

Změna v kvalitě života po amputaci dolních končetin

Jana Mejzlíková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Jana MEJZLÍKOVÁ
Osobní číslo: H108188
Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Změna v kvalitě života po amputaci dolních končetin

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na objasnění psychických a sociálních následků po amputaci končetin, jakožto získaného postižení,
- na zjištění podmínek, které usnadňují začlenění do běžného života,
- na možná opatření pro zlepšení situace těchto lidí.

Součástí práce bude výzkumná část, která bude vytvořena na základě rozhovorů s osobami po amputaci dolních končetin. Cílem této práce a jejího výzkumu bude zjištění, v jaké míře toto získané postižení mění kvalitu života jedince a jeho rodiny.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BALCAR, K., Životní smysl a kvalita života. Praha: Triton, 2005.

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných. Praha: Avicenum, 1985.

KŘIVOHLAVÝ, J., Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.

SMUTNÝ, M., Informace pro pacienty po amputaci končetiny. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009.

VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S., Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2000.

VÁGNEROVÁ, M., Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.**

Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

JANA MEJZLIKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 25. 2. 2013

Podpis

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odprá-h autor takového díla udělit svolení bez vázného důvodu, mohou se tyto ústohy domáhat nahrazením chybějícího projevu jeho vůle v soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno;

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

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

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou, která se týká občanů s amputovanou dolní končetinou. Zaměřuji se především na změnu v kvalitě života po amputaci dolní končetiny, na míru soběstačnosti a možnosti znovu začlenění do běžného života. v teoretické části práce Vás chci seznámit s historií amputací a obecnou charakteristikou. Chci přiblížit amputace prováděné na dolní končetině a následnou péči o pahýl. Dotýkám se psychiky jedince se získaným postižením a snažím se přiblížit kvalitu života před amputací a možnosti života po amputaci. v praktické části, výzkumné, analyzuji vliv amputace dolní končetiny na jedince a jeho kvalitu života a to na základě provedených rozhovorů.

Klíčová slova: amputace, získané postižení, ucelená rehabilitace, protetika, handicap, mobilita, bariéry, kvalita života, soběstačnost, společnost.

ABSTRACT

In my Bachelor thesis i deal with an issue concerning people with an amputated leg. i focus especially on changes in the quality of life after the leg amputation, on the self-sufficiency rate as well as the possibility of re – integration to a common life. In the theoretical part i want a reader to be familiar with the history of amputations and general characteristics as well as to bring the issue of the leg amputation and following care of the stub. i include the psychic of the affected and i try to highlight the quality of life before amputation and the possibilities after that. In the practical, reserching, part i analyse the influence of the leg amputation on the quality of life of the affected based on performed interviews.

Keywords: amputation, acquired affection, comprehensive rehabilitation, prosthetics, handicap, mobility, barriers, quality of life, self-sufficiency, society.

Mé poděkování patří PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady, které mi poskytla jako vedoucí mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat doc. PhDr. Františku Vízdalovi, CSc. za přínosná doporučení a motivaci po dobu studia. Poděkování patří i respondentům, kteří mi poskytli rozhovory, jako základní materiál pro tento výzkum.

„Vážná invalidita není role, je to identita, dominantní charakteristika, již se musí všechny sociální role přizpůsobit“.

Edward A. Murphy

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

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 AMPUTACE	10
1.1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA.....	10
1.2 AMPUTACE PROVÁDĚNÉ NA DOLNÍ KONČETINĚ.....	10
1.3 PÉČE O PAHÝL.....	11
1.4 VLIV ZÍSKANÉHO POSTIŽENÍ NA PSYCHIKU JEDINCE.....	12
1.5 REHABILITACE.....	13
2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA	15
2.1 ZDRAVÍ – VYMEZENÍ POJMU.....	15
2.2 KVALITA ŽIVOTA - VYMEZENÍ POJMU.....	16
2.3 MOBILITA JAKO VÝZNAM POHYBU V ŽIVOTĚ ČLOVĚKA.....	18
2.4 ZAČLENĚNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA.....	19
3 MOŽNOSTI A KVALITA ŽIVOTA PO AMPUTACI	21
3.1 PROTÉZA NEBO VOZÍK.....	21
3.2 PODPORA JEDINCŮ SE ZÍSKANÝM POSTIŽENÍM.....	23
3.3 BARIÉRY A NÁVRAT DO SPOLEČNOSTI.....	24
3.4 PODPORA SOBĚSTAČNOSTI A NEZÁVISLOSTI.....	27
II PRAKTICKÁ ČÁST	30
4 VLIV AMPUTACE DOLNÍCH KONČETIN NA KVALITU ŽIVOTA	31
4.1 CÍL, METODY A TECHNIKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
4.2 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	31
4.3 VYHODNOCENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	52
ZÁVĚR	57
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	60

ÚVOD

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila “Změnu v kvalitě života po amputaci dolních končetin“. Problematika občanů se zdravotním handicapem je mi v rámci mé profese velmi blízká. Jako sociální pracovníce na oddělení nepojistných sociálních dávek se denně setkávám s osobami se zdravotním omezením, a to jak na půdě úřadu, tak i v jejich přirozeném prostředí, v jejich domovech. V posledních letech jsem opakovaně posuzovala schopnosti sebeobsluhy a soběstačnosti osob se získaným tělesným postižením, zejména osob po amputaci dolních končetin. Tato skutečnost na mě silně zapůsobila tím, že není v dnešní době nijak vzácná. Naopak, ze statistických zjišťování MZ ČR vyplývá, že amputací neubývá. Proto jsem si vybrala pro svoji bakalářskou práci téma, o kterém jsem se chtěla dozvědět více. Zaměřila jsem se na zjištění, jak amputace dolních končetin mění kvalitu života osob a co usnadní těmto zdravotně znevýhodněným začlenění do běžného života. Toto téma by v důsledku mohlo rozšířit obzor nejen těm, kterých se dotýká, ale všem, kteří by o tuto problematiku projevíli zájem. Každý člověk ví, co si pod pojmem amputace představit. Co už si představí obtížně, je život s amputovanou končetinou. Najednou je tu stav, který mění celý život. Myšlenky se točí kolem jediné otázky. Co bude dál? Může žít jedinec s tímto postižením plnohodnotný život? Co usnadní návrat do běžného života? Jak zvládnout tento fyzický handicap, tento psychický propad, tuto sociální nejistotu? Tuto část života jsem chtěla lidem přiblížit.

V teoretické části bakalářské práce jsem se zaměřila na teoretické koncepce k dané problematice v dostupné odborné literatuře a jiných písemných pramenech. Vysvětluji základní pojmy vztahující se k tomuto tématu (amputace, pahýl, bariéry, kvalita života). Popisuji amputace prováděné na dolní končetině, následnou péči a ucelenou rehabilitaci. Všeobecně se dotýkám života před amputací, následně pak možností a kvality života po amputaci.

V praktické části jsem získala podklady formou kvalitativního výzkumu, pomocí provedených rozhovorů. K získání potřebných dat jsem oslovila osoby se získaným postižením (po amputaci dolních končetin), v postproduktivním věku, které žily před amputací aktivní život. Rozsah výzkumu jsem zaměřila na kraj Vysočina. Na provedených rozhovorech jsem provedla analýzu postojů a názorů jedinců se získaným postižením dolních končetin, dle cíle bakalářské práce. Cílem bakalářské práce a jejího výzkumu je zjištění, v jaké míře toto získané postižení mění kvalitu života jedince a jeho rodiny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 AMPUTACE

1.1 Obecná charakteristika

Amputace je nevratné oddělení části těla. Řadí se mezi získaná tělesná postižení. Jako každé postižení mění jedinci život, protože přináší různá omezení. Zásadní pro amputační chirurgii je správná indikace. To je správné načasování a určení výše amputace. Určení výše amputace je nejobtížnějším rozhodnutím. Správná výše amputace je předpokladem dobrého hojení a optimální možné rehabilitace. K určení výše amputace slouží řada vyšetření, ale jako nejdůležitější kritérium zůstává dobrý úsudek zkušeného lékaře. K amputaci přistupujeme buď po vyčerpání všech dostupných léčebných prostředků, tedy programově, nebo urgentně, je-li ohroženo zdraví a zejména život nemocného. Postup chirurgického zákroku je nutné nemocnému předem uvážlivě a pečlivě vysvětlit (Zeman, M. 2006).

1.2 Amputace prováděné na dolní končetině

Amputace na dolní končetině mají různé příčiny. Jsou to těžké úrazy, nádory, poškození velkých nebo malých krevních cév, sepse, nekrózy, žilní nedostatečnost. Pokud je amputační výkon plánovaný, je možné, a především dobré, se na něj fyzicky připravit. I nácvik chůze s oporou o francouzské hole před operací může urychlit rehabilitaci. Pahýl, který není svalově dostatečně připravený, neplní funkci dle očekávání. Svalové napětí je důležité pro fixaci protézy.

Základní prováděné úrovně amputací na dolní končetině:

- částečná amputace chodidla a amputace prstu
- amputace v kloubu kotníku
- amputace pod kolenem
- exartikulace v koleni
- amputace nad kolenem
- exartikulace v kyčli

Obecně platí, že u nemocných v celkově špatném zdravotním stavu s malou nadějí na úspěšnou rehabilitaci, je dáována přednost primárně vyšší amputaci, která se spolehlivěji zhojí. Amputace nízká je prováděna u nemocných v celkově dobrém stavu a kondici. Je tu ovšem vyšší riziko, že bude nutná re-amputace (Zeman, M. 2006).

1.3 Péče o pahýl

Amputační pahýl bývá bezprostředně po operativním zákroku oteklý a bolestivý. S tím musí počítat každý člověk. Přirozeně se objevují fantomové pocity, fantomová bolest. **Fantomové pocity** jsou nebolestivým vnímáním a uvědomováním si již neexistující končetiny. **Fantomová bolest** je stavem bolestivých pocitů, vztahujících se k amputované části končetiny. Jedná se o bolest pálivou, palčivou, řezavou, svíravou, křečovitou až bodavou, či kroutivou. Organismus pacienta je celkově oslabený. Otok dotčené končetiny je způsobený jak operačním výkonem, tak změnou cévního řečiště, které bylo při chirurgickém zákroku přerušeno. S péčí o pahýl začínáme co nejdříve (hned druhý den po amputaci), a to těmito doporučenými technikami (Smutný, M. 2009):

- jemnou poklepovou masáží prsty přes obvazy,
- posilováním pahýlu do natažení v kloubu,
- posilováním svalstva pahýlu dle instrukcí,
- bandážování pahýlu,
- nezbytné posilování hýžd'ového svalstva.

Postupně se objem pahýlu upravuje, znovu se vytváří cévní spojení v měkkých tkáních. V důsledku hojení ustupují a stávají se snesitelnějšími i fantomové vjemy. K redukci otoku a zmírnění těchto vjemů jsou přínosné následující techniky (Smutný, M. 2009):

- sprchování ostrým proudem střídavě studenou a teplou vodou,
- opět poklepová masáž pahýlu,
- otužování a posilování,
- bandážování pahýlu (důležitá součást).

Správné bandážování pahýlu je velmi důležitá součást péče, neboť může podstatně zrychlit aplikaci protetiky. Bandážování lze zahájit po zhojení pooperační rány nebo po výměně pooperačního obvazu. Cílem bandážování je ideálně tvarovaný pahýl a příprava měkkých tkání na tlak a tah. Aby byl pahýl dobře vytvarovaný, musí na něj působit pevný, stabilní tlak po dobu celých 24 hodin. Samotné bandážování je řízeno zásadami, které nelze jinak než respektovat. K bandážování používáme dostatečně široká obinadla. Pahýl bandážujeme rovnoměrně, aby se předcházelo vzniku vrásek. Bandáž musí být hladká a nesmí se uvolňovat. Pahýl bandážujeme osmičkovým tahem. Cílem bandážování je vytvoření kónického pahýlu. Bandážujeme vždy, až nad zachovalý kloub končetiny.

U amputace ve stehně bandážujeme přes pás. Bandážujeme 3x denně, bandáž střídáme s jinou péčí o pahýl (otužování, masáž, posilování apod.).

Otužování pahýlu můžeme provádět sami, poklepovou masáží prsty, nebo s využitím různých technik a pomůcek jako je:

- poklepávání a kartáčování jemným kartáčkem,
- masáž míčkem,
- otírání suchou houbou nebo žínkou,
- použitím jiných akupresurních pomůcek.

