části (**Příloha 3, obr. č. 2**), **Příloha 4, obr. č. 3**)
- Když poškozená tkáň ohrožuje život (**Příloha 5, obr. č. 4**)
- U devastujících poranění z důvodu záchrany života, např. krvácení a téměř dokončené traumatické amputaci, když těžké, nenapravitelné poškození kostí, šlach, svalů, nervů a cév způsobuje ztrátu funkce (devastující poranění). (**Příloha 6, obr. č. 5**)

MUDr. František Picek v kapitole statistika příčin amputací dále uvádí: „Mohu podat statistiku pouze z našeho ústavu, neboť celostátní statistika nám nebyla dosažitelná. I když v našem ústavu byla rehabilitována jen menší část všech amputovaných, dá se z celkového, dost velkého počtu případů naší statistiky, pořízené za poslední tři léta, určit jen přibližně procento jednotlivých příčin amputací. Na prvním místě jsou amputace, způsobené kolejovými vozidly, číslem 25 % (z toho 19 %vlak a téměř 6 % tramvaj); na druhém místě jsou úrazy, způsobené nejrůznějšími továrními stroji mimo stroje zemědělské, číslem 16 %; na třetím místě jsou amputace pro nemoc Bergerovu, číslem 14,3 %; na čtvrtém amputace způsobené zemědělskými stroji, a to číslem 10 % (z toho traktory 2 %). V dalším pořadí následují: úrazy v dolech 3 %, elektrickým proudem 2,5 %, pilou 2,5 % atd.“ (**34**). Takto vyhodnotil statistiku příčin amputací MUDr. František Picek v roce 1953. Tuto citaci jsem použila z důvodu srovnání příčin amputací v roce 1953 a dnes. Vzhledem k roku vydání použité literatury lze na tomto

případu doložit, že příčiny vzniku amputací se s časem výrazně mění. Dnes se bezkonkurenčně dostává na první místo těchto příčin úrazy v souvislosti s dopravními nehodami.

Dle současné odborné literatury dochází ke ztrátovým poraněním nejčastěji řezným, sečným a tržným poraněním.: „Rána řezná (vulnus scissum) – rána je způsobena řeznou zbraní, nebo předmětem s ostrým okrajem (sklo, plech apod.). Kožní řez mívá lineární průběh, vzácné není ani lalokové odříznutí tkání při tangenciálním působení zraňující síly či úplné seříznutí povrchových struktur. Příčinou bolesti rány je ostré přerušování nervových vláken. Rána sečná (vulnus sectum) – rána je způsobena sečnou zbraní (sekyra, mačeta, meč). Má stejný tvar jako řezná rána, ale je hlubší, riziko zasažení hlubokých struktur je větší. Podle dokonalosti ostří má větší či menší podíl kontuzní složky. Na končetinách může v extrémním rozsahu dojít k amputaci“ (42).

Příčiny pourazových amputací jsou dle aktuální Mezinárodní klasifikace nemocí rozděleny následovně:

- „Dopravní nehody -chodec zraněný při dopravní nehodě,
 - cyklista zraněný při dopravní nehodě,
 - jezdec na motocyklu zraněný při dopravní nehodě,
 - člen osádky osobního automobilu zraněn při dopravní nehodě,
- pády cizích těles (rozdrcení),
kontakt s mechanickou silou stroje (rozdrcení, řezné poranění),
těžké popáleniny bez možnosti následné rekonstrukce,
kontakt s trhavinou nebo třaskavinou,
poranění střelnou zbraní bez možnosti následné rekonstrukce,
kontakt s ostrým sklem, nožem, mečem nebo dýkou,
kontakt se zvířetem (pokousání nebo ukousnutí),
vystavení nadměrnému přírodnímu chladu (omrzliny)“ (4). (**Příloha 7, obr. č. 6**)

1.3 Způsoby provedení amputace

Dle způsobu snesení končetiny nebo její části můžeme rozlišit amputaci a exartikulaci. V případě amputace, která je prováděna ve většině případů, jde o protěti kosti. Exartikulace znamená odnětí končetiny nebo části končetiny v kloubu. Její provedení nebývá běžné, protože pahýly s kloubní plochou se špatně kryjí měkkou tkání a protézování exartikulace je obtížnější a funkčně pacientovi nepřinášejí přílišný prospěch.

Amputace se provádí na operačním sále za podmínek asepse pro zabránění pooperačních zánětlivých komplikací. Může být provedena v celkové, epidurální nebo lokální anestézii, dle lokalizace a celkového stavu pacienta.

Po desinfekci operačního pole se amputace zahajuje protětim kůže a měkkých tkání v jedné rovině. Nejčastěji se amputuje tzv. lalokovou metodou. Kůže s měkkými částmi se upraví tak, aby se z měkkých částí vytvořily dva laloky, mezi nimiž se při základě laloků protne kost. Svaly, šlachy a především vazivová povázka a kůže se přes kostní pahýl sešijí tak, aby byla kryta. S ohledem na příští funkci pahýlu má být kožní jizva vedena v místě nejméně vystaveném tlaku. To znamená, že na dolní končetině by měla být kožní jizva vedena dozadu a na horní končetině na konec pahýlu, jelikož zde se uplatňuje tlak protézy spíše na stranách. V místě, kde hrana kostního pahýlu ostře tlačí proti kožnímu krytu, jako např. při amputaci v bérce, je nutné, aby ji chirurg seřízl šikmo, čímž se tlak ztupí. (**Příloha 8, obr. č. 7**)

1.4 Úrovně amputací na končetinách.

1.4.1 Amputace DK

Mnohem lepší jsou funkcionální výsledky náhražek po amputaci dolních končetin. V praxi se spíše oželí ztráta obou dolních končetin nežli ztráta jedné ruky. Je to z toho důvodu, že dolní končetina je pro naše tělo spíše oporou a noha v obuvi ztratila schopnost jemnější motoriky. Na dolní končetině se však po provedení amputace častěji setkáváme s komplikacemi, ve smyslu poruch krevního oběhu, se zhoršenou výživou tkání v podobě nekróz, mumifikací, vředů a rozpadajících se jizev v koncových částech končetiny. (**Příloha 9, obr. č. 8**) Proto se chirurgové poměrně snadno rozhodují k amputaci prstů na noze, ovšem kromě palce, který má při kroku odrazovou funkci a usnadňuje pružnou chůzi. U palce je proto snaha zachovat alespoň hlavičku palcové záprstní kosti, která je také důležitou oporou nožní klenby. Ale i amputace všech dolních polovin záprstních kostí nohy dovoluje nemocným chodit v normální obuvi jen s vyplněnou špičkou střevíce. Ztráta celých záprstních kostí, hlavně pak ztráta šlachových úponů na nich, činí pahýl neschopný chůze, protože tah Achillovy šlachy bez protiváhy antagonistů staví nohu na špičku, která je navíc vždy bolestivá. Proto exartikulace v kloubu zánártním (Lisfranc) a v kloubu nártním (Chopart) dává funkčně špatné pahýly. Zřídka se setkáváme také s amputací patní kosti, která má pro kineziologii pohybu rovněž značný význam. (**Příloha 10, obr. č. 9**) Pro protézu je nejvhodnější délka bércového pahýlu asi 15 cm, a sice od horního kraje hlavice holenní kosti. Lýtková kost se protíná vždy o 2 cm výše. Pahýl, který sahá až do dolní poloviny bérce, mívá nedostatečný krevní oběh, a proto je také choulostivý na otlaky, příliš krátkým pahýlem bude pacient hůře ovládat pohyby v kolenním kloubu. Kratší pahýl než 6 cm nestačí ohýbat protézu v koleni nebo při ohnutí vyklouzává takto krátký pahýl z objímky protézy. Proto je při těchto vysokých amputacích lépe provést snesení nad kolenem a přiložit potom protézu s kolenním mechanismem. Ten potřebuje asi 7 cm délky, aby mohl být umístěn v protéze, aniž by prodloužil stehno k nežádoucí délkové nesouměrnosti se zdravou končetinou. Poměrně dobré pahýly vznikají krytím kostního

pahýlu v dolní třetině stehna šlachou čtyřhlavého svalu stehenního po odstranění česky. Pro připevnění a ovládání protézy je nevhodnější stehenní pahýl délky 25 až 30 cm, měřeno od vrcholu velkého trochanteru. Pahýl, který je kratší než 20 cm, nedokáže již dobře ovládat protézu. Nemá-li ani 13 cm délky, vyklouzává pahýl z objímky protézy.

Typy amputací DK:

- a) Rozšířená exartikulace v kyčelním kloubu
- b) Exartikulace femuru
- c) Amputace ve stehně lalokového typu a typu „rybí tlamy“
- d) Exartikulace v kolenním kloubu (Gritti)
- e) Amputace v bérce
- f) Amputace v hlezenném kloubu (Pirogov)
- g) Exartikulace v zadním intertarzálním kloubu (Chopart)
- h) Exartikulace v tarzometatarzálním kloubu (Lisfranc)
- i) Amputace prstů nohy (**Příloha 11, obr. č. 10**)

1.4.2 Amputace HK

Snaha zachovat pokud možno co nejvíce platí pro ruku, především pro palec i ostatní prsty ruky. Prsty jsou posuzovány jednotlivě z funkčního hlediska. Zejména z toho pohledu, zda nehybný a nevnímající prst je výkonnosti ruky k užítku, či překáží ostatním prstům v práci. Podobný názor je většinou uznáván i pro zachovávání záprstních kostí ruky. Palcové záprstí je i bez palce hodnotné, je možné ho mobilizací užít k náhradě palce. Záprstní kosti jednotlivých ostatních prstů někteří zkracují, aby ztráta prstu z hlediska estetického byla méně nápadná. Zde nutno postupovat individuálně podle způsobu zaměstnání postiženého. Jizvy na pahýlech prstů a ruky po amputaci umístíme na hřbetní stranu, aby nerušily citlivost. (**Příloha 12, obr. č. 11, Příloha 13, obr. č. 12**)

Zápěstí v amputačním pahýlu není bohužel funkčně ani esteticky k užitku, stejně jako skloubení zápěstí s předloktím a dolní konec předloktí, které působí potíže při použití protézy. Z ostatní délky předloktí se snažíme zachovat co nejvíce k ovládní protézy. (**Příloha 14, obr. č. 13**)

Pro běžnou předloketní protézu je nejvhodnější délka pahýlu 15 až 18 cm. Nejkratší pahýl, který lze na předloktí protézovat, je 8 až 10 cm. Kratší pahýl a dolní konec nadloktí se funkčně neuplatní, naopak při upravování protézy působí obtíže. Pahýl nad loktem má být 20 až 23 cm dlouhý, měřeno od konce akromia. Delší potom neopouští místo pro loketní mechanismus a kratší než 12 cm nestačí ovládat protézu. Ale i pro pouze kosmetickou protézu je nutno zachovat alespoň hlavičku pažní kosti. Aby se zachovala forma ramenního kloubu, na niž lze připevnit protézu.

V některých případech, zejména u oboustranně amputovaných na horních končetinách, je na místě po amputaci ruky udělat na předloktí kineplastickou operaci podle Krukenberga. Ta spočívá v tom, že se dolní konec obou kostí předloktí od sebe oddělí se zachováním svalů, které oddalují a přitahují vřetenní kost k loketní. Tím vzniká klešťovitý orgán, který je schopný uchopit a držet předměty podle vůle nemocného, a tak zlepšit jeho soběstačnost.

Typy amputací HK:

- a) Interskapulotorakální amputace
- b) Exartikulace humeru
- c) Amputace v oblasti humeru
- d) Exartikulace v loketním kloubu
- e) Amputace v oblasti předloktí
- f) Exartikulace ruky
- g) Amputace ruky v oblasti metakarpů (**Příloha 15, obr. č. 14**)

1.5 Pooperační komplikace

Pooperačními komplikacemi jsou označovány komplikace v průběhu rekonvalescence pacienta. Je možné je rozdělit podle období jejich nástupu na časné a pozdní. Může jich nastat celá řada a je potřeba, aby na možnost jejich vzniku byl pacient šetrně připraven. Jen informovaný pacient se může řadě z nich vyhnout. Především pozdní komplikace si ve větší či menší míře pacienti působí sami svou nepozorností, neznalostí, lhostejností k vlastnímu zdraví.

„Především nutno zabránit otylosti, ke které mají sklon zejména nemocní po amputaci dolní končetiny pro nedostatek pohybu i z nadměrné péče přátelského prostředí, které se snaží mnohými pochoutkami účinně projevit svůj soucit, ale bezděky zvyšováním váhy ztěžuje nemocnému pohybovou rehabilitaci“ (34).

„Zachovalé končetiny musí převzít část funkce ztraceného údu. Nejsou-li na to včas připravovány, trpí přetížením. Zvláště je to patrné po amputaci dolní končetiny, kde na zdravé noze z nepřipraveného přetížení se oplošťuje klenba a v kloubech vzniká deformující artróza. Podobný mechanismus je příčinou zkřivení páteře, která se vychyluje v příslušném segmentu na stranu zdravé končetiny; při amputaci pravé horní končetiny vzniká sinistronvexní hrudní skoliosa s poklesem levého ramene dolů, při amputaci pravé dolní končetiny sinistronvexní lumbální skoliosa se sklonem pánve vlevo. Tyto změny bývají z počátku často zanedbány a později působí obtíže, kterým lze předejít včasnou a správnou rehabilitací, hlavně aktivizací pahýlu“ (34).

1.6 Ucelená rehabilitace

Prof. MUDr. Vladimír Novák uvádí, že: „Operativnímu odnětí končetiny nebo její části říkáme amputace. Je to jeden z nejstarších operačních výkonů a znamená přiznání porážky lékařského umění, kapitulaci chirurga. Tento drastický výkon odstraní končetinu, kterou jsme neuměli vyléčit, a sníží tím trvale výkonnost postiženého, neboť žádná náhražka – protéza – se ani zdaleka funkčně nevyrovná ztracené části končetiny“

(34). Toto tvrzení je bezesporu pravdivé, nutno však zmínit, že tento zákrok je mnohdy paliativním výkonem, tedy život zachraňující. Právě proto veškeré úsilí odborníků dané problematiky směřuje k maximálnímu odlehčení sociální, zdravotní, psychické i pracovní zátěže, kterou amputace s sebou přináší.

V rámci ucelené rehabilitace, která je v souvislosti se zdravotním postižením hojně zmiňována, rozlišujeme rehabilitaci na několik typů. To vyplývá i z anglického termínu *comprehensive rehabilitation*, kdy výraz *comprehensive* lze skutečně přeložit jako úplný, ucelený, celkový. Slovíčko rehabilitace je dle Světové zdravotnické organizace definováno jako „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“. Z této definice je zřejmé, že samotné označení rehabilitace by mělo být chápáno již v širším kontextu jako ucelená rehabilitace. V povědomí lidí však stále slovo rehabilitace asociuje pouze péči fyzioterapeutů či lázeňskou léčbu. Z tohoto důvodu je lépe zdůraznit význam našeho pojetí označením ucelená nebo českým ekvivalentem *komprehenzivní*.

První etapou, se kterou se zdravotně postižený člověk setká, je skutečně rehabilitace léčebná, kterou poskytují zdravotníci a která se týká fyzického stavu. Na tuto etapu úzce navazuje, nebo lépe, je s ní propojena, rehabilitace sociální. Tato složka si klade za cíl udržet a podpořit sociální vazby, které pomohou postiženému k návratu zpět do společnosti. U osob v produktivním věku ke stejnému cíli přispívá dále rehabilitace pracovní, tedy příprava na pracovní uplatnění a znovu zařazení do pracovního procesu. Pracovní rehabilitace u dětí se zdravotním postižením je pouze naznačena a v popředí stojí rehabilitace pedagogická, tedy výchovně vzdělávací. Ucelenost rehabilitace je dána právě vzájemným propojením jednotlivých jejích složek.

1.6.1 Léčebná rehabilitace

1.6.1.1 Hygiena pahýlu

Pacient s amputací se musí naučit hygieně pahýlu, to znamená, udržovat jeho kůži v dobré kondici a předcházet jejím drobným úrazům, otlakům, odřeninám, pohmožděninám, rozmokvání, kožním zánětům apod.. Když je pahýl bez protézy, má být jeho kůže pokud možno nezakrytá, neboť vzduch a přiměřené vystavování slunečním paprskům ji vhodně otužuje. Velice důležité je naučit se pahýl pravidelně omývat s použitím neutrálního mýdla bez zbytečného máčení. Jestliže je pahýl potivý a mastný, je možné ho občas omýt lihem, nesmí však dojít k přesušení. Příliš suchá kůže pahýlu je náchylná, a proto se ošetřuje olejem nebo nedráždivým kožním krémem.

Kůže pahýlu by měla být pružná, hladká, nepotivá, odolná, dobře prokrvená a bez oděrek a zánětlivých změn. K tomu pacient přispívá pravidelnou hygienou pahýlu, lehkou kožní masáží, omýváním střídavě teplou a studenou vodou bez přílišného máčení, které naopak pokožku maceruje. Když je amputační jizva bez komplikací dobře zhojena, začínáme za dva až tři týdny po operaci s otužováním pahýlu tlakem na stále tvrdší podložku, poklepáváním a kartáčováním a konečně přiložením provizorní protézy.

Do protézy se na pahýl obléká denně čistá nebarvená punčoška ze 100% bavlny. Pokud by materiál punčošky příliš škrábal nebo dráždil citlivou pokožku nebo jizvu, je možné pod ní obléci tenkou přízovou nebo hedvábnou vložku. Punčošky je možné obléci i dvě a více, ale musí vždy dobře přiléhat. Případné záhyby by mohly na pahýlu vytvořit nežádoucí otlak. Pod punčošku se může pahýl zapudrovat. Punčošky se perou denně, pozornost je nutné věnovat především důkladnému vymáčení a usušení.

Pokud na pahýlu, i přes veškerou opatrnost, vzniknou otlaky, kožní záněty nebo exémy, neznamena to jen návštěvu kožního lékaře a zvýšenou pozornost věnovanou hygieně, ale především nutnost odložit protézu. Tu je možné nasadit a používat teprve až po dokonalém zahojení těchto komplikujících defektů. (**Příloha 16, obr. č. 15**)

1.6.1.2 Polohování

Hned po operaci se přistupuje k polohování pacienta. Polohování je důležitým krokem rehabilitace, neboť zabraňuje flekčním kontrakturám přilehlých kloubů a tím nevhodné funkční poloze končetiny. Vlivem tahu silnějších flexorů dochází totiž k ohnutí zbylých kloubů končetiny a jejich následnému tuhnutí v této poloze. Fyzioterapeut proto pacienta okamžitě instruuje k vhodným polohám s ohroženými klouby v extenzi, která je funkčně výhodnější. K polohování se používá řada klínů, podložek, závaží a pytlů s pískem. Například pacient s amputací ve stehně je během dne polohován na břicho, v leže na zádech použije zátěž na amputační pahýl s podložním pánev a dále je poučen o nevhodnosti dlouhého sezení. Nabyté instrukce o polohování musí potom dodržovat i doma po propuštění z hospitalizace.

1.6.1.3 Metodika léčebné tělesné výchovy

S aktivními pohyby pahýlu se začíná rovněž ještě na lůžku. Jestliže byly zachovány svalové úpony nebo byly alespoň správně sešity šlachy přes kostní pahýl, svalové aponeurozy i facie, je zachována pohyblivost ve zbývajících kloubech v normě rozsahu pohybu. Aktivní hybností předchází pacienti již zmiňovaným kontrakturám, ochabnutí svalů a komplikacím z nedostatečné výživy tkání, neboť stahy svalů udržují v pahýlu vydatný krevní oběh. Přesně sešité šlachy a aponeurosy brání retrakci svalů a tím udržují správný tvar a pevnou konzistenci pahýlu. Tvoří podložku mezi kůží a kostí a chrání tak kůži před narušením, způsobeným tlakem kosti. Kosti pak vlivem funkčního zatížení a formativními tlaky uzavírají svou dřevnou dutinu a projdou účelnou vnitřní přestavbou.

„Nedostatek funkčního zatížení pahýlu se projevuje známkami degeneračními. Kůže je chabá, tenká, bledá a chladná pro nedostatečný krevní oběh, svaly jsou vychudlé, bez pružného napětí, nevykonné, pohyby v kloubech jsou omezené až ke ztuhlosti, obyčejně v ohnutí, kostní pahýl je zřídly ztrátou minerálních solí“ (34).

Metodika léčebné tělesné výchovy zahrnuje:

- Kondiční cvičení na lůžku ve všech polohách
- Nácvik sedu a stoje s oporou i bez opory (**Příloha 17, obr. č. 16**)
- Posilování zdravé končetiny
- Nácvik obratnosti zdravé HK
- Nácvik rovnováhy – škola pádů
- Chůze o berlích bez protézy
- Výcvik na protéze s oporou i bez opory (**Příloha 18, obr. č. 17**)
- Nácvik soběstačnosti v běžných denních činnostech
- Ergoterapie – léčba prací dle individuálního plánu pacienta

1.6.1.4 Bandážování

Reakcí, komplikující pozdější protézování, jsou otoky pahýlu, které vznikají jako důsledek původního poškození i jako podráždění operací. Proto je pacient zaškolen v bandážování tzv. pahýlovým obvazem a tím pahýl formuje do požadovaného kónického tvaru. Pahýl má být bandážován po celou dobu, od počátku snětí krycího obvazu až do chvíle, kdy pacient dostane protézu. Bez bandáže má pacient setrvávat pouze v době, kdy se věnuje cvičení nebo otužování pahýlu či jeho hygieně.

Techniku bandážování pahýlu dolní končetiny velice podrobně popisuje prof. MUDr. Vladimír Novák: „U pacienta ležícího na zádech se obvaz začne ve výši tříselního vazy, kde si nemocný obinadlo přidrží palci obou rukou. Obinadlo se táhne po přední ploše pahýlu přes jeho špičku na zadní plochu až k hýžd'ové řase, kde jej nemocný fixuje oběma ukazováký. Další tura jde šikmo zezadu přes zevní kraj první tury na přední plochu do středu k začátku obinadla, kde jej nemocný zase palci přidrží. Další šikmou turou se překryje vnitřní kraj první tury a obinadlo se táhne zase do středu pahýlu až k hýždi. Poté se podélné tury upevní kruhovými otáčkami a celý obvaz se doplní stoupajícím obvazem klasovým (spica coxae trochanterica). Tím

se měkké části stlačují zesponu nahoru a zvenčí dovnitř. Obvaz musí krýt vnitřní plochu stehna až k perineu, aby nad ním nevytvářely měkké části záhyby a val. Obvaz se brzy uvolní, proto se musí během dne třikrát až čtyřikrát obnovit. Pro pahýly bércové a na horní končetině se užívá obinadla 10 cm širokého. Obvaz na bérci sahá až na konsuly stehenní kosti, ale česka zůstává volná. Obvaz na pahýl předloktí podobně otáčí dolní konec paže, ale loket nechá volný (34). U bandážování pahýlu horní končetiny postupujeme obdobně. (Příloha 19, obr. č. 18)

V bandážování musí pacient pokračovat i v domácím ošetření, do doby, než pahýl získá správný tvar. Většina pacientů s amputací dolní končetiny si dovede bandáž pahýlu provést samostatně. U horní končetiny bývá nutná asistence druhé osoby. Přesto, že na horní končetině má bandážování menší význam, je zde patrné, jak důležitou roli hraje zaškolení rodiny. Asistenci rodiny je nutné zdůraznit především u dětí. Ty si často nedokáží bandáž provést správnou technikou a význam bandážování nedokáží docenit. Proto ji často odmítají a v nepřítomnosti dohledu nechávají pahýl volně.

Další možností jak získat správný tvar pahýlu, je jeho masáž. Začíná vždy zcela jemnými třecími pohyby nad místem chráněným obvazem. Až po scelení jizvy přidáváme k tření hlubší hnětení svalstva, které se již provádí intenzivněji. Toto hnětení je prospěšné pro zvýšení svalového tonu a napomáhá zlepšit krevní oběh, a tím i celkovou výživu pahýlu. Po komplexním zhojení jizvy začínáme s masáží na jizvě samotné. Jizva musí být scelená, bez povrchových stehů a všechny krusty musí být odhojeny. Tlakové masáží jizvy je zapotřebí se věnovat právě v místech, kde je kůže přichycena k spodním vrstvám podkoží. Otužování konce pahýlu je nutné i v tom případě, že nejde o pahýl nosný. Velmi citlivý bývá pahýl v krajině kolem jizvy a v místech, kde amputační pahýly kostí jsou těsně pod povrchem kůže. (Příloha 20, obr. č. 19)

1.6.1.5 Návčik správného stereotypu chůze (SSCH) po amputaci DK

Výcvik chůze je od počátku řízen několika hlavními zásadami, aby nedocházelo k fixaci nesprávného stereotypu a následným nežádoucím kompenzacím v osovém systému pacienta. První ze zásad je kontrola délky kroku. Dbáme na to, aby oba kroky byly stejně dlouhé. Pacient má obvykle tendenci provádět zdravou končetinou krok kratší, protože váha těla spočívá v tom okamžiku na protéze. Je třeba pacienta neustále opravovat a upozorňovat na tuto chybu, neboť zkrácení kroku je pro něj přirozené. Z nedostatku rovnováhy nebo ze strachu z pádu pospíchá při kroku zdravou nohou proto, aby na ni mohl zase co nejdříve přenést váhu těla. Pacient tedy musí i sám sebe neustále kontrolovat a vědomě na protéze při kroku spočívat déle. Nejlépe se cvičí správná délka obou kroků na přímce namalované na podlaze a rozdělené značkami na stejné díly dlouhé 50 cm nebo 60 cm. Máme-li pro návčik chůze dostatečně dlouhý prostor, vyznačíme do jedné poloviny přímky kroky kratší a do druhé kroky delší. Zpočátku pacient chodí po značkách s vlastní zrakovou kontrolou tak, že sleduje značky na zemi. Poté při chůzi hledí pacient před sebe a kontrolu provádí druhá osoba. Právě pohled před sebe; a sice asi 5 m před sebe; je další významnou zásadou při výcviku SSCH. Hlava tedy musí být při chůzi vzpřímena. Další důležitou zásadou, v pořadí třetí, je správný rytmus chůze. Rytmem rozumíme rychlost, jakou pacient střídá při kroku pravou a levou končetinu. Oba kroky by tedy měly být stejně rychlé. Podobně jako u délky kroku, má i zde, ze stejných příčin, pacient tendenci provádět krok zdravou nohou rychleji. Dále dbáme na přesné vedení protézy. Tomu se pacient sám nejlépe naučí, pokud nacvičuje chůzi před zrcadlem. Posledním prvkem, neméně významným, je správné držení těla. Právě předešlé chyby mohou špatné držení těla zapříčinit, ale i naopak. Podobným způsobem jsou nacvičovány obraty na místě, obraty při chůzi, chůze po šikmé ploše, chůze po schodech, chůze po nerovné ploše a v terénu, chůze se zavřenými očima, chůze vpřed, chůze vzad, chůze stravou, slalom, sed a vztyk ze židle, opatrný pád, vztyk ze země, jízda ve výtahu, ale i jízda na kole nebo třeba tanec.

Období, po které se pacient učí znovu chodit, je pro něj velice náročné nejen fyzicky, ale především psychicky. Proto je v některých případech vhodná návštěva psychologa. Snahou všech odborníků pochopitelně je co nejrychlejší samostatnost a soběstačnost pacienta a jeho návrat do společnosti, případně i do zaměstnání. Skutečnost však bývá jiná. Mezi pacienty i jejich zranění jsou velké individuální rozdíly. Je proto potřeba vyzbrojit sebe i je trpělivostí a neustále je pozitivně ladit pro budoucnost. (Příloha 21, obr. č. 20)

1.6.1.7 Praktický výcvik po amputaci HK

V praktickém výcviku má pacient po amputaci horní končetiny situaci o něco málo těžší, nežli pacient po amputaci dolní končetiny. Musí se učit ovládat jak amputační pahýl, případně protézu, tak i zdravou končetinu. Pokud zdravá končetina byla končetinou nedominantní, dochází k tzv. přecvičování. Do výcviku obratnosti se většinou pacienti zapojují skupinově formou sportovních nebo společenských her. Používá se chytání tyčí, kroužků, míčů, vrhání šipek, přetahování lanem, šplhání po žebříku, házení na koš, tenis, vrhání koulí apod.. Protézou se společně s pacientem nacvičuje především funkce úchopová, dále cvičení polohocitu a phybocitu, cvičení souhybů horních končetin při chůzi, sebeobsluha – oblékání, mytí, jídlo a pití. Samostatnou kapitolou je výcvik psaní, ať už protérou nebo přecvičenou končetinou. Pro dospělého pacienta bude přirozenější a praktičtější používání protézy, kdežto dítě snáze přecvičí dominanci končetin. Po zařazení takto přecvičeného dítěte zpět do školního kolektivu je třeba mít na paměti ohled na kvalitu a rychlost jeho psaní. (Příloha 22, obr. č. 21) Výcvik je většinou zakončen přípravou pacienta pro pracovní zařazení, vrací-li se ke svému původnímu zaměstnání.

1.6.1.8 Bolest a její druhy

Velké potíže působí některým nemocným tzv. přelud ztraceného údu (le fantome du membre perdu). Pociťují často s bolestivým přízvukem až i s intenzivní bolestí části ztracené končetiny, např. palec na amputované noze.

„Obvykle se to vyskytuje u amputovaných, kteří dlouho před amputací trpěli bolestí v nemocné končetině, takže vzniklo přecitlivění v příslušných oblastech kůry mozkové. Skutečně po primárních poúrazových amputacích přeludové bolesti jsou vzácné“ (34).

Škála pocitů, jež může amputovaný promítat do oblasti snesené končetiny, může být bohužel velmi široká. Pacient může mít lokální pahýlové bolesti, fantomové pocity a fantomové bolesti.

Lokální pahýlové bolesti jsou periferní, lokalizované bolesti v pahýlu, které vznikají brzy po amputaci v době hojení amputační jizvy. Tyto bolesti se dají příznivě ovlivnit zásahem na periferii a otužováním.

Významnější jsou fantomové pocity, kdy amputovaný pociťuje snesenou končetinu více nebo méně jasně. Důležité je, aby byl pacient o těchto pocitech informován a byl poučen o technice jak tyto pocity vyvolat nebo jak se naopak jejich vyvolání vyvarovat. Mohou být totiž nepříjemné, ale nemusejí také pacienta nijak bolestivě obtěžovat, naopak, můžeme jich využít k rychlejší rehabilitaci pacienta. Má-li amputovaný fantomový pocit, může ztotožňovat fantomovou dolní končetinu s protézou, takže chůzi s ní vnímá zcela přirozenou. Fantomové pocity lze vyvolat koncentrací volního úsilí, představou pohybu snesené končetiny, volní kontrakcí svaloviny pahýlu nebo aktivními pohyby kontralaterální končetiny. Spontánní fantomové pocity jsou mnohem častější u amputovaných, kteří již byly v době snesení končetiny starší, a dále u vysokých amputací nežli u akrálních. Zda jde o amputaci na horní nebo na dolní končetině nehraje v tomto případě významnou roli. Z tohoto pohledu může být fantomová končetina pociťována jako „normální“ co do délky spíše u amputací dolních končetin. Na horních končetinách má amputovaný fantomový pocit pohybu a dojem kontaktu v jednotlivých kloubech. Fantomové pocity mají tendenci během času vyhasnout.