Cílem otužování pahýlu je zlepšení mikrocirkulace ve vrcholu pahýlu, vytváření zpětné vazby a příprava pahýlu na tlak lůžka protetiky a celkově zvyšující se zátěž na končetinu.

Masáž pahýlu zahrnuje:

- protřepávání všech svalových skupin,
- ostrou sprchu (střídavě studenou a teplou vodou),
- poklep prsty či klasicky (promasírování),
- masáž tuhých a fixovaných jizev.

Cílem masáže pahýlu je odstranění bolesti, zotavení svalstva, osvěžení těla. Je to další složka léčebného postupu. Správné bandážování je technika, kterou by si měl pacient zcela osvojit (vzhledem ke svým schopnostem a možnostem), než bude propuštěn do domácí péče. v péči o pahýl je důležité i polohování.

Polohování působí zejména preventivně proti funkčním poruchám na svalech i kloubech. Pahýl se polohuje od následujícího dne po operaci. Polohuje se v pozici na zádech nebo v pozici na břiše. V pozici na zádech zůstává pahýl rovně na podložce, dolní končetiny jsou u sebe. v pozici na břiše protahujeme kyčelní kloub. Tato poloha je neoptimálnější. Obě polohy jsou pozicemi k předcházení kontraktur (zkrácení svalů). Důležité je i podkládání pahýlu. Zvýšenou polohou (nad úroveň srdce) se předchází otokům. Naprostou samozřejmostí by měla být pro pacienta s amputací každodenní hygienická péče (Smutný, M. 2009).

1.4 Vliv získaného postižení na psychiku jedince

„Postižení (handicap) je nevýhoda vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znevýhodňuje naplnění role, která je pro tohoto jedince

(s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální, postižením podmíněné nevýhody v sociální struktuře“ (Procházková, L. 2009 s. 10).

Získané postižení (tedy postižení později vzniklé) představuje trauma, zejména silné emoční trauma. To, jakým způsobem se s takovou zátěží jedinec vyrovná, závisí na mnoha faktorech. Podstatná je dosažená vývojová úroveň, osobnostní vlastnosti a sociální podpora nejbližších. Prožitek určité ztráty vyvolává negativní emoce. Mezi negativní emoční reakce patří zejména úzkost a deprese. Takto postižený člověk se problémem neustále zabírá. Negativních myšlenek se nemůže zbavit, cítí se ve vzniklé situaci osamělý. Reakce na získané postižení a celkové zvládnání zátěže probíhá celkem ve čtyřech fázích:

- **fáze latence** (nedostatečná informovanost),
- **fáze pochopení** (pochopení traumatizující reality),
- **fáze protestu a smlouvání**,
- **fáze postupné adaptace** (přizpůsobení).

Ve fázi latence člověk ví, co se přihodilo. Leží v nemocnici a přesně neví, co bude dál. Může mít strach, může mít bolesti, ale věří, že vše dopadlo dobře a že se dle možností uzdraví. Evidentně strádá pocitem bezmocnosti, ale postoj v zásadě nemění. Ve fázi pochopení reality prochází léčbou. Dochází k určitému sdělení, je informován lékařem. Nastává šok. Pacient většinou popírá (nepřipouští si), že bude něco takového možné. Ve fázi protestu a smlouvání pacient neguje všechno. Odmítá kontakt, nic pro něj není přijatelné. Teprve postupně smlouvá s osudem, hledá víru a naději, že bude líp. Ve fázi adaptační postižený pomalu přijímá a učí se novým kompenzačním způsobům pohybu. Někdy si postižený nevěří, jindy si potřebuje něco dokazovat. V tomto období si postižený začíná připouštět, že došlo k zásadní změně. Sociální adaptace je provázána s přechodovými rituály. S návratem domů, s návratem mezi přátele, s návratem za jiných okolností (Vágnerová, M. 2008).

1.5 Rehabilitace

Definice Světové zdravotnické organizace (WHO) uvádí, že „*rehabilitace je souhrn všech opatření potřebných k zařazení nebo návratu postiženého člověka do společenského prostředí a do života*“. Předpokladem úspěšné rehabilitace je posilování celého organismu. Důslednost při rehabilitaci a postupné zvyšování zátěže zlepšuje kromě fyzického stavu i stav psychický. Takto se brzy projeví výsledky ucelené rehabilitace a stanou se motorem

dalšího úsilí. Rehabilitace buduje v základu na možnostech postiženého. Vychází zejména z jeho pozitivních vlastností a hodnot. Je to proces, který probíhá a následně se mění v čase. Je to rovněž spolupráce odlišných oborů.

Ucelená rehabilitace zahrnuje vzájemně se prolínající oblasti:

- **rehabilitaci léčebnou** (zahrnuje např. fyzioterapii a ergoterapii),
- **rehabilitaci sociální** (materiální zajištění, legislativní ochrana, začlenění),
- **rehabilitaci psychologickou** (pozitivní působení na přijetí dané životní situace),
- **rehabilitaci pedagogickou** (vzdělávání, rozvoj soběstačnosti a schopností),
- **rehabilitaci pracovní** (poradenství, průzkum trhu, vytváření příležitostí),
- **rehabilitaci volnočasovou** (sport, kultura, sebevzdělávání).

Jde tu tedy zejména o kombinaci a koordinaci všech oblastí za účelem znovuzískání a upevnění funkční schopnosti postiženého jedince a to v nejvyšší možné míře. Nedílnou součástí ucelené rehabilitace je **poradenská práce**. Je to většinou specifická, vysoce odborná aktivita, která je zaměřená na pomoc. Pomoc může být poskytnuta vedením k překonávání problémů a překážek, nebo směřováním k přijetí některých omezení, k jejich akceptování. Poradenskou činnost, kterou by mohli využít například lidé s handicapem, provádí psychologické poradny, poradny pro rodinu a mezilidské vztahy, linky důvěry, církve, státní správa, odborní lékaři, centra léčebné rehabilitace, aj. Další podstatnou pomocí je **sociální práce**. Obecně je to odborná činnost, kterou působíme na daný cíl (jedinec, skupina, komunita) a motivačně jej vedeme k řešení problémů. Vzhledem k specifické situaci lidí s handicapem je součástí sociální práce překonávání bariér, vyrovnání příležitostí, tedy činnost ve prospěch těchto zdravotně a sociálně znevýhodněných (Novosad, L., Novosadová, M. 2000).

2 ZDRAVÍ A KVALITA ŽIVOTA

2.1 Zdraví – vymezení pojmu

Slovo zdraví původně znamenalo „celek“. Tento pojem z podstatně širšího hlediska se dnes objevuje opět. Setkáme-li se s pojmem zdraví, je třeba vždy vědět nebo se ptát, v jakém smyslu toto slovo bylo použito. Takovým celkem, v biologickém slova smyslu, je celý organismus člověka. Každý chceme být zdrav, nikdo nechceme být nemocen. Svůj život spojujeme s určitými plány, chtěním, aktivitami. Máme své představy o tom, co chceme udělat, čeho chceme dosáhnout. Abychom toho mohli dosáhnout, potřebujeme být zdraví. Zdraví je důležitým prostředkem k dosažení jakéhokoliv cíle. Zdraví je podstatou pro spokojený život a je tedy žádoucí.

„Podle starších koncepcí se za zdraví považuje potenciál schopností organismu vyrovnat se, přizpůsobit se, snést a vyvážit měnící se nároky vnějšího prostředí. Je to stav labilní rovnováhy (homeostázy) mezi organizmem a prostředím. Neschopnost organismu vyrovnat se s prostředím vyvolává nemoc. Zdraví i nemoc je tedy životní proces“ (Novosad, L., Novosadová, M. 2000 s. 5).

Dle WHO je zdraví stav bio-psycho-socio-spirituální rovnováhy osobnosti. Je to stav, kdy je člověku naprosto dobře. Dobře je myšleno jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. WHO ukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádoucí hodnotu. WHO naznačuje, že zdraví je více než nepřítomnost nemoci. v pojetí WHO má zdraví motivační charakter. Všichni, kteří se zabývají problematikou zdraví a odstraňováním nemocí by měli směřovat k vytyčenému cíli. WHO ukazuje, že zdraví není jen otázkou fyzického zdraví, ale zahrnuje i problematiku duševního zdraví a zdravých vzájemných vztahů mezi lidmi (Křivohlavý, J. 2001).

Co si pod pojmem zdraví představují lidé? Běžný občan si představí celkovou fyzickou a psychickou pohodu. Lékař si pod pojmem zdraví představí nepřítomnost nemoci či úrazu. Filozofové věnovali velkou pozornost pojetí zdraví. Žít zdravě znamenalo „žít moudře a dobře“. Humanista označuje za dravého člověka takového, který je schopen pozitivně zvládat životní úkoly, které se před ním vyskytnou. Sociolog si přiřadí k významu „zdravý člověk“ člověka, který dobře funguje ve všech jemu příslušných sociálních rolích. A tak by se dalo pokračovat dál a dál. Tyto pokusy o definování zdraví mají společné určité priority. Zdraví chápeme jako důležitý moment s ohledem na uskutečňování životních cílů.

Vnímáme je jako mimořádně vysokou a velice žádoucí hodnotu, kde je úzké spojení mezi kvalitou života a zdravím. Zdraví je pro nás momentálním stavem, který se pohybuje mezi dvěma póly. Těmi póly je „dobré zdraví“ a „nemoc“. Když shrnu tyto představy o zdraví vzhledem ke zdraví a kvalitě zdraví, ztotožním se s definicí Jara Křivohlavého: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“* (Křivohlavý, J. 2001 s. 40).

Definice zdraví je dnes velmi rozšířená. Zajímavá je i formulace „zdraví, jako schopnost dobrého fungování“. Dobře fungovat znamená, být v dobré kondici, být „fit“. Pojem „fit“ znamená být duševně i tělesně svěží, tedy být dobrého zdraví. Dnes je zdraví spojeno i s pojmem „fitness“, tedy s biologickou zdatností, mírou schopnosti a dovednosti efektivně žít a pracovat. Pod pojmem „fitness“ si mnozí představíme sportovní aktivity i celkový životní styl. Tento životní styl má za cíl všeobecnou tělesnou kondici a celkovou zdatnost. Tento životní styl je nástrojem pro upevnění zdraví a síly. Je dobře, že péče o zdraví se stává prioritou pro větší a větší počet lidí. Sedavá a fyzicky nenáročná zaměstnání nás naučila vyhledávat jakoukoliv pohybovou aktivitu, zejména ve fitness centrech.

Být zdravý také znamená naslouchat signálům vlastního těla. Dnešní doba je velmi uspěchaná. Přináší s sebou rychlé tempo absolutně ve všem. Říkáme, že žijeme v běhu. O to více bychom měli citlivě reagovat na zmíněné signály, kdy si tělo říká:

- o zvolnění tempa,
- o více spánku,
- o pravidelný životní rytmus.

Závěrem lze tedy říci následující. Přestože je zdraví ovlivněno životním stylem, úrovní zdravotní péče a vnějšími vlivy, je nezbytné naučit se se svým zdravím adekvátně a zodpovědně zacházet. Je třeba dbát na prevenci, pohyb, relaxaci.

2.2 Kvalita života - vymezení pojmu

Kvalita života je v této práci důležitý pojem, proto je nezbytné tento pojem vymežit. Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna. Při definování kvality života se setkáváme s různými názory a definicemi. Jedná se o široký, nejednoznačně definovatelný pojem. Kvalitou se tak rozumí „jakost, hodnota“, je to „*charakteristický rys, jímž se daný*

jev odlišuje jako celek od jiného celku. Hovoříme-li o kvalitě života a máme-li na mysli jednotlivého člověka, vybíráme z celé problematiky kvality života její dílčí oblasti“.

(Křivohlavý, J. 2002 s. 162,163) Psychologové kladou často důraz na spokojenost. Podle tohoto pojetí, žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Hovoří-li tedy o kvalitě života jedinec (individuum), jehož mírou kvality života je míra jeho spokojenosti, pak se jedná o člověka, z něhož vyzařuje osobní pohoda. Jaro Křivohlavý vymezuje osobní pohodu jako duševní, fyzické a sociální naplnění. Tento stav přináší pozitivní postoj k sobě, pozitivní vztahy s druhými, nezávislost a sebeurčení. Dále zvládání každodenních nároků, schopnost vidět příležitosti i využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby. Přináší smysl života a osobní rozvoj, což je otevřenost novému a schopnost vidět pozitivně.