Fantomové bolesti velice obrazně popisuje MUDr. František Hanzal.: „Fantomové bolesti jsou anomální pocity, projikované do snesené končetiny. Většinou jsou difusní, s individuálními rozdíly co do kvality, intensity, rozsahu a afektivního ladění. Nejvýraznější mají kausalgický nádech (palčivý ráz s nepřesnou lokalizací). Jejich intenzita často kolísá vlivem psychických prožitků. U některých amputovaných pozorujeme sklon k bolestivým podmíněným reflexům na různé podmíněné podněty. Fantomové bolesti daleko snáze vznikají u amputovaných, kteří mají spontánní fantomové pocity, než u těch, kteří jich nemají. Fantomové bolesti lze aktivně, ale nekonstantně vyvolat tlakem na neurom pahýlu nebo podrážděním v místě tzv. trigger-zóny hlubokým pohmatem tkání mimo neurom nebo podněty alogickými (pícháním), vzácněji i taktilními. Někdy lze naopak těmito podněty fantomové bolesti i utlumit. Rozsah trigger-zóny je případ od případu různý, její centrum je vždy kolem amputační jizvy. Ostatní pole trigger-zóny jsou uspořádána buď cirkulárně kolem centra, nebo segmentálně. V některých případech lze zjistit trigger-zónu i na kontralaterální končetině. Vzpomenutými podněty se nepodaří vyvolat fantomovou bolest tam, kde není fantomových pocitů ani spontánních, ani aktivně vyvolatelných. Fantomové bolesti jsou častější i těžší, jestliže amputovaný trpěl nějakou dobu – alespoň 1 měsíc – bolestmi končetiny před jejím snesením“ (34).

1.6.1.9 Protézová péče

Definice protézy se v odborné literatuře vyskytuje hned několik. Asi nejlépe ji vystihl MUDr. František Křivánek: „Protéza je přístroj, který nahrazuje ztrátu části nebo celé končetiny v jejím funkčním úbytku podle stupně dokonalosti zhotovení a možnosti mechanické náhrady ztracených tělesných funkcí a také zároveň kosmeticky kryje vzniklé zkomolení“ (34).

Nutno pouze dodat, že výhradně kosmetické náhradě, která neslouží ani nemá sloužit funkčně, se říká epitéza.

Protézy můžeme dle jejich časové indikace rozdělit na provizorní a definitivní. Dočasná protéza se obvykle upravuje pro pahýly dolních končetin, než se ustálí tvar pahýlu pro přiložení definitivní protézy. Největšími proměnami prochází amputační pahýl v prvních třech měsících, především jde o vychudnutí neužívaných svalů, svraštění jizev a někdy i komplikace hojení. Proto se definitivní protéza objednává obvykle až za tři měsíce od operace. Každé zhotovení protézy je zcela individuální. Protéza musí odpovídat požadavkům a nárokům svého nositele, ale i typu a lokalitě amputace. Proto je ke každému amputovanému pacientovi pozván protetik, který s ním podrobně probere všechny potřebné detaily a odebere přesnou míru. (**Příloha 23, obr. 22, 23, 24**) U dětí rovněž hovoříme o provizorní a definitivní protéze, přesto, že vzhledem k jejich růstu a vývoji je i definitivní protéza často vyměňována.

Podle převládající výrobní suroviny můžeme nalézt protézy dřevěné, kovové, kožené, z umělých hmot, ale nejčastěji kombinované.

Výběr vhodného druhu protézy a stanovení nejvhodnějšího stavebního principu se řídí typem amputačního pahýlu a jeho vlastnostmi, jako je např.: jeho délka, formace, otužilost, pohyblivost, nosnost. Dále je nutné zohlednit i somatickou konstituci amputovaného, stav jeho svalové síly. Nemalou roli v rozhodování hraje i druh pacientova zaměstnání a jeho psychické schopnosti. (**Příloha 24, obr. č. 25**)

„Dočasná protéza nejvhodněji otužuje pahýl a přispívá k jeho definitivnímu zformování. Někteří proti ní namítají, že se na ní nemocní naučí nesprávnému způsobu chůze. Tato nepřilíš závažná výtká je sice oprávněná, ale je úplně vyvážena tím, že nemocný může brzy opustit lůžko, samostatně se pohybovat, nejen otužovat pahýl a urychlit jeho funkční přizpůsobení, ale udržet také kondici zachované končetiny a celého těla. Hlavně si však ceníme vlivu na náladu nemocného“ (**34**).

Samotná výroba protézy a vhodně zvolený výrobní postup zcela spadá do kompetencí protetika. V období před zahájením výroby definitivní protézy je ale nutná spolupráce několika odborníků. Celý tým, skládající se z lékaře operátora, fyzioterapeuta, ergoterapeuta, sociální pracovnice, psychologa, protetika, případně poradce v oblasti zaměstnanosti a trhu práce, musí spolupracovat. Nevyhnutelnou účast na celém procesu má samozřejmě pacient a jeho rodina. Po zevrubném vyšetření

amputovaného a po uvážení jeho pracovního uplatnění je určen druh a typ protézy a je předepsán odborným lékařem k výrobě. Protetik poté navštíví pacienta a dle přesných schémat změří amputační pahýl. Rovněž je změřena zdravá končetina k doplnění obrazu. V průběhu výroby protézy se provádí několik zkoušek a úprav, než je protéza plně schopna pacientovi posloužit. Při poslední zkoušce má být přítomen předepisující lékař nebo fyzioterapeut, který naučí amputovaného jak protézu vhodně používat. U amputovaných, kteří protézu používají již delší dobu, by mělo být provedeno kontrolní přezkoušení, zda nedošlo ke změnám na pahýlu, případně na protéze. Těchto průběžných kontrol je zapotřebí pravidelně provádět u dětí, kde dochází k vývoji a růstu těla, ale i ke změně potřeb a praktickému použití protézy. Protéza je hodnocena nejen staticky, ale i dynamicky, tedy při jejím používání. Např. u protézy dolní končetiny sloužící k chůzi si musí amputovaný protézu připevnit a musí být předvedeny všechny typy chůze. Chůze pomalá, rychlá, dopředu, dozadu, otáčení, stoupání do schodů, sestup ze schodů, případně chůze přes malé překážky.

Kromě běžných protéz existuje i protéza biotická (tzv. biotická končetina), označovaná také jako inteligentní protéza. Tato protéza není dnes ještě zcela běžně dostupná, ale v souvislosti s jejím výzkumem dochází již k praktickému testování biotických končetin na pacientech. Vyvinul je Dr. Todd Kuiken, který svůj nový vynález založil na možnosti transplantace nervů z pletencových oblastí, které vedou od končetin do svalů těchto pletenců. Transplantáty přijímají myšlenkou tvořené podněty a svalovou činnost přebírají elektrody. Ty vyšlou signál do počítače v biotické paži, který je převede na pohyby.

„Tyto nervy zarostou do svalů, takže když si pacient pomyslí, sevřít ruku, část svalu se stáhne, říká doktor Kuiken“ (26).

V protetice tento vynález znamená obrovský rozvoj. Souvisí s ním větší propojenost a spolupráce s chirurgy i pacientem. Pacientům se v tomto směru nabízí nová šance jak vykonávat činnosti, které po ztrátě končetiny musely navždy opustit. Běžné protézy jsou totiž omezené a mohou vykonávat pouze jeden pohyb, přičemž například zdravá ruka umí vykonat 22 pohybů. Biotická paže je zatím schopna napodobit 4 pohyby:

pohybovat předloktím, ohnout loket, kroužit zápěstím a otevřít a zavřít dlaň.
(Příloha 25, obr. č. 26)

1.6.1.10 Kompenzační pomůcky

Kromě protézy, s ohledem na její omezenou pohyblivost, jsou pacienti ve většině případů nuceni používat ještě další ortopedické a kompenzační pomůcky k překonání bariér, které jim jejich zdravotní postižení přináší. Ortopedické pomůcky jsou využívány výhradně po amputaci dolní končetiny, neboť umožňují nebo usnadňují mobilitu. (Příloha 26, obr. č. 27) Prvními kompenzačními pomůckami, se kterými se setká pacient po amputaci dolní končetiny, jsou podpažní nebo francouzské berle, hole a chodítka. Pacienti starší a méně fyzicky zdatní, u nichž není perspektiva nácviku chůze s protézou nebo chůze o berlích švihem, mohou být mobilní na invalidním vozíku. (Příloha 27, obr. č. 28)

Kompenzační pomůcky obecně nahrazují - kompenzují funkci postiženého orgánu pacienta. Na našem trhu jich existuje již celá řada. (Příloha 28, obr. č. 29)

Jsou to např.:

- Skládací stolek
- Opěrka zad
- Lůžkový stolek
- Sedačka do vany
- Sedačka přes vanu
- Madlo k okraji vany
- Schůdky do koupelny
- Nástavec na WC
- Protiskluzové podložky
- Madla na zeď
- Pojízdné křeslo do sprechy
- Podavač

- Pružinový obouvák
- Úchyty na příbory
- Úchyt k hrnečku
- Úchyt k psacím potřebám atd.

Proto je nutné, aby si pacient vybral takové kompenzační pomůcky, které odpovídají jeho postižení, odpovídají účelu, za kterým budou použity, a odpovídají schopnostem pacienta tyto pomůcky používat. Právě k volbě vhodné pomůcky slouží test soběstačnosti, test hodnocení svalové síly, test rozsahu pohybu apod.. Tyto drobné pomůcky si pacienti často navrhnu sami a zhotoví je za pomoci svých blízkých. (**Příloha 29, obr. č. 30**) Některé jednoduché kompenzační pomůcky jsou volně dostupné v prodejnách zdravotnických potřeb. Složitější a finančně náročnější pomůcky předepisuje ošetřující lékař a schvaluje revizní lékař příslušné zdravotní pojišťovny. Právě tyto pomůcky mohou být plně hrazené zdravotní pojišťovnou nebo jsou k dispozici doplatkovou formou.

1.6.1.11 Sport amputovaných

Úkolem sportovních aktivit je kompenzace lokomočních handicapů a dále posílení a udržení svaloviny, která přebírá funkci ztracené části končetiny. Sport má ale i kladné psychologické účinky na postiženého, protože odpoutává jeho pozornost od postižení a díky motivaci může výrazně ovlivnit celkovou pohybovou potřebu i pestrost pohybových projevů. Sportování rovněž přivádí jedince do kolektivu, udržuje jeho sebevědomí, vědomí sociální potřeby, a podporuje pocit neskrývání handicapu před zdravou populací. Sport dále snižuje riziko izolace postižených a jejich uzavírání se vůči okolí. Proto bychom mohli kapitolu o sportovních aktivitách již zařadit i do kapitoly následující o sociální rehabilitaci, které se chci v této práci věnovat především. Je krásným příkladem propojení a návaznosti všech složek ucelené rehabilitace.

Amputovaný může sportovat téměř ve všech oblastech, které jsou pro něj technicky a fyzicky zvládnutelné. V oblasti sportu handicapovaných Česká republika zaznamenala v posledních několika letech obrovský rozvoj. Vznikly sportovní organizace a sdružení, která se spojují v mezinárodní svazy. Fyzicky zdravotně handicapovaní sportovci dosahují profesionálních výsledků, o čemž svědčí i celosvětově uznávané paralympijské hry. Výkony handicapovaných sportovců jsou obdivuhodné a zasluhují velkého uznání. Jsou výrazem silné vůle a mimořádné motivace, která vede člověka k tomu, aby zmobilizoval všechny své síly k další seberealizaci. Jejich fantastické výkony jsou často vzorem a motivací i pro zdravou populaci. Takovým vzorem může být i Novozélanďan Mark Inglis, jehož jméno je celosvětově známo jako pokořitele Mount Everestu bez nohou.

„Jako prvním na světě se mu podařilo zdolat nejvyšší horu světa bez nohou. O ty přišel už v roce 1982 při výstupu na novozélandský Mount Cook. ... Ani jeho handicap mu nebrání v dalších sportovních aktivitách. Kromě výstupu na Mount Everest, kde mu omrzly zbytky jeho nohou, takže musí podstoupit další operace, zabojoval i na paralympiádě v australském Sydney. Tam získal stříbrnou medaili v cyklistice“ (26). (Příloha č. 30, obr. č. 31)

Příklady sportů vhodné pro amputované na DK:

- šachy
- kuželky, bowling
- lukostřelba
- hod oštěpem
- stolní tenis
- plavání
- vodní pólo
- odbíjená
- bobový sjezd
- kajak a jiné

Příklady sportů vhodné pro amputované na HK:

- plavání
- běh
- skok do výšky
- skok do dálky
- sjezdové i běžecké lyžování a jiné

1.6.2 Sociální rehabilitace

Každé zdravotní postižení s sebou nese jinou sociální problematiku. Pojem sociální rehabilitace není zcela přesně vymezen ani v právním řádu ČR. Týká se však sociálních aspektů, tedy hledisek směřujících k prospěchu osob se zdravotním postižením, nezávisle na věku, od časného dětství do pozdního stáří. Jako každá složka i ucelené rehabilitace také obsahuje několik dílčích pojmů.

1.6.2.1 Sociální integrace

Sociální integraci v dnešním pojetí chápeme jako snahu o to, aby všechny zdravotně postižené osoby byly přijímány jako součást společnosti. Hlavní úlohu v postoji k sociální integraci hrají výchovné a vzdělávací instituce, jako jsou školy, předškolní zařízení, instituce mimoškolního času atd. K osvětě dospělých je potom využíván hlavně vliv médií. Právě rozhlas, televize, internet jsou mocným prostředkem k tomu, jak široká veřejnost chápe a přijímá osoby se zdravotním postižením. Jak je schopna naslouchat jejich potřebám a oceňovat snahu integrovat se. Na druhé straně je nezbytné, aby zdravotně postižení dokázali se svým okolím komunikovat a nabízenou pomoc přijmout. Aby měli o integraci mezi nehandicapované spoluobčany zájem. Za tímto účelem byla zřízena řada institucí, které sdružují podobně hendikepované k tomu, aby pomyslné překážky a brány při návratu do „zdravého“ světa překonávali společně.

1.6.2.2 Samostatnost a soběstačnost

Samostatnost a soběstačnost je vůlí osoby se zdravotním postižením, v našem případě osoby s amputací končetiny, rozhodovat o vlastním životě, uplatňovat svá práva, naplňovat své potřeby a prosazovat své zájmy. Ne vždy je toho možné dosáhnout zcela bez cizí pomoci. Snahou je, aby si člověk udržel svou samostatnost, soběstačnost a tím i nezávislost na svém okolí co nejdéle. Pacienti po amputaci končetiny, ať už horní nebo dolní, jsou k tomuto vedení od prvních pooperačních dnů. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je osoba považována závislou na pomoci jiné fyzické osoby, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

Při posuzování péče o vlastní osobu se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) příprava stravy,
- b) podávání, porcování stravy,
- c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- d) mytí těla,
- e) koupání nebo sprchování,
- f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- j) stání, schopnost vydržet stát,
- k) přemísťování předmětů denní potřeby,
- l) chůze po rovině,
- m) chůze po schodech nahoru a dolů,
- n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání,
- p) orientace v přirozeném prostředí,

- q) provedení si jednoduchého ošetření,
- r) dodržování léčebného režimu.

Při posuzování soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:

- a) komunikace slovní, písemná, neverbální,
- b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí,
- c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- d) obstarávání osobních záležitostí,
- e) uspořádání času, plánování života,
- f) zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- g) obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- h) vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- i) mytí nádobí,
- j) běžný úklid v domácnosti,
- k) péče o prádlo,
- l) přepírání drobného prádla,
- m) péče o lůžko,
- n) obsluha běžných domácích spotřebičů,
- o) manipulace s kohouty a vypínači,
- p) manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

Dalším příkladem z řady testů hodnotící samostatnost a soběstačnost pacienta je test instrumentálních všedních činností IADL dle Filenbauma, Lawtona a Brodyho. V tomto testu je hodnoceno 8 všedních činností, za které jsou přidělovány body dle schopnosti zvládnutí. 10 bodů za zcela samostatné zvládnutí, 5 bodů za pomoc nebo doprovod druhé osoby a 0 bodů při nezvládnutí činnosti.

Hodnocenými úkony jsou:

1. jízda dopravním prostředkem
2. nákup potravin
3. uvaření
4. jednoduché domácí práce, např.: úklid, ustlání postele atd.
5. vyprání osobního prádla
6. telefonování
7. užívání léků
8. odeslání peněz na poštu.

Po zhodnocení všech činností se sečtou nasbírané body a pacient je hodnocen při 0 -40 bodů jako závislý, při 41 – 75 bodů jako částečně závislý a při 76 a více bodech jako nezávislý.

Asi nejčastěji používaným hodnocením samostatnosti a soběstačnosti pacienta u nás před propuštěním z hospitalizace je Barthel index, tedy test všedních schopností Dorothei Barthelové. Také v tomto testu dochází k hodnocení, tentokrát 10 úkonů, na základě jejich obodování je pacient hodnocen jako vysoce závislý (0 – 40 bodů), středně závislý (45 – 60 bodů), lehce závislý (65 – 90 bodů) a 100 bodů nezávislý. (Příloha 31, obr. č. 32)

1.6.2.3 Architektonické a jiné bariéry

Architektonické bariéry jsou součástí tzv. fyzických překážek, které znemožňují postiženým osobám účastnit se života společnosti ve všech formách. Přesto, že se tyto bariéry snaží dnešní společnost výrazně rušit, stále jsou, a právě před nimi si tělesně postižení nejvíce uvědomují svůj handicap, svou znevýhodněnost oproti zdravé populaci. Bariérám je nutno předcházet nebo je odstranit správným architektonickým plánováním. Největší problém představují bariéry v bytech, veřejných budovách a na pracovištích. Na těchto místech je nutné provést úpravy prostředí.

Základní bezbariérové úpravy:

1. bezbariérový nájezd do budov, přístupné a prostorné výtahy, schodišťové výtahy
2. ve výtazích sklopná sedátka
3. šířka dveří musí být odpovídající šířce pro průjezd vozíku - optimální je šířka 900 mm bez prahů
4. ve všech místnostech a chodbách musí být dostatečný prostor k manévrování vozíku nebo člověka s berlemi
5. ve veřejných budovách bezdotykové otevírání dveří
6. ve veřejných budovách prostory k odpočinku, s možností posezení
7. na chodbách a schodištích veřejných budov musí být zábradlí
8. bezbariérové přizpůsobení interiéru WC
9. bezdotykové ovládání vodovodní baterie, splachování WC

(Příloha 32, obr. č. 33)

Pokud je prostředí upravené pro osoby na vozíku, bývá rovněž dostupné i pro ženy s kočárky nebo pro staré lidi. Nesmíme však zapomínat, že lidé po amputaci dolní končetiny chodící s protézou o berlích mají odlišné požadavky než vozíčkář. Např. jim nevyhovuje příliš hladká podlaha, obtížně chodí po šikmé ploše, potřebují jiné umístění zábradlí apod.. Oproti tomu lidé po amputaci horní končetiny vnímají zcela jiné bariéry, týkající se spíše otevírání a zavírání dveří a ovládání kohoutů a vypínačů.

1.6.2.4 Sociální zabezpečení

Prvním kontaktem každého pacienta se systémem sociální politiky jsou dávky nemocenského pojištění. Jedná se o tzv. podpůrnou dobu, která u nemocenského trvá maximálně jeden rok. V případě pacienta po amputaci je zpravidla tato doba naplněna. Nárok na dávky nemocenského pojištění se uplatňuje předložením předepsaného tiskopisu, který vystavuje praktický lékař. Žádost o dávku podávají zaměstnanci u svého

zaměstnavatele. Osoby samostatně výdělečně činné u příslušné okresní správy sociálního zabezpečení. Nemocenské pojištění upravuje zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších předpisů.

Dalším finančním prostředkem, dle rozsahu amputace, se stává invalidní důchod. Ten je přiznán jako částečný nebo úplný dle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Od 1.ledna 2007 bylo zrušeno zvýšení důchodu pro bezmocnost, které představovalo finanční částku úměrné závislosti postiženého na jiné osobě ve stupni částečné, převážné nebo úplné bezmocnosti. Společně s příspěvkem při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu, který je od 1.1.2007 rovněž zrušen, jsou tyto dávky nahrazeny příspěvkem na péči. Příspěvek na péči je pravidelná opakující se dávka, která je poskytována osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Pro účely tohoto příspěvku jsou dle zákona stanoveny 4 stupně závislosti. I. lehká závislost, II. středně těžká závislost, III. těžká závislost, IV. úplná závislost. Výše příspěvku na péči se pohybuje pro osoby mladší 18 let od 3 000,- do 11 000,- Kč měsíčně a pro osoby starší 18 let v rozmezí od 2 000,- do 11 000,- Kč měsíčně. Podmínky nároku na příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Další dávky ze systému sociálního zabezpečení v České republice, které po splnění podmínek nároku mohou být našemu klientovi poskytnuty, jsou dávky sociální péče pro těžce zdravotně postižené občany. Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů. Jsou to dávky:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek,
- příspěvek na úpravu bytu,
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla,
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla,
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla,

- příspěvek na provoz motorového vozidla,
- příspěvek na individuální dopravu,
- příspěvek na zvýšené životní náklady,
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu,
- příspěvek na úhradu za užívání garáže,
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle těchto dávek sociální péče jsou poskytovány:

- mimořádné výhody,
- bezúročné půjčky.

Jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek jsou jednorázovou, nenárokovou dávkou sociální péče, která je poskytována občanu těžce zdravotně postiženému, jako peněžitý příspěvek na opatření pomůcky, kterou potřebuje k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení. Maximální výše příspěvku je stanovena procentní částkou z ceny pomůcky v základním provedení. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.) Výčet pomůcek a maximální výše příspěvku z ceny se nachází v Příloze č. 4 zmiňovaného zákona.

1. polohovací zařízení do postele (100%)
2. obracecí postel (50%)
3. vodní zvedák do vany (50%)
4. přenosný WC (100%)
5. psací stroj se speciální klávesnicí (50%)
6. motorový vozík pro invalidy (50%)
7. židle na elektrický pohon (50%)
8. přenosná rampa pro vozíčkáře (100%)
9. zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100%)
10. zařízení pro přesun vozíčkáře do automobilu (100%)
11. individuální úpravy automobilu (100%)

12. šikmá schodišťová plošina (100%)

13. koupací lůžko (50%)

14. nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)

Z výčtu pomůcek pro těžce zdravotně postižené občany uvádím pouze ty, jež jsou vhodné pro užití po ztrátě horní nebo dolní končetiny.

Příspěvek na úpravu bytu je určený občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí omezující ve značném rozsahu jejich pohyblivost. Musí být využit k odstranění bariér v rámci jejich bytu. Příspěvek lze poskytnout ve výši 70 % prokázaných nákladů na úpravu, nejvýše však ve výši 50 000,- Kč nebo 100 000,- Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na zakoupení motorového vozidla, určený občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí a rodičům nezaopatřených dětí, které mají těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, které budou motorové vozidlo používat. Příspěvek je poskytován na období pěti let. Výše příspěvku činí až 100 000,- Kč. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla, určený občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí a rodičům nezaopatřených dětí, které mají těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, je poskytován za obdobných podmínek jako příspěvek na zakoupení motorového vozidla. Výše příspěvku činí až 60 000,- Kč. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla, určený občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, kteří sami řídí motorové vozidlo a s ohledem na své postižení úpravu vozidla potřebují. Příspěvek se poskytuje v plné výši ceny úpravy, pokud tomu nebrání výše souběhu tří příspěvků, poskytnutých v průběhu 10 po sobě jdoucích kalendářních roků, která činí 200 000,- Kč. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na provoz motorového vozidla, určený provozovatelům nebo majitelům motorového vozidla, jejichž zdravotní stav odůvodňuje přiznání mimořádných výhod

II. a III. stupně, kteří používají toto motorové vozidlo ke své pravidelné dopravě. Provozovatelům, kteří používají motorové vozidlo k pravidelné dopravě svých blízkých osob, jejichž zdravotní stav rovněž odůvodňuje přiznání mimořádných výhod II. a III. stupně. Roční výše příspěvku činí u jednostopých vozidel 4 200,- Kč, nebo 2 300,- Kč (ZTP/P a ZTP) a u dvoustopých vozidel 9 900,- Kč, nebo 6 000,- Kč (ZTP/P a ZTP). (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na individuální dopravu, určený občanům s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, kteří se pravidelně individuálně dopravují, a kteří nevlastní ani neprovozují motorové vozidlo nebo nejsou dopravováni vozidlem, na které je přiznán příspěvek na provoz motorového vozidla. Výše příspěvku činí 6 500,- Kč ročně. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Příspěvek na zvýšené životní náklady, určený občanům trvale používajícím ortopedické, kompenzační nebo jiné pomůcky, pokud jim vznikají v souvislosti s používáním těchto pomůcek zvýšené výdaje. Výše příspěvku činí až 200,- Kč měsíčně. (Rozhoduje pověřený obecní úřad.)

Příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu, určený občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří obývají bezbariérový byt. Výše příspěvku činí 400,- Kč měsíčně. (Rozhoduje pověřený obecní úřad.)

Příspěvek na úhradu za užívání garáže, určený občanům s těžkými vadami nosného nebo pohybového ústrojí, kteří obývají bezbariérový byt. Výše dávky činí až 200,- Kč měsíčně. (Rozhoduje pověřený obecní úřad.)

Bezúročné půjčky jsou poskytovány těžce zdravotně postiženým občanům v nepříznivé životní situaci, kterou mohou pomocí půjčky překonat, a nemohou půjčku získat jiným způsobem. Maximální výše půjčky činí 20 000,- Kč. V případě, že těžce zdravotně postižený občan splňuje podmínky pro poskytnutí příspěvku na zakoupení motorového vozidla, lze poskytnout bezúročnou půjčku až do výše 40 000,- Kč. Jde o jednorázový nenáročný institut sociální péče v kompetenci příslušné obce s rozšířenou působností, poskytovaný z finančních prostředků obce. (Rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.)

Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany jsou další možností vyrovnání příležitostí. Občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením jsou přiznávány mimořádné výhody I. nebo II. stupně a občanům se zvláště těžkým zdravotním postižením a potřebou průvodce jsou přiznávány mimořádné výhody III. stupně. Stupeň mimořádných výhod osvědčuje průkaz mimořádných výhod, a to I. stupeň průkaz TP, II. stupeň průkaz ZTP a III. stupeň průkaz ZTP/P.

Mimořádné výhody I. stupně (průkaz TP) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- ztráta úchopové schopnosti nebo podstatné funkční omezení horní končetiny (např. na podkladě anatomické ztráty, ochrnutí, mízního edému),
- anatomická ztráta jedné dolní končetiny od kloubu Lisfrankova (art. metatarsotarsální),
- podstatné funkční omezení jedné dolní končetiny (např. na podkladě těžké parézy),
- zkrácení jedné dolní končetiny přesahující 5 cm.

Mimořádné výhody II. stupně (průkaz ZTP) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- vrozené nebo získané defekty odpovídající stavům po amputaci v obou bérkách nebo (u jednostranného postižení) v kloubu kolenním a výše,
- funkční ztráta jedné dolní končetiny, např. na podkladě úplného ochrnutí (plegie) této končetiny,
- současné amputační ztráty podstatných částí jedné dolní a horní končetiny.

Mimořádné výhody III. stupně (průkaz ZTP/P) se přiznávají zejména v těchto případech postižení:

- anatomická nebo funkční ztráta dvou končetin

Jak vyplývá z výše uvedeného, mohou amputovaní být držitelem průkazu mimořádných výhod I. až III. stupně. Na základě vlastnictví této průkazky je zdravotně postiženým poskytováno zvýhodněné cestování veřejnými dopravními prostředky. Mají nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích. Dále nárok na přednost při osobním projednávání jejich záležitostí, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání. Nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě. Jsou jim vyhrazena na parkovištích nejpřístupnější místa a mohou parkovat i na místech se zákazem stání. K tomuto účelu jsou vydávána speciální označení vozidel. (**Příloha 33, obr. č. 34**) Některá kulturní zařízení po předložení průkazky mimořádných výhod poskytují vstup zdarma nebo za snížené vstupné. Vyrovnaní příležitostí se zde týká i organizovaného sportu, rekreačních a rekondičních pobytů. V této souvislosti je nutné upozornit, že tyto slevy jsou poskytovány zpravidla jen v zařízeních, která jsou provozována státem.

1.6.2.5 Sociální služby

Termínem sociální služby jsou označovány služby pobytové, ambulantní a terénní. Všichni poskytovatelé sociálních služeb musí být dle zákona zaregistrováni a pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, tedy rozhodnutí o registraci, mohou tuto činnost vykonávat.

Pobytové sociální služby zprostředkovávají klientům zařízení sociálních služeb. Člověk po amputaci končetiny, který již není schopen se sám o sebe postarat, tak může být na základě žádosti umístěn do domova pro osoby se zdravotním postižením.

„V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“ (**49**). Seniorům jsou k dispozici také domovy pro seniory. Tyto domy byly většinou již postaveny nebo alespoň zrekonstruovány jako bezbariérové, tedy dobře přístupné a vhodné

pro samostatný život osob se zdravotním postižením. Krom bezbariérové úpravy jednotlivých bytů a celého domu je pro obyvatele důležitá také bezbariérovost okolí a dostupnost občanské vybavenosti (nákupy, zdravotnictví). Tyto domy by měly být lokalizovány tak, aby splňovaly podmínku dostupnosti bezbariérovou městskou dopravou.

Dalšími službami, které mohou být využívány samotnými klienty, ale i jejich rodinami, jsou ambulantní sociální služby, jako je osobní asistence, pečovatelská služba, odlehčovací služba, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, chráněné bydlení. Kompletní seznam bude po zaregistrování poskytovatelů sociálních služeb dostupný každému občanu. Toto zpřístupnění informací je právě pro občany zdravotně postižené velkým přínosem. Registrace poskytovatelů sociálních služeb přináší také zpřehlednění systému sociálních služeb a umožní kontrolovatelnost poskytovatelů.

Poskytovány budou i nadále služby:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociální terapeutické činnosti,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a další.

Vzhledem k mapování situace sociálních služeb na území města Plzně, kde jsem také zadávala a zpracovávala dotazníky, bych ráda uvedla v textu své práce tamní situaci.

„Plzeňští občané mají k dispozici Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzni, který v přehledné formě přináší ucelené informace o všech městem podporovaných sociálních službách“ (30). Tento katalog je pro všechny zájemce zdarma k dispozici na sekretariátu odboru sociálních věcí a zdravotnictví plzeňského magistrátu, ale i na úřadech městských obvodů, dále pak v městské knihovně, ve Fakultní nemocnici nebo u jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb. V katalogu je doposud zaevidováno 23 poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně s rozdělením dle cílových skupin. Do roku 2008 očekávají zastupitelé města od projektu dotištění, které bude vycházet jednak z aktualizovaných dat, nové legislativy a ze shromážděných připomínek. Projekt s názvem „Komunitní plánování sociálních služeb na území města Plzně pro období 2008 – 2010“ očekává zlepšení dostupnosti sociálních služeb, zvýšení jejich kvality, pestrost škály služeb a jejich poskytovatelů a zaručení práva výběru občanům dle vlastních potřeb a představ. Z poskytovatelů v katalogu uvedených jsem vybrala organizace zabývající se zprostředkováním a zajištěním služeb pro osoby se zdravotním postižením, jež je cílovou skupinou, ze které jsem vybrala pouze poskytovatele nabízející služby, kterých by mohli využívat občané po amputaci končetiny.

1. Městský ústav sociálních služeb města Plzně – MÚSS
2. Společnost pro ranou péči – středisko rané péče Plzeň
3. Svaz tělesně postižených V ČR – Vozíčkáři Plzeňska
4. Městská charita Plzeň
5. Centrum pro zdravotně postižené Plzeňského kraje
6. Občanské sdružení Motýl – služby pro děti a mládež s handicapem
7. Roska Plzeň, regionální organizace Unie Roska v ČR
8. Sport Relax Handicap Plzeň
9. Občanské sdružení pro hiporehabilitaci Jitřenka
10. Sdružení občanů Exodus
11. Občanské sdružení Ty a Já

1.6.3 Pracovní rehabilitace

V této části bych se chtěla podrobněji věnovat jedné z nedílných součástí ucelené rehabilitace, a to pracovní a předpracovní rehabilitaci.

Osoby se zdravotním postižením jsou velmi ohroženy nezaměstnaností a nečinností. Statut zaměstnanosti není důležitý pouze pro získání slušného příjmu, nýbrž i pro zajištění schopnosti osoby podílet se aktivně na životě společnosti. Vysoká míra neaktivních osob se zdravotním postižením je markantním příkladem vyloučení ze společnosti. K hlavním důvodům nezaměstnanosti osob se zdravotním postižením patří nedostatečné školení a vzdělání, předsudky zaměstnavatelů a nedostatky přizpůsobení pracovního místa.

Podstatně omezenou možností pracovního uplatnění se rozumí okolnost, že zachované funkční schopnosti (pracovní potenciál) umožňují vykonávat jen podstatně menší okruh zaměstnání ve srovnání se zdravým občanem stejného věku, přičemž menším okruhem zaměstnání je chápáno snížení výběru nejméně o polovinu.

Pokud se chtějí občané se zdravotním postižením zaevidovat na úřadu práce a získat výhody, které by jim po navázání pracovního poměru pomohly překonat ztížené podmínky z důvodu jejich postižení, musí se prokázat potvrzením o přidělení statutu ZPS (změněné pracovní schopnosti). Lidem se změněnou pracovní schopností je poskytována zvýšená ochrana na trhu práce.

Občanem se ZPS je občan, který má pro dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podstatně omezenou možnost pracovního uplatnění nebo přípravy na ně; občany se ZPS jsou též poživatelé důchodů podmíněných dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, pokud jim zachovaná pracovní schopnost dovoluje pracovní uplatnění nebo přípravu pro toto uplatnění. Občanem se ZPS je vždy občan, který je poživatelem částečného invalidního důchodu (změněnou pracovní schopnost prokazuje rozhodnutím ČSSZ o přiznání částečného invalidního důchodu) nebo byl uznán částečně invalidním, i když mu nevznikl nárok na částečný invalidní důchod, nebo mu vznikl nárok na částečný invalidní důchod, avšak tento důchod se pro souběh s příjmem z výdělečné

činnosti nevyplácí (změněnou pracovní schopnost prokazuje potvrzením OSSZ o uznání částečné invalidity).

Občanem se ZPS s TZP (těžkým zdravotním postižením) je občan, který má mimořádně omezenou možnost pracovního uplatnění včetně přípravy k němu a může se pro svůj dlouhodobě nepříznivý stav připravovat na budoucí povolání jen za zcela mimořádných podmínek.

Jedním z nástrojů umožňující lidem znevýhodněným na trhu práce najít a udržet si pracovní místo je podporované zaměstnávání. Podporované zaměstnávání je časově omezený komplex služeb, jehož cílem je poskytnout člověku takovou podporu, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za odpovídajících platových podmínek. Přechodné zaměstnávání je typ zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kdy většinou nevládní organizace pomáhající lidem s určitým postižením uzavřít smlouvu s podnikem o poskytování pracovních sil. Plní tuto smlouvu nabídkou lidí, které sdružuje. Jestliže se některý pracovník necítí schopen jít do práce, jiný nastoupí na jeho místo.

Motivační kurzy jsou kurzy, které pomáhají k profesní orientaci s následnou rekvalifikací pro konkrétní pracovní uplatnění. Jsou určeny specifickým skupinám uchazečů o zaměstnání obtížně umístitelných na trhu práce. Motivační kurz kvalifikaci ještě neposkytuje, ale aktivizuje uchazeče o zaměstnání, pomáhá jim s výběrem nové profese a seznamuje s možnostmi dalšího vzdělávání ve vhodné rekvalifikaci nebo ve školském systému. Účastníci si mohou v praxi odzkoušet pod dohledem odborných instruktorů základní pracovní úkony oborů, které je zajímají, a v závěru programu kurzu si mohou vybrat vhodnou profesi pro své budoucí pracovní uplatnění. Tyto kurzy jsou však úřady práce poskytovány pouze výjimečně.

Job kluby, jako službu poskytují pouze rovněž vybrané úřady práce. Job kluby nabízejí své služby jak občanům obtížně umístitelným na trhu práce, tak ostatním nezaměstnaným evidovaným na úřadu práce. Job kluby jsou realizovány na více úřadech práce než motivační kurzy. Většina Job klubů nabízí tyto služby: informační (informace o možných zdrojích vyhledávání zaměstnání), výchovné a vzdělávací (např. umění se představit, úprava zevnějšku, chování při pohovoru

se zaměstnavatelem, telefonování, interpersonální komunikace, právní poradna), technické a servisní (naučit se hledat zaměstnání po internetu, pomoc při sestavování životopisu, možnost využít použít PC, psací stroj).

Bilanční diagnostika je služba poskytovaná psychology úřadů práce. Prozatím je praktikována na několika úřadech práce, kde experimentálně fungují bilančně diagnostická pracoviště. Jejich cílem je nasměrovat klienta na vzdělávací nebo pracovní cestu, pomoci mu dostatečně se zorientovat sám v sobě, to znamená ve svých zájmech, schopnostech a dovednostech, zdravotním stavu a z něj vyplývajícím zbytkovém pracovním potenciálu, ve svých ambicích a samozřejmě i ve své motivaci pro výkon té které profese.

Ergodiagnostika nebo také předpracovní rehabilitace pomáhá zařadit jedince se zdravotními problémy do pracovního procesu na běžném trhu práce, chráněných či podporovaných pracovištích. Provádí se u osob v aktivním věku s dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením. Ergodiagnostika v předpracovní rehabilitaci je v kompetenci léčebné rehabilitace, tudíž je hrazena ze zdravotního pojištění. Na hodnocení se účastní multidisciplinární tým – rehabilitační lékař, ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, případně logoped či speciální pedagog, spolupracují rovněž úřady práce, které klienty doporučují a poté využívají závěry hodnocení k nalezení vhodného zaměstnání.

Výstupy z ergodiagnostického hodnocení lze shrnout do 6 bodů:

- 1) návrat do původního zaměstnání – zde je potřeba znát nároky práce, získat popis práce
- 2) návrat do původního zaměstnání, ale s úpravami pracovního programu
- 3) návrat do původního zaměstnání, ale s úpravami prostředí
- 4) možnost práce jen po rekvalifikaci
- 5) schopnost práce jen v omezeném rozsahu, s finanční pomocí částečného invalidního důchodu
- 6) zaměstnání dle zbytkových pracovních schopností, ekonomický efekt práce je malý, potřeba plného invalidního důchodu.

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost, zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečuje úřad práce. Náklady spojené s pracovní rehabilitací hradí úřad práce.

Zahrnuje zejména:

- 1) poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti,
- 2) teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání,
- 3) činnost zaměřenou na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání,
- 4) vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.

Mezi složky diagnostiky pracovní rehabilitace patří:

- 1) složka zdravotní – spolupráce s ergoterapeuty, doporučení, co a v jakém rozsahu může klient vykonávat,
- 2) složka profesní – původní obor, profese klienta, příbuzné obory, zájmy klienta, klientova představa o práci,
- 3) dále sem patří aktivita – ambice, průbojnost a na druhé straně pasivita, odevzdanost.

K vyšetření fyzických schopností klienta je užívána metoda hodnocení funkční kapacity klienta dle Američanky Susan J. Isernhagen, která slouží ke stanovení fyzických schopností člověka, použitelných v zaměstnání. Testy jsou rozděleny do dvou dnů a je požadováno dodržovat pořadí úkolů. Na úvod každého testování je nezbytný pohovor s vysvětlením smyslu a průběhu testu. Dále následuje pracovní anamnéza s pohovorem o dosavadní fyzické zátěži. Vyšetřující se ptá na klientovi vlastní představy o práci. Součástí prvního dne je fyzikální vyšetření a dotazník bolesti. Po úvodním rozhovoru následují testy prvního dne, mezi které patří např. testy manipulace s břemeny, práce v sedu/stoji s předklonem, práce s rukama nad hlavou atd.. Testy prvního dne trvají okolo 3,5 hod. Druhý den se začíná také pohovorem s klientem, kdy jsou kladeny dotazy na jeho pocity, bolest ve snaze vyjasnit doposud nezodpovězené otázky – hlavně ohledně nároků na pracoviště. Poté již následují testy

druhého dne, např. lezení, klek, dlouhodobý sed, stoj, rovnováha, chůze atd.. Testy druhého dne trvají okolo 2,5 hod. U jednotlivých testů je cílem, aby klient dosáhl svého maxima, které je definováno jako největší bezpečná schopnost klienta. Mezi znaky maxima patří únava, nekoordinace pohybů, změny v mechanice těla. Součástí celého testování je neustálá kontrola tepové frekvence a krevního tlaku. Dle dosažených výsledků je vypracována závěrečná zpráva, která se projednává s klientem. Každá položka testu je hodnocena ke vztahu možnosti provádění určité práce během osmihodinové pracovní doby (tzn. jak dlouho smí klient danou práci v určité poloze vykonávat).

Závěrečná zpráva obsahuje:

- 1) souhrn faktů a doporučení,
- 2) detailní údaje k výsledkům jednotlivých testů,
- 3) porovnání naměřených pracovních schopností s nároky uvažované práce.

Popis vhodného pracovního místa obsahuje tyto aspekty:

- druh práce a typ činností
- časové aspekty (počet dní v týdnu, počet hodin denně, začátek a konec pracovní doby, přestávky, práce na směny)
- fyzikální podmínky (osvětlení, hluchnost, poloha těla při práci)
- sociální podmínky (množství lidí v pracovním kolektivu)

Další využívanou službou je podporované zaměstnávání.

Hlavní charakteristiky podporovaného zaměstnávání jsou:

- o okamžité umístění na pracovní místo

Od tradičních služeb v oblasti zaměstnanosti se podporované zaměstnávání liší změnou v pořadí trénink - umístění na pracoviště. Zatímco u většiny tradičních metod proběhne nejprve vzdělávání (rekvalifikace) a teprve po něm následuje nástup na pracoviště, u podporovaného zaměstnávání se vychází ze stávajících možností zájemce o práci, na základě kterých se hledá pracovní místo. K tréninku dovedností dochází až po nástupu do práce.

- trénink pracovníka přímo na pracovišti

Dovednosti, které jsou pro dané pracovní místo požadovány, se člověk využívající služby podporovaného zaměstnávání učí přímo na pracovišti, kde jsou optimální podmínky. Tím odpadají potíže spojené s přenosem dovedností z jednoho místa na druhé. Krom toho, trénink přímo na pracovišti podporuje sociální integraci a usnadňuje ostatním zvyknout si pracovat po boku spolupracovníků s postižením.

- konkurenceschopná práce

Pracovník s postižením dostává za stejnou práci obdobnou odměnu jako člověk bez postižení. Pracovní doba odpovídá možnostem konkrétního člověka.

- zaměstnání na otevřeném trhu práce

Jde o pracovní místa, kde lidé s postižením pracují mezi lidmi bez postižení, sdílí s ostatními nejenom pracovní prostor, ale spolupracují a komunikují při společně vykonávané práci. Takové prostředí umožňuje rozvoj smysluplné sociální integrace.

- průběžná podpora

Aby bylo pracovní umístění úspěšné, je podpora zajištěna na tak dlouho, jak je potřeba, nejdéle však po dobu 3 let. Doba trvání je určovaná potřebami daného člověka. V případě, že pracovník potřebuje podporu déle než tři roky, musí být zajištěna jinou formou, např. osobní asistencí.

- „na míru šitá podpora“

Poskytovaná podpora je flexibilně přizpůsobována individuálním potřebám každého jednotlivce.

- aktivní přístup uživatele služeb podporovaného zaměstnávání

Uživatel služby se aktivně zapojuje při výběru práce, při plánování kariéry, při hledání zaměstnání.

Stejně tak jako v běžné pracovní smlouvě i ve smlouvě vznikající z jednání podporovaného zaměstnávání jsou přesně stanovené náležitosti.

A. Pracovní náplň

Je-li uchazeč přijímán na běžné pracovní místo, bývá pracovní náplň předem určená. Pracovník by měl vědět, jakou práci bude vykonávat a jakou má odpovědnost. Někdy je i v tomto případě třeba pracovní náplň upravit. V rámci podporovaného zaměstnávání je často potřeba vytvoření nového pracovního místa, které neodpovídá běžné pozici. Pracovní náplň je vytvořena na základě informací o zaměstnanci.

B. Pracovní a sociální prostředí výkonu práce

Někteří uchazeči potřebují pro svou práci specifické podmínky. To je třeba respektovat a ve spolupráci se zaměstnavatelem, zajistit jejich naplnění.

C. Pracovní doba

Je třeba zohlednit možnosti a představy uchazeče týkající se nástupu do zaměstnání, zahájení a ukončení pracovní doby, práce na směny, o víkendech, výjimek v docházce.

D. Mzda

Výše mzdy vyplývá z požadavků uchazeče, nabídky zaměstnavatele a z množství vykonané práce v porovnání s ostatními zaměstnanci.

E. Forma pracovně právního vztahu

V některých případech je pro obě strany výhodné, má-li uchazeč možnost vyzkoušet si konkrétní zaměstnání bez uzavření pracovní smlouvy nebo dohody. Jedná se o neplacenou praxi. I v tomto případě zaměstnavatel uzavírá písemnou dohodu o vykonávání praxe. Práce bez mzdy by neměla trvat déle než 1 měsíc.

F. Formality týkající se nástupu do zaměstnání

Jedná se o pomoc uchazeči se zajištěním zdravotní prohlídky, potravinářského průkazu, výpisu z rejstříku trestů, účtu pro výplatu mzdy apod.

Výhody podporovaného zaměstnávání:

- větší příležitost pro zapojení se do společnosti
- příležitost získat si respekt společnosti
- využití přirozené podpory na pracovišti
- individuální a flexibilní podpora
- výhody pro zaměstnavatele
- rozmanitost pracovního uplatnění
- příjem pro státní pokladnu a šetření státních výdajů

APZ (aktivní politika zaměstnanosti) představuje systém nástrojů, které jako další přispívají k tvorbě nových pracovních míst a napomáhají tak zmírňovat nepříznivou situaci občanů hledajících nové pracovní uplatnění. K prioritním skupinám uchazečů pro užití prostředků na APZ patří skupiny ohrožené na trhu práce, tedy i občané se ZPS (změněnou pracovní schopností).

Rekvalifikací uchazečů o zaměstnání se rozumí taková změna dosavadní kvalifikace uchazeče o zaměstnání, kterou je potřebné zajistit získáním nových znalostí a dovedností teoretickou nebo praktickou přípravou, umožňující jeho pracovní uplatnění ve vhodném zaměstnání. Při určování obsahu a rozsahu této přípravy se vychází z dosavadní kvalifikace uchazeče o zaměstnání tak, aby byla co nejúčelněji využita při získání nových znalostí a dovedností nezbytných pro výkon práce v zaměstnání, pro které je rekvalifikován; na základě toho se rovněž určuje způsob a doba zabezpečení rekvalifikace. Rekvalifikace uchazeče o zaměstnání se provádí na základě písemné dohody uzavřené mezi uchazečem o zaměstnání a příslušným úřadem práce, a to ještě před samotným zahájením rekvalifikačního kurzu. Uchazeči o zaměstnání, který splňuje podmínky pro vznik nároku na hmotné zabezpečení, přísluší po dobu rekvalifikace hmotné zabezpečení ve výši 60 % průměrného měsíčního čistého výdělku, kterého dosáhl v posledním zaměstnání. V praxi je rekvalifikace bohužel málo uplatňována, zejména pro malý zájem samotných osob se zdravotním postižením. Pravdou je, že uchazeči se ZPS mají většinou nižší motivaci k práci. Je to z pochopitelných důvodů. Práce méně kvalifikovaná je také méně

honorovaná. Výše podpor je obdobná jako výdělek. Práce méně kvalifikovaná je na druhé straně i fyzicky náročnější a většina uchazečů se ZPS ji nemůže vykonávat. Ochota zvyšovat si kvalifikaci není příliš vysoká, neboť jde dost často o uchazeče nad 45 let a těm se do studia nebo delší rekvalifikace, která by pro ně něco řešila, příliš nechce.

Oblasti rekvalifikací:

- počítač
- management
- služby
- administrativa
- účetnictví
- tělovýchova
- bezpečnost
- technika a řemesla
- péče o tělo
- pedagogika
- právo a cestovní ruch
- umělecká řemesla

Společensky účelné pracovní místo je pracovní místo, které zaměstnavatel nově zřídil. Toto místo je vytvářeno na základě písemné dohody s úřadem práce a obsazuje se uchazeči o zaměstnání vedenými v evidenci úřadu práce, kterým nelze jiným způsobem zajistit pracovní uplatnění. Dle výše uvedených právních norem může úřad práce při provádění APZ poskytnout finanční příspěvek zaměstnavatelů na zřízení takového nového pracovního místa.

Chráněné dílny a chráněná pracoviště jsou pracoviště provozovaná právníky a fyzickými osobami, pracuje-li v nich alespoň 60% občanů se ZPS. Chráněným pracovištěm je též pracoviště zřízené v domácnosti občana se ZPS, který je buď v pracovněprávním vztahu k zaměstnavateli, nebo je osobou samostatně výdělečně činnou. Úřad práce může i v tomto případě zaměstnavatelům poskytnout finanční

příspěvek na zřízení pracovního místa pro občany se ZPS v chráněné dílně nebo chráněném pracovišti.

Organizace, které zaměstnávají více než polovinu zaměstnanců se ZPS, jsou uvedeny v katalogu organizací převážně zaměstnávající osoby se ZPS, který je aktualizován jednou za půl roku. Tento katalog mají k dispozici všechny úřady práce.

1.7 Psychické aspekty

U pouhrazových pacientů se velice často setkáváme s šokem, šokovou duševní reakcí. Tato šoková reakce pacienta velice traumatizuje a sama o sobě ho může uvrhnout do nálad smutku a beznaděje. V situacích, kdy smutné naladění přetrvává, bez ohledu na lepší se zdravotní stav, delší dobu, nabízí svou pomoc psycholog, neboť takové ladění může vyvolávat suicideální myšlenky. Na rozdíl od plánovaných zákroků, kdy je možné pacienta na zákrok a stav po něm postupně duševně připravit. I u plánovaných amputací může být psychický stav pacienta vážný, ale vyhneme se zde traumatu, neboť pacient připravující se k plánované operaci si jistě sám uvědomuje zhoršující se zdravotní stav, a tedy neodvratitelnost zákroku.

„Na druhém semináři rehabilitačních pracovníků v Brně bylo výstižně řečeno, že amputovaný člověk je amputován nejen tělesně, ale i duševně. Je to nezvratná skutečnost, kterou si však mnozí činitelé, přicházející do styku s pacientem, vůbec neuvědomují. Musíme se snažit vžít se do duševního rozpoložení člověka, který byl dosud zdravý, hbitě běhal nebo používal horních končetin, člověka, kterému předtím nepřišlo vůbec na mysl, že by se s ním něco podobného mohlo stát, a najednou je postaven před fakt, že mu bude nebo byla amputována končetina. Mysl postiženého se zakalí a jeho vědomí je zachváčeno představou naprosté ztráty všech životních darů: práce, lásky, kultury, sportu a jiných radostí. Vidí ohrožení sebe i své rodiny, zdá se mu, že je ostrčeným a nepotřebným mrzákem, který může působit nejvýše soucit u druhých“ (34).

Z hlediska vyrovnání se se ztrátou končetiny hraje hlavní roli její příčina. Tento aspekt je zásadní především v situacích, kdy je nutnost zákroku podmíněna cizím zaviněním. Také zde je na místě vyhledání odborné pomoci a zabránění prohlubující se hořkosti pacienta. Hledání viníků totiž vede k zatrpklosti a rozzlobení na celý svět. Pacient se izoluje od okolí a je bezprostředně ohrožen sociálním vyloučením. I okolí se může začít vyhýbat kontaktu s ním, což je v přímém rozporu s jednáním odborníků profesionálů.

„Ztráta končetiny je někdy chápána a přijímána jako smrt, uvedené pocity jsou zesíleny vnímáním fantomových bolestí a více je udávají staří pacienti. Nepřijal-li pacient vysvětlení, proč mu byla končetina odňata, viní často lékařský personál z neschopnosti. Tato reakce není vždy nepřátelská, lze ji pojímat jako žádost o zvláštní pozornost“ (47).

2. Cíle práce a hypotézy

Cílem mé práce je ověření daných hypotéz. Na základě studia literatury jsem sestavila tři hypotézy.

Hypotéza 1. Předpokládám, že děti a mladiství po amputaci končetiny nepocítují znevýhodněnost, kterou tento zákrok přináší. V případě první hypotézy bylo mým cílem potvrdit či vyvrátit tvrzení o menší znevýhodněnosti dětí a mladistvých, respektive o pocíťování znevýhodněnosti, kterou tento zákrok přináší. Předpokládám, že děti a mladiství tuto znevýhodněnost nepocítují, neboť se teprve připravují na své budoucí povolání a nemusí proto v jejich případě docházet k rekvalifikačním. Dále je mladý člověk bezesporu fyzicky zdatnější, proto se snáze naučí využívat i náročné protézy. Nebývá výjimkou, že se dítě nebo mladistvý naučí chůze se dvěma protézami či psaní s protézou tak, že okolí mnohdy netuší jeho handicap. Svou výhodu má jistě i lepší adaptabilita a psychická pružnost v mládí.

Hypotéza 2. Ženy se s amputací končetiny hůře psychicky vyrovnávají než muži. Druhou hypotézu jsem formulovala na základě domněnky, že ženy více dbají o svůj zevnějšek, a proto se s amputací hůře psychicky vyrovnávají. Při sestavování hypotézy jsem vycházela z praktických zkušeností nabytých při kontaktu s muži a ženami po amputaci končetiny.

Hypotéza 3. Předpokládám, že amputace horní končetiny je větším handicapem, vzhledem k uplatnitelnosti na trhu práce, než ztráta dolní končetiny. Ve třetí hypotéze se zaměřuji na uplatnitelnost amputovaných na trhu práce. Cílem bylo zjistit, zda jsou do rekvalifikačních kurzů nuceni vstupovat spíše pacienti po amputaci horní končetiny nebo pacienti po amputaci dolní končetiny. Vzhledem k mému předpokladu, že ztráta horní končetiny je větší ztrátou z hlediska sebeobsluhy a soběstačnosti, domnívám se, že bude i větší ztrátou vzhledem k uplatnitelnosti na trhu práce. Vycházela jsem i z domněnky, že většina rekvalifikačních kurzů nabízí manuální činnosti spojené se zručností a použitím jemné motoriky.

3. Metodika

V této části bych ráda popsala použité metody sběru dat, které jsem uplatnila při řešení zvolené problematiky. Dále bych ráda charakterizovala daný soubor. Při zpracování diplomové práce jsem zvolila kvantitativní formu výzkumu. Potřebná data jsem shromažďovala pomocí dotazníků, které jsem zadávala po dobu osmi měsíců, od února 2006 do září 2006 na rehabilitačním a chirurgickém oddělení Mulačovy nemocnice, s. r. o. v Plzni. Dále jsem dotazníky zadávala v soukromém protetickém centru v Plzni. Návratnost dotazníků nebyla sice tak vysoká, jak jsem původně předpokládala, ale podařilo se mi z celkem 100 rozdaných dotazníků vyhodnotit 84 kompletně vyplněných dotazníků. Nekompletně vyplněné dotazníky jsem nevyhodnocovala.

Vyhodnotila jsem tedy 84 úplně vyplněných dotazníků, z nichž každý obsahuje 28 zcela anonymních otázek. Při sestavování dotazníků jsem první tři otázky formulovala tak, aby bylo možné vyhodnotit osobu respondenta, jeho pohlaví, věk a vzdělání, z čehož lze usuzovat na sociální prostředí a životní styl respondenta. Dále jsem zjišťovala základní údaje týkající se amputace samotné. Zajímala mě výše amputace a její příčina. Zbývající otázky se týkají vlastní problematiky dle formulovaných hypotéz. Vyhodnocení výsledků, které podrobně popisuji v kapitole 4. Výsledky jsem prováděla po jednotlivých otázkách. Při vyhodnocování jsem kladla důraz na porovnání výsledků vlastního výzkumu s názory odborníků v dané oblasti. Výsledky jsem srovnávala s odbornými publikacemi, jejichž části uvádím v podobě citací. Na některé odpovědi respondentů reaguji vlastním poznatkem, který jsem získala po seznámení se s problematikou amputovaných. Uvedená srovnání provádím v kapitole 5. Diskuse.

Jako doplňkovou jsem zvolila metodu pozorování a metodu rozhovoru u stejného souboru respondentů. Rozhovor jsem vedla neřízený, stejně tak pozorování neřízené, zjevné. Tuto možnost jsem měla, jakožto zaměstnanec rehabilitačního oddělení Mulačovy nemocnice, s. r. o. v Plzni. Využila jsem v tomto případě každodenní spolupráce s pacienty po amputacích končetin a rozhovor i pozorování jsem spojila s každodenní péčí o ně. Během cvičení, kterého se pravidelně účastnili, jsem

ke zpracování diplomové práce získala cenné údaje a poznatky. Všechna jejich osobní data zůstávala i v tomto případě v anonymitě. Na základě využití této doplňkové metody rozhovoru jsem sestavila kasuistiku, kterou bych v této části ráda uvedla.

Pacient pan P. se narodil 16. srpna 1938. Vystudoval vysokou školu a pracoval jako projektant. Byl ženatý a má jednoho nyní již dospělého syna, který je zdravý. Nyní je ve starobním důchodu, je vdovec a žije sám. 13 let je nekuřák a alkohol požívá velmi zřídka, sám se označuje jako konzument. V dětství prodělal běžná dětská onemocnění. Rovněž jeho rodiče byli zdraví a zemřeli ve vysokém věku. Ve jedenatřiceti letech utrpěl pan P. vážný úraz v podobě několikačetných zlomenin obou paží a žeber. Z tohoto zranění nemá žádné následky, obtíže mu činí pouze zvedání těžších břemen, kdy pociťuje bolesti ve svalech. V roce 2001 se u pacienta poprvé projevila ischemie dolních končetin na pravém malíku. Zároveň pociťoval klaudikační bolesti v pravém lýtku, které se zhoršovaly. Krátce poté byl u pana P. diagnostikován Diabetes II. typu. Jak pan P. sám uvádí, nikdy předtím se v rodině diabetes nevyskytl. V současné době jsou u pacienta diagnostikovány i další přidružená onemocnění, jako je ischemická choroba srdeční, cholecystolithiasa – klinicky nemá, chronická pyelonefritis a hypertenze. Před dvěma lety musela být v důsledku postupující ischemie pravé dolní končetiny provedena amputace pod kolenem. Po operaci byl hospitalizován zhruba pět měsíců. Po tuto dobu byl rehabilitován na lůžku, pahýl byl bandážován a polohován, pro velkou bolestivost v ranně začalo aktivní cvičení později. I vertikalizace pacienta probíhala velmi zvolna pro opakující se kolapsové stavy. Nejprve začal nacvičovat chůzi s chodítkem, poté se dvěma podpažními berlemi bez protézy. Pan P. uvádí, že v této době byl jeho psychický stav velmi špatný. Po propuštění z nemocnice do domácího prostředí se jeho psychický stav ještě zhoršil. Pro lokomoci používal pouze invalidního vozíku, neboť s podpažními berlemi neměl jistotu a bez doprovodu se obával pádu a zranění. Jeho domácí prostředí nebylo pro používání vozíku zařízeno, proto narážel na četné architektonické bariéry. Po 4 týdnech od propuštění byl vybaven snímatelnou protézou. Společně s rehabilitační pracovnící, která za ním docházela domů, nacvičoval chůzi s protézou a podpažními berlemi. Tato chůze pacientovi

nevyhovovala a dodnes preferuje chůzi švihem bez protézy. Zhruba po jednom roce byla rehabilitace ukončena. Dnes je pahýl bez komplikací, jen občas se vyskytnou drobné odřeniny. Pacient uvádí, že nikdy nepocítil bolesti v chybějící části končetiny. V současné době žije pan P. v domě s pečovatelskou službou, kam se po operaci přestěhoval. Zde obývá jednu místnost se sociálním zařízením. Je soběstačný, ale využívá služeb pečovatelské služby, zejména zajištění obědů a úklid domácnosti. Menší nákupy zvládá sám, s většími mu pomáhá jeho syn. Zajišťování drobných nákupů a docházka na rehabilitaci jsou jeho jedinou vycházkou a kontaktem se sociálním prostředím. Pokud je nucen absolvovat delší vycházku, využívá invalidní vozík a synovu asistenci. Jinak žije zcela izolován od svého okolí bez jakéhokoli zapojení se do sociálních aktivit odpovídající jeho věku, jeho jedinou oblíbenou aktivitou je četba knih. Nenavštěvuje žádná kulturní zařízení, neudrhuje styky s vrstevníky, nevyhledává nové kontakty. Jak sám udává, tento životní styl mu vyhovuje a k žádným jiným aktivitám není motivován. Jeho psychický stav je nyní dobrý. Jediným jeho vlastním návrhem k zlepšení řešení situace je zvýšení finančních prostředků, které by investoval do zařízení bytu. Pro usnadnění pohybu pana P. v domácím prostředí byla již nainstalována madla k WC, sedačka do sprchového koutu, protiskluzová podložka do koupelny a byly odstraněny v bytě všechny prahy. Pan P. je poživitelem starobního důchodu, zvýšení důchodu pro bezmocnost a je držitelem průkazu mimořádných výhod II. stupně. O změně legislativy od 1.1.2007 není informován.

4. Výsledky

V této kapitole bych se ráda věnovala podrobnému vyhodnocení výsledků vlastního výzkumu.