Spokojenost se životem, tedy možné zvolené měřítko kvality života, se váže v určité míře i k pocitu štěstí. A kdy jsme šťastní? Když si stavíme dosažitelné cíle? Když máme dobré přátele? Když zvládáme poměrně dobře překážky? V podstatě tu jde o subjektivní vnímání situace. Vnímání sociálních a etických norem, které si zvolíme a přijmeme za své. Nesmí však naše touhy a přání předbíhat naše schopnosti a možnosti. Víra je důležitá a velmi vítaná, ale iluze typu „vzdušných zámků“ jsou nebezpečné (Křivohlavý, J. 2006).

Kvalitu života vnímá každý jedinec subjektivně, má o ní své osobní představy. Sám ví, co je z jeho pohledu správné, dobré, žádoucí. Je ovšem dobré vědět, že existují různé metody zaměřené na diagnostikování kvality života a pro rozšíření pohledu na věc samotnou, je dobré o nich něco vědět.

Nejrozšířenější metodou diagnostikování kvality života je metoda SEIQoL. Zkratkou se rozumí Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života. Základní propozice metody jsou:

- individualita (daty jsou výpovědi dané osoby),
- respektování vlastního systému hodnot dané osoby,
- daná osoba určuje závažné aspekty života,
- důležitost každého aspektu se zjišťuje, měří, analyzuje.

Tato metoda dává studovaným osobám možnost svobodně si vybrat oblast zájmů, zaměření, hodnot, tedy cílových podnětů (Křivohlavý, J. 2002).

Další metodu, na kterou bych chtěla upozornit a která je metodou širších dimenzí, je metoda zvaná MANSA. Zkratkou se rozumí Manchester Short Assessment of Quality of Life – Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru.

Metodou MANSA je zjišťována spokojenost. Hodnocena je jak celková spokojenost s životem, tak i spokojenost v dílčích, přesně stanovených dimenzích života. Těmi jednotlivými dimenzemi je zjišťování spokojenosti:

- s vlastním zdravotním stavem,
- se sebepojetím,
- se sociálními vztahy,
- s rodinnými vztahy,
- s bezpečnostní situací,
- s právním stavem,
- s životním prostředím,
- s finanční situací,
- s náboženstvím (vírou),
- s účastí na aktivitách volného času,
- se zaměstnáním/prací (či školou).

Cílem či záměrem této metody, je poskytnutí efektivní pomoci a péče danému člověku, na základě zjištěného celkového obrazu kvality života (Křivohlavý, J. 2002).

Když shrneme vymezení pojmu kvalita života, dojdeme k závěru, že na kvalitu života jsou v zásadě dva možné pohledy. Pohled objektivní a pohled subjektivní. Při objektivním pohledu znázorňují kvalitu života ekonomické, zdravotní a sociální podmínky, včetně kvality životního prostředí. Jde tu o materiální zabezpečení, sociální podmínky, o fyzické zdraví člověka. Při subjektivním pohledu znázorňuje kvalitu života způsob, kterým jedinec vnímá své postavení ve společnosti z pohledu hodnotového systému. Jde tu tedy o jeho osobní cíle, o jeho očekávání a zájmy. Jde tu o to, jak se uvedené promítá do jeho celkové spokojenosti. Dnešní doba nám z medicínského hlediska přináší spoustu možností, které nám dovedou prodloužit život. Dožíváme se sice vyššího věku, ale v jaké kvalitě života? Žijeme déle, ale v neustálém spěchu. Žijeme v pocitu, že musíme všechno stihnout. Stres nás sužuje jak v zaměstnání, tak i doma. Společně nás tyto aspekty přivedly k tomu, že jsme více nemocní, více nespokojení, méně šťastní.

2.3 Mobilita jako význam pohybu v životě člověka

Pohyb bereme ve svém životě jako samozřejmost. Průměrně, okolo jednoho roku života, kdy se poprvé rozejdeme, je pro nás pohyb něčím naprosto přirozeným. Je pro nás

nástrojem zjištění, kdy nám umožní uspokojit naši zvědavost, která je zejména věku batolete vlastní. Je to prostředek, jak se dostat kam potřebujeme i tam, kam v dětském věku nesmíme. Pohyb je tedy základním nástrojem, který člověku zabezpečuje existenční zajištění, přísun podnětů, informací a poznatků, příležitost k seberealizaci a navázání kontaktů. Pohyb nám umožňuje podporu zdraví a upevnění kondice, přináší nám zábavu a prožitek, v neposlední řadě zlepšuje předpoklady pro sebeobsluhu a samostatnost.

2.4 Začlenění do běžného života

Člověk po narození přichází do prostředí, které na něj klade specifické podmínky na adaptaci. Tento komplex životních podmínek představuje kulturu. Sebeuvědomění, vztah k vlastnímu já, je unikátní charakteristika lidské psychiky, která dává lidskému životu zásadní rozměr a subjektivní smysl. Patří sem i zážitek vlastního studu či pýchy na sebe sama, stejně tak pocit vlastní kompetence či naopak vědomí vlastního handicapu. Vědomí vlastního já je přítomné v každém jednání, kde záměrně o něco usilujeme a kde zapojujeme vůli. Je to pocit vlastní jedinečnosti a neopakovatelnosti, podobně jako potřeba někam či k někomu patřit. Vztah k sobě samému je rozměrem vlastní minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Vztahuje se také k tomu, co chceme, co můžeme, co se od nás očekává, ale i k tomu, co si nepřejeme. Je to vnímání určité potřeby, což je subjektivně zhodnoceno. Vnímáme tu pocíťovaný nedostatek něčeho, co je pro náš život nezbytné. Tím zaujímáme určitý postoj, určitou pozici, vytvářím si vztah (J. Výrost, I. Slaměník, 2008).

Jaké funkce plní postoje v lidském životě? Nejobecnější odpovědí dle L. Festingera je tvrzení, že umožňují člověku adaptovat se na prostředí. Další důležitou složkou, která je nápomocná při znovu začlenění se do života, je motivace. Motivací rozumíme určitou hybnou sílu psychického charakteru, která uvádí do pohybu lidské chování a činnost. Základním vnitřním zdrojem motivace je pohnutka, která určuje směr a intenzitu. Další nedílnou součástí je vůle a důvěra ve vlastní schopnosti. Důvěra ve vlastní schopnosti pomáhá překonávat těžkosti. Dosažený úspěch posiluje téměř vždy sebevědomí. A na konci tohoto veškerého snažení je cíl. Cíl je vědomý a je s ním spojeno uspokojení nebo zklamání. Podstatou je zvolit cíl vyšší, ale reálný, neboť velká vzdálenost od cíle umocní pocit selhání, sníží sebevědomí a má celkově negativní dopad. Co se dá hodnotit jako velmi prospěšné pro znovuzačlenění, jsou činnosti provozované společně, zejména v rámci rodiny, tedy v rámci vztahu. V druhém a zejména blízkém člověku, se kterým máme

kladný vztah, máme oporu. Druhý člověk podpoří náš výkon, projeví obdiv a uznání a tím podpoří naše uspokojení. Může nás v nemalé míře motivovat a předkládat vzory, kterým je třeba se vyrovnat. Druhý člověk, jako nositel poznatků, nám pomůže při ověření svých názorů a postojů. Sebeuplatnění je víra ve vlastní schopnosti, víra, že dosáhnu toho, oč usiluji. Vzájemná závislost je nejpodstatnějším znakem všech forem blízkých vztahů. Stupeň závislosti, je rozsah závislosti na partnerovi, na společných aktivitách. Je tu předpoklad vzájemného ovlivňování jak v chování, tak v prožívání. Při rozhodování se o pomoci jednatel zvažuje, komu bude pomoc poskytnuta. Jestliže je příčina vzniklého problému spatřována ve vlastní nezodpovědnosti, je ochota pomoci menší, než když je příčina nezaviněná. Zdá se být zcela nepochybné, že pomoc poskytujeme ochotněji svým blízkým, známým, přátelům, příbuzným. Pomoc může být odmítnuta z obavy, že ji jedinec nebude schopen opětvovat, a tak zůstane někomu zavázán. Poskytování pomoci je prostředkem k posilování a upevňování vztahů. Při rozhodování se o poskytnutí pomoci nás ovlivňují faktory, komu pomoc poskytujeme ve vazbě na míru zavinění problému (J. Výrost, I. Slaměník, 2008).

Člověk s postižením hledá, a musí najít, nový smysl života, novou identitu. R. Murphy říká: *„Od doby, kdy byl u mne poprvé diagnostikován nádor, až ke vstupu do života vozíčkáře, jsem si stále silněji uvědomoval, že jsem ztratil mnohem víc než schopnost ovládat nohy. Přišel jsem také o část svého já. Nešlo jen o to, že se ke mně lidé chovali jinak, ale také o to, že jsem se jinak cítil já ve vztahu k sobě samému“* (Murphy, R. 2001 s. 75). Obnova určitého sebezpečí bývá mnohdy obtížnější jak rehabilitace somatických funkcí. V případě amputace dochází k rychlé, náhlé ztrátě zdraví. Dotčený jedinec musí překonávat mnoho bariér. Aby všechno zvládl, musí velmi posílit a vlastně si opětovně vybudovat sebedůvěru. Ti, co tuto zátěž zvládli, hovoří o určitém druhu výzvy. Jejich problém byl pro ně pobídkou pro hledání nového řešení. Nově vzniklý handicap by měl každý postižený nejprve zapracovat a zvládnout, aby viděl svoji situaci jinak. Ne vždy k takovému posunu hodnocení dojde. Lidé také mohou svému trápení propadnout, nedokážou se s handicapem vyrovnat. Jejich osobnost se pak mění negativním způsobem. Tito lidé se pak převážně trápí svou situací, cítí se osaměle, nejsou šťastní. Velký význam pro zvládnutí takové zátěže má emoční a sociální zázemí.

3 MOŽNOSTI A KVALITA ŽIVOTA PO AMPUTACI

3.1 Protéza nebo vozík

Protéza je z technického hlediska konstrukce, která nahrazuje ztracenou část těla a slouží k obnovení její funkce. Protézy dolních končetin dělíme podle výšky amputace na protézy:

- chodidla,
- bércové,
- exartikulace kolenního kloubu,
- stehenní,
- exartikulace kyčelního kloubu.

Rehabilitační a protetická péče po amputaci je přirozeným a nezbytným vývojem, který nastupuje. Je to cesta, která je složitá, která je navazujícím článkem na toto nelehké období. Na druhou stranu je to další posun, který by měl být vnímán pozitivně. Ne každý se po amputaci dolní končetiny dostane až do fáze přípravy na protetickou pomůcku a nový život s protézou. Základním kritériem je umožnit chůzi na protéze s minimálním rizikem zhoršení zdravotního stavu. Je to zejména lékař, který zvažuje pro jednotlivého pacienta to nejoptimálnější řešení. Na paměti má jen pacientovo dobro. Je to lékař, který vzhledem k zdravotnímu stavu pacienta zvažuje, co je vhodnější. Protéza nebo vozík? (www.maprotetika.cz)

Protetika je tu proto, aby usnadnila návrat do běžného života. A tak pomalu, krok za krokem se posouváme do období samostatné chůze na protéze, která nám umožní další běžné denní aktivity. Přiblíží nás našim koníčkům, vrátí nás případně k provozování sportů. Než k těmto krokům dojdeme, je nutné si vybudovat maximální soběstačnost. Je nezbytné zvládat chůzi o berlích, změnu poloh i stoj na zachovalé končetině, s oporou o pevnou podložku (stůl, zábradlí, apod.). Důležité je posílení trupu i horních končetin. Dalším faktorem je zhojená amputovaná rána, vytvarování pahýlu, cvičením zvýšená celková síla a flexibilita svalů. Potřebná je i určitá míra znecitlivění pahýlu. Znecitlivění dosáhneme masáží a otužováním (Smutný, M. 2009).