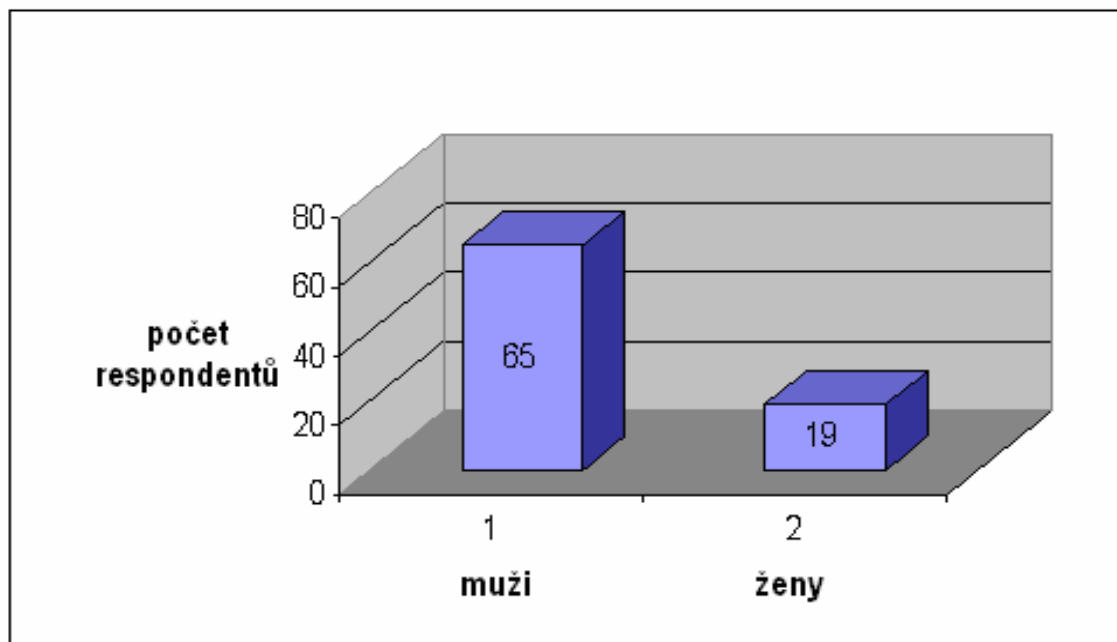
Otázkou č. 1. jsem se zaměřila na zjištění pohlaví respondentů. Dotaz na pohlaví byl pro můj výzkum nezbytnou součástí, neboť v Hypotéze 2 se zabývám rozdílem ve vnímání amputace mezi pohlavími. Ze všech 84 vyhodnocovaných dotazníků odpovídalo 65 mužů a pouze 19 žen.

Tab. č. 1: Pohlaví respondentů

MUŽ	65
ŽENA	19

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 1: Srovnání pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

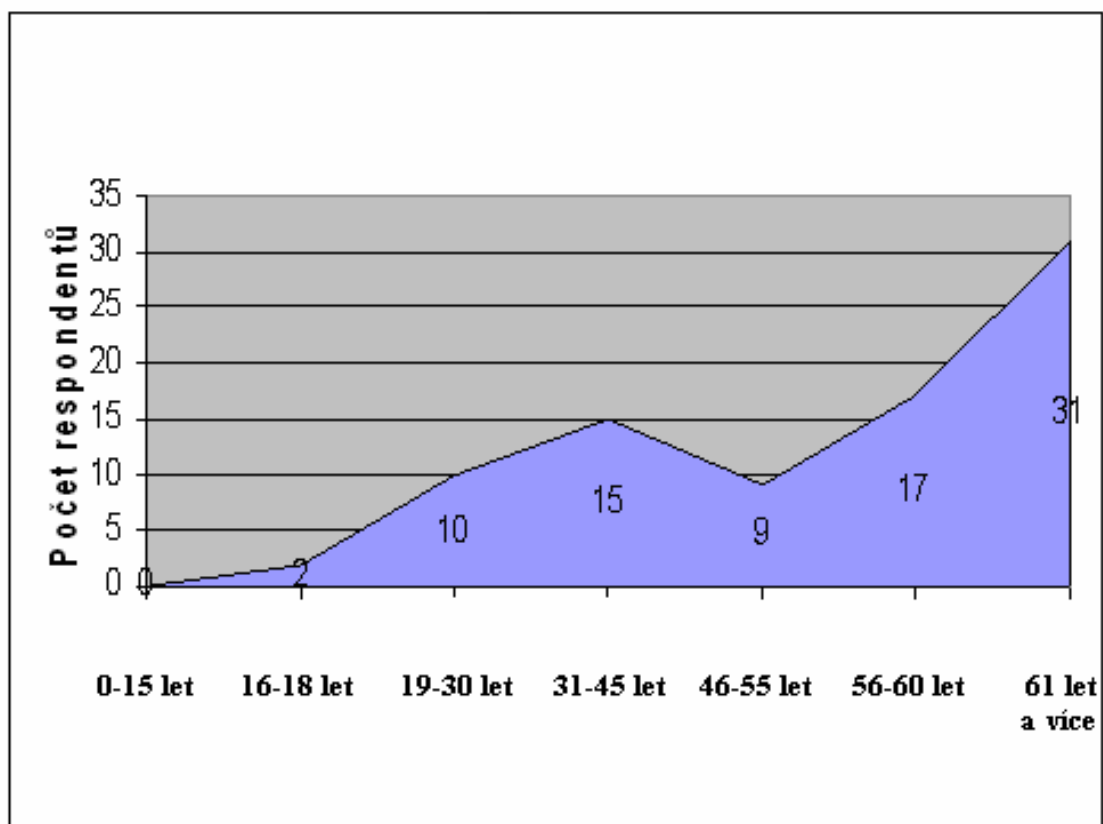
V otázce č. 2 jsem se soustředila na zmapování věku respondentů jako významného ukazatele k potvrzení či vyvrácení Hypotézy 2. Dotazované osoby jsem rozdělila do sedmi věkových skupin, z nichž první dvě představují období dětství a adolescence, další čtyři období jsou určena pro dospělé respondenty v produktivním věku a poslední období pro respondenty nad 61 let. Možnost a) 0-15 let nevyužil nikdo. Možnost b) 16-18 let byla zakroužkovaná dvakrát. Možnost c) 19-30 let už zvolilo 10 respondentů. Možnost d) 31-45 let tvořilo 15 respondentů. Možnost e) 46-55 let zvolilo 9 respondentů. Mezi 56-60 let bylo 17 respondentů a možnost g) 61 let a více zvolilo 31 respondentů. Z výsledků této otázky je patrné, že nejstarší skupina respondentů je zároveň skupinou nejpočetnější, na rozdíl od skupiny nejmladší, kam se nezařadil nikdo. Rovněž tento výsledek jsem očekávala. S věkem nevyvratitelně stoupá počet onemocnění i počet prodělaných úrazů. Je tedy větší pravděpodobnost, že v nejstarší věkové skupině bude i nejvíce amputovaných.

Tab. č. 2: Věkové skupiny

Věková skupina	Počet respondentů
0-15 let	0
16-18 let	2
19-30 let	10
31-45 let	15
46-55 let	9
56-60 let	17
61 let a více	31

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2: Věkové skupiny



Zdroj: Vlastní výzkum

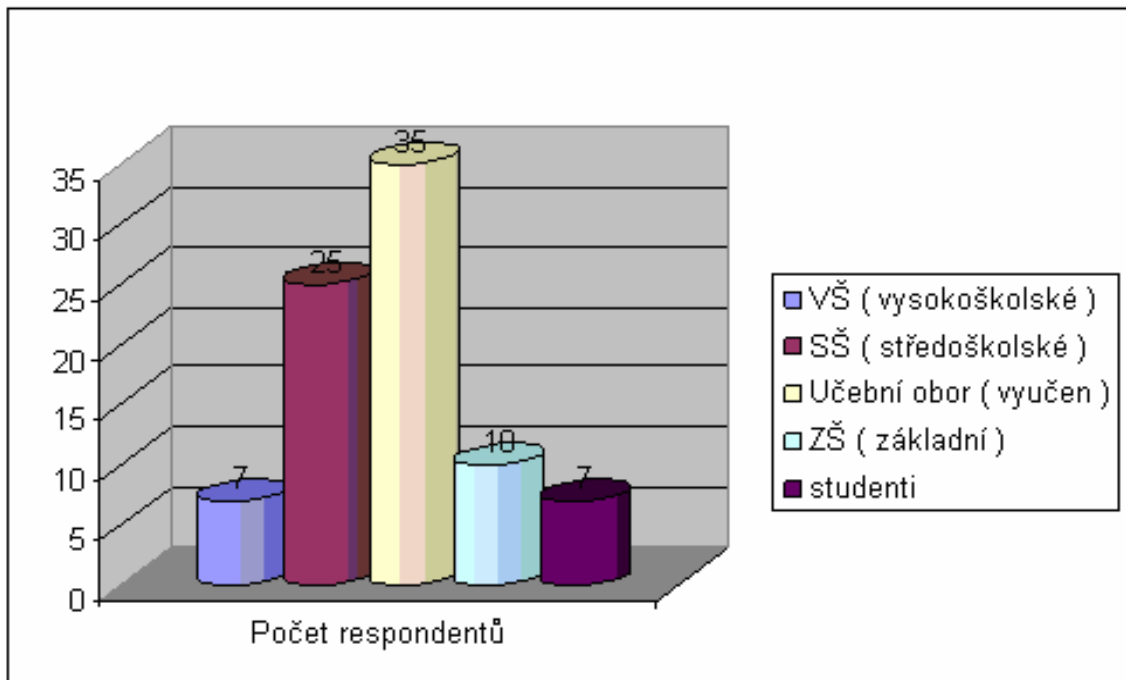
V následující otázce č. 3. jsem zjišťovala nejvyšší dosažené vzdělání s úmyslem uvést v souvislost nižší dosažené vzdělání a tudíž pravděpodobnost fyzicky těžší práce s vyšším počtem amputací. Uvedený předpoklad se nepotvrdil, neboť respondentů uvádějící jako nejvyšší dosažené vzdělání ZŠ bylo pouze 10, kdežto respondentů s vyučením dokonce 35. Středoškoláků odpovídalo 25 a vysokoškoláků 7. Zbývajících 7 respondentů na řádku k této otázce doplnilo „student“ nebo „studující“ nebo „stále studuji“.

Tab. č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů
VŠ (vysokoškolské)	7
SŠ (středoškolské)	25
Učební obor (vyučen)	35
ZŠ (základní)	10
studenti	7

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání



Zdroj: Vlastní výzkum

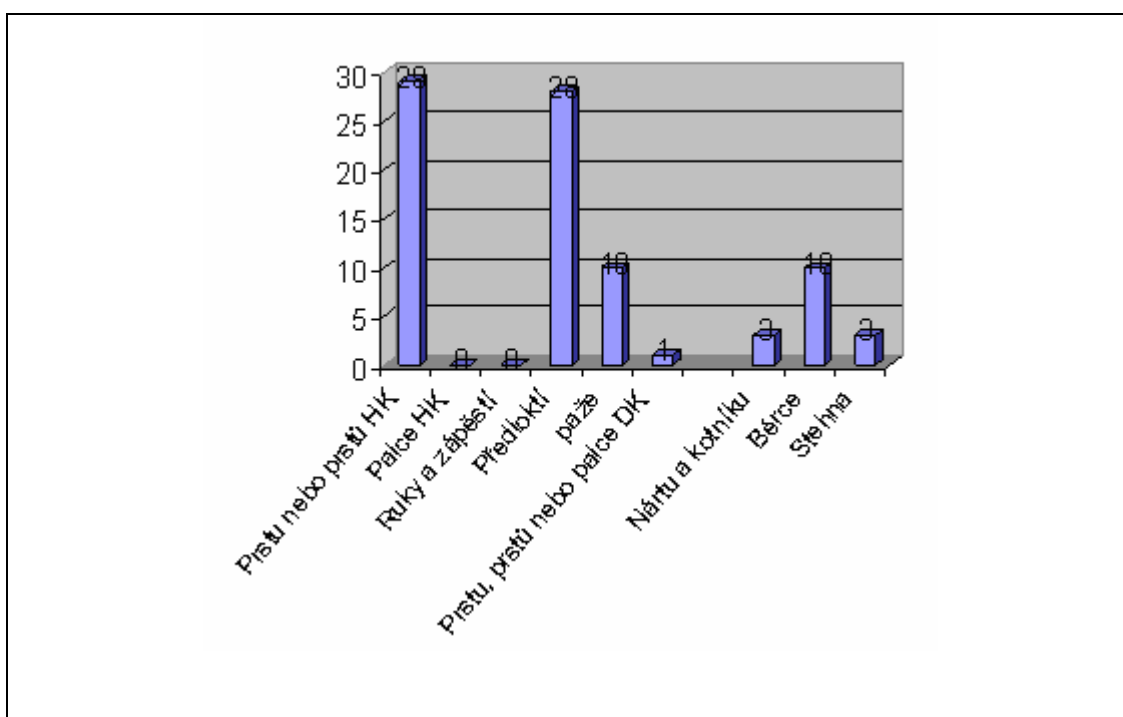
Otázku č. 4. směřuji k zjištění lokality na končetině, v které byla amputace provedena, neboli výšky amputace. Význam obsahu této otázky nehodnotím v žádné ze stanovených hypotéz, nicméně výška amputace je rozhodujícím faktorem pro řadu sociálních aspektů. Pro usnadnění vyplňování i vyhodnocení jsem v této otázce nabídla respondentům tabulku, v níž v řádkách byly uvedeny oblasti provádění amputací a ve sloupci respondent zvolil, zda jde o horní končetinu nebo dolní končetinu. Po vyhodnocení jsem získala tyto výsledky:

Tab. č. 4: Úroveň provedení amputace

Horní končetiny		Dolní končetiny	
Prstu nebo prstů	29	Prstu, prstů nebo palce	1
Palce	0		
Ruky a zápěstí	0	Nártu a kotníku	3
Předloktí	28	Bérce	10
Paže	10	Stehna	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4: Úroveň provedení amputace



Zdroj: Vlastní výzkum

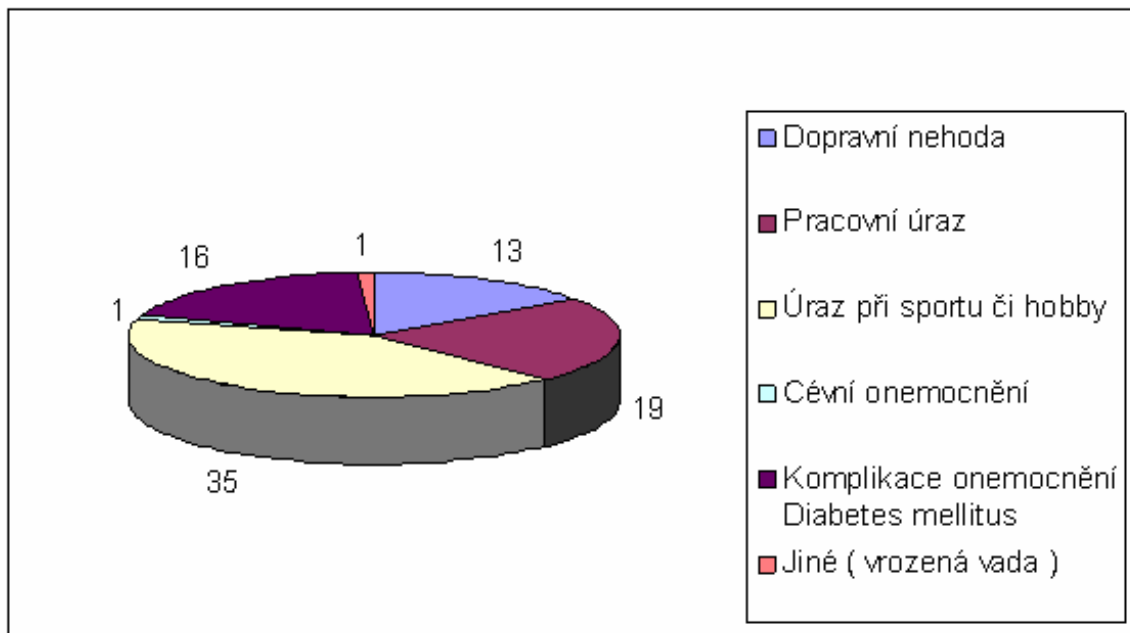
V otázce č. 5., kde se ptám na příčinu amputace, jsem opět nabídla několik možností, společně s možností jiné a prostorem pro volné doplnění. Možnost a) dopravní nehoda zvolilo 13 respondentů. Domnívám se, že toto číslo je alarmující. Možnost b) pracovní úraz zvolilo 19 respondentů, což považuji rovněž za neuspokojivé z hlediska zajištění bezpečnosti práce na pracovištích. Znepokojivé výsledky jsem vyhodnotila také z možnosti c) úraz při sportu či hobby, na kterou reagovalo dokonce 35 respondentů. Nabídku d) cévní onemocnění využil pouze 1 respondent. Další možností byla amputace z důvodu komplikace Diabetes mellitus. Zvolilo ji 16 respondentů.

Tab. č. 5: Příčiny amputací

Dopravní nehoda	13
Pracovní úraz	19
Úraz při sportu či hobby	35
Cévní onemocnění	1
Komplikace onemocnění Diabetes mellitus	16
Jiné (vrozená vada)	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5: Příčiny amputací



Zdroj: vlastní výzkum

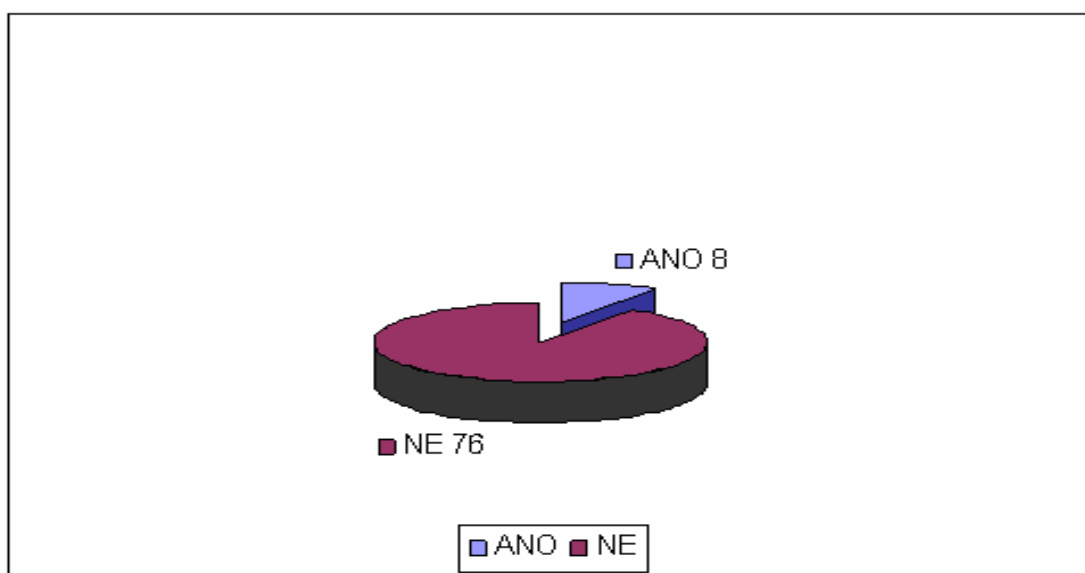
V otázce č. 6. jsem si kladla za cíl zjistit, zda pacienti po amputaci vyhledávají pomoc psychologa nebo psychiatra. Celkem 8 dotazovaných odpovědělo ano a zbývajících 76 odpovědělo ne. Na otázku tohoto charakteru se pacienti dle mé zkušenosti zdráhají odpovědět. Toto v dotazníku nepředpokládám, neboť všechny odpovědi jsou zcela anonymní.

Tabulka č. 6: Vyhodnocení potřeby řešit svůj psychický stav v důsledku amputace vzhledem k pohlaví respondentů.

	Ano	Ne
Muži	0	65
Ženy	8	11

Zdroj: Vlastní výzkum

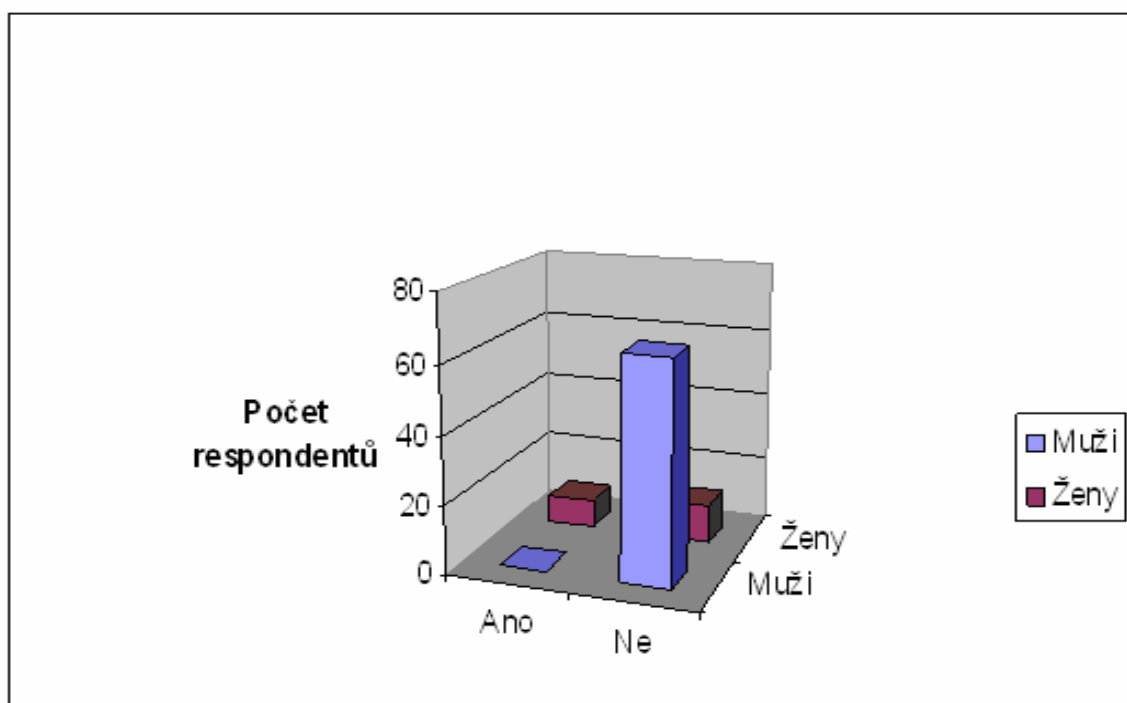
Graf č. 6: Zhodnocení vyhledání odborné pomoci v souvislosti s psychickým stavem v důsledku amputace



Zdroj: Vlastní výzkum

Informace vyhodnocené z otázky č. 6. dále srovnávám s pohlavím respondentů z otázky č. 1. Zjistila jsem, že všichni respondenti odpovídající na otázku č. 6 kladně byly ženy. Odbornou pomoc v souvislosti s psychickým stavem vyhledalo tedy 8 žen. Ze zbývajících 76 respondentů bylo 11 žen a 65 mužů. Z výsledků šetření vyplývá, že ztráta končetiny nebo její části je velkou psychickou zátěží především pro ženy, které také snáze vyhledávají odbornou pomoc.

**Graf č. 7: Vyhodnocení potřeby řešit svůj psychický stav v důsledku amputace
vzhledem k pohlaví respondentů**



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce č. 7. mě zajímalo zaměstnání vykonávané před amputací končetiny. Z odpovědí jsem vyřadila 7 respondentů zmiňovaných již v předchozích otázkách jako studenty nebo žáky. Zbývajících 77 dotazovaných uvádělo konkrétní zaměstnání vykonávané před amputací končetiny. Zajímavostí této otázky je fakt, že některá zaměstnání se významně opakovala. Nejčastěji uváděným zaměstnáním byl zámečnick – celkem 11 respondentů a strojní technik – 8 respondentů. Vyhodnocení této otázky nepřineslo podstatné informace pro potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz. Tato otázku jsem do dotazníku zařadila jako kontrolní, pro ověření výsledků z otázky č. 2.

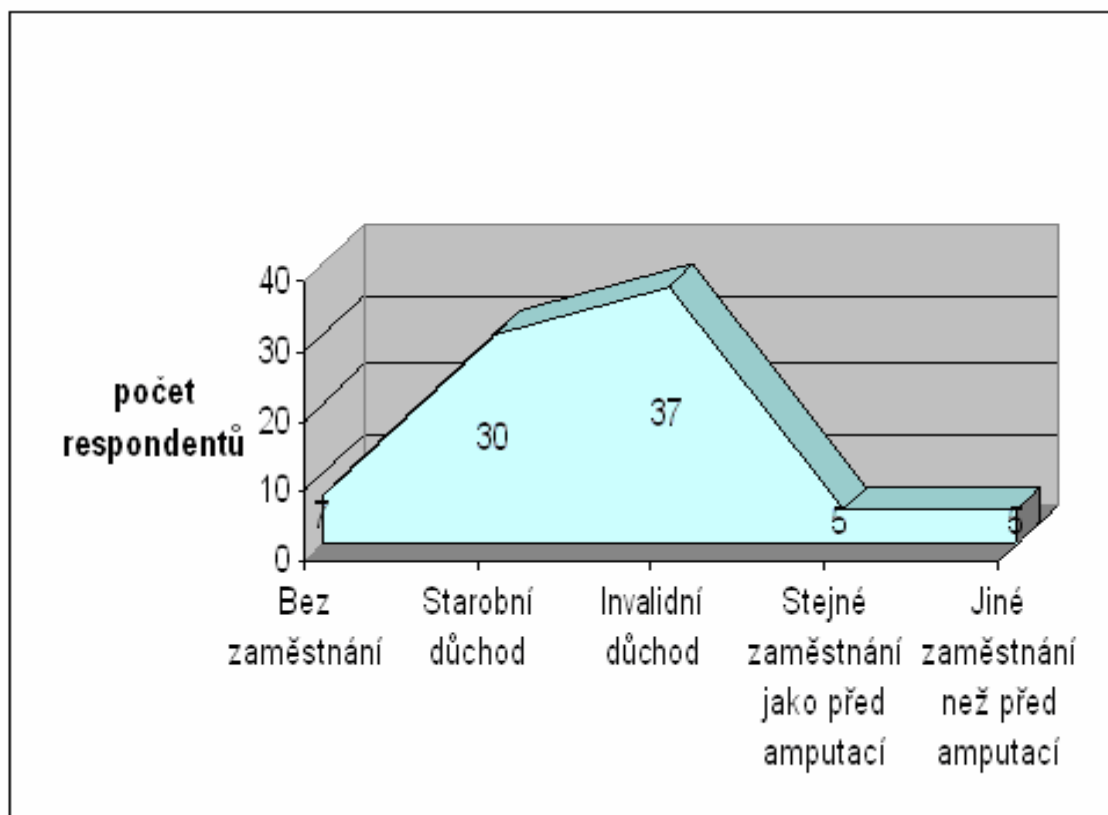
Mnohem zajímavější, a pro můj výzkum významnější, bylo vyhodnocení otázky č. 8. Jaké zaměstnání vykonáváte po amputaci končetiny? I zde jsem vyřadila 7 studujících respondentů. Zbýající respondenty jsem poté rozdělila dle jejich odpovědí na starobní důchodce – 30 respondentů, invalidní důchodce – 37 respondentů a pracující – 10 respondentů. Z těchto 10 respondentů vykonávajících zaměstnání jich 5 zůstalo u své původní profese a 5 jich vykonává zaměstnání jiné.

Tab. č. 7: Vyhodnocení pracovního uplatnění po amputaci končetiny

Uvedená odpověď	Počet respondentů
Bez zaměstnání, studující	7
Starobní důchod	30
Invalidní důchod	37
Stejně zaměstnání jako před amputací	5
Jiné zaměstnání než před amputací	5

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 8: Vyhodnocení pracovního uplatnění po amputaci končetiny



Zdroj: Vlastní výzkum

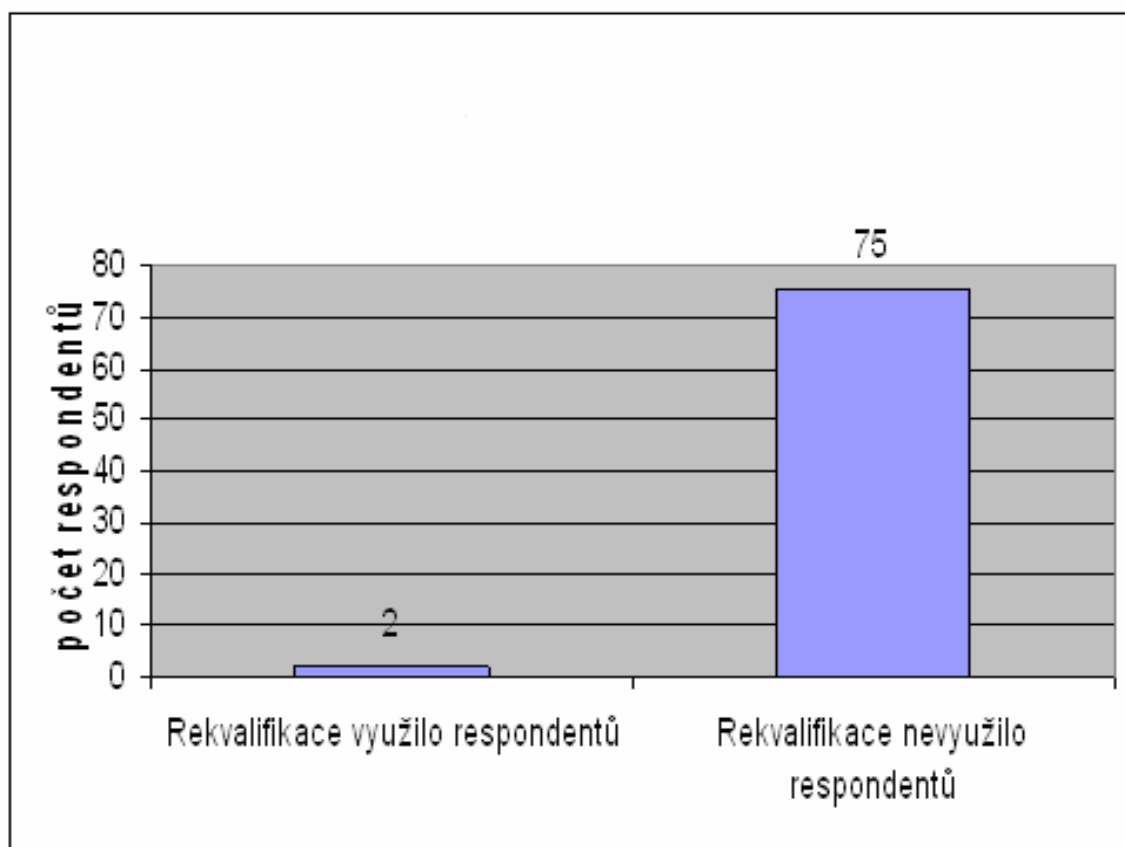
Na tuto otázku navazuje vyhodnocení otázky č. 9, jež spolu tématicky souvisí. V této otázce bylo mým záměrem zjistit, zda byli respondenti v důsledku amputace nuceni podstoupit rekvalifikaci úřadu práce. Pouze 2 respondenti však odpověděli kladně. Zbývajících 75 respondentů rekvalifikaci úřadu práce nepodstoupilo, neboť k tomu nebyli v důsledku amputace nuceni. Znamená to tedy, že 3 respondenti vykonávající jiné zaměstnání než před amputací (vyhodnoceno z otázky č. 8) si tuto změnu zvolili bez ohledu na svůj zdravotní stav nebo tento stav zohlednili a uplatnili se na trhu práce i bez nutného přeškolení.

Tab. č. 8: Využití rekvalifikace Úřadu práce k znovu zapojení se do pracovního procesu

rekvalifikace využilo	rekvalifikace nevyužilo
2	75

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 9: Využití rekvalifikace úřadu práce k znovu zapojení se do pracovního procesu



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10 rovněž nebyla určena k ověření hypotéz. Tuto otázku jsem zařadila spíše pro hlubší zmapování problematiky zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Výsledek vyhodnocení mě příjemně překvapil. Sice v této otázce odpovídalo pouze 5 respondentů, kteří vykonávají jiné zaměstnání než před amputací končetiny, ale období hledání nového pracovního uplatnění neuvedl nikdo z nich delší než 6 měsíců.

Otázka č. 11 sloužila rovněž k ověření si již jednou vyhodnocených dat, a sice počet respondentů jakožto poživatelů invalidního důchodu. 19 respondentů odpovědělo, že je poživatelem plného invalidního důchodu, 18 respondentů je poživatelem částečného invalidního důchodu. Po součtu respondentů jsem došla k závěru, že 37 respondentů je poživatelem invalidního důchodu, což se shoduje s výsledky otázky č. 8.

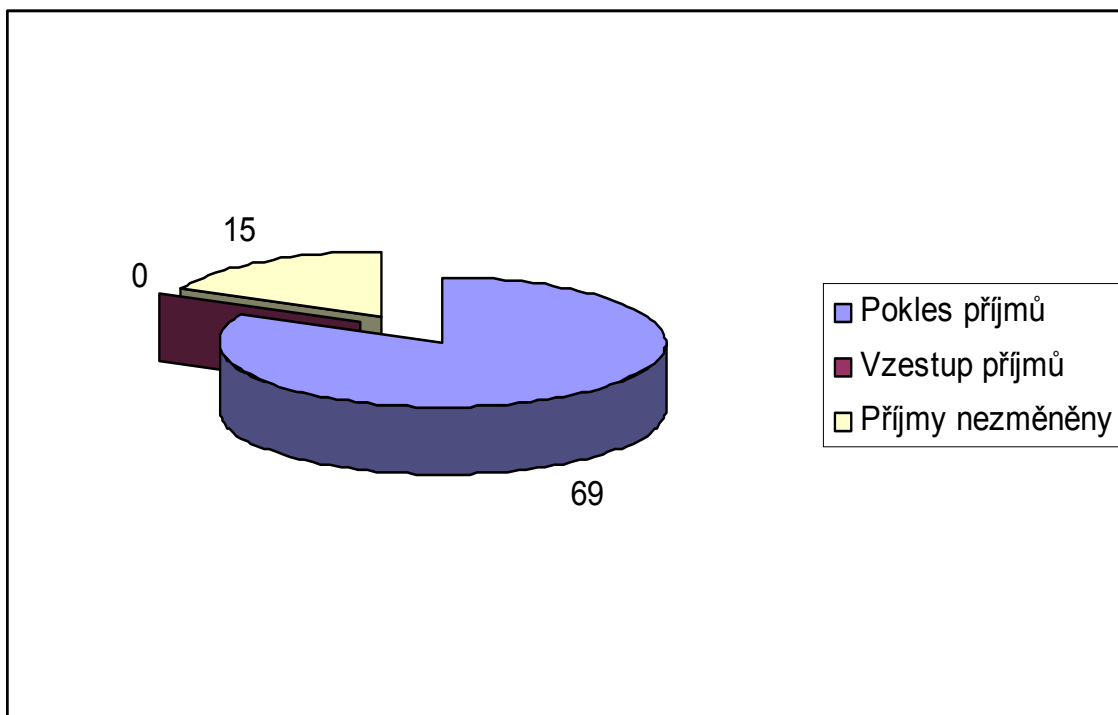
V následující otázce, č. 12, jsem se ptala na změnu příjmů respondentů v souvislosti s amputací končetiny. Vyhodnocení této otázky bylo zarmucující. Pouze 15 respondentů si zachovalo svůj původní příjem. Nikomu se po amputaci končetiny příjmy nezvýšily a dokonce 69 respondentů má nyní příjmy nižší.

Tab. č. 9: Změna příjmů v souvislosti s amputací končetiny

Změna příjmů	Počet respondentů
Pokles příjmů	69
Vzestup příjmů	0
Příjmy nezměněny	15

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10: Změna příjmů v souvislosti s amputací končetiny



Zdroj: Vlastní výzkum

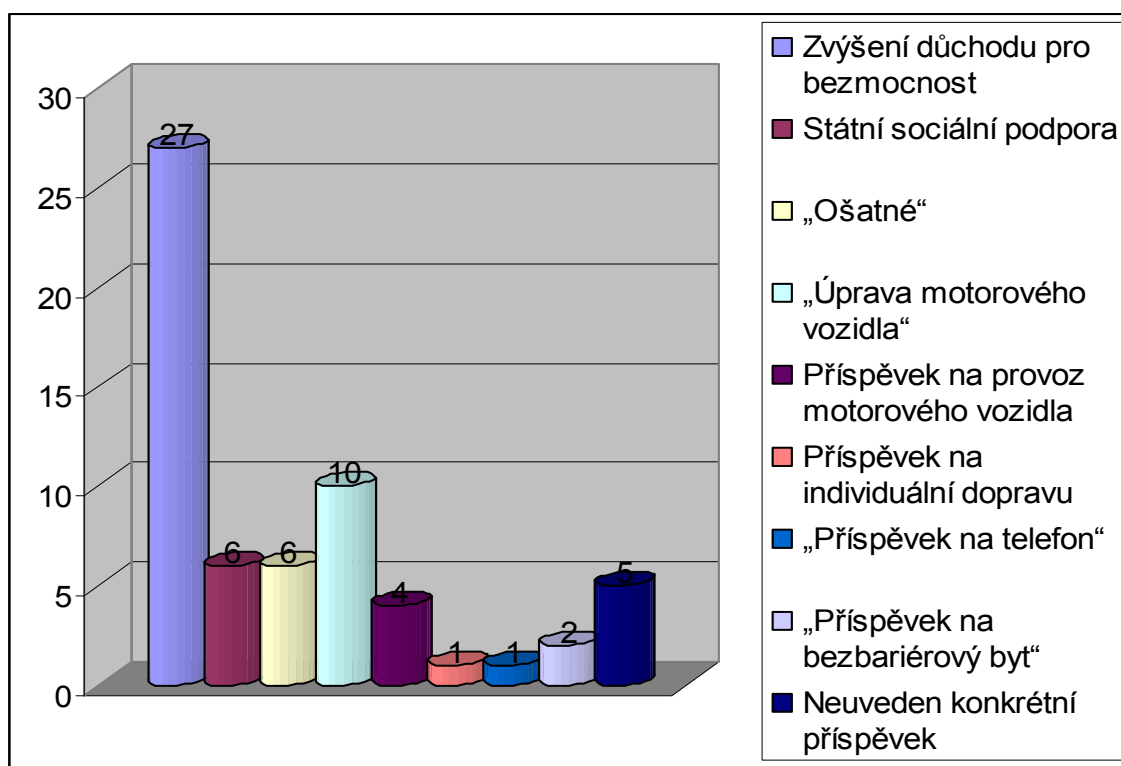
Nyní bych ráda vyhodnotila otázku č. 13. Jste poživatelé opakovaných dávek sociálního zabezpečení nebo byla vám v minulosti poskytnuta dávka jednorázová? Tuto otázku jsem do dotazníku zařadila z důvodu zjištění, zda zdravotně postižení občané, po amputaci končetiny, využívají dávek a výhod systému sociální politiky. Vzhledem ke skutečnosti, že jsem dotazníky zadávala od února do září 2006, vyhodnotila jsem odpovědi dle platné legislativy v tomto období. Vyhodnocení jednotlivých dávek bylo následující:

Tab. č. 10: Vyhodnocení dávek sociálního zabezpečení dle platné legislativy v období od února do září 2006

Dávka	Počet respondentů
Zvýšení důchodu pro bezmocnost	27
Státní sociální podpora	6
„Ošatné“	6
„Úprava motorového vozidla“	10
Příspěvek na provoz motorového vozidla	4
Příspěvek na individuální dopravu	1
„Příspěvek na telefon“	1
„Příspěvek na bezbariérový byt“	2
Neuveden konkrétní příspěvek	5

Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf č. 11: Vyhodnocení dávek sociálního zabezpečení dle platné legislativy
v období od února do září 2006**



Zdroj: Vlastní výzkum

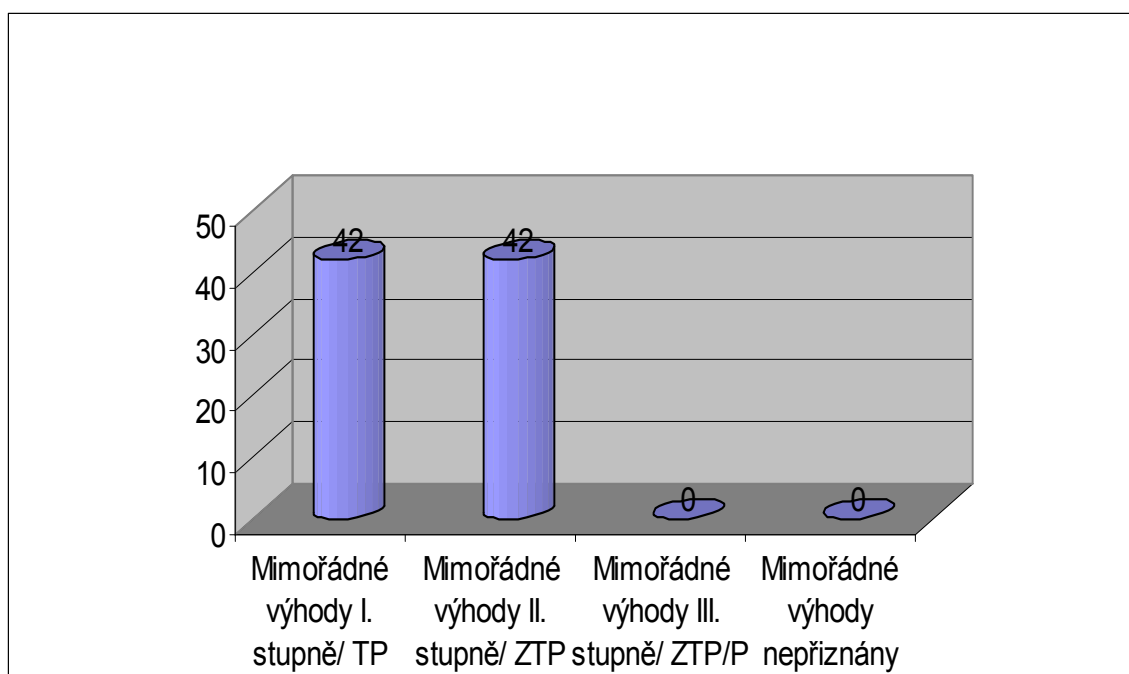
V otázce č. 14 jsem se dotazovala na mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany. Mimořádné výhody I. stupně byly přiznány 42 respondentům. Rovněž mimořádné výhody II. stupně byly přiznány 42 respondentům. Mimořádné výhody III. stupně, tedy ZTP/P neuvádí žádný z dotazovaných. Současně nebyl nikdo, kdo by mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany neměl přiznány.

Tab. č. 11: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany

Mimořádné výhody I. stupně/ TP	42
Mimořádné výhody II. stupně/ ZTP	42
Mimořádné výhody III. stupně/ ZTP/P	0
Mimořádné výhody nepřiznány	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 12: Mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany



Zdroj: Vlastní výzkum

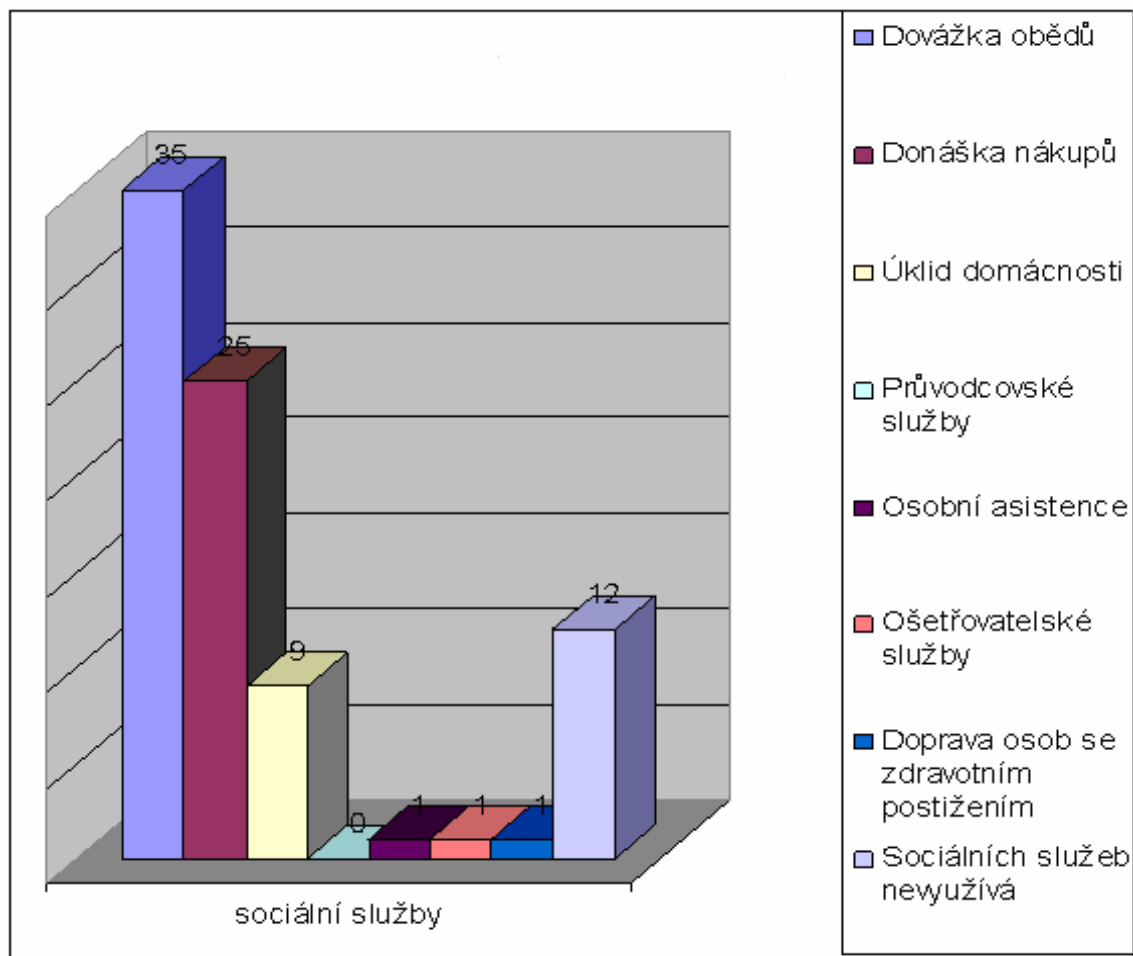
V otázce č. 15 jsem hodnotila využívání sociálních služeb. V této otázce jsem nabídla respondentům nejvyužívanější sociální služby a možnost jiné s prostorem pro vlastní odpověď. Z vyhodnocení jsem zjistila, že dovážky obědů využívá 35 respondentů. 25 respondentů využívá služby donášky nákupů. Úklid domácnosti jako sociální službu využívá 9 respondentů. Průvodcovské služby nevyužívá žádný respondent. Možnosti jiné využily 3 respondenti, kteří do dotazníku vyplnily služby osobního asistenta, ošetrovatelské služby a doprava osob se zdravotním postižením. 12 respondentů sociálních služeb nevyužívá.

Tab. č. 12: Využívání sociálních služeb

Dovážka obědů	35
Donáška nákupů	25
Úklid domácnosti	9
Průvodcovské služby	0
Osobní asistence	1
Ošetrovatelské služby	1
Doprava osob se zdravotním postižením	1
Sociálních služeb nevyužívá	12

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 13: Sociální služby



Zdroj: Vlastní výzkum

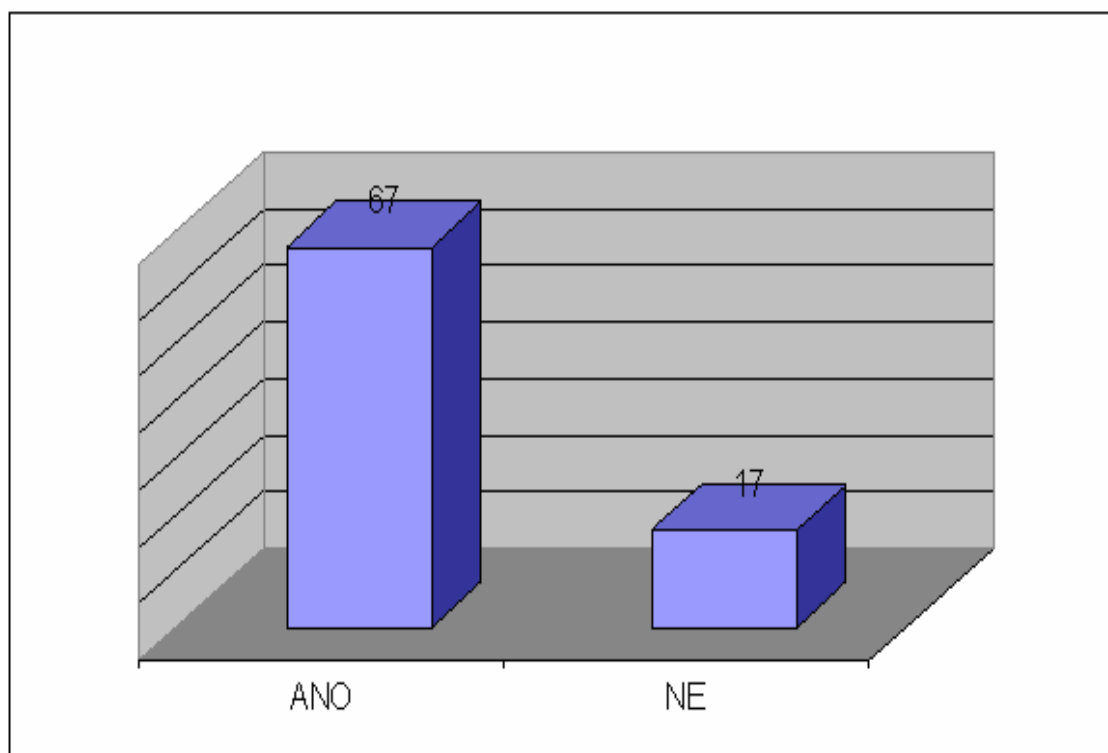
V následující otázce č. 16 jsem se ptala zda respondenti využívají péče osoby blízké nebo jiné osoby. Tuto otázku jsem zvolila jako doplňující k otázce předcházející. Možnost ano zvolilo 67 respondentů. Možnost ne zvolilo pouze 17 respondentů.

Tab. č. 13: využívání péče osoby blízké nebo jiné osoby

ANO	67
NE	17

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14: Využívání sociálních služeb



Zdroj: Vlastní výzkum

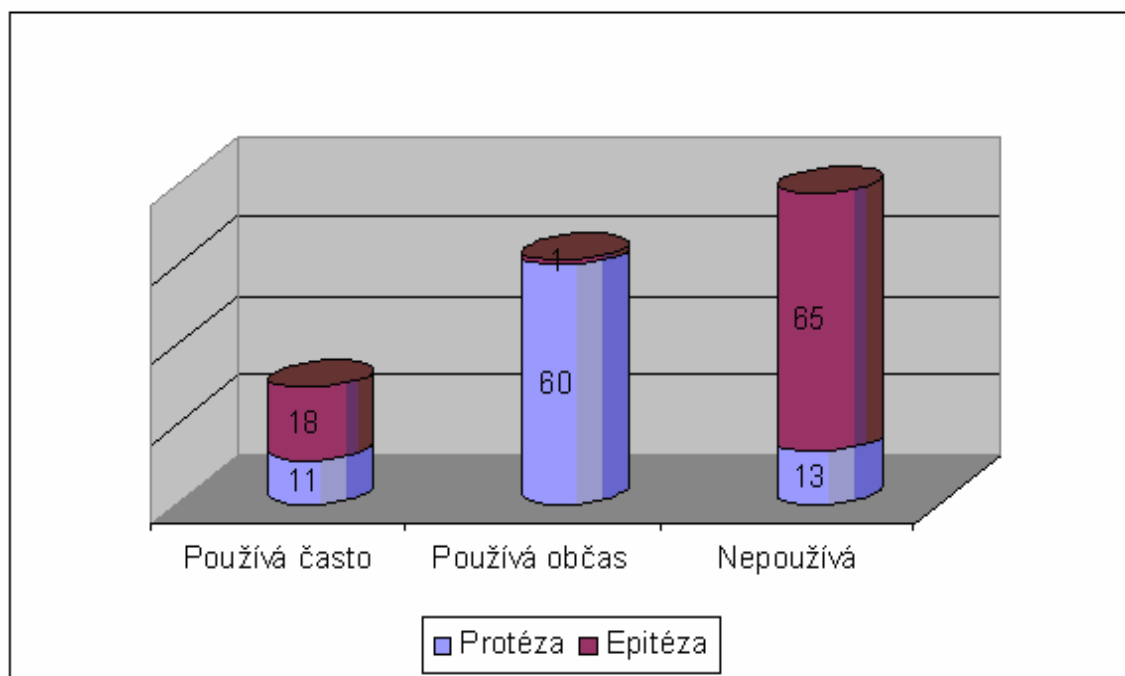
Otázky č. 17 a 18 považuji z hlediska mého výzkumu za velmi významné. V otázce č. 17 jsem vznesla dotaz, zda respondenti používají protézu. Protézu často používá 11 respondentů. Pouze občas ji používá 60 respondentů a 13 respondentů protézu nepoužívá vůbec. V otázce č. 18 jsem se ptala na používání epitézy. Často epitézu používá 18 respondentů. Občas pouze 1 respondent a 65 respondentů epitézu nepoužívá.

Tab. č. 14: Používání protézy a epitézy

	Protéza	Epitéza
Používá často	11	18
Používá občas	60	1
Nepoužívá	13	65

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 15: Používání protézy a epitézy



Zdroj: Vlastní výzkum

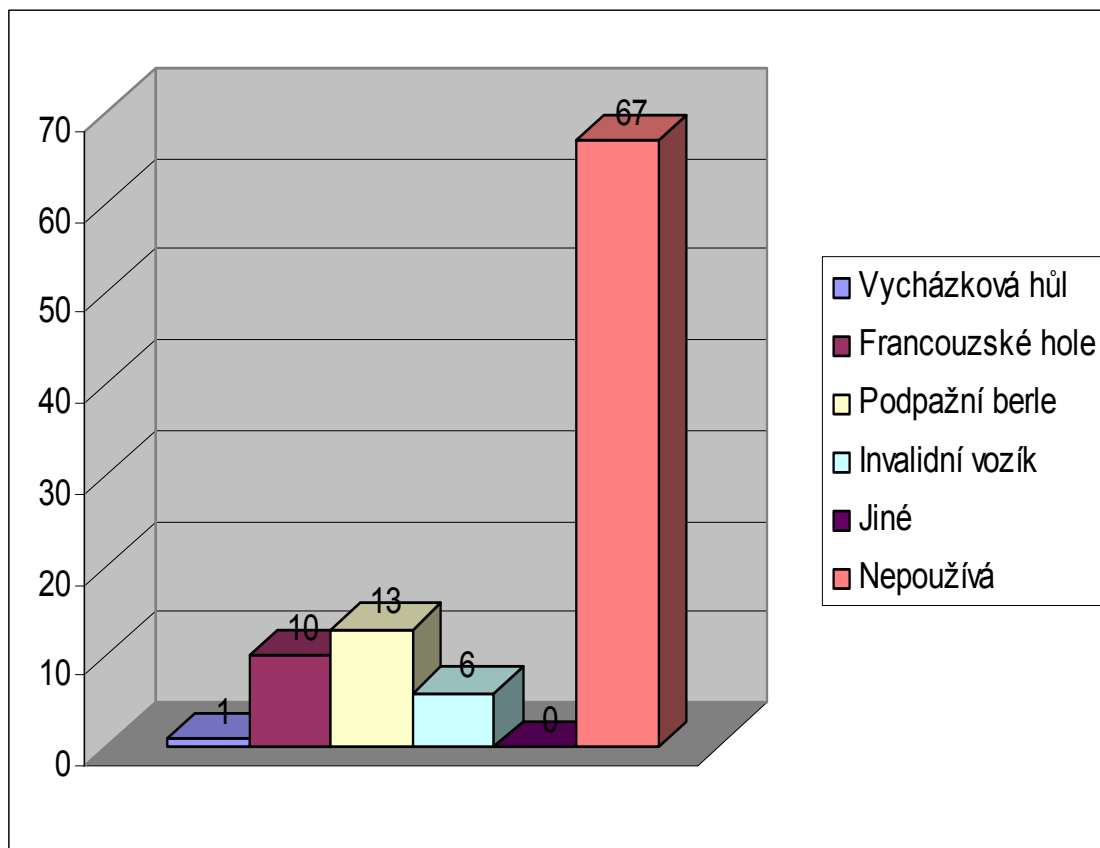
Otázka č. 19 s předcházejícími otázkami souvisí. Ptala jsem se v ní na používání jiných kompenzačních, ortopedických nebo protetických pomůcek. Používání vycházkové hole označil 1 respondent. Francouzské hole používá 10 respondentů. Podpažní berle používá 13 respondentů. Invalidní vozík je nuceno po amputaci končetiny používat 6 respondentů. Otevřené možnosti, jiné pomůcky, nevyužil žádný z respondentů. 67 respondentů odpovědělo záporně, tedy že jiných kompenzačních, ortopedických ani protetických pomůcek nepoužívá.

Tab. č. 15: Používání jiných kompenzačních, ortopedických nebo protetických pomůcek.

Vycházková hůl	1
Francouzské hole	10
Podpažní berle	13
Invalidní vozík	6
Jiné	0
Nepoužívá	67

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16: Používání jiných kompenzačních, ortopedických nebo protetických pomůcek



Zdroj: Vlastní výzkum

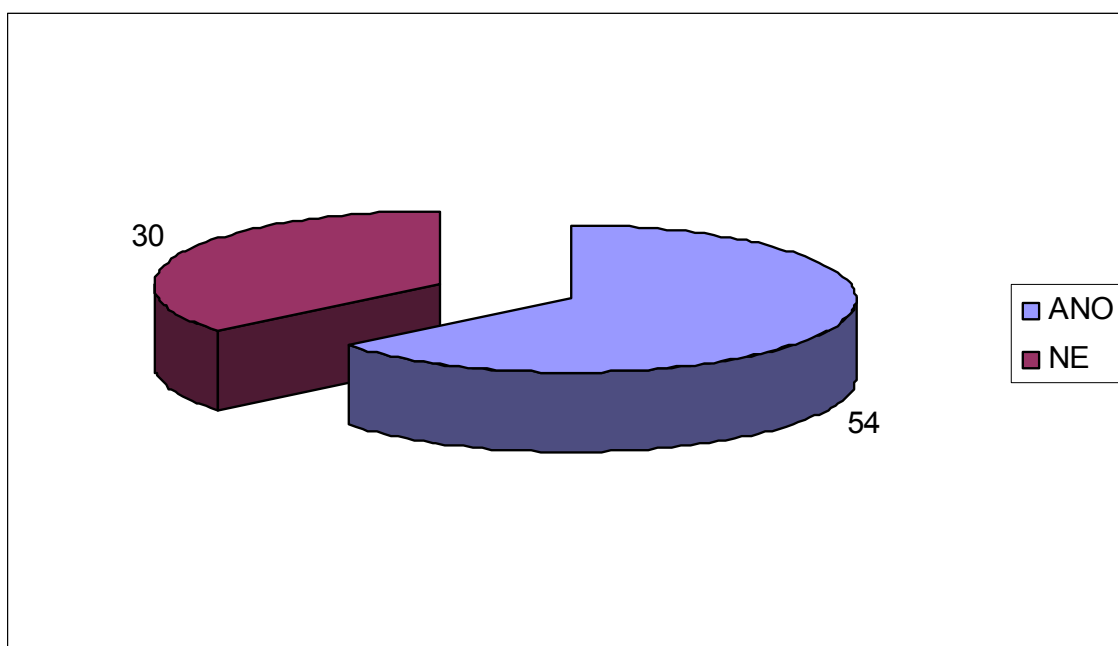
V otázce č. 20 jsem se ptala na zkušenosti s negativními odezvami na amputaci končetiny. Tuto negativní zkušenost má 54 respondentů, pouze tři z nich však uvedli konkrétní odpověď. Bylo to odmítnutí podání ruky, přehnaná péče okolí s lítostí a posměch. 30 respondentů uvedlo zápornou odpověď, tedy že se s negativní odezvou na svou amputaci neseťkali.

Tab. č. 16: Zkušenost s negativní odezvou okolí na amputaci

ANO	54
NE	30

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 17: Zkušenost s negativní odezvou okolí na amputaci



Zdroj: Vlastní výzkum

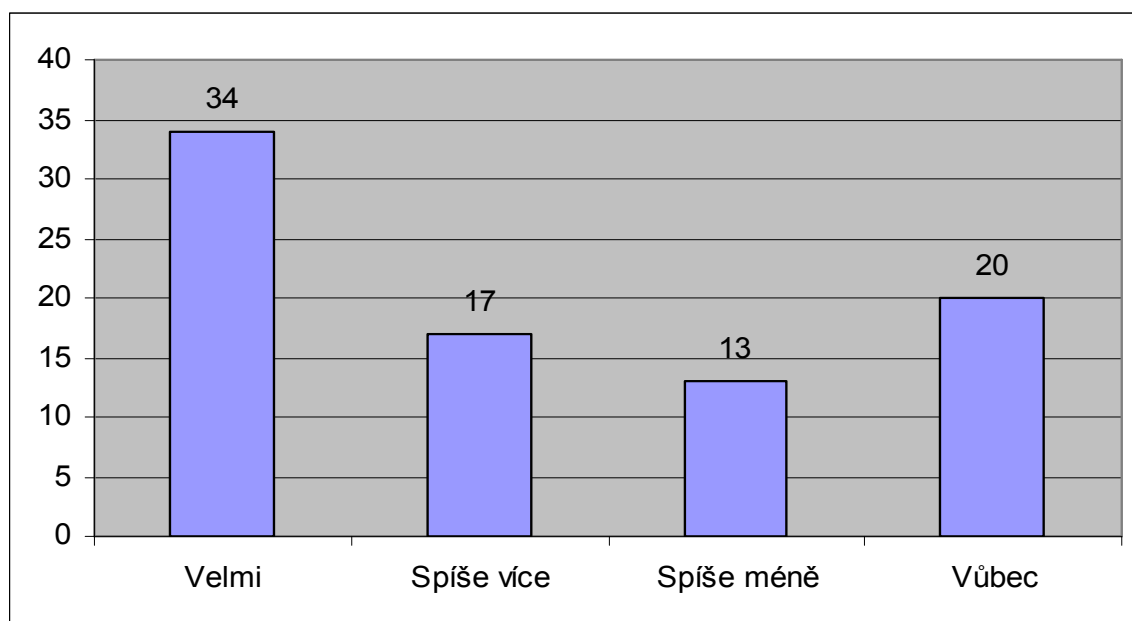
V otázce č. 21 se ptám do jaké míry ovlivnila amputace všední den respondentů. Toto subjektivní hodnocení respondentů považuji za významné pro ověření mé první a druhé hypotézy. Možnost velmi ovlivnila zvolilo 34 respondentů. Možnost spíše více uvedlo 17 respondentů. 13 respondentů se domnívá, že amputace končetiny ovlivnila jejich všední den spíše méně. A 20 respondentů se domnívá, že amputace neovlivnila jejich všední den vůbec.