Poukaz na protézu vystavuje odborný lékař. Ortopedický protetik si odebere měrné podklady, včetně sádrového otisku pro výrobu lůžka a funkčního vybavení protézy. Rovněž poskytne veškeré informace týkající se podoby protézy a doplňků. Mezi důležité doplňky protézy patří **protetické návleky** neboli „punčošky“. Návleky slouží jako výplň

prostoru v pahýlovém lůžku. Při změně objemu pahýlu umožňuje tloušťka návleků optimální a pohodlné upevnění protézy. Protetik, který má vytvořit náhradu, která bude odpovídat potřebám i představám zadavatele potřebuje znát:

- pacientovy zájmy,
- pacientovy cíle,
- pacientův životní styl.

Díky různým materiálům je dnes možné vytvořit náhradu, která co nejlépe napodobí ztracenou končetinu. Při předání protézy seznámí protetik pacienta se základními principy používání. Postupně předvede, jak protézu nasadit a opět ji sundat. Jak bezpečně měnit polohy, jak zvládat nácvik chůze a jiné běžné činnosti. Pacienta poučí o tom, jak o protézu pečovat (www.maprotetika.cz).

Nácvik stoje na protéze je schopen zvládnout pacient, který již samostatně zvládl upevnění protézy na pahýl. Podle zvládnuté délky stoje a následné uvolněnosti ve stoji je možné zařazovat další jednoduché cviky pro zvýšení stability. Těmi cviky je:

- přenášení váhy ze strany na stranu, z paty na špičku, na protézu,
- balanc zdravou nohou na míči pro udržení rovnováhy,
- vykročení do strany,
- překřížení nohou,
- kutálení míčku,
- elastické kopy s odporem.

Nácvik chůze s protézou navazuje na zvládnutí stoje na protéze. Správnou chůzí dochází ke snížení přebytečného napětí v těle. Nácvik začínáme na rovném terénu s použitím opěrných pomůcek. Další úkolem je zvládnutí schodů. Při chůzi do schodů zahájí pacient zdravou končetinou, při chůzi ze schodů začínají berle. Další fází je chůze v terénu, kde se setkáme s různým převýšením. Zejména ve volném prostoru, na nerovném terénu, hrozí nebezpečí pádu. Je nezbytné vyvarovat se pádu na záda a do nácviku chůze zařadit nácvik pádů a nácvik vstávání ze země (Smutný, M. 2009).

Invalidní vozík je určený k přepravě osob s postižením dolních končetin. Invalidní vozíky zajišťují pohybově omezeným lidem možnost přesunu na kratší či delší vzdálenost. Podstatně jim rozšiřují možnosti kontaktu s okolím a snižují jejich závislost na pomoci jiných osob. To vše se pozitivně odráží na psychice dotčených. Správný výběr invalidního vozíku je velmi důležitý, protože se stává součástí každodenního života. Volbu vhodného

vozíku je vhodné konzultovat s lékařem. Při volbě a výběru invalidního vozíku je třeba pohlížet na **velikost a tvar** (dělení je pro děti, dospívající, dospělé), na **způsob pohonu** (mechanické, elektrické), na možnost **skladování a přesunu** (skládací, pevné) a v neposlední řadě na **konstrukci a výbavu** (malá a velká kola, doplňky). Mnozí vozičkáři, kteří nemají omezení v síle rukou, se dokáží na rovině pohybovat zcela samostatně. Tuto samostatnost je potřeba podporovat. Potřebují pouze pomoc při překonávání výškových rozdílů (obrubníky, schody, svahové převýšení apod.). Pro práci s vozíkem, se musí každý seznámit se zvláštnostmi určitého typu vozíku a dále se základními pravidly při obsluze vozičkáře (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008).

Mezi základní a neopomenutelná pravidla při obsluze vozíku a vozičkáře patří: (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008)

- při každém zastavení nebo přestupování je nutné vozík zabrzdít, vozík zvedáme pouze za pevné rámy,
- při náhodném setkání s další osobou se vždy stavíme čelem k vozičkáři, aby se bez omezení mohl podílet na rozhovoru,
- při všech situacích myslíme na to, že vozičkář má jiný zorný úhel pohledu než doprovod, pokud chceme na něco upozornit, je vhodné sklonit se, abychom zjistili, jestli je to vidět z pohledu vozičkáře,
- nutná je zvýšená opatrnost na přechodech, jezdících schodech i ve výtahu,
- pozor dáváme i na dlouhé hovory za jízdy, vozičkář má tendenci se vytáčet či vychylovat, aby viděl na doprovod.

Při činnosti s vozičkářem je nezbytné dodržovat základní pravidla pomoci. Nedodržování může vést k úrazu. Asistent, či doprovod, by měl pomáhat pouze při nezvladatelných překážkách. Tam, kde je člověk s handicapem schopen překážky překonat, podporuje doprovod co největší samostatnost.

3.2 Podpora jedinců se získaným postižením

Tato část je věnována podpoře osob se získaným postižením. Přístupy k postiženým osobám by měly vycházet z daného postižení v součinnosti s uplatněním individuálního přístupu. Jen tak mohou být respektovány sociální potřeby daného jedince a tím přispěno k jeho úplnému rozvoji. U osob se získaným postižením to je například navázání na předchozí zájmy a zvyklosti. Cílem podpory a ucelené péče je dosažení nejvyššího

možného stupně nezávislosti. K naplnění tohoto záměru mohou přispět například i ergoterapeutické přístupy. Vzhledem k tomu, že je celá řada skupin získaných postižení, zaměřím se na osoby po amputaci dolní končetiny, kdy vlivem získaného postižení dochází k handicapu v oblasti dolních končetin, tedy omezení v oblasti mobility. Tělesné postižení ovlivňuje osobnost jedince celkově. Důsledky pohybového postižení se nejvíce projeví v potížích při sebeobsluze, v různé míře izolovanosti či závislosti na pomoci jiné osoby. Při podpoře osob s pohybovým postižením lze použít mnoho technik a metod, které napomáhají rozvoji. **Ergoterapeutická podpora** je založena na týmové spolupráci interdisciplinárního týmu a na respektování individuálních potřeb postiženého jedince. Podpora je zaměřena zejména na zvládnutí aktivit denního života. Cílem ergoterapie je:

- udržení možné úrovně nezávislosti dle priorit jedince,
- poradenství a podpora jedince, jeho rodiny a pečujících osob,
- poradenství a podpora v oblasti alternativního využití času.

Oblasti, kterých se podpora dotýká, jsou následující:

- osobní nezávislost (oblékání, osobní hygiena, stravování),
- péče o domácnost (úklid, nakupování, údržba prádla),
- hybnost (využití možných kompenzačních pomůcek),
- sociální interakce (komunikace, volnočasové aktivity, práce).

Ergoterapie spadá ve svém základu do oblasti zdravotnické péče. Je tedy žádoucí, aby ergoterapeut dosáhl odpovídajícího vzdělání.

Pomoc osobám s tímto handicapem je založena na určitém propojení péče v oblasti medicíny, edukace a v oblasti sociální. Cílem tohoto propojení je maximální rozvoj schopností a dosažení vysoké úrovně soběstačnosti a nezávislosti. K tomu, aby byl cíl naplněn, je třeba vytvořit určité podmínky. Ty v sobě zahrnují odpovídající postupy, které je možné aplikovat. Současné trendy se zaměřují na vytváření bezbariérových prostředí a odstraňování bariér stávajících. Jen v prostředí, které zcela odpovídá potřebám osob s handicapem, je možné dosáhnout plné integrace (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008).

3.3 Bariéry a návrat do společnosti

Bariérové prostředí a bariéry, to jsou termíny, které se velmi často užívají v souvislosti se zdravotním handicapem. Setkáváme se s nimi při integraci osob se zdravotním postižením do běžného života, do společnosti. Pojem bariéry ovšem není chápán jen jako technická

překážka. Lze jej chápat jako bariéru společenskou či psychickou. Zatímco fyzické bariéry jsou vnímány ve smyslu skutečného omezení v prostředí, ve kterém žijeme a kde nám komplikují nebo znemožňují pohyb, tak bariéry psychické mohou být v samotných lidech. A to v osobách postižených, tedy s handicapem, ale i v osobách „zdravých“. Setkat se můžeme i s celou řadou dalších bariér. Jedná se třeba o bariéry v oblasti rovnosti šancí, bariéry v informačních technologiích, ale i bariéry ekonomické apod. (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008).

Nezávislost a soběstačnost osob s tělesným handicapem je závislá na rozsahu postižení. Ne všichni jedinci s hybným postižením mohou přes veškerou podporu a péči dosáhnout plné soběstačnosti. Faktory, které ovlivňují míru samostatného pohybu a pro osoby se stávají limitujícími, jsou nejen postižení, ale právě již zmiňované bariéry. Mohlo by nám připadat, že problematika bariér se týká pouze osob s nějakým handicapem. Ovšem spektrum osob, které mají nějakým způsobem sníženou schopnost pohybu, je podstatně víc. Jsou to například těhotné ženy, rodiče s kočárky, děti předškolního věku i někteří senioři. Problematika bariér je velmi obsažná. Zahrnuje mnoho dimenzí života u osob s handicapem. Každý člověk vnímá existující bariéry jiným způsobem. Souvisí to samozřejmě s potřebami dané osoby, s jejími zájmy, životním stylem, stupněm znevýhodnění, věkem a mnoha dalšími faktory. Jelikož se ve své práci zabývám fyzickým handicapem, získaným postižením v oblasti dolních končetin, zaměřím se zejména na ony „technické“ bariéry, které jsou mnohdy překážkou v oblasti každodenních aktivit postiženého. Často jsou přímo limitujícím faktorem kvality života postižených. A tak není dostatečné bariéry jen identifikovat, ale je potřebné přispívat k jejich odstranění. Touto problematikou se v současnosti zabývá celá řada organizací. Ucelených publikací s tímto tématem však mnoho nenajdeme (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2008).

Velkým přínosem je publikace Pražské organizace vozičkářů, o. s., která prezentuje Metodiku kategorizace přístupnosti objektů, kde jsou dána kritéria pro zařazení objektů do jednotlivých kategorií z pohledu osob s omezenou schopností pohybu. Dozvídáme se tu, jak složitým procesem je mapování přístupnosti objektů, komunikací a dopravy a jak je složité označovat objekty za bariérové či bezbariérové. Je tu poukázáno i na fakt, že odstranění bariéry pro jednu skupinu osob s handicapem může vytvořit bariéru pro jinou skupinu. Týká se to například postižení tělesného a zrakového. Na problematice bariér tu zapracovaly různé organizace a instituce z celé České republiky. Za podpory Ministerstva pro místní rozvoj vznikla tato zmíněná, jednotná metodika. Stávající platná legislativa by

většinu objektů zařadila do skupiny nepřístupných, ačkoliv mohou být pro některé skupiny osob s omezenou schopností pohybu relativně přístupné. Metodika kategorizace vychází z toho, že každý vozíčkář, je schopen s nejlepší znalostí vlastních možností a na základě kvalitních informací rozhodnout, zda je schopen konkrétní objekt navštívit, případně jakou míru dopomoci mu bude třeba zajistit.

K vyznačení kategorií se používají speciální ikony v semaforové barevnosti. Liší se graficky tak, aby bylo rozdělení zřetelné. Rozdělení objektů je následné:

- objekt přístupný,
- objekt částečně přístupný,
- objekt nepřístupný.

V této souvislosti je dobré vyzdvihnout podstatný význam přístupného prostředí, to je prostředí bez bariér, které zohledňuje a respektuje různorodé potřeby obyvatel. Jedním z kritérií pro určení stupně přístupnosti objektu, je přístupnost toalet. Není nezbytné vymezovat dle zmíněné metodiky přesné parametry přístupnosti (sklon a šířka přístupových ramp, minimální šíře dveří, výška prahů apod.), ale přístupné prostředí by mělo splňovat následující podmínky:

- ohleduplnost,
- bezpečnost,
- zdraví,
- funkčnost,
- srozumitelnost (uspořádání),
- estetičnost.

Doposud byl náš zájem věnován bariérám venkovního prostředí. K dosažení základní úrovně nezávislosti je potřebná úprava i vnitřního prostředí. Vnitřním prostředím rozumíme domov, domácí prostředí. Uzpůsobení domácího prostředí pro osoby s postižením se někdy stává revolučním procesem. Při úpravě či volbě odpovídajícího bydlení je potřebné vycházet z aktuální situace řešené osoby. Je třeba, aby volba i možnosti realizace odpovídaly potřebám onoho jedince.

Bariéry způsobují, že osoby s handicapem se dostávají do obtížných situací. K jejich překonání potřebují mnoho úsilí, energie a trpělivosti. Jejich odstranění je ale krokem k samostatnosti a integraci do života společnosti. I když došlo díky úpravám v legislativě

k pokroku v této oblasti, řada bariér zůstává. Jejich odstranění zůstává úkolem pro většinovou společnost.

3.4 Podpora soběstačnosti a nezávislosti

Soběstačnost je určitá míra nezávislosti. Je jedním z kritérií kvality života. Za soběstačného lze považovat člověka, který samostatně, bez pomoci či dohledu jiné osoby, zvládá běžné denní činnosti v prostředí, ve kterém žije. Soběstačný je člověk, který má schopnost uspokojit své základní životní potřeby sám, bez pomoci. Soběstačný je člověk, který nemá závažné omezení tělesných či duševních funkcí a bez pomoci zvládá potřebné aktivity denního života v prostředí, kde žije. Pokud není schopen tyto základní činnosti vykonávat, stává se závislým na pomoci. Pojmy soběstačnost a závislost vymezuje i zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). Tento zákon vymezuje i podmínky a formu pomoci těmto osobám. Jednou z forem pomoci je **příspěvek na péči**. Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle zákona o sociálních službách. Z poskytnutého příspěvku pak tyto osoby pomoc hradí. Stupně závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat. Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Bližší vymezení schopností zvládat základní životní potřeby a způsob jejich hodnocení stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.

Výše příspěvku na péči pro osoby **do 18 let** věku činí za kalendářní měsíc:

- **3 000 Kč**, jde-li o **stupeň I** (lehká závislost),
- **6 000 Kč**, jde-li o **stupeň II** (středně těžká závislost),
- **9 000 Kč**, jde-li o **stupeň III** (těžká závislost),
- **12 000 Kč**, jde-li o **stupeň IV** (úplná závislost).

Výše příspěvku na péči pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc:

- **800 Kč**, jde-li o **stupeň I** (lehká závislost),
- **4 000 Kč**, jde-li o **stupeň II** (středně těžká závislost),

- **8 000 Kč**, jde-li o **stupeň III** (těžká závislost),
- **12 000 Kč**, jde-li o **stupeň IV** (úplná závislost).

Podpora soběstačnosti a nezávislosti je cílem jakékoliv poskytované sociální služby (www.mpsv.cz).

V předešlé kapitole jsme se věnovali bariérám ve spojitosti s integrací do společnosti. Když navážeme na bariéry vnitřního prostředí a na možnost podpory soběstačnosti v domácím prostředí, dotkneme se oblasti sociální pomoci státu. Pokud se osoba s handicapem vrací do domácího prostředí, je nezbytné řešit vhodnou úpravu užívaného vnitřního prostředí. Cílem je podpora základní úrovně soběstačnosti, tedy posílení nezávislosti. Nemusí se vždy jednat o dílčí drobné úpravy. V případě větších nezbytných investic při úpravě vnitřního prostředí, je možnost žádat o podporu stát. Stát prostřednictvím svých orgánů Úřadu práce poskytuje příspěvky. V souvislosti s úpravou vnitřního prostředí bytu či domu, se jedná o **příspěvek na zvláštní pomůcku**. Žádat o něj může osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí. Při splnění podmínek může být poskytnut příspěvek:

- na **stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC**; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoliv o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.),
- na **stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě**.

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek na zvláštní pomůcku, najdete ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (č. 329/2011 Sb.) vymezuje přesná kritéria pro poskytnutí příspěvku. Jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka Úřadu práce určí nižší míru spoluúčasti (s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč. Výše poskytnutých příspěvků mají určité limity. Maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč. Součet vyplacených příspěvků na zvláštní pomůcku nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000 Kč (www.mpsv.cz).

Podpora soběstačnosti a nezávislosti je sociální službou. Představuje širokou škálu pomoci a opatření. Tato pomoc reaguje na nutnost řešení vzniklé životní situace lidí s handicapem,

kteří mají omezené možnosti. Podpora je poskytována ve dvou rovinách. Jednou rovinou je pomoc v domácích podmínkách, druhou rovinou pomoc v zařízeních s pobytem. Cílem péče je zpřístupnění šancí, tedy rovnost příležitostí. Přínosem je pak větší seberealizace, vyšší sebevědomí, znovuzískání určité prestiže. Adresná podpora a dobře zvolená forma služby jsou zásadní. Dobře zvolenou formou služby je taková služba, která postiženému jedinci nejlépe vyhovuje a to jak z hlediska praktického, tak i z hlediska vlastní lidské důstojnosti (Novosad, L., Novosadová, M. 2000).

Sociální službou vhodnou pro jednotlivce s námi zkoumaným handicapem může být sociální poradenství, sociálně zdravotní služba, sociální rehabilitace, osobní asistence, pečovatelská služba nebo odlehčovací služba. Na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb se podílí obce a kraje. Sami zřizují organizace poskytující tyto služby. Dalšími významnými poskytovateli sociálních služeb, kteří nabízejí široké spektrum pomoci, jsou nestátní neziskové organizace a fyzické osoby. Informace o poskytovaných sociálních službách lze získat na obecních či krajských úřadech nebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb (www.mpsv.cz).

Teoretická část bakalářské práce přinesla základní informace o prováděných amputacích na dolních končetinách. Podtrhla důležitost následné péče o pahýl a upozornila na nelehkou a strastiplnou cestu jedince se získaným postižením. Cestu, kde je silně dotčena psychika postiženého. Kde přijmutí tohoto handicapu a vyrovnávání se s ním je v podstatě prvotní překonávání bariér. Bariér je na cestě při návratu do běžného života mnoho. Velkou roli tu sehrává ucelená rehabilitace, která je souhrnem všech opatření, při kterých je systematicky posilován celý organizmus. Ucelená rehabilitace přináší výsledky a ty se stávají motorem dalšího úsilí. V práci není opomenut ani význam a důležitost pohybu v životě člověka, mobilita. Při získaném postižení se mobilita znovuzískává za pomoci kompenzačních pomůcek. Pomůcky se tak stávají důležitými a podstatnými. Stávají se součástí každodenního života. Nejčastějšími pomůckami u osob po amputaci dolních končetin je invalidní vozík a protéza. Pohyb s pomocí těchto pomůcek přináší do života postižených další bariéry. Proto je v teoretické části bakalářské práce zdůrazněna důležitost podpory a pomoci jedincům se získaným postižením. Formy podpory a pomoci jsou v práci blíže vymezeny. Dobře zvolená pomoc podpoří soběstačnost a nezávislost znevýhodněných. Tím podpoří jedno z důležitých kritérií kvality života.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VLIV AMPUTACE DOLNÍCH KONČETIN NA KVALITU ŽIVOTA

4.1 Cíl, metody a techniky výzkumného šetření

Cílem této práce bylo odpovědět na otázky:

1. V jaké míře ovlivňuje amputace dolních končetin kvalitu života jedince?
2. Jak ovlivňuje amputace dolních končetin kvalitu života rodiny postiženého?
3. Co může usnadnit těmto znevýhodněným jedincům začlenění do běžného života a zlepšit jejich celkovou situaci?

V teoretické části bakalářské práce byla využita dostupná odborná literatura a jiné písemné prameny k analýze problematiky.

V praktické části byla použita metoda kvalitativního výzkumu, který je velmi užitečný při zkoumání života lidí. Zvolenou technikou výzkumného šetření byl polostrukturovaný rozhovor s osobami po amputaci dolních končetin a jejich rodinnými příslušníky. Byla provedena analýza jejich postojů a názorů, dle cíle bakalářské práce.

4.2 Vlastní výzkumné šetření

Bylo provedeno a zaznamenáno 5 rozhovorů. Probíhaly v přirozeném prostředí respondentů, v jejich domácnostech. Každý rozhovor byl vyhodnocen samostatně. Během rozhovoru bylo položeno 20 otevřených otázek. Z důvodu diskrétnosti nebyla použita vlastní jména. Pracovní označení respondentů je pan A, pan B, paní C, pan D, pan E. Rozhovory byly registrovány písemným záznamem v průběhu rozhovoru. Přepisy odpovědí v jednotlivých rozhovorech byly doplněny upřesňujícími poznámkami.

Rozhovor 1

Jméno: **pan A**

Narozen: 1938

Věk: 74 let

Amputace na levé dolní končetině ve stehně v srpnu 2008.

Pan A je rozvedený, žil sám. Činnosti každodenního života zvládal sám, bez obtíží. Rozhovor absolvoval sám, v závěru rozhovoru přišel syn.

V jaké míře spokojený život jste žil před amputací.

Pan A žil absolutně spokojený a z jeho pohledu plnohodnotný život do doby, než začal mít problémy se zády. Bolesti vystřelovaly do levé dolní končetiny. *„Jednoho dne mě syn zavezl do nemocnice, kde jsem byl skoro jeden celý rok.“*

Co bylo příčinou amputace?

V době, kdy byl pan A hospitalizovaný v nemocnici, prodělal dva „infarkty“. v nemocnici byl téměř 1 rok. *„Já měl velký bolesti, to bylo hrozný. Prý se mi ucpávaly cévy. Zkoušeli to nějak zprůchodnit, ale nedařilo se.“*

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

Dle sdělení pana A, bylo rozhodnutí lékařů pro amputaci vysvobozením. *„Já měl tak strašný bolesti, že jsem říkal, ať to uříznou.“*

Měl jste okamžiky, kdy jste přemýšlel nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

„To mám někdy pořád. Ne pořád, abych Vám řekl, kdybych šel večer spát a neprobudil se, tak bych byl na tom líp. To je život na prd tady to.“

Co nebo kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

„Abych Vám pravdu řekl, já se ani nepamatuju. Nějakou chvíli to převazovali, ale jinak já nevím. Ale kdepak, cvičení se mnou žádné nedělali.“

Jak jste se ztrátou končetiny srovnal?

To je těžký, co Vám mám povídat, asi nesrovnal.“

Jak získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se se vším Vaše rodina vyrovnala?

„Tady nebyl problém. Já jsem rozvedený, ale paní za mnou jezdí, ona za mnou jezdila už i dřív. Dcera nám zemřela a syn, ten je tady každý den. Ale já bych býval šel do penzionu. Sousedky z obce tam jsou dvě, a když se tady zastaví, říkají, že se mají báječně. Mě unavuje to ježdění, když tady přeježdím do koupelny, na záchod, do kuchyně. Joža mi uvaří čaj, donese mně oběd, umyje nádobí.“

Jaké kompenzační pomůcky máte? Které nejvíc využíváte? Bylo těžké je získat?

„Mám protézu, ale to není, jak ukazují, jak sportovec támhle závodí, to jsou lehounký protézy. To co mám já, to je těžký. To je tak vyjít ven a támhle sednout. Já jezdím na kontrolu na krev k doktorce do nedaleké obce. Já přejezdu dvůr a mám toho dost. Mě tu

protézu upravili, ale mě to tak tlačí. Já mám ten zadek hubený, já jsem sedl do auta, já jsem nemohl ani vydržet. Nejvíce času trávím na vozíku. Vozík mám jen doma s úzkými dušemi. Brácha mi říká, že ať si koupím ještě jeden. Když mi tady měnili gumy, tak já sem se ptal, jestli nemají nějaký vozík oježděný. Ale i ten vozík je dnes problém získat.“

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

„To víte, to je dávno. Radostí bylo to, co bylo potřeba. Muselo se dřevo zaopatřit. Do obchodu jsem šel, stávil jsem se u tetky. Jezdil jsem autem, co bylo potřeba, to jsem si vyřídil. S ničím nebyl problém. v televizi jsem sledoval hokej“.

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

„Víte, já mám velký problém s očima. Televizi už jen poslouchám. Nosím celý den tmavé brýle. Mám oblíbenou stanici Šlágr. Například na čtyřadvacítce jdou po celý den dokola stejný zprávy. To umíte večer nazpaměť. Nové koníčky nemám.“

Jak se změnila možnosti Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

„Zcela. Doma se pohybuji na vozíčku. Ven přejdu s ortézou, ale je to nepohodlné. Snažím se, protože mi odchází svalovina na tom pahýlu. Auto od doby co se mi to stalo, neřídím. Nerad kamkoliv jezdím.“

Jak se změnila schopnosti sebeobsluhy, s čím si neporadíte?