Tab. č. 17: Do jaké míry ovlivnila amputace všední den respondentů

Velmi	34
Spíše více	17
Spíše méně	13
Vůbec	20

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18: Do jaké míry ovlivnila amputace všední den respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

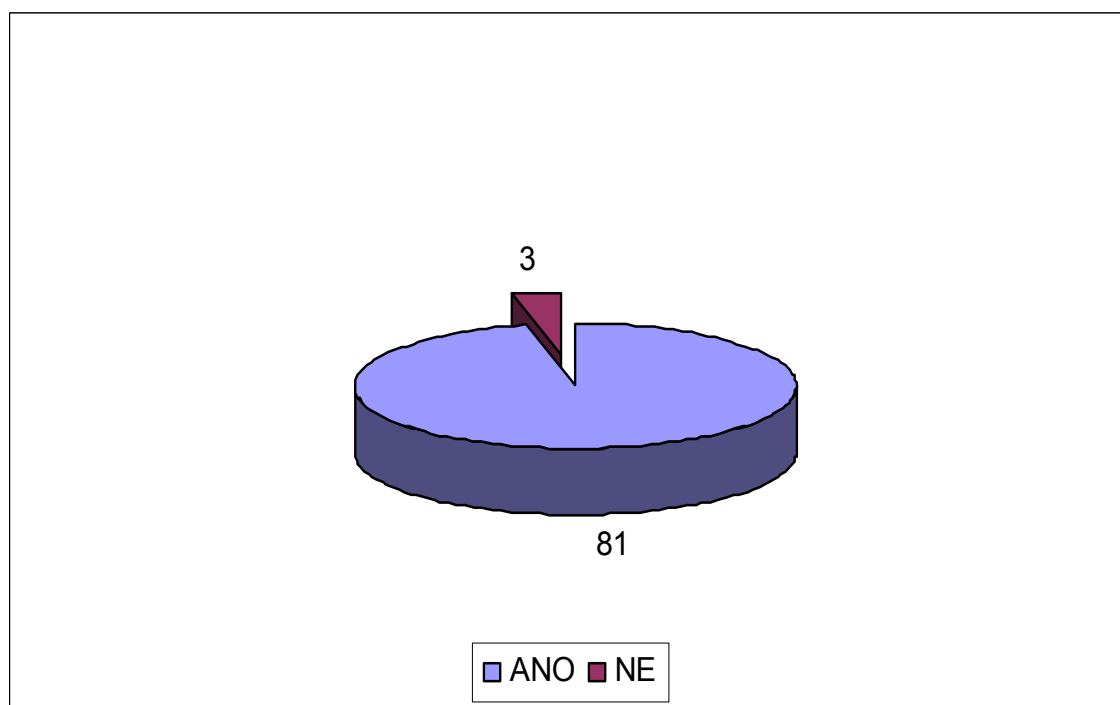
Přesto, že v předcházející otázce 20 respondentů odpovědělo, že amputace jejich všední den neovlivnila vůbec, v otázce č. 22 pouze 3 respondenti nepocítují svou amputaci jako handicap. Zbývajících 81 respondentů odpovědělo v této otázce kladně a amputaci jako handicap vnímá.

Tab. č. 18: Vnímání amputace jako handicap (znevýhodnění)

ANO	81
NE	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 19: Vnímání amputace jako handicap (znevýhodnění)



Zdroj: Vlastní výzkum

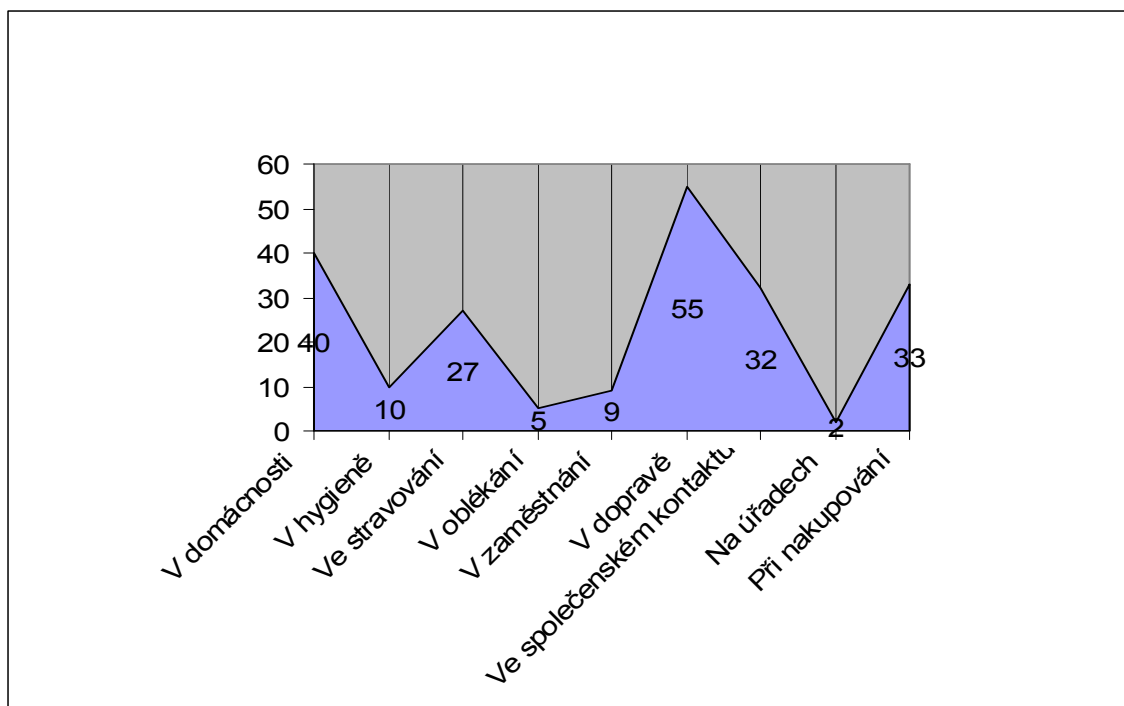
V otázce č. 23 mě zajímalo, v jakém směru respondenti pocítují svou amputaci jako znevýhodnění. Na tuto otázku odpovídali tedy pouze ti, kteří v předcházející otázce zvolili kladnou odpověď. Respondenti zde volili z několika nabízených odpovědí. Amputaci jako handicap pocítuje 55 respondentů v domácnosti. V hygieně je to 10 respondentů. Ve stravování 27 respondentů. V oblékání 5 respondentů. V zaměstnání 9 respondentů. V dopravě 55 respondentů. Ve společenském kontaktu 32 respondentů. Na úřadech 2 respondenti a při nakupování 33 respondentů. Po sečtení odpovědí jsem zjistila celkem 177 odpovědí na tuto otázku, z čehož vyplývá, že každý z 81 respondentů volil minimálně dvě odpovědi.

Tab. č. 19: V jaké oblasti je amputace končetiny vnímána jako handicap

V domácnosti	40
V hygieně	10
Ve stravování	27
V oblékání	5
V zaměstnání	9
V dopravě	55
Ve společenském kontaktu	32
Na úřadech	2
Při nakupování	33

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 20: V jaké oblasti je amputace končetiny vnímána jako handicap



Zdroj: Vlastní výzkum

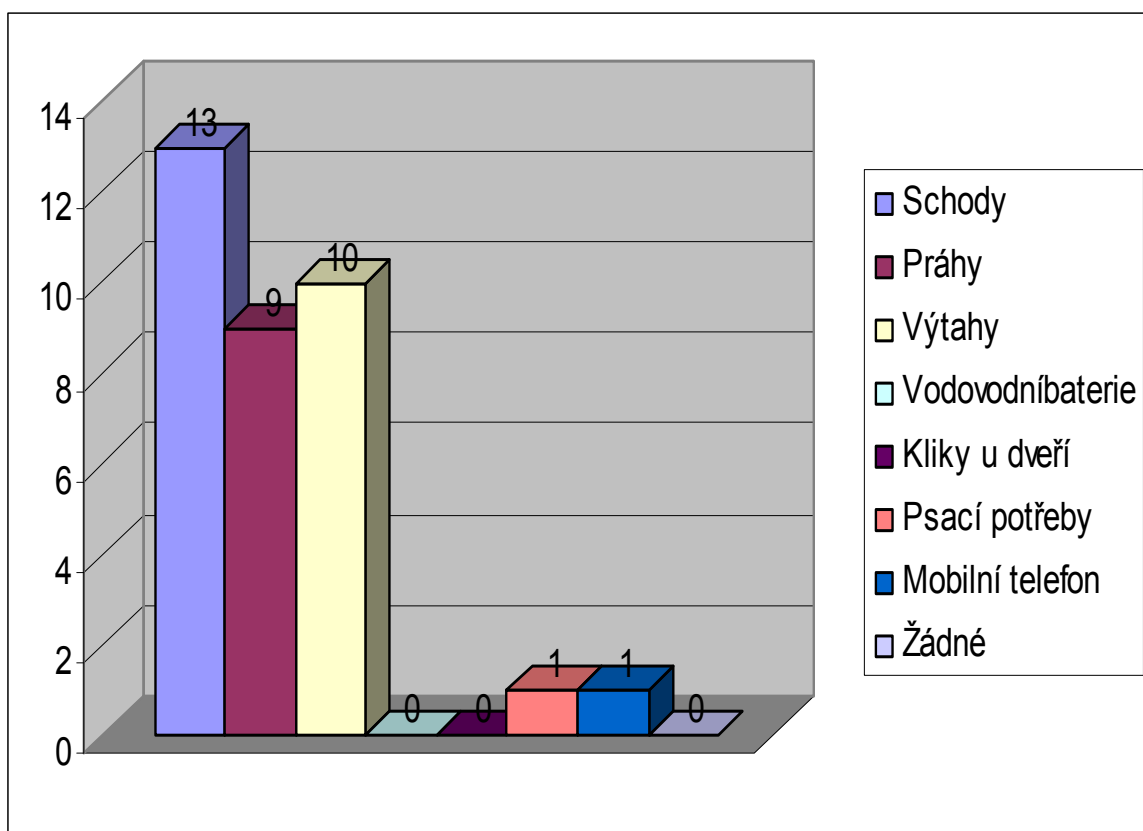
V otázce č. 24 mě zajímalo, s jakými bariérami vzhledem k amputaci končetiny se respondenti setkali. Schody jako architektonickou bariéru zvolilo nejvíce respondentů – 13. Práhy zvolilo 9 respondentů. Výtahy 10 respondentů. Dále jsem v odpovědích nabízel možnost vodovodní baterie a kliky u dveří. Tyto možnosti nevyužil nikdo. Možnost jiné využili 2 respondenti, z nichž jeden uvedl psaní a druhý mobilní telefon. Nikdo z respondentů neodpověděl záporně, tedy alespoň s jednou bariérou vzhledem k amputaci končetiny se každý z respondentů setkal.

Tab. č. 20: Architektonické a jiné bariéry vzhledem k amputaci končetiny

Schody	13
Prahy	9
Výtahy	10
Vodovodní baterie	0
Kliky u dveří	0
Psací potřeby	1
Mobilní telefon	1
Žádné	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 21: Architektonické a jiné bariéry vzhledem k amputaci končetiny



Zdroj: Vlastní výzkum

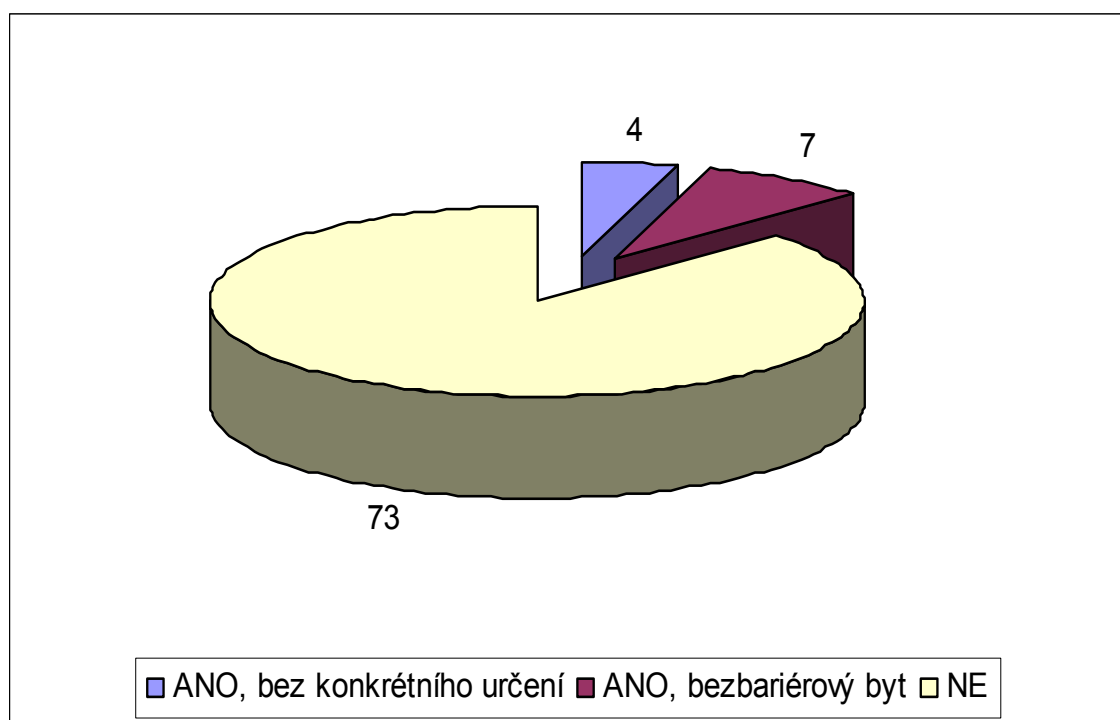
V otázce č. 25 bylo mým cílem zjistit, kolik respondentů využívá bezbariérové pomůcky či zařízení, a jaké. 7 respondentů uvedlo bezbariérový byt. 4 respondenti odpověděli kladně, ale bez konkrétního určení. Zbývajících 73 respondentů nechalo tuto otázku nevyplněnou, vepsalo NE nebo prostor k doplnění odpovědi proškrtlo.

Tab. č. 21: Využívání bezbariérových pomůcek a zařízení

ANO	4
ANO, bezbariérový byt	7
NE	73

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 22: Využívání bezbariérových pomůcek a zařízení



Zdroj: Vlastní výzkum

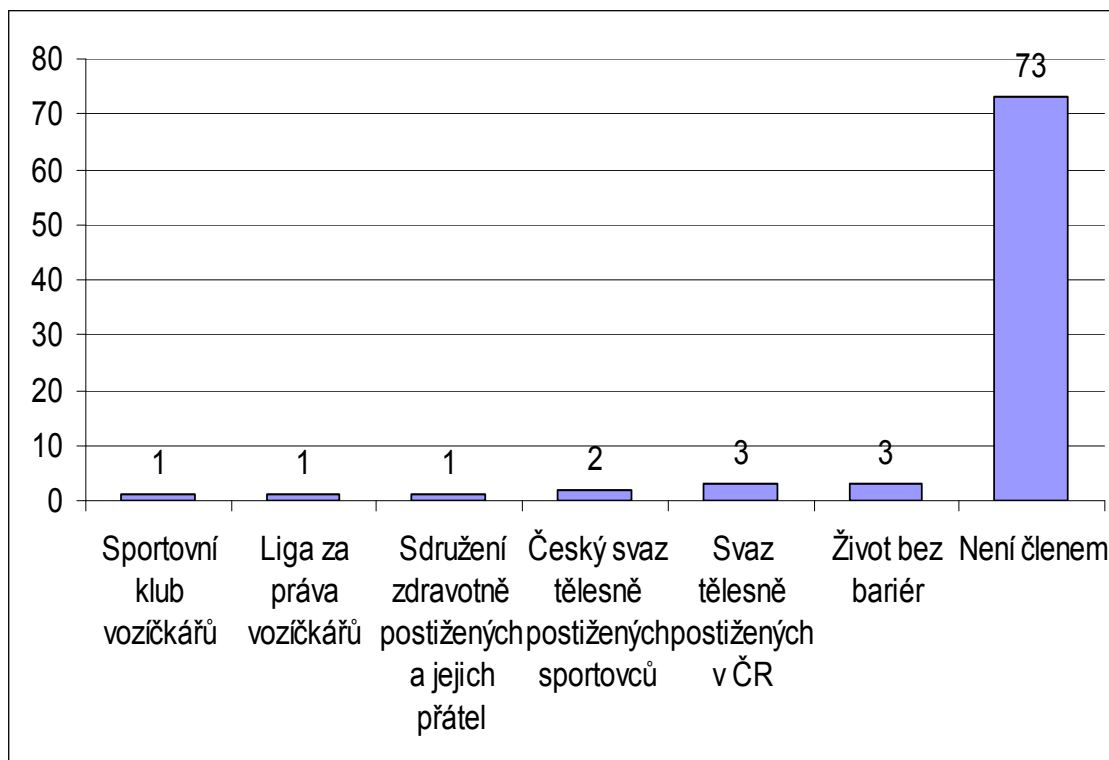
V otázce č. 26 jsem zjišťovala členství v organizaci nebo sdružení podporující tělesně postižené. U této otázky jsem ponechala prostor pro případné vyplnění názvu organizace. 11 respondentů této možnosti využilo. Sportovní klub vozíčkářů uvedl 1 respondent. Rovněž 1 respondent je členem Ligy za práva vozíčkářů. Další je členem Sdružení postižených a jejich přátel. 2 respondenti jsou členy Českého svazu tělesně postižených sportovců. Organizaci s názvem Život bez bariér uvedli 3 respondenti. Rovněž 3 respondenti uvedli Svaz tělesně postižených v ČR. Zbývajících 73 respondentů odpovědělo v této otázce záporně.

Tab. č. 22: Členství v organizaci nebo sdružení podporující tělesně postižené občany

Sportovní klub vozíčkářů	1
Liga za práva vozíčkářů	1
Sdružení zdravotně postižených a jejich přátel	1
Český svaz tělesně postižených sportovců	2
Svaz tělesně postižených v ČR	3
Život bez bariér	3
Není členem	73

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf. č. 23: Členství v organizaci nebo sdružení podporující tělesně postižené občany



Zdroj: Vlastní výzkum

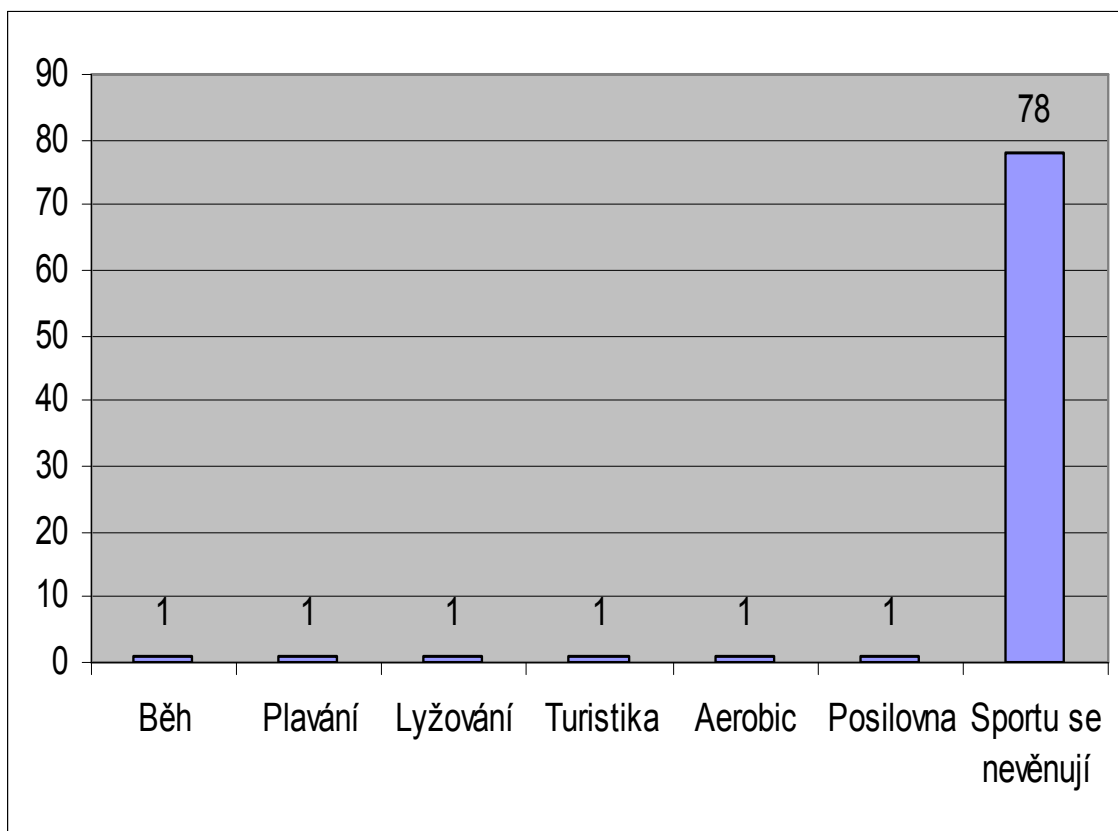
V otázce č. 27 se ptám, zda se respondenti věnují aktivně sportu. Pouze 6 respondentů se sportu věnuje, 78 respondentů nikoli. Na tuto otázku navazují hned otázkou č. 28, kde bylo mým záměrem zjistit jakému sportu se věnují kladně odpovídající. 6 kladně odpovídajících respondentů uvedlo běh, plavání, lyžování, turistiku, aerobic a posilovnu.

Tab. č. 23: Sport amputovaných

Běh	1
Plavání	1
Lyžování	1
Turistika	1
Aerobic	1
Posilovna	1
Sportu se nevěnují	78

Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 24: Sport amputovaných



Zdroj: Vlastní výzkum

5. Diskuse

V této kapitole bych ráda zhodnotila výsledky vlastního výzkumu. Vyhodnocení výsledků potvrdilo všechny mé předpoklady. První otázkou jsem zjišťovala pohlaví respondentů, neboť má druhá hypotéza se soustředí na rozdílné vyrovnání se s amputací u mužů a žen. Vyhodnocení této otázky mě nikterak nepřekvapilo. Většinové zastoupení mužů jsem očekávala, vzhledem k vlastním zkušenostem na pracovišti rehabilitačního oddělení Mulačovy nemocnice, s.r.o. Výrazně větší procentuální zastoupení mužů s amputací končetiny pravděpodobně vyplývá z fyzicky náročnějších zaměstnání, upřednostňování manuální práce se stroji, preferencí riskantnějších hobby vyžadující manuální zručnost apod. Tuto otázku jsem dále srovnávala s otázkou č. 6, z jejichž výsledků vyplývá, že všichni, kdo navštívili lékaře či psychologa v souvislosti s psychickým stavem v důsledku amputace byly ženy. Dalším dokladem potvrzení druhé hypotézy je vyhodnocení otázky č. 18, ve které jsem zjišťovala četnost používání epitézy. Když jsem srovnala otázku č. 1 a 18, došla jsem k závěru, že všichni respondenti používající epitézu často, byly opět ženy. Z uvedeného vyplývá, že druhá hypotéza byla potvrzena a ženy se s amputací končetiny skutečně hůře psychicky vyrovnávají než muži. Jak uvádí MUDr. Tomáš Pavelka: „Epitézy jsou jen kosmetické náhrady bez náhrady funkce. Nejčastěji individuálně zhotovované epitézy jsou epitézy prstů, kosmetické náhrady nosu, ušních boltců, atrofických či defektních svalových skupin. ... Přesto, že se jedná jen o kosmetickou náhradu, aplikace epitézy má ve většině případů významný přínos pro psychiku nemocného.“ (25)

O duševním vyrovnávání pacienta s amputací končetiny hovoří i MUDr. František Křivánek: „S psychického hlediska musí protéza co nejdokonaleji zakrýt zkomolení a působit tedy také kosmeticky; neboť jen málokdo z amputovaných by se uměl se svou ztrátou duševně vyrovnat bez těžkých škod, kdyby věděl, že mu ztráta nemůže být nijakým způsobem ani částečně nahrazena. Je tedy protérová péče důležitá nejen sociálně, ale i psychicky“ (34).

Rovněž MUDr. František Pícek vyzdvihuje význam péče o psychiku pacientů po amputaci: „Znovu připomínám, že snad nejvíce duševní podpory potřebuje kromě

paraplegiků právě amputovaný, a že dobrý rehabilitační pracovník nesmí na tuto skutečnost zapomínat. Jen tehdy, bude-li rehabilitace tělesná prováděna v těsné souvislosti s rehabilitací psychickou, bude to činnost plně hodnotná, neboť bude realizována prakticky péče o celého člověka“ (34).

První hypotéza - předpokládám, že děti a mladiství po amputaci končetiny nepocítují znevýhodněnost, kterou tento zákrok přináší – byla rovněž potvrzena. Z otázky č. 2 jsem sice vyhodnotila pouze 2 respondenty ve věku mezi 16 až 18 let, ale z otázky č. 3 jsem vyhodnotila, že 7 respondentů stále ještě studuje. Z uvedeného důvodu jsem i těchto 7 respondentů hodnotila jako nezaopatřené děti soustavně se připravující na budoucí povolání. Při porovnání s otázkou č. 17, jsem dospěla k závěru, že všech 7 respondentů používá protézu často. Díky svému mládí a tedy i lepší fyzické zdatnosti se dokáží tito respondenti naučit protézu lépe ovládat a lépe se s ní adaptovat.

O dokonalém sžití mladého člověka s protézou hovoří i MUDr. František Hanzal: „Někdy je „sžití“ s protézou tak dokonalé, že amputovaný má např. pocit vlhka, ponoří-li protézu do vody, nebo pozná i nerovnosti půdy, po níž kráčí s protézou. ...U amputací horních končetin nevzniká pocit ztotožnění končetiny s protézou a nositel vnímá protézu jako mrtvý nástroj, ať už má fantomový pocit nebo nikoliv; nemá dojem, že při práci „užívá“ fantomové končetiny. I zde je však tendence k adaptaci, amputovaný si na protézu většinou poměrně rychle zvyká“ (34).

V otázce č. 21, kde jsem si kladla za cíl zhodnotit do jaké míry ovlivnila amputace končetiny všední den respondentů, jsem zjistila, že 7 výše vyhodnocených respondentů odpovídalo, že amputace končetiny ovlivnila jejich všední den spíše méně nebo vůbec. Rovněž všichni tři respondenti odpovídající v otázce č. 22 záporně patřili do skupiny stále studujících respondentů. Tito respondenti nepocítují svou amputaci jako handicap a tudíž jsou plně integrováni do života běžné společnosti.

„Pochopitelně si každý jedinec, postižený i nepostižený, vybírá sám, s kým a do jaké míry chce navázat společenské vztahy. Jsou osoby se zdravotním postižením, pro něž je důležitou součástí integrace, účast na programech organizací zdravotně postižených. Jiným osobám se zdravotním postižením to nevyhovuje a dávají přednost společenským stykům v místě bydliště, na pracovišti, v zájmových či náboženských

společnostech, aniž by při tom oni ani jejich okolí zřetelně vnímali jejich zdravotní postižení“ (17).

Třetí hypotézu jsem měla možnost ověřovat z výsledků otázky č. 4, ve které zjišťuji oblast amputace respondentů. Z této otázky jsem vyhodnotila 67 respondentů s amputací horní končetiny a pouze 17 respondentů s amputací dolní končetiny. Po porovnání výsledků s otázkami č. 7, 8 a 9 jsem dospěla k závěru: 5 respondentů vyhodnocených z otázky č. 8 jako vykonávající stejné zaměstnání jsou respondenti s amputací v oblasti dolní končetiny. Zbývající respondenti jsou poživitelem starobního nebo invalidního důchodu, nebo po amputaci končetiny vykonávají jiné zaměstnání. Stejně tak vyhodnocení otázky č. 9 směřuje k potvrzení třetí hypotézy. Oba respondenti, kteří na tuto otázku odpověděli kladně, a byli tedy nuceni v důsledku amputace podstoupit rekvalifikaci úřadu práce, byli respondenti s amputací v oblasti horní končetiny. Z uvedeného vyplývá, že i třetí hypotéza byla potvrzena. Zaměstnání je nejen prostředkem obživy, ale i významnou součástí identity člověka a významným zdrojem sebevědomí.

Jak uvádí MUDr. Tomáš Pavelka: „Touha člověka kompenzovat tělesné defekty je stará jako lidstvo samo. Vznik, vývoj a technická úroveň pomůcek odráží v každé době úroveň rozvoje společnosti, její kulturní a technickou vyspělost.“ (25).

6. Závěr

Cílem mé diplomové práce bylo zmapování sociální situace, ve které se ocitá člověk po amputaci končetiny. Dále jsem si kladla za cíl zpřehlednění této problematiky, zejména legislativy, možností zapojit se do sociálních aktivit a uplatnitelnosti na trhu práce s handicapem. Toto jsem pojala tak, aby přečtení mé práce bylo přínosem i pro čtenáře bez zdravotnického, sociálního nebo právního vzdělání. Domnívám se, že význam mé práce spočívá také v podtržení významu ucelené rehabilitace a zdůraznění neoddelitelnosti jejích složek. Po vyhodnocení výsledků výzkumu jsem získala podnět k dalšímu možnému výzkumu, a sice příčin amputací. Vyhodnocení otázek týkající se příčin amputací byly alarmující. Vzhledem k stanoveným hypotézám jsem se předmětu příčin amputací nevěnovala, ale ráda bych na tomto místě podtrhla význam prevence, zejména v otázkách bezpečnosti práce na pracovištích a při sportovních a zájmových činnostech.

Praktickou využitelnost diplomové práce spatřuji ve vztahu k uplatnitelnosti osob se zdravotním postižením na trhu práce. Čtenářům nabízím výčet možností podpory k uplatnění osob se změněnou pracovní schopností. Jsem potěšena, že z vyhodnocení výsledků mé práce vyplývá skutečnost, že i handicapovaní po amputaci končetiny mají možnost reintegrace a znovu zapojení se do běžného života společnosti.

7. Seznam použitých zdrojů

1. ADAMS, B. HAROLD, C. E. *Sestra a akutní stavy od A do Z*. Přel. I. Suchardová. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. 488 s. Sv. 995. Přel. z: Expert Rapid Response.
ISBN 80-7169-893-8
2. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 - Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. © 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002. URL:<<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
3. BOLDIŠ, Petr. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 2.5. © 1999–2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002. URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
4. BUDÍLOVÁ, Alena et al. *Stručný přehled nemocí dle 10. mezinárodní klasifikace nemocí se zaměřením na posuzování dočasné pracovní neschopnosti I*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2004. 350 s.
ISBN 80-86552-79-9
5. Centrum Paraple. *Praktické rady pro asistenty a veřejnost*.
<http://www.paraple.cz/texty/cinnost/infoasdes.htm>, 9.5.2005
6. CIHLOVÁ, Ivana. Osobní konzultace s lékařkou rehabilitačního oddělení v Mulačově nemocnici, s.r.o. v Plzni. 12.12.2006
7. ČERTÍK, Bohuslav. *Akutní končetinová ischémie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 148 s.
ISBN 80-247-0624-5

8. DUNGL, *Pavel a kol. Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 1273 s.
ISBN 80-247-0550-8
9. FILIPIOVÁ, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2002.
101s.
ISBN 80-86552-18-7
10. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha: Argo, 1999. 595 s.
ISBN 80-7203-124-4
11. GREGOROVÁ, Zdeňka. *Sociální zabezpečení*. 2. aktualizované a doplněné vyd.
Brno: Masarykova univerzita, 2005. 280 s.
ISBN 80-7239-176-3
12. HUTAŘ, Jan. *Legislativa pro zdravotně postižené občany a jejich integrace do společnosti*. 1. vyd. Praha: Federace zdravotně postižených, 1992. 143 s.
ISBN 80-85098-12-1
13. HUTAŘ, Jan. *Sociálně právní minimum pro zdravotně postižené*. 4. vyd. Praha:
Sdružení zdravotně postižených v ČR, 1999. 116 s.
ISBN 80-85099-06-3
14. CHALÁNKOVÁ, Jitka. *Desatero kontaktu s osobami se zdravotním postižením*.
1. vyd. Olomouc: Krajský úřad Olomouckého kraje tiskárna Epava, 2005. 10 s.
15. CHALOUPEK, Richard. *Vybrané kapitoly z LTV v ortopedii a traumatologii*. 1.
vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 186 s.
ISBN 80-7013-341-4

16. CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 182 s.
ISBN 80-7178-588-1
17. JESENSKÝ, Ján. *Ucelená rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s.
ISBN 80-7066-941-1
18. JESENSKÝ, Ján. *Zdravotně postižení – programy pro 21. století*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. 441 s.
ISBN 80-7041-234-8
19. KABELKA, Miroslav a kol. *Dětská chirurgie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. 322 s.
ISBN 80-7066-561-0
20. Katalog.Pomůcky.http://www.htc-z.cz/katalog_proteor.htm?fromiweb=infoposel
21.2.2007
21. KARETOVÁ, D. STANĚK, F. a kol. *Angiologie pro praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. 311 s.
ISBN 80-85912-52-X
22. KLIVAR, Miroslav. *Ergoterapie mladistvých*. 1. vyd. Praha: Balt-East, 2003. 63s.
ISBN 80-86383-17-2
23. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie I.: učebnice pro zdravotnické školy*. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1990. 184 s.
ISBN 80-201-0030-X

24. KOUDELA, Karel a kol. *Ortopedická traumatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. 147 s.
ISBN 80-246-0392-6
25. KOUDELA, Karel. *Ortopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 281 s.
ISBN 80-246-0654-2
26. KOZOHORSKÝ, Petr. *Mount Everest zdolal bez nohou*. Deník. Plzeň: 2006, č. 10, s. 6.
27. KRAŠKA, Zdeněk. *Trendy soudobé chirurgie: Tromboembolická nemoc v chirurgii*. 2. vyd. Praha: Galén, 1998. 166 s.
ISBN 80-85824-75-2
28. KREJSOVÁ, Marcela. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb na území města Plzně*. <http://info.plzen-city.cz/attacg.pdf> . 18.12.2006
29. KREMER, Karel. *Atlas chirurgických operací*. 1. vyd. Praha: Grada, 1993. 724s.
ISBN 80-7196-028-7
30. MERTO VÁ, Jana. *Potřebujete pomoc? Vyberte si z katalogu!*. Nejpress. Plzeň: 2006, č. 10. s. 1-6.
31. NEJEDLÝ, Aleš a kol. *Základy replantační chirurgie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 125 s.
ISBN 80-247-0315-7

32. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s.
ISBN 80-7178-197-5
33. NOVÝ, Karel. *Nový právní rádce invalidních občanů*. 1. vyd. Praha: Linde, 1997. 361 s.
ISBN 80-7201-012-3
34. PICEK, František a kol. *Péče o amputované*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství v Praze, 1953. 157 s.
35. POKORNÝ, Vladimír. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s.
ISBN 80-7254-277-X
36. PORTERFIELD, Kay Marie. *Jak se vyrovnat s následky traumatu*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1998. 140 s. Přel. z anglického originálu: Straight Talk About Post-traumatic Stress, Coping with the Aftermath of Trauma.
ISBN 80-7106-262-6
37. RUŠAVÝ, Zdeněk. *Diabetická noha: Diagnostika a terapie v praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 1998. 189 s.
ISBN 80-85824-73-6
38. MÜLLER, Sönke. *Memorix – Neodkladné stavy v medicíně*. Přel. V. Víšek. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1997. 345 s. Sv. 11. Přel. Z: Memorix – Spezial, Notfallmedizin.
ISBN 80-85526-16-6

39. SUSÁ, Zdeněk. *Tromboembolická nemoc minimum pro praxi*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 88 s.
ISBN 80-7254-228-1
40. URBAN, Zbyšek. Osobní konzultace s lékařem soukromé chirurgické ambulance a cévní poradny v Plzni. 15.8.2006
41. VÁGNEROVÁ, Marie a kol. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s.
ISBN 80-7184-929-4
42. VIŠNA, Petr. HOCH, Jiří a kol. *Traumatologie dospělých*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2004. 145 s.
ISBN 80-7345-034-8
43. VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 204 s.
ISBN 80-246-0708-5
44. Vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
45. WAY, Laurince. *Současná chirurgická diagnostika a léčba*. 1. čes. vyd. Praha: Grada, 1998. 807 s.
ISBN 80-7169-397-9
46. WIDIMSKÝ, Jiří. MALÝ, Jaroslav. a kol. *Akutní plicní embolie a žilní tromboza*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 303 s.
ISBN 80-7254-258-3

47. WOLFE, John. H. N. *ABC cévních onemocnění*. Přel. Z. Kasalová et al. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 96 s. Sv. 25. Přel. z: ABC of Vascular Diseases. ISBN 80-85526-27-1
48. Zákon č 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů
49. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
50. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
51. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů
52. Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
53. Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů

8. Klíčová slova

- Amputační pahýl
- Ucelená rehabilitace
- Osoba se zdravotním postižením
- Bariéry
- Kompenzační pomůcky
- Sociální integrace
- Sociální služby

9. Přílohy

Seznam příloh:

Příloha 1- Dotazník

Příloha 2-obr. č. 1: Obrazový záznam provedení amputace z první poloviny 19. stol.

Příloha 3-obr. č. 2: Nekrosa distální části 1. – 3. prstu

Příloha 4-obr. č. 3: Gangréna 1. a 4. prstu nohy

Příloha 5-obr. č. 4: Nekrosa distálních částí DK

Příloha 6-obr. č. 5: Vysoká oboustranná amputace DK

Příloha 7-obr. č. 6: Omrzliny všech prstů DK

Příloha 8-obr. č. 7: Laloková metoda provedení amputace DK

Příloha 9-obr. č. 8: Otevřený otlak na pahýlu stehenní amputace

Příloha 10-obr. č. 9: Poškození patní kosti jako indikace k amputaci

Příloha 11-obr. č. 10: Amputační linie DK

Příloha 12-obr. č. 11: Provedení exartikulace 3. prstu HK

Příloha 13-obr. č. 12: Exartikulace prstu HK

Příloha 14-obr. č. 13: Amputace ruky

Příloha 15-obr. č. 14: Amputační linie HK

Příloha 16-obr. č. 15: Oboustranná amputace v Lisfrankově linii

Příloha 17-obr. č. 16: Stoj po amputaci levé DK bez protézy a s protézou

Příloha 18-obr. č. 17: Stoj s protézou se dvěma francouzskými holemi

Příloha 19-obr. č. 18: Postup bandážování

Příloha 20-obr. č. 19: Pahýl v nesprávném tvaru pro užití protézy

Příloha 21-obr. č. 20: Kolektivní cvičení dětí po amputaci končetiny

Příloha 22-obr. č. 21: Praktický výcvik po amputaci HK

Příloha 23-obr. č. 22, 23, 24: Měrný list pro protézy DK

Příloha 24-obr. č. 25: Protézy dolních končetin

Příloha 25-obr. č. 26: Biotická paže

Příloha 26-obr. č. 27: Francouzské hole

Příloha 27-obr. č. 28: Žena na vozíku s oboustrannou amputací DK

Příloha 28-obr. č. 29: Příklady kompenzačních pomůcek

Příloha 29-obr. č. 30: Amatérsky vyrobená pomůcka pro kuřáka s oboustrannou amputací HK

Příloha 30-obr. č. 31: Mark Inglis, paralympionik, v Karlových Varech

Příloha 31-obr. č. 32: Barthel index

Příloha 32-obr. č. 33: Nákres bezbariérového sociálního zařízení

Příloha 33-obr. č. 34: Symbol vozíčkáře pro účely vyhrazeného parkování osob se zdravotním postižením

DOTAZNÍK

Tento dotazník byl sestaven pouze pro potřeby diplomové práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vámi uvedené údaje jsou zcela anonymní, dle zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, a nebudou zveřejněny ani vyhodnoceny za jiným účelem.

Za děti, prosím, aby správné odpovědi vyplnily jejich rodiče.

Za pečlivé vyplnění předem děkuji.

Soňa Hanzlíková
Kontaktní tel. 777 611 044

1. Pohlaví muž – žena*

2. Věk

- a) Do 15 let
- b) 16 – 18 let
- c) 19 – 30 let
- d) 31 – 45 let
- e) 46 – 55 let
- f) 56 – 60 let
- g) 61 let a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání: **

4. Amputace provedena v oblasti:

Horní končetiny		Dolní končetiny	
prstu nebo prstů (vyjma palce)		Prstu nebo prstů včetně palce	
Palce			
ruky a zápěstí		nártu a kotníku	
Předloktí		bérce	
Paže		stehna	

5. Co bylo příčinou amputace?
- Dopravní nehoda
 - Pracovní úraz
 - Úraz při sportu či hobby
 - Cévní onemocnění
 - Komplikace onemocnění Diabetes mellitus
 - Jiné..... **
6. Navštívil/a jste lékaře či psychologa v souvislosti s psychickým stavem v důsledku amputace?
- ANO- -NE*
7. Zaměstnání vykonávané před amputací končetiny..... **
8. Jaké zaměstnání vykonáváte po amputaci končetiny?..... **
9. Byl/a jste nucen/a v důsledku amputace podstoupit rekvalifikaci úřadu práce?
- ANO – NE*
10. Pokud jste měnil/a zaměstnání, jak dlouho jste hledal/a pracovní uplatnění po amputaci končetiny?
- **
11. Jste poživatелеm invalidního důchodu?
- Ano plného invalidního důchodu
 - Ano částečného invalidního důchodu
 - Nejsem poživatелеm
12. Změnily se Vaše příjmy v souvislosti s amputací končetiny?
- Ano snížily se
 - Ano zvýšily se
 - Ne, nezměnily se
13. Jste poživatелеm opakovaných dávek sociálního zabezpečení nebo Vám byla poskytnuta dávka jednorázová?
- Jakých..... **
14. Jste majitelem/majitelkou průkazky mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené občany?
- Ano TP I.
 - Ano ZTP II.
 - Ano ZTP II.
 - Ano ZTP/P III.
 - Ne

15. Využíváte sociálních služeb?

- a) Dovážka obědů
- b) Donáška nákupů
- c) Úklid domácnosti
- d) Průvodcovské služby
- e) Ano,
jiné.....**
- f) Ne, nevyužívám

16. Využíváte péče osoby blízké nebo jiné osoby?

ANO- -NE*

17. Používáte protézu?

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Ne, nepoužívám

18. Používáte epitetu?

- a) Ano často
- b) Ano občas
- c) Ne, nepoužívám

19. Používáte jiné kompenzační, ortopedické nebo protetické pomůcky?

- a) Vycházkovou hůl
- b) Francouzské hole
- c) Podpažní berle
- d) Invalidní vozík
- e) Ano,
jiné.....**
- f) Ne, nepoužívám

20. Setkal/a jste se někdy s negativní odezvou na Vaši amputaci?

ANO (jakou).....**
NE*

21. Do jaké míry amputace ovlivnila Váš všední den?

- a) Velmi
- b) Spíše více
- c) Spíše méně
- d) Vůbec

22. Pociťujete svou amputaci jako handicap (znevýhodnění)?

ANO – NE*

23. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a Ano, v jakém směru?
- a) V domácnosti
 - b) V hygieně
 - c) Ve stravování
 - d) V oblékání
 - e) V zaměstnání
 - f) V dopravě
 - g) Ve společenském kontaktu
 - h) Na úřadech
 - i) Při nakupování
24. S kterými bariérami jste se setkal/a, vzhledem k amputaci končetiny?
- a) Schody
 - b) Práhy
 - c) Výtahy
 - d) Vodovodní baterie
 - e) Kliky u dveří
 - f) Jiné..... **
 - g) Nešel/a jsem se
25. Využíváte některé bezbariérové pomůcky či zařízení?
..... **
26. Jste členem nějaké organizace nebo sdružení shromažďující a podporující takto tělesně postižené?..... **
27. Věnujete se aktivně sportu?
ANO – NE*
28. Pokud jste v předchozí otázce odpověděl/a ANO, jakému?
..... **

* Nehodící se škrtněte

** Prosím doplňte

Příloha 2

Obr.1: Obrazový záznam provedení amputace z první poloviny 19. stol.



Zdroj: (47)

Příloha 3

Obr. 2: Nekrosa distálních částí 1.-3. prstu



Zdroj: (21)

Příloha 4

Obr 3: Gangréna 1. a 4. prstu nohy



Zdroj: (21)

Příloha 5

Obr. 4: Nekrosa distálních částí DK



Zdroj: (47)

Obr. 5: Vysoká oboustranná amputace DK



Zdroj: (47)

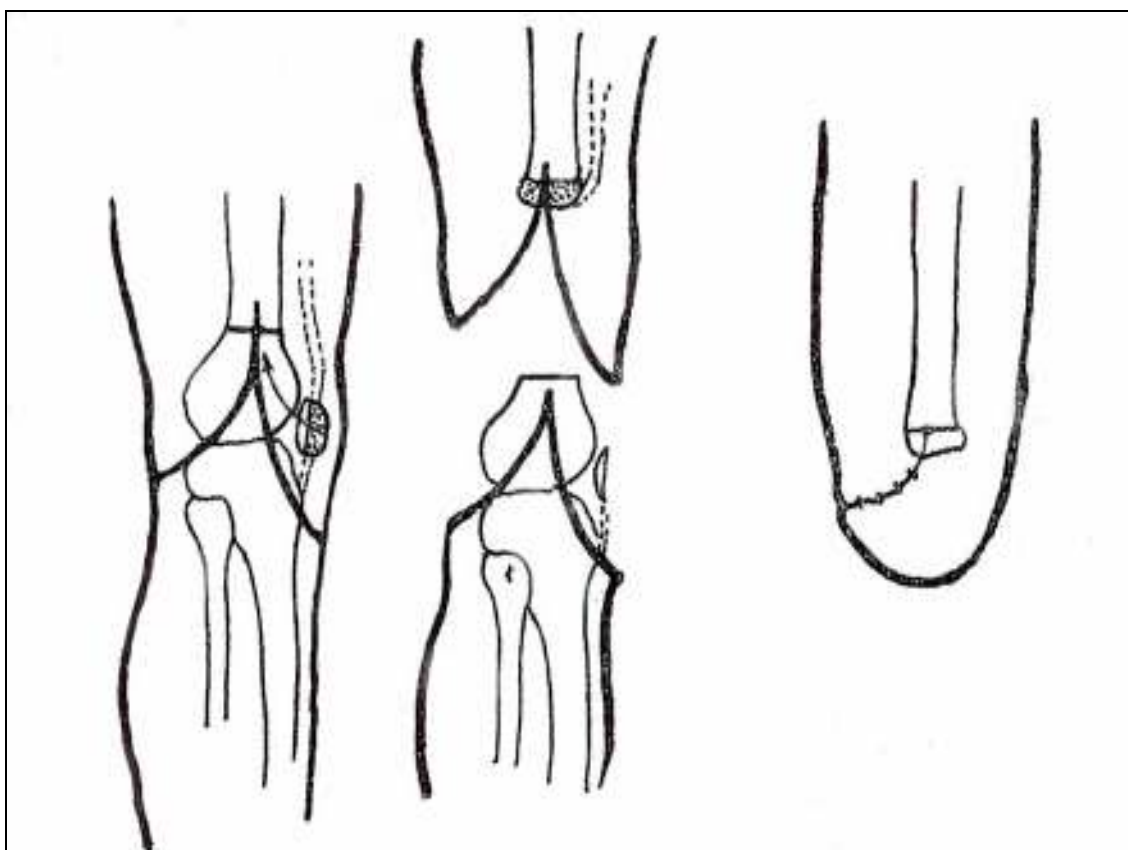
Příloha 7

Obr. 6: Omrzliny všech prstů DK



Zdroj: (47)

Obr 7: Laloková metoda provedení amputace DK



Zdroj: (34)

Příloha 9

Obr 8: Otevřený otlak na pahýlu stehenní amputace



Zdroj: (47)

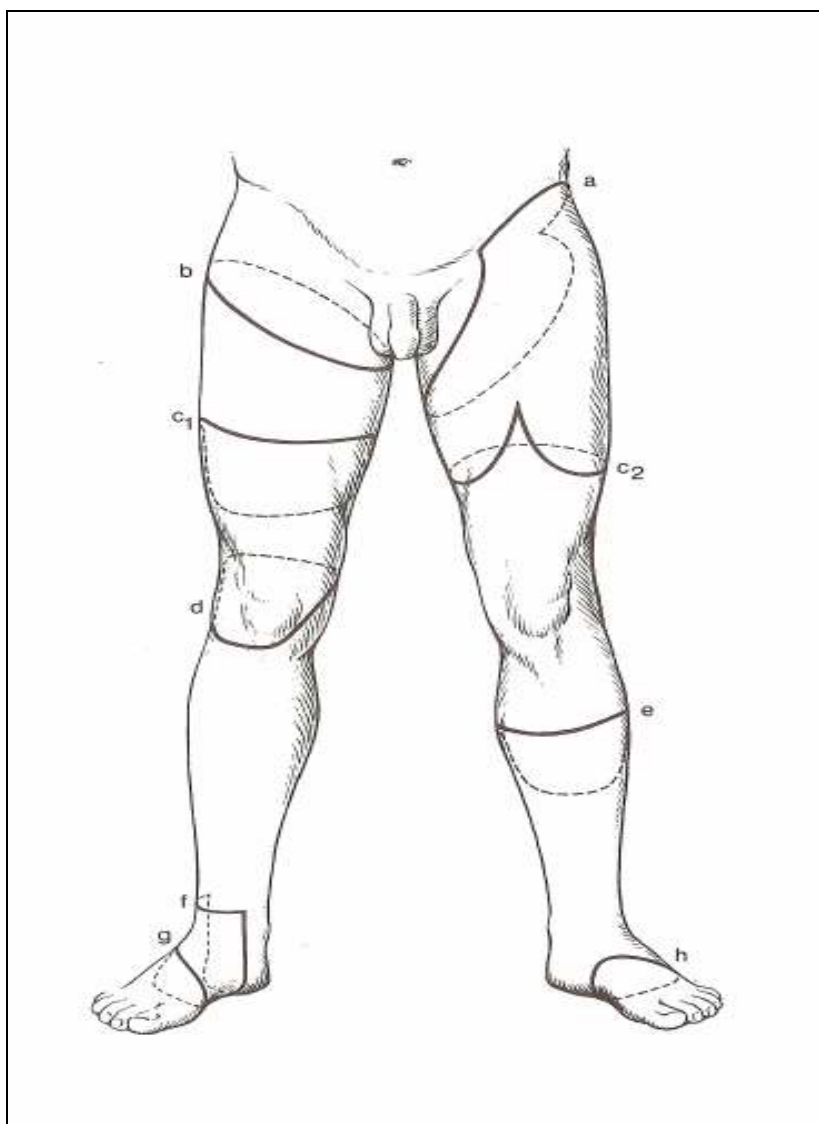
Příloha 10

Obr 9: Poškození patní kosti jako indikace k amputaci



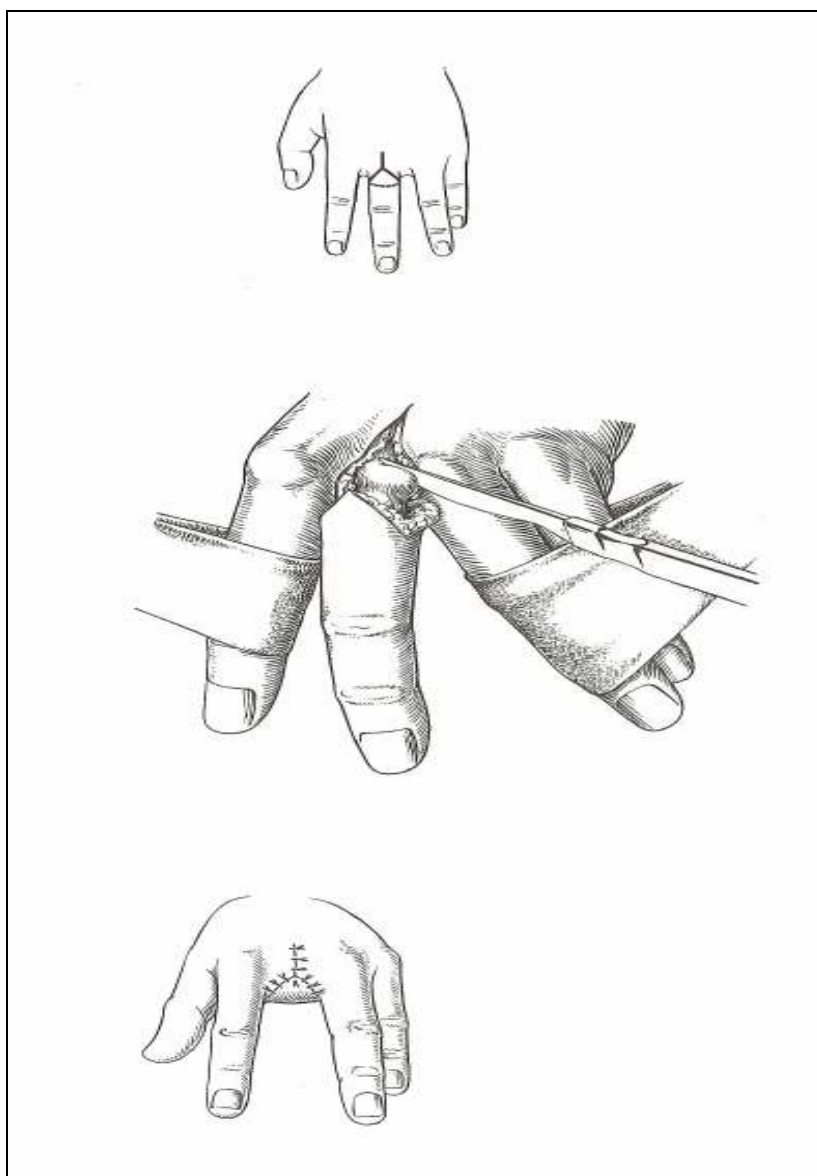
Zdroj: (47)

Obr. 10: Amputační linie DK



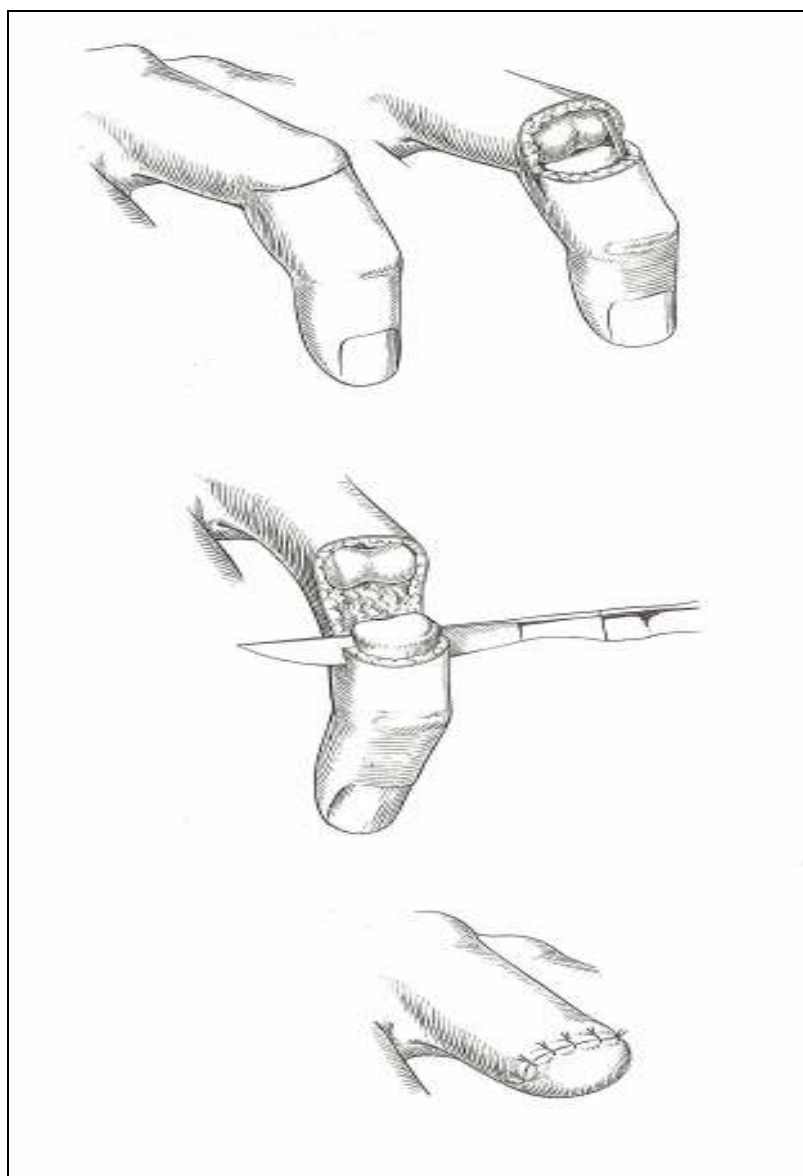
Zdroj: (29)

Obr. 11: Provedení exartikulace 3. prstu HK



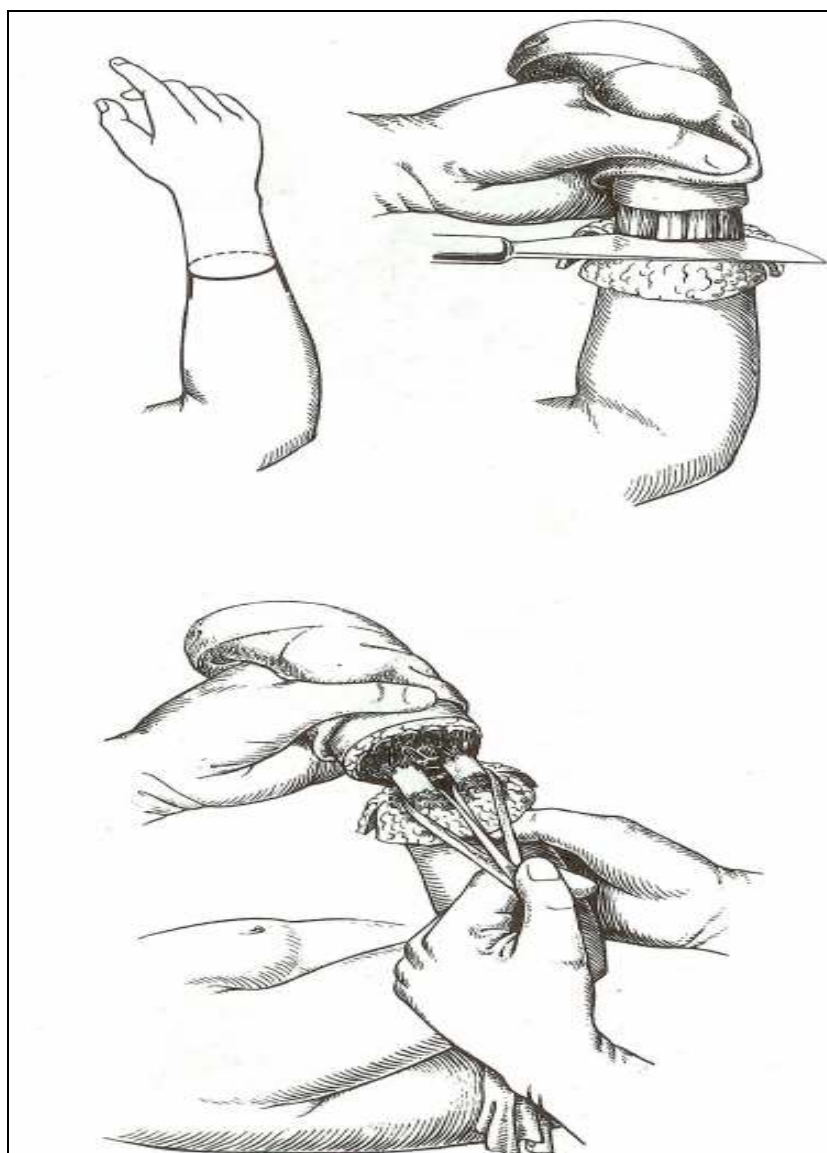
Zdroj: (29)

Obr. 12: Exartikulace prstu HK



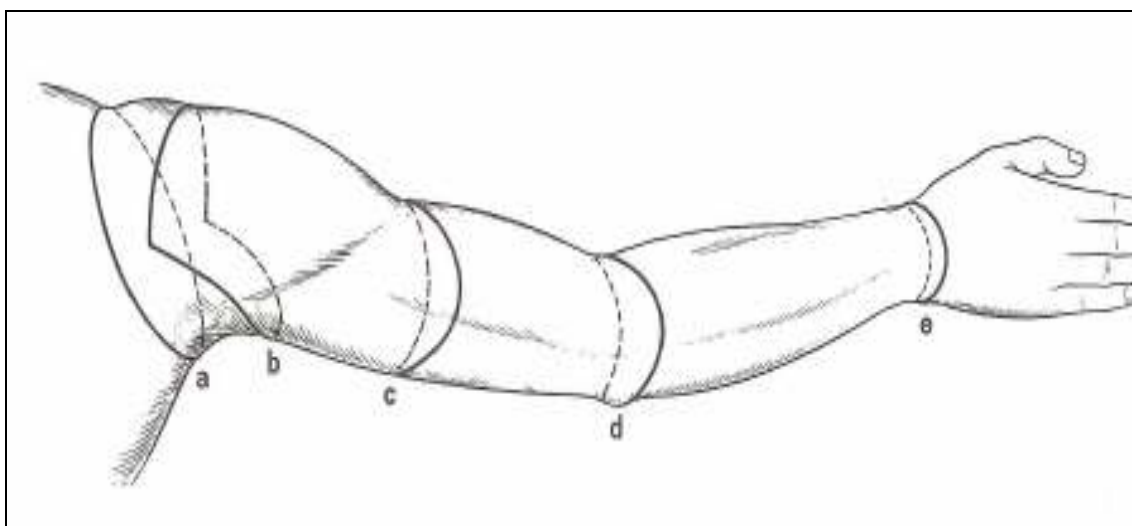
Zdroj: (29)

Obr 13: Amputace ruky



Zdroj: (29)