K tomu problému pan A uvedl, že je závislý na pomoci při jakémkoliv přesunu mimo prostor okolí domu. Nedojede k lékaři, nic nevyřídí po úřadech. Nevládne údržbu domácnosti, natož domu či jeho okolí. Nevládne nákupy, údržbu prádla. Neuvaří si, potřebuje pomoc s hlavní hygienou. Potřebuje dopomoc při oblékání.

Jak se změnila možnosti Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

„Já jsem na žádný dovolený nejezdil. Pro mě bylo odpočinkem sedět večír u televize.“

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojený, šťastný, zkrátka je vám dobře. Kdy?

To je těžká otázka. Ale jo, když přijde Jenda, když jde do Jednoty, sedne, povykládáme. Ale to počasí. To je strašný. Taky bratránek se zastaví a povykládá, co je nového.“

Co Vás nejvíc trápí?

„Jak jsem dopadl“. Zhoršují se mi ty oči, to mě trápí. Doktor mně řekl, že brýle to už nespraví. Tmavé brýle musím mít už furt. Sluníčko, sníh, to je hrozný. Já už pořádně ani nezaostřím.“

Vnímal jste před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

„Vůbec.“

Jaké bariéry vnímáte nyní?

„Teď už musím zvažovat, kudy můžu. Nejvíc mi vyhovuje, kde se zapřu do stran, takže úzké chodby. Má poměrně sílu v pažích, rukou. Lepší se mi chodí úzkými dveřmi. Volný prostor, kde se musím opírat o hole, tam se bojím.“

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

„Já Vám nevím, pro mě je problém všechno.“

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

„Když to slyšíte, jak se dohadují, z toho je vám až špatně. Dnes není práce a není na nic. Ale pomohli jste mně, mám ten příspěvek, ty 4 tisíce.“

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?

„Abych Vám řekl pravdu, šel bych nejraději do domova důchodců. Já nemůžu spát. Lehnu, pahýl mě začne „casnovat“. Nejlíp mně to pomůže na vozíku, než mně zabere prášek.“ Pan A se cítí často sám. Vliv na současnou duševní nepohodu má dlouhá zima. Možný odchod do domova pro seniory by mu asi pomohl, ale nemůže se pro to sám rozhodnout. Žádosti do Domova s pečovatelskou službou a do Domova pro seniory. Podporu v synovi pro toto rozhodování nemá.

Rozhovor 2

Jméno: **pan B**

Narozen: 1950

Věk: 63 let

Amputace na pravé dolní končetině ve stehně v květnu 2008.

Pan B je ženatý. Je velké statné postavy. Je dlouhodobě v ID, důvodem angina pectoris. Do doby amputace žil plnohodnotný, spokojený život. Činnosti každodenního života zvládal sám bez obtíží. Čtyři měsíce po amputaci PDK prodělal mozkovou příhodu, zasažena byla pravá strana. U rozhovoru byli oba manželé.

V jaké míře spokojený život jste žil před amputací.

Pan B žil s manželkou a dětmi zcela spokojený, aktivní a plnohodnotný život. Milovali turistiku, hodně cestovali, houbařili. Mají velkou rodinu a spoustu přátel, tak pořádali nejrůznější akce.

Co bylo příčinou amputace?

„Začalo to úplně nenápadně. Začala mě bolet noha v lýtku. Zmínil jsem se při kontrole na interním oddělení a lékař mi napsal doporučení na vyšetření cév. Tam mi udělali vyšetření žil a rozhodli, že je to v pořádku a že se to musí hledat někde jinde. Problém viděli pravděpodobně od léků na cholesterol. Odeslali mě na vyšetření krve. Tam mi po odběrech řekli, že to bude na delší dobu, než zjistí příčinu. A byla neděle ráno, byla absolutní pohoda, bylo to v květnu, bylo krásně teplo. Vstal jsem a šel jsem dát psovi granule a vodu. Když jsem přišel domů, šel jsem se podívat do počítače, kdy se pojedou závody F1, kdy bude přenos. Sedl jsem a najednou jsem ucítil takovou zvláštní bolest. Za chvíličku vnímám, že mi ta noha nějak tvrdne. Podívám se, byl jsem jenom ve slipech, ta noha byla úplně bílá. Začal jsem křičet na manželku, že se něco děje. Ta přiběhla a začala mi nohu masírovat. Pak připravila teplou lázeň, ale nic nepomáhalo. Manželka volala do nemocnice, tam řekli, abychom přijeli. Odvážela mě již ve velkých bolestech. Když mě přivezli do nemocnice, to už bylo tak kritické, že mi dali injekce a vezli mně hned do Brna. Stav rozhodli tak, že půjde o ucpání tepny. Byla neděle, v Brně neměli volný sál ani operatéry, na sál jsem se dostal po 10 hodinách, bylo to zoufalé. Když zavolala manželka, jak operace dopadla, lékař jí sdělil, že nohu zatím neamputovali, ale amputace hrozí.“

V noze pana B praskla žilní výduť a tromby ucpaly cévy. V ten den nohu neamputovali. Po třech dnech, kdy už se na nohu postavil, nastal stav té silné bolesti znovu. Lékaři přistoupili k re-operaci. Za další dny nastal stav znovu, lékaři upozornili, že hrozí gangréna, amputace je již nezbytná.

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

„Já jsem prožíval takové bolesti, že mi to bylo už jedno. Hlavně, ať už to skončí. Po amputaci jsem žil jen pro myšlenku, že budu lékařku, která mi dělala vyšetření cév, žalovat.“

Manželka mne odradila, ale do nemocnice, kde mi vyšetření dělali, přišla sdělit, jak moje záležitost dopadla. Oni už to věděli. Manželka primárii řekla, že výduť, která praskla, se neudělala ze dne na den, ta tam zkrátka byla. Požádala primáře, ať jsou důslednější, aby to nepotkalo někoho dalšího.“

Měl jste okamžiky, kdy jste přemýšlel nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

„To víte, že měl. Bylo to ještě v nemocnici. Navíc po amputaci mě připravovali na stav, že až se zhojí rána, tak přistoupí k operaci druhé končetiny, která je časovanou bombou a je v ní nezbytné učinit výměnu tepen.“

Co nebo kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

„Nejvíc mi pomohla manželka. Její houževnatost a láska, se kterou se mnou všechno zvládala.“

Jak jste se ztrátou končetiny srovnal?

„Ne a myslím, že se ani nesrovnám, já bych to vyměnil za cokoliv.“

Jak získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se se vším Vaše rodina vyrovnala?

„Poznal jsem, že opravdu pro manželku něco znamenám. Všichni jsou fajn, ale manželka pro mě dělá možné i nemožné. Kdybych byl sám, tak to byl konec.“

Jaké kompenzační pomůcky máte? Které nejvíc využíváte? Bylo těžké je získat?

„Mám invalidní vozík na doma, ten jsem si koupil sám, protože ten, který jsem dostal, byl široký a špatně ovladatelný. Na ven mám elektrický vozík. To bylo strašné vyřizování, než jsem jej získal. Představte si, že ortoped, který mi měl předepsat vozík, mi řekl, že mám na Trabant a chtěl bych Audinu. Pak mám protézu a koupil jsem si speciální skútr (repasovaný). Poslední investicí bylo polohovatelné lůžko, protože, na propůjčeném se mi špatně spalo. Na překonávání schodů máme nainstalovanou plošinu. Víte, to bylo strašný. Lidi jsou chudáci, protože v té chvíli neví, kam se mají obrátit, jak si poradit. Všechno je složité. Pokud chcete něco jiného, než je standardně nabízeno, tak je to cesta strastiplná. Od státu mám protézu, elektrický invalidní vozík, příspěvek na plošinu, na auto a příspěvek na péči ve výši 4 tisíce.“

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

„Sbíral jsem vše, co se dalo sehnat v Army shopech. Sbíral jsem nože, zbraně, výstroj, odznaky. Houbařil jsem, sbíral jsem mince, pěstovali jsme turistiku, jezdili jsme plavat.“

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

„Mince sbírám dál, začal jsem sbírat modely aut, to sbírám nově od Vánoc. K tomu mě navodila skutečnost, že věci z Army shopů už nemohu sbírat, protože to se musí chodit po burzách. Houbaříme dál, houbařím na lesních cestách, ze skútru. Najdu, zavolám na manželku, ona mi hřib podá, já se potěším, ona jej očistí. Co se týká plavání, jezdíme málo, ale jezdíme.“

Jak se změnila možnost Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

„Podstatně, zejména v tom, že dům sám neopustím, i když máme plošinu. Já si nevěřím. Musím mít někoho s sebou, pro případ, že by se něco přihodilo. Co se týká řízení auta, auto neřídím. Auto jsem si nenechal upravit, protože si nevěřím, že bych to zvládl. Navíc manželka řídí perfektně. Invalidní vozík převážíme všude, pořídili jsme si takovou nakloněnou rovinu-plošinu, na nakládání vozíku do auta.“

Jak se změnila schopnost sebeobsluhy? S čím si neporadíte?

„Jak myslíte? Aha, no mám jiné techniky pro zvládnutí, ale do sprchového koutu na tu židli mi pomůže máma. Neuvařím si, ale to díky ženě nemusím řešit. Samozřejmě údržba domu, okolí, domácnosti, s tím také nepomohu. No to není sebeobsluha. Při oblékání bojuju se spodní částí těla a nemluvím o botách. Protézu bez asistence taky nezvládám. Je to tou pravou rukou. Nemám v ní ten jemnocit a pořádný úchop. Vidíte, ani jsem nad tím nepřemýšlel, s čím vším si sám neporadím.“

Jak se změnila možnost Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

„Manželka je taková akční, takže jezdíme po výletech. Mým aktivním odpočinkem jsou rehabilitační pobyty. Jezdili jsme ovšem do zahraničí a tam jsme zatím nebyli. Já už bych to nezvládl. Ale jezdíme na rekreační pobyty do Polska, vidíte, to je už zahraničí. Jezdíme na jedno místo, a taky si tam něco koupíme a uděláme si radost.“

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojený, šťastný, zkrátka je Vám dobře. Kdy?

„Když přijdou malé děti (vnoučata), třeba malý Honza-to je takovej živej kluk. Myslím si, že takhle má kluk vypadat, žádnéj posera-zkrátka šikovnej kluk. Ty malé děti mi zkrátka příjemňují život. Pak taky, když se staví přátelé, třeba minulý týden mi přinesli zvěřinu, já do toho byl taky zapálenej, navíc to mám moc rád. Tak to sem byl šťastnej. Taky je mou radostí pejsek. Manželka mi ho koupila, aby mi nebylo smutno, když jsem sám a povedlo se jí to.“

Co Vás nejvíc trápí?

„No, že už to stojí za prd. Jsem takovej vyřazenej. Mám někdy pocit, že se na mě dívají, tak divně. Ta suverenita je pryč. Je pravda, že jsem se hodně změnil. Já jsem byl takovej hodně energickej, takovej k neudržení, takovej divočák do všeho. Dneska já jsem úplně klidnej, jako Američan.“

Vnímáte před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

„Vůbec.“

Jaké bariéry vnímáte nyní?

„Když se mám někam vydat, tak se hned dívám, jestli se tam dostanu, jestli je tam dostupná toaleta. Víte, já na hodně věcí odmítanu jet. Protože si myslím, že bych to nezvládl. Byl bych vzteklej a byl bych takovej balvan, zátěž. A víte, jakou bariéru vnímám, svůj řečový handicap, je to takovej diskriminující blbej pocit, ta mluva, furt se mi to uzluje.“

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

“Problémy jsou. Bariérou jsou pro mě schody, a ty mám jak u praktického lékaře, tak i u neurologa. Nikdy bych dřív nepřemýšlel nad tím, že volba zábradlí je tak důležitá. Já se musím chytit levou rukou a tam, kde je zábradlí vpravo, tam já mám problém. Tam by bylo dobře, kdyby bylo přidělané zábradlí i na druhé straně, třeba na zdi, něco jako madlo. To by mě nikdy dřív nenapadlo. Jinak tím, že si vybírám místa dostupná, tak ani nevím, jak to je tady v regionu řešené.“

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

„Mně pomohl docela hodně, ale manželka se o to uměla postarat. Bez ženy, kdybych byl svobodnej, vdovec, nebo odkázanej sám na sebe, to by byl můj konec. Všechno je složité.“

Pokud chcete něco jiného, než je standardně nabízeno, tak je to cesta strastiplná. Od státu mám protézu, elektrický invalidní vozík, příspěvek na plošinu, na auto a příspěvek na péči ve výši 4 tisíce. Takže ano, stát se o postižené stará. Co se týká složitosti vyřizování, tak úroveň by mohla být vyšší.“

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?

„Protéza, která by mi sloužila jak dřívější pravá noha, a pak k tomu hodně pěknou dovolenou. To souvisí jedno s druhým.“

Pan B dokáže docela reálně přemýšlet o svých možnostech. Vzniklým stavem se zatěžuje přiměřeně, je uznalý a dokáže docenit poskytovanou pomoc, zejména pomoc manželky. Snaží se myslet i na ni, aby ji dopřál určitého oddechu s využitím jejího soukromí pro ni, aby neměla pocit, že je takovou zátěží, jakou vlastně je.

Rozhovor 3

Jméno: **paní C**

Narozena: 1932

Věk: 79 let

Amputace na levé dolní končetině ve stehně v dubnu 2012.

Paní C je vdova. Je menší postavy. Do doby amputace žila plnohodnotný spokojený život. Činnosti každodenního života zvládala sama bez obtíží. Denně vařila oběd pro rodinu vnuka, pomáhala jim s dvojčaty. V současné době je paní C, až na drobné výjimky, celodenně na lůžku. U rozhovoru byla i životní partnerka vnuka.

V jaké míře spokojený život jste žila před amputací.

„Spokojený, takový běžný. Všechno jsem dělala.“ Paní C žila v té době již dva roky sama. Poté co ovdověla, žila pro rodinu vnuka. Žila prací, radostí jí byla skutečnost, že je potřebná. Nikdy své zájmy nesměřovala mimo rodinu.

Co bylo příčinou amputace?

„Začaly mě bolet prsty u nohy, trvalo to asi týden, ale v neděli se to nějak zhoršilo, tak jsme jeli na pohotovost do nemocnice. Tam mně doporučili, abych jela do Prahy, že tam jsou na to dobří. V Praze jsem měla jít na pročištění cév. Dělali mi bypass, a to 4x, vždy při narkóze. Já jsem byla z těch narkóz tak zpitomělá, že já nic nevím. Ale v Praze jsem

byla asi měsíc. Po posledním bypassu mi začala noha černat. Pak nevím nic. Přitom nemám diabetes, nekouřila jsem, ani s žilami jsem neměla problémy.“

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

Paní C sice podepsala souhlas s amputací, ale nevěděla o tom. Proto byli kontaktováni synové, aby podepsali souhlas i oni. Reakce na sdělení amputace nebyla žádná, protože paní C si to nepamatuje. Pahýl se dlouho hojil. Na Léčebnu dlouhodobě nemocných přecházela ještě s nezhojeným pahýlem. Když odcházela domů, nebyla jizva vyhojená.

Měla jste okamžiky, kdy jste přemýšlela nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

„To mám pořád a pořád pláču a oni mi nadávají, ale já za to nemůžu. A nic mě nebaví, nečtu, bolí mě oči, prý mám šedý zákal, ale oční lékař tam teď není, má sám chudák zdravotní problémy, tak až zase bude. Ale do nemocnice mě nedostanou.“ Paní C užívá antidepresiva, je psychicky velmi labilní.

Co nebo kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

„Já ani nevím, dcera potom chtěla, abych šla domů. A já chtěla taky. Domů k nám jezdila 1x v týdnu paní z charity. Potom už ty cviky dělala přítelkyně vnuka. V žádných lázních jsem nebyla, nikdo mě nikam neposlal.“ Přítelkyně vnuka doplnila, že by ani nikam nešla a už vůbec by tam nevydržela.

Jak jste se ztrátou končetiny srovnala?

„Mám bolesti, bolí mě to, co nemám. Teď jsem se naučila si tady hladit nahoře takhle ten hrbolek. Žádněj neví, jaký to je, když nemáte nohu a je vám zima. Já si nemůžu vůbec zahřát ani tu zdravou nohu. Mám ji takovou chladnou.“ Paní C se stavem zatím nesrovnala, nevěří si, bojí se při chůzi, bojí se na vozíku, je lítostivá, těžce nese, že je na obtíž.

Jak to získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se se vším Vaše rodina vyrovnala?

Rodina je nápomocná, se stavem maminky i babičky se srovnala. Vzala skutečnost jako fakt. Paní C žije s rodinou dcery. Zde má svůj uzpůsobený pokoj, vedle kuchyně. Je to dobré strategické místo, je neustále v centru dění, neboť v kuchyni se odehrává nejvíc denních činností.

Jaké kompenzační pomůcky máte, které nejvíc využíváte, bylo těžké je získat.

„Mám tu protézu, invalidní vozík, ale on je takovej širokej a já se na něm bojím. Mám chodítka, toaletní křesílko, tu postel, na které ležím, tu využívám nejvíc, až mě to na ní nebaví. Je na ovládání a má tu hrazdu, já se o ni přitáhnu. Taky sedačku do vany mám a tady ten stoleček. Všechno vyřizoval syn, tak ani nevím, jak moc to bylo složité, on mě nikdo ničím nezatěžuje.“

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

„Vařila jsem, měla jsem zahrádku, ale tu zatravnili. Kytky jsem si pěstovala, za sousedkou na besedu jsem zašla. To mně stačilo. Já jsem celé dopoledne vařila, pak jsem myla nádobí a tak.“

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

„Nic, voči pro pláč, paní drahá, co Vám mám povídat. Na posteli mě to nebaví. Na vozíku mám strach, že spadnu. A s tou nohou s tou chodím jen ráno a pak už ne. To je taková příprava složitá a zdlouhavá. Musíme natáhnout gumu, pak půl hodny počkat a pak jdeme na to. Já sú vždycky tak zpcená a hlava se mně točí. Já když jdu, tak se musím dívat jen před sebe nebo pod nohy, jinak letím. Nemůžu se pustit chodítka.“

Jak se změnily možnosti Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

„Velmi. Nikam se nedostanu. Ven mě musí vynést. Na vozíku se bojím. Loni to bylo na protézu ještě brzo. Letos, jestli to budu zkoušet venku, já nevím.“

Jak se změnily schopnosti sebeobsluhy? S čím si neporadíte?

„Zeptejte se mě, s čím si poradím, bude toho míň. Ani vodu si sama nepodám, na záchodek se sama nepřemístím. Já si umím tak akorát zavolat pomoc.“ Paní C je plně závislá na pomoci rodiny.

Jak se změnily možnosti Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

„Nikam jsem nejezdila ani s dědou ne. Žilo se prací.“

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojená, šťastná, zkrátka je vám dobře. Kdy?

„Ani ne, já se cítím vopuštěná, i když jsou tu pořád se mnou.“

Co Vás nejmíc trápí?

„Že je musím tolik otravovat, každou sklínku vody, každé kousek záchodku. Manžel mi umřel, budou to 3 roky. Stodola nám vyhořela, uhodil do ní blesk-ještě, že se toho děda nedožil.“

Vnímala jste před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

„Vůbec ne.“

Jaké bariéry vnímáte nyní?

„Pro mě je problém všechno, třeba práh, když jdu s tím chodítkem. A to mě musí někdo hlídat, kdybych letěla. Všechno se musí nejprve oddělat, to je pořád přetahování věcí. Jakmile slezu z postele, tak je překážkou všechno“.

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

Paní C toto ani hodnotit nemůže, protože se mimo domov dostává jen k lékaři, a to ji rodina dopraví až na místo určení. Z pohledu rodiny jsou problémem schody, zejména tam, kde není výtah.

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

„Já nevím, o mě se stará rodina. Vozík, a další věci, co mi syn vybavil, já neplatím. Takže to je pomoc od státu. Taky ten příspěvek na péči, co dostávám, ty 4 tisíce“.

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?

„Smrt....., smrt, paní. Já jsem říkala, proč mě nenechali umřít“. Paní C je velmi lítostivá a plačtivá. Je téměř celodenně na lůžku. Na lůžku jí, ke stolu chodí minimálně. Má vedle lůžka mobilní stoleček, na něm mobilní telefon. Hovor přijme, s dětmi telefonuje často. Nevěří si, bojí se. Doba po amputaci není příliš dlouhá, odpovídá jednomu roku. Zde je předpoklad, že s pěkným počasím a většími možnostmi budou lůžko opouštět častěji. Větší kontakt s okolím by mohl přinést víc radosti a vnitřní pohody, tím zlepšení kvality života.

Rozhovor 4

Jméno: **pan D**

Narozen: 1947

Věk: 65 let

Amputace na pravé dolní končetině ve stehně v květnu 2011.

Pan D je ženatý. Je sportovní štíhlé postavy. Do doby amputace žil plnohodnotný, spokojený život. Činnosti každodenního života zvládal sám, bez obtíží. U rozhovoru byli oba manželé.

V jaké míře spokojený život jste žil před amputací.

„Když vynechám rok problémů, než k amputaci došlo, tak jsme žili spokojeně a vyloženě jsme se těšili, až bude manželka v důchodu, že budeme cestovat. Měli jsme velké plány. Jinak já mám dlouhodobé problémy se zády. Ale to mě zas tolik neomezovalo, nebralo mi to ani sportovní aktivity. Věnovali jsme se intenzivně turistice, hrál jsem i rekreačně volejbal, jezdili jsme na dovolené, na výlety.“

Co bylo příčinou amputace?

„Problémy s nohou jsem měl tak dobře 3 roky. Známý primář mi doporučil vyšetření, přemýšlel i nad operací cév, ale měl obavu, aby se tomu ještě víc neublížilo. Navíc já mám dědičné dispozice k problémům žilního systému. Sám mám vysoký cholesterol, kouřil jsem, ne moc, ale kouřil. Takže jsem doporučení respektoval, prošel vyšetření. Nejprve byla doporučena lokální léčba. Pak jsem byl opakovaně na rozšíření cév se zavedením kovové výztuže (stentu), absolvoval jsem bypass. Pak přišel rok 2010, a já začal mít problém s palcem, následně byla zjištěna zvýšená glykémie, absolvoval jsem operaci krční páteře. Další vyšetření cév, to už bylo takové oddalování. Lhůty návštěv u lékařů se prodlužovaly a já začal mít bolesti. Bolesti se stupňovaly, dávali mi maximální možné dávky léků, já už spával ve stoje, protože jinak to nešlo. V konečné fázi se s tím nedalo nic dělat.“

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

„No, v ten moment jsem si to ani tak nedokázal uvědomit. To už jsem tam ležel víc jak týden v ukrutných bolestech na opiátech, jen jsem kňučel. Víc léků už mi nemohli dát. V podstatě potom, když jsem se probudil po amputaci, tak sem se cítil chvíli dobře, obrovská úleva, nic nebolelo. Jak mi to začalo pomalu docházet, tak to byl průšvih.“

Psychicky velký problém. Do dnes se bojím přes den lehnout. Já to nedokážu říct. Od operace jsem taky nepřečetl knížku, nedokážu se patřičně soustředit.“

Měl jste okamžiky, kdy jste přemýšlel nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

„I tam i potom.“ Manželka doplnila – *„i teď.“* Dále manželka doplnila, že si manžel často posteskuje, že takovej život vůbec nemá cenu. Pan D řekl, že když vidí v televizi větší problém, třeba nevidomého člověka, tak si uvědomí, že je v „průseru“, ale ne až v takovém.

Co nebo kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

„Primář mé domovské nemocnice nám nabídl, abych na rehabilitaci přešel k nim. Já byl rád, a tak jsem se nechal přeložit blíž k bydlíšti. Nevím, jak probíhá rehabilitace jinde, ale zde neuměli pahýl ani ovázat, opravdu a to nekecám.“ Manželka doplnila, že bandážování je určitá věda. *„Rehabilitace byla minimální. Rehabilitační sestra docházela 1x denně a ukazovala mi techniky chůze a poučila mě, nač si dávat pozor. Musím ji pochválit, že se mnou chodila ze schodů, do schodů. Po 10 dnech jsem šel domů. Pak už se mnou cvičila manželka. Perfektně mi pahýl bandážovala. Polohoval jsem na břichu, jak jsme si načetli. I teď sám cvičím, zkrátka, jak jen si vzpomenu, tak se všelijak cukám. Do lázní jsem nejel, nechtěl jsem. Dál už navazovala protetika. Přijeli, změřili, řekli, kdy přijedou. Během roku, to bylo mraky návštěv, než se protéza vychytala, ale nemůžu je pochválit, to bohužel. Do dneška to tlačí, dodneška jsou s protézou nějaké problémy.“*

Jak jste se ztrátou končetiny srovnal?