Obr. 14: Amputační linie HK



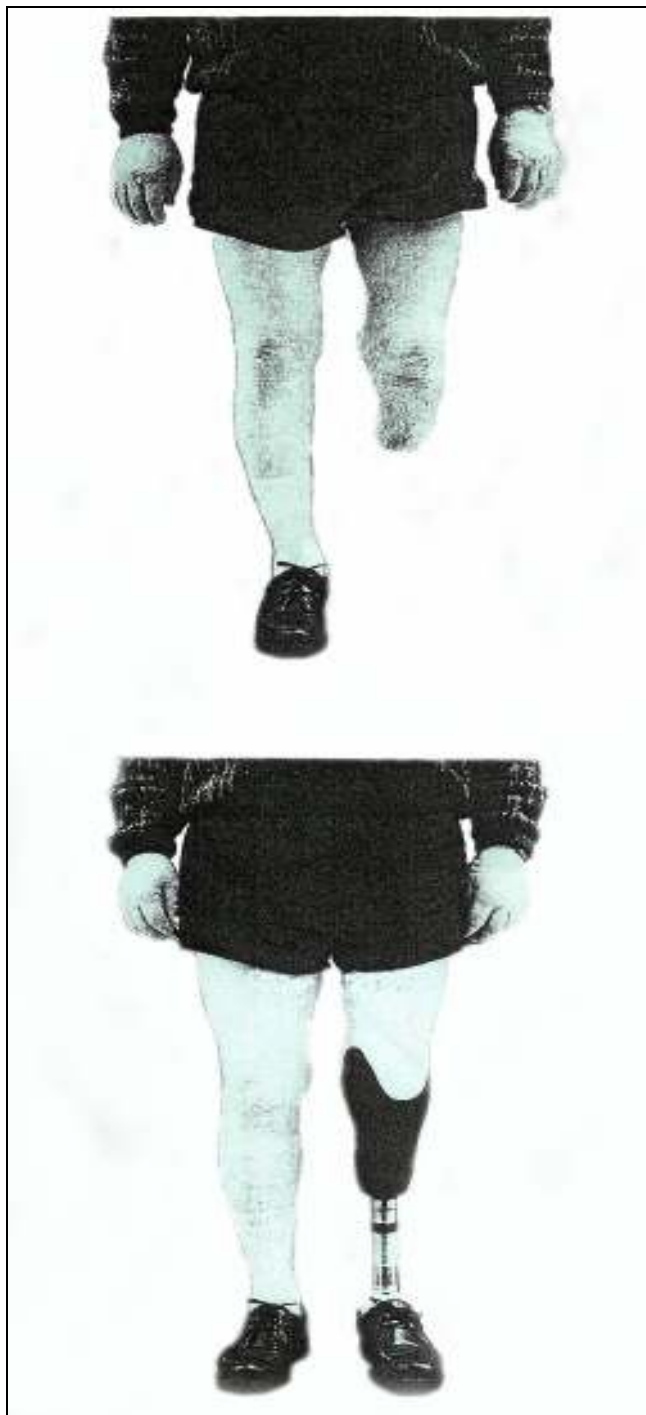
Zdroj: (29)

Obr. 15: Oboustranná amputace v Lisfrankově linii



Zdroj: (47)

Obr. 16: Stoj po amputaci levé DK bez protézy a s protézou



Zdroj: Reklamní materiál

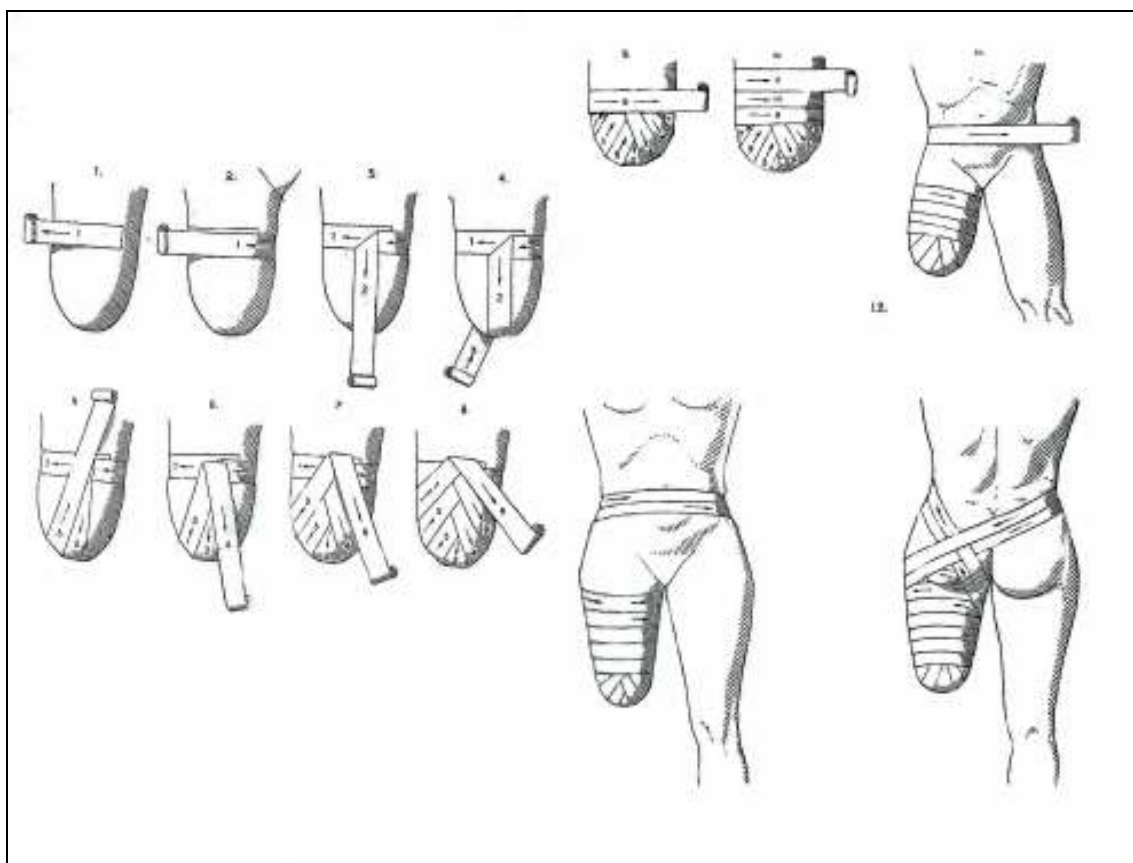
Příloha18

Obr. 17: Stoj s protézou se dvěma francouzskými berlemi



Zdroj: (47)

Obr. 18: Postup bandážování



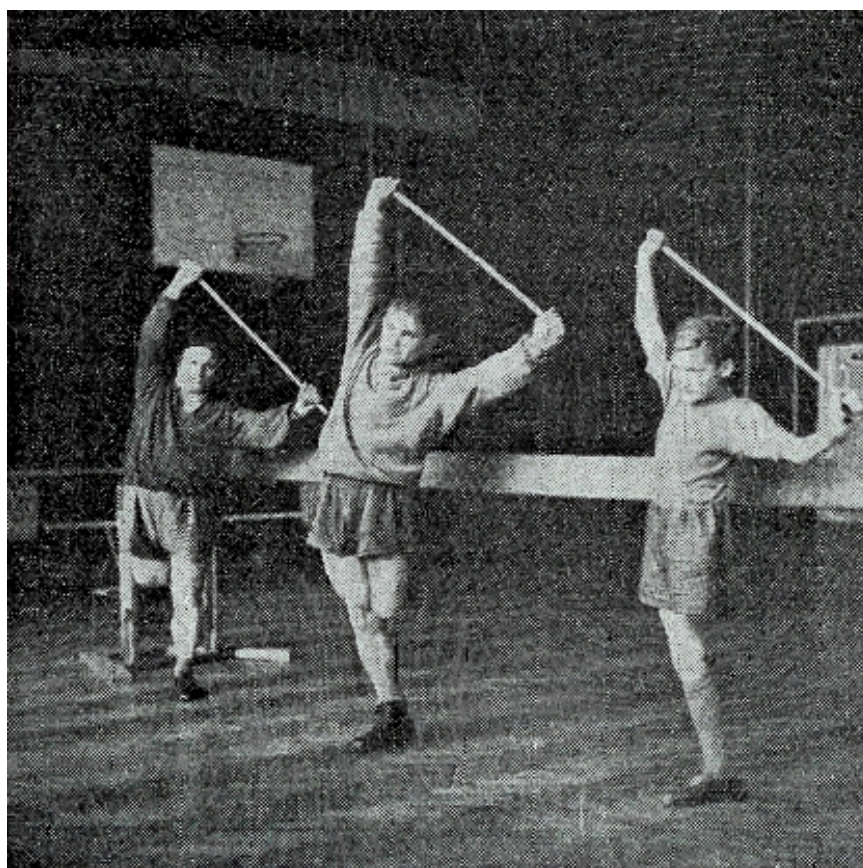
Zdroj: (34)

Obr. 19: Pahýl v nesprávném tvaru pro užití protézy



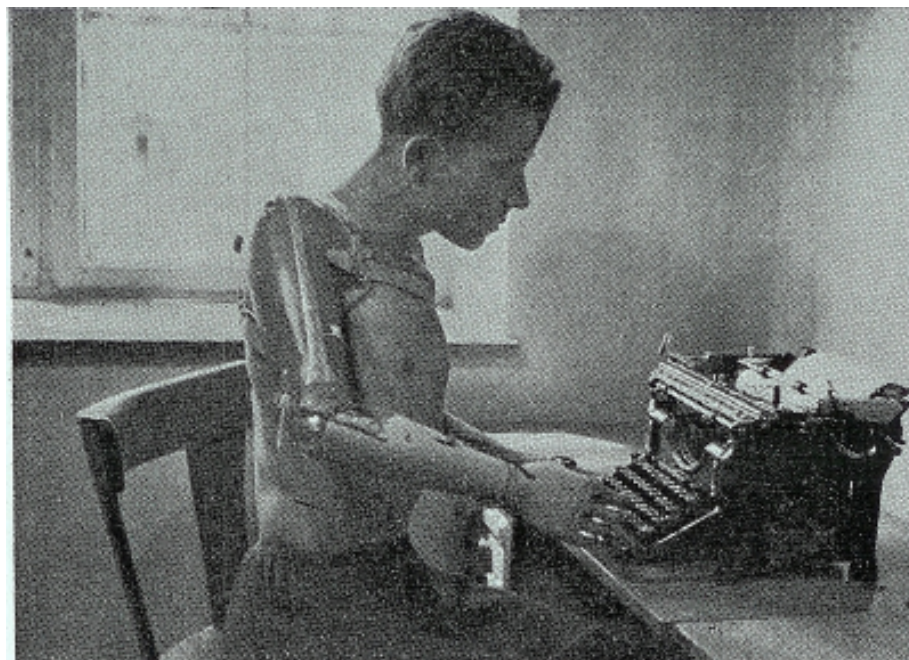
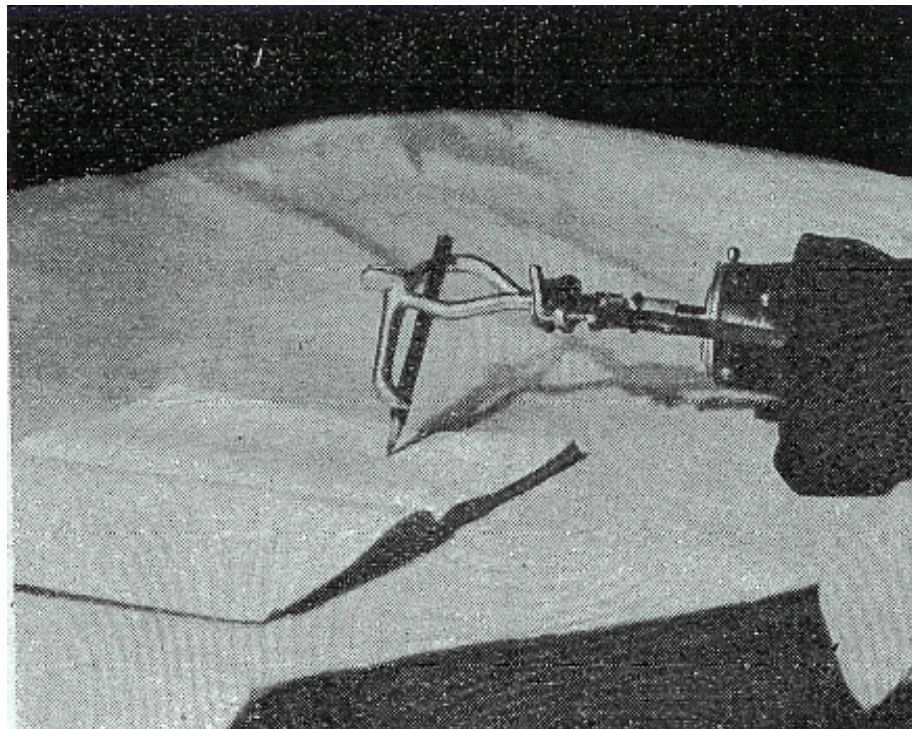
Zdroj: (47)

Obr. č. 20: Kolektivní cvičení dětí po amputaci končetiny



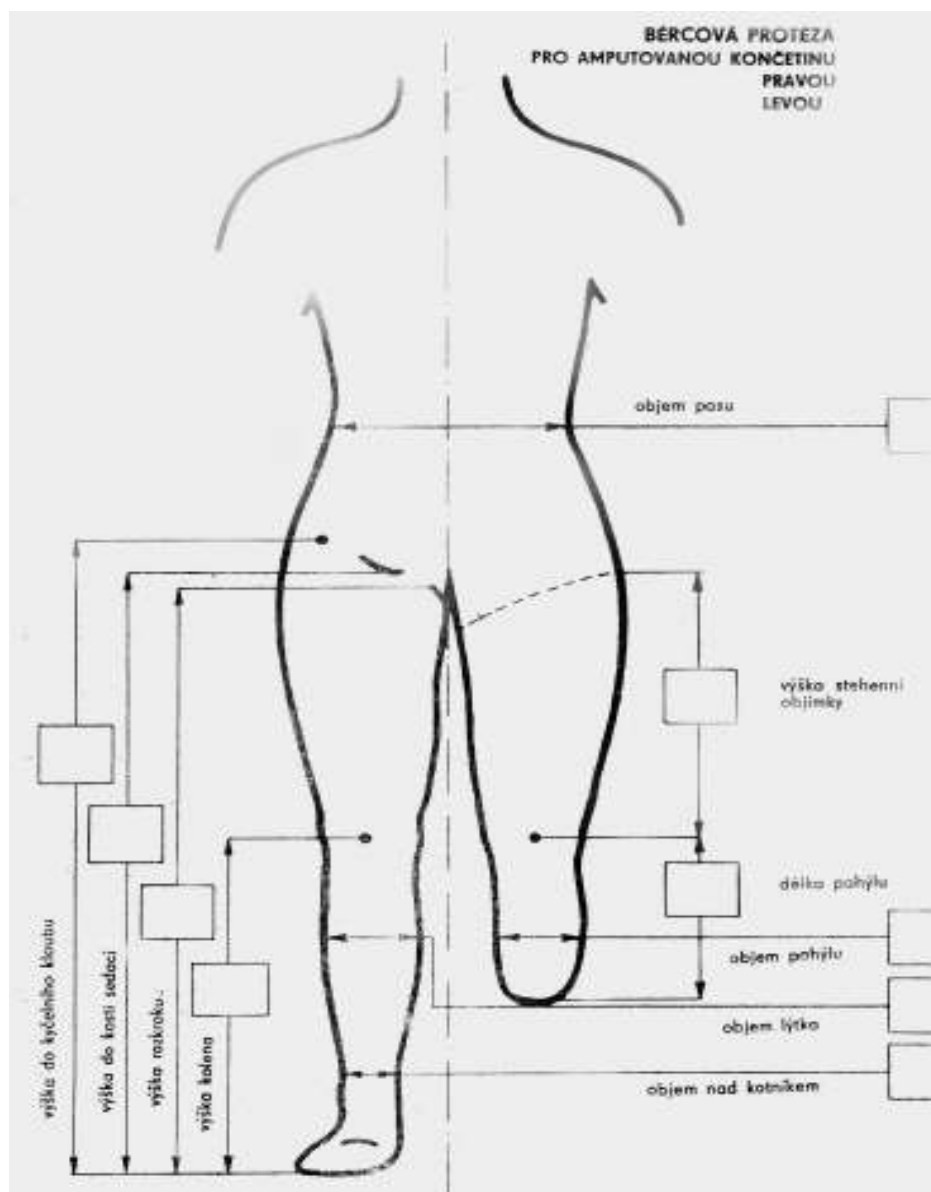
Zdroj: (34)

Obr. č. 21: Praktický výcvik po amputaci HK



Zdroj: (34)

Obr. 22: Měrný list pro protézy DK



Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 23: Měrný list pro protézy DK

OBKRES PLOSKY ZDRAVÉ NOHY
(OBKRES CHODIDLA STARÉ PROTÉZY)

Chodidlo protézy:

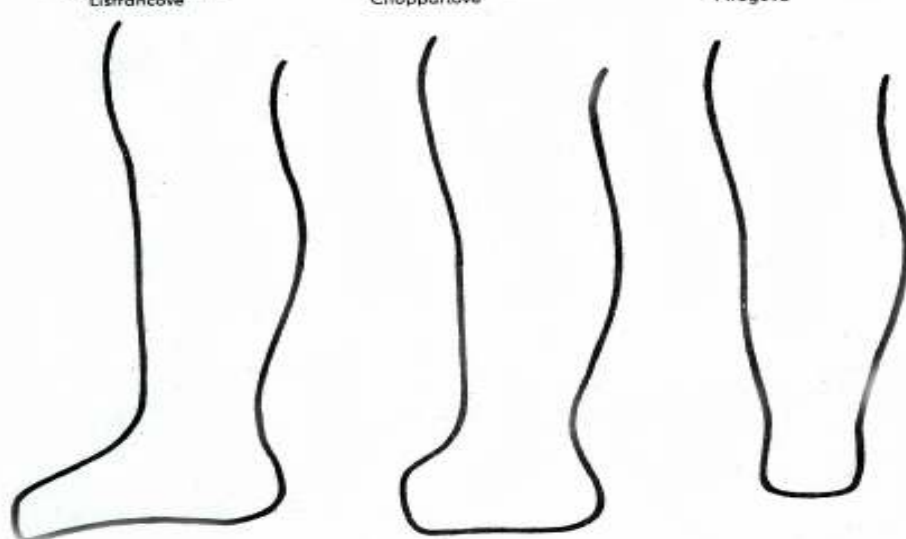
standardní
anglické
gumové
PVC

oválná nášlapná deska

Číslo používané obuvi

Délka chodidla cm

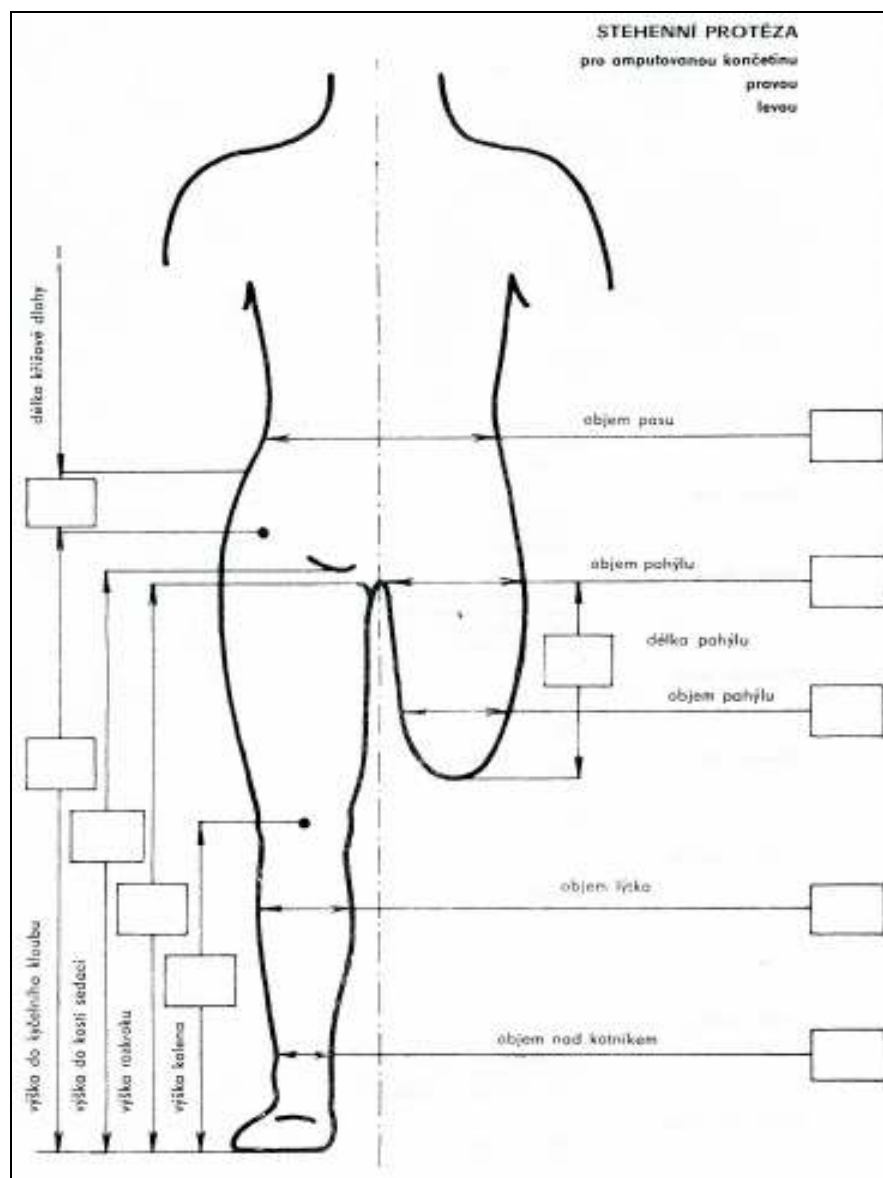
Amputace v kloubu Lisfrancově Amputace v kloubu Choppartově Amputace dle Pirogova



U těchto druhů amputací nakresli do schémat konstrukci, materiálové provedení chodidla, dlah. příp. kloubů.

Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 24: Měrný list pro protézy DK



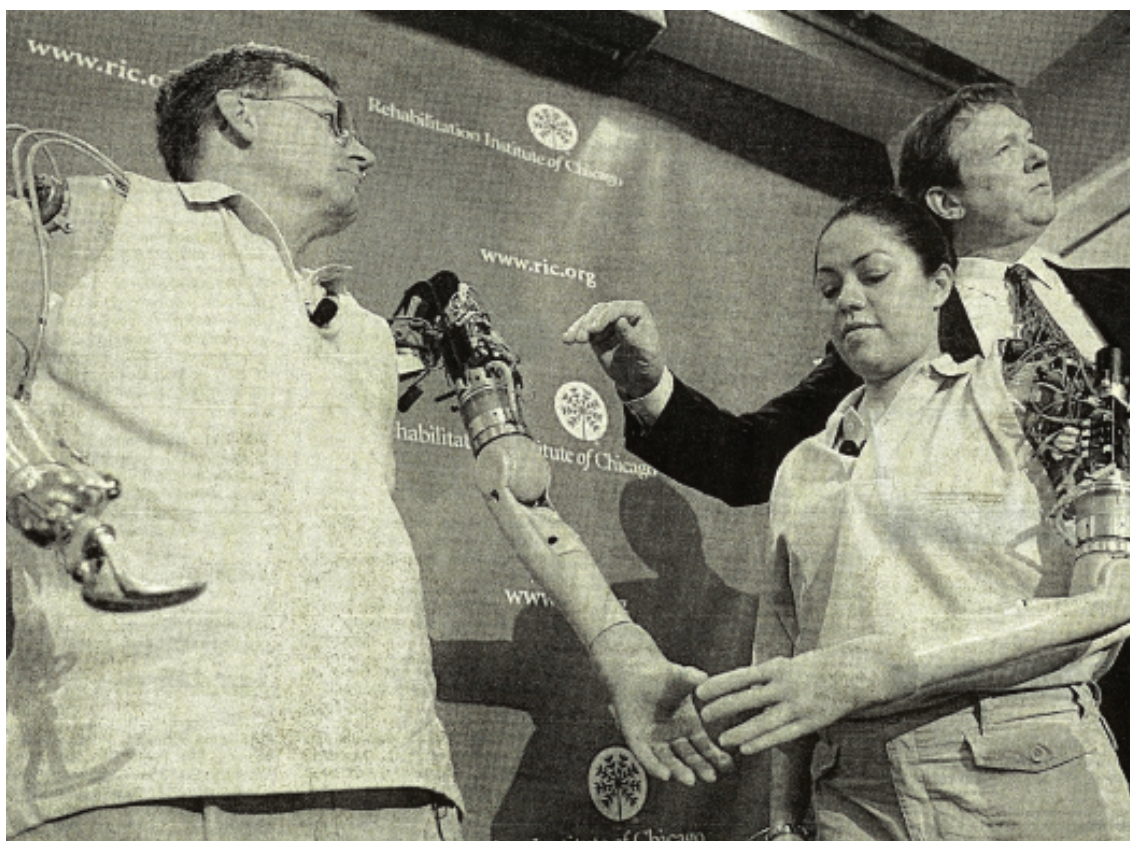
Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 25: Protézy dolních končetin



Zdroj: (25)

Obr. 26: Biotická paže



Zdroj: (20)

Obr. 27: Francouzské hole



Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 28: Žena na vozíku s oboustrannou amputací DK



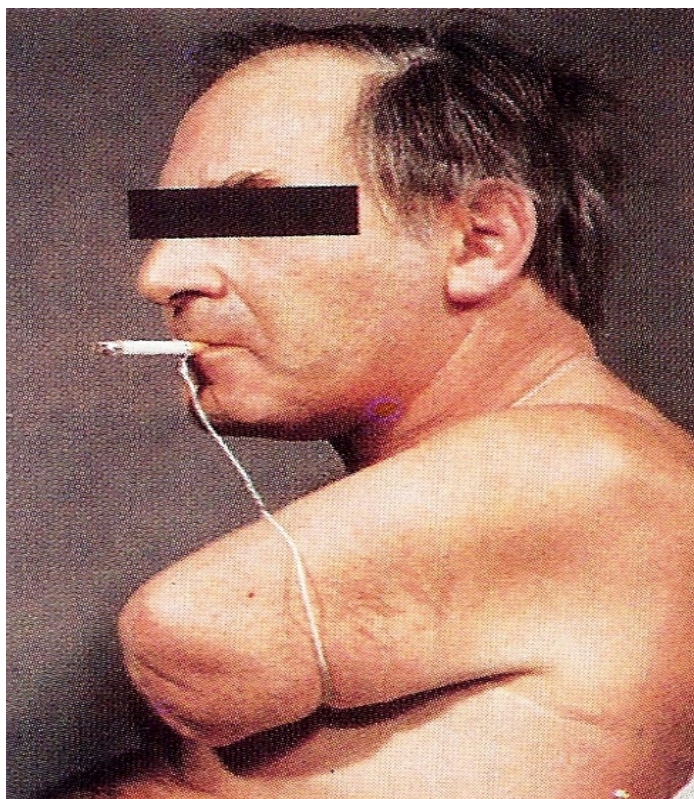
Zdroj: (47)

Obr. 29: Příklady kompenzačních pomůcek

POMŮCKY K LŮŽKU	
Geriatrické křeslo	
Skládací stůlek ke geriatrickému křeslu	
Opěrka zad	
Klasický lůžkový stojánek	
KOUPELNA	
Odnímatelná sedačka na vanu	
Sedačka přes vanu	
Závěsná sedačka do vany	
Otočná sedačka na vanu	
Sedačka do vany	
Madlo k okraji vany	
Protiskluzová podložka do vany	
Dřevěná madla na zeď	
Plastové madlo na zeď	
Pojízdné křeslo do sprchy	
Židle do sprchy	
Podavač	

Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 23: Amatérsky vyrobená pomůcka pro kuřáka s oboustrannou amputací HK



Zdroj: (47)

Obr. 31: Mark Inglis, paralympionik, v Karlových Varech



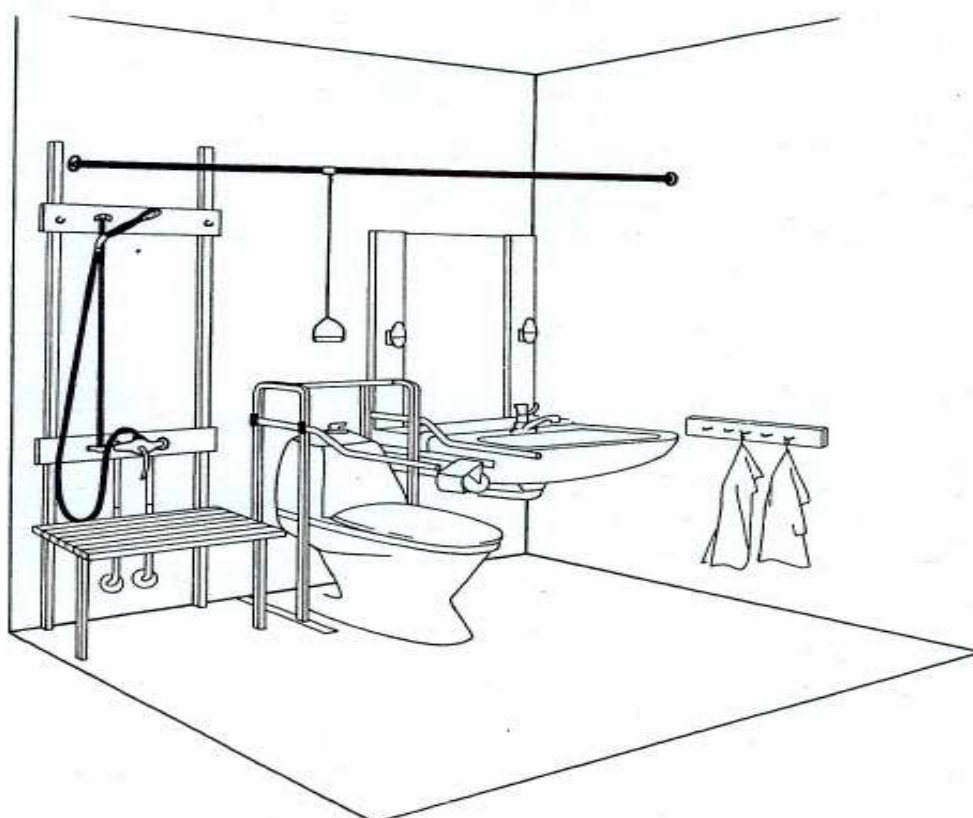
Zdroj: (26)

Obr. 32: Barthel index

1. najedení, napití	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. oblékání	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občasná inkontinence (1x denně)	5
	Inkontinentní	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Částečně inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. Užití WC	Samostatně	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. přesun lůžko - židle	Samostatně	15
	S pomocí	10
	Pomoc 1 – 2 lidé	5
	Neprovede	0
9. chůze po rovině	Sám nad 50 m	15
	S pomocí nad 50 m	10
	Na kolečkovém křesle	5
	Neprovede	0
10. chůze po schodech	Bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
SKÓRE	Vysoce nezávislý	0-40 b
	Střední stupeň	45-60 b
	Lehce závislý	65-90 b
	Nezávislost	100 b

Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 33: Nákres bezbariérového sociálního zařízení



Zdroj: Reklamní materiál

Obr. 34: Symbol vozičkáře pro účely vyhrazeného parkování osob se zdravotním postižením



Zdroj: (34)