„Srovnal jsem se s tím, že nemám nohu, přijal jsem to. Stalo se, lepší to nebude. Horší je, že mě bolí i ta druhá noha.“

Jak to získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se se vším Vaše rodina vyrovnala?

„Já nevím. V podstatě, my jsme byli v pohodě vždycky. Mám to v hlavě, ale nevím, jak bych to řekl. Spíš nás to semklo. Já si plně uvědomuji, jakou oporou mi manželka je. Taky vím, že ji chci mít co nejvíc doma a asi ji tím i trošku omezují. Co se týká dětí, tak dcera má též zdravotní problémy, a to nás všechny trápí navíc. To je další míra našeho společného smutku.“

Jaké kompenzační pomůcky máte? Jaké nejvíc využíváte? Bylo těžké je získat?

„Mám protézu, kterou využívám nejvíce. Mám ji téměř celý den. Delší chůzi s ní nezvládám, například do města bych nedošel. Invalidní vozík já moc nemusím. Na cesty jej bereme, kdyby bylo potřeba. Je to pro mě nepříjemné sedět na vozíku. To raději nikam, než na něm. Jinak máme upravené auto pro řízení. Opírám se o hole, to je taky pomůcka. S protézou nás oslovila protetika sama. Vyřídít vozík nebylo složité. Úpravu auta zařizovala rodina syna.“

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

„Motorismus. Dřív jsem jezdil na motorce, také závodil. Potom pasivně, jezdili jsme po závodech jako diváci. Hrál jsem rekreačně volejbal a byli jsme náruživí turisté, také jsme jezdili na kole.“

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

„Turistika se změnila na autoturistiku. Motorismus už jen v televizi, protože závodiště jsou většinou od parkoviště vzdálená a to já nezvládám a na vozíku bych tam nejel, to ne. Kolo, to je nenávratně pryč, volejbal nejde a spousta dalšího. Tak jsme to nahradili a koupili jsme čtyřkolku. Absolvujeme na ní prima výlety. Víte, v okolí není místo, kde bych dřív pěšky nebyl, a teď jsem se tam mohl po zhruba třech letech znovu podívat, a to je paráda. A věřte, že mi to všechno posílilo sebevědomí, o kterém mnohdy ani nevím, jestli je mám. To sebevědomí se mi vrátilo už úpravou auta, kdy jsem mohl znovu zasednout za volant jako řidič. Ovšem, jsou to takové chvilkové radosti, ten stav netrvá.“

Jak se změnily možnosti Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

„Co se týká dopravy, přepravy, tak zde se mi mobilita vrátila ve chvíli, když jsem získal auto s upraveným řízením. To byl takový pozitivní zlom. Podstatný. Co se týká chůze, je problém dojít. Někdy chodím, jak opilej námořník. Delší chůzi nevydržím, navíc padám, to se mi dřív nestávalo.“

Jak se změnily schopnosti sebeobsluhy? S čím si neporadíte?

„Tady v bytě, no ruce mám v pohodě, takže problém je dostat se do sprchy, schody jsou problém, v podkroví jsem nebyl od loňska, do sklepa nepřipadá v úvahu. Opřít se o linku, opláchnout hrnek, to zvládnou. Další problémem jsou boty, obutí. Já se neohnu, abych si pomohl. Snažím se, ale pomoc potřebuji.“

Jak se změnilы možnosti Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

„Všechno se tak nějak zvažuje, ale hlavně, ne vždy je nálada, energie. Zatím jsme žádnou dovolenou neabsolvovali, ale musím to nějak zvládnout, abych manželku potěšil. Jsme takoví skromnější, těšíme se z maličností. Dopřejeme si výlet, ale sport fyzický žádný, maximálně v televizi.“

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojený, šťastný, zkrátka je vám dobře. Kdy?

„No“, drobný úsměv, přemýšlení, „není jich moc, to štěstí si jaksi nechali s tou nohou v nemocnici, hajzlíci. Třeba zajedeme na nákup a pak se už těšíme domů na kafičko. Z těch obchodů se cítím nejlépe ve větším prostoru. Já v jedny ruce hůl, druhou se opřu se o košík, manželka obíhá, snáší, a já se pomalu posunuju. Víte, jak mám být šťastný, vždyť já nic nemůžu. Kouřit nemůžu, chlastat nemůžu, sladký nemůžu, pořádně se najíst kvůli cholesterolu a cukrovce taky nemůžu“, pak následoval smích, protože to byl takový protest. „Ale jsme šťastní, když máme u nás vnoučka, nebo přátele, nebo když se se ženou zasmějeme.“

Co Vás nejvíc trápí?

„Je hrozně smutnej, když jdeme třeba na ten nákup, a jde tam starej děda, šmatlá, ale jde po svejch“, řekla manželka. „Závidím starým lidem, že můžou chodit a že můžou dojít, kam potřebujou. Já jsem byl dost činorodej, já bych nevydržel posedávat, pořád jsem něco dělal. Včera jsem například uviděl, jak je auto od soli, tak si říkám, já to půjdu oštíkat. Tak jsem vytáhl „wapku“. Už jen roztažení wapky, kabel, hadici, tohle všechno, pajdat kolem. Byl jsem tam asi hodinu. Došel jsem domů a manželka říká, co ti je, ty seš tak bledej. Nohy mě bolely, záda mě bolely, já jsem byl úplně mrtvej. To byl jeden z momentů, kdy jsem si řekl, takhle se nedá pořádně žít. Je ten život hodně zkomplikovanej.“

Vnímál jste před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

„Ani ne, neuvědomuji si.“

Jaké bariéry vnímáte nyní?

„Třeba na Velikonoce jsme chtěli na Veselý kopec. Tam je parkoviště dál, já bych to neušel.“ A co vozík? „No, ono tam bylo ještě bláto“, doplnil pan D. „Když nemůže po svejch, tak nikam“, doplnila manželka. „Ale jo, musím to nějak překonat“, posteskl si pan D. Psychickou bariérou je pro pana D už jen fakt, usednout na vozík. Stydí se, vnímá

pohledy, nedokáže to překousnout. „Víte, když jsem byl doma z nemocnice a ještě jsem chůzi nezvládal, byl jsem takovej natěšeněj na cestu někam ven, tak jsme vyjeli do Tesca. Já jsem si připadal tak blbě. Třeba děcka na mě koukaly. Já vím, to jsou děti, ale já na to nemám.“

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

„Já bych řekl, že obchody jsou dostupné. Kde je výtah, tam jdeme, když tam není, tak to vynecháme“.

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

„Tak pomohl. Příspěvek na auto, příspěvek na úpravu auta a příspěvek na péči, který mám ve výši 4 tisíce, a příspěvek na mobilitu.“

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?

„Když tak přemýšlím, asi taková protéza, která by mi tu nohu lépe nahradila. Mně třeba vadí, že když přijedou z protetiky, tak oni moc nekomunikují. Já bych si představoval, že nejen, že mi jako odborníci poradí, ale naopak, budou se zajímat, budou se mě vyptávat a pak navrhnou nějaké řešení. Tak to ale není.“ Pan D, přesto, že sdělil, že se se ztrátou končetiny srovnal způsobem, že tento stav přijal, má v sobě vnitřní smutek a určitou zatrpklou.

Rozhovor 5

Jméno: **pan E**

Narozen: 1950

Věk: 63 let

Amputace na levé dolní končetině ve stehně v květnu 2011.

Pan E je ženatý, je vyšší štíhlé postavy. Do doby amputace žil plnohodnotný spokojený život. Činnosti každodenního života zvládal sám, bez obtíží. Dlouhodobě se léčí na diabetes, inzulin 4xdenně. U rozhovoru byli oba manželé.

V jaké míře spokojený život jste žil před amputací.

„Spokojeněj. Takovej jak všichni pracující. Přes týden mnoho povinností, o víkendu jsme si dopřáli odpočinku a všeho, co jsme měli rádi. Každou neděli jsme jezdili na výlety a v zimě

jsme byli venku pořád. Já jsem celý život pracoval fyzicky, tak jsem se rozhodl, že půjdu do předčasného starobního důchodu, protože manželka byla od dubna toho roku taky ve starobním důchodu. A už jsme plánovali, co budeme podnikat. Dcera žije v zahraničí, není to daleko. Nebudete mi věřit, já jsem bral v září 2011 svůj první starobní důchod a v listopadu bylo všechno úplně jinak.“

Co bylo příčinou amputace?

„To přišlo jak blesk z čistého nebe. My jsme čtrnáct dní před tím tancovali. Byli jsme na zábavě seniorů, každý kolečko jsem vytáčel. To bylo 6. listopadu a 23. listopadu jsem měl po amputaci. Jak to začalo? Od úterý jsem měl teplotu. Jelikož vnouček byl před tím nemocný, tak sem si říkal, nějaká chřipka, ale nic mě nebolelo. V sobotu jsem se cítil lépe. Byl jsem po té chřipce takovej upocenej, tak jsem si řekl, že se vykoupu. Jak jsem lezl do vany, tak jsem uviděl zespod nohy puchýř. Jak jsem se na té noze otočil, tak jsem to strhl. A safra, řekl jsem si. Volal jsem manželku, ať se jde podívat. Pod tím puchýřkem to bylo živé. Manželka mi to potom promazala a zavázala, vůbec mě to nebolelo. Druhý den jsme jeli do nemocnice. Tam to ošetřili, dostal jsem léky a pozvali na nás na úterý na rentgen a na kontrolu. V úterý už lékař řekl, že to není dál dobré pro ambulantní léčbu, že musím zůstat. Odpoledne jsem byl už na kapačkách. Prsty najednou začaly modrat, já jsem jim říkal borůvky. Palec jakž takž, malíček také, ale ty další tři. Já jsem jim říkal, holky moje, vy vypadáte. Na patě jsem vnímal, jak se ta barva mění. V nemocnici vůbec nechápali, jak to rychle letělo nahoru. Kdyby ten zánět nějak odešel, tak by to dopadlo dobře. No a asi kdybych nebyl diabetik.“

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

„Já jsem byl takovej otupělej. Přišel za mnou pan doktor, on je takovej tvrdší a ráznej. Řekl mi, že se nedá nic dělat, že noha musí pryč, není jiná alternativa. Já se zeptal kdy a on mi odpověděl, co nejspíš. Tak já řekl dobře, tak co nejspíš. Opravdu jsem byl otupělej, bylo mně to nějak jedno, jinak tu svou reakci nechápu. Pan doktor mi řekl, tak vezměte telefon, obvolejte rodinu a řekněte, co jsem Vám řekl. Tak já jsem obvolal rodinu. Ta moje reakce byla taková, jak kdybych přijal nějaké absolutně nicotné sdělení. Bylo to po těch lécích či nějakém otupění. Zkrátka přijal jsem to jako neměnný fakt, doted' to nechápu. Navíc podotýkám, neměl jsem žádné bolesti.“

Měl jste okamžiky, kdy jste přemýšlel nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

„Neměl, zatím ne, ani v nemocnici. Já sem věděl, že budu chodit, že mi někdo dá tuto nohu, o kterou se budu moct opřít.“

Co, či kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

„V nemocnici jsem byl asi měsíc, hned za 14 dní po amputaci jsem začal cvičit. Chodila tam rehabilitační sestra, která byla nepříjemná. Ona mě unavila cvičením, a pak mě postavila na nohy. No, nevím, jestli mi to pomohlo, ale nezapomenutelné vzpomínky na ni mám. Ona mne až bila, a to nepřeháním. Učila mne technice chůze a sebeobsluhy takovou rázností, že jsem se jí až bál. Když jsem se při změny polohy ze sedu do stoje chytil špatně, praskla mě po ruce takovou silou, že to skutečně bolelo. Ale ten, kdo mi skutečně pomohl, to byla samozřejmě manželka. Nastudovala si vše, naučila se perfektně bandážovat pahýl. I lékař v nemocnici si všimnul, jak pěkně mám pahýl bandážovaný. Navíc výsledek se dostavil, protože mám pahýl kónický, zkrátka přímo předpisový. A takhle se stará pořád.“

Jak jste se ztrátou končetiny srovnal?

„Zatím úplně ne. Zatím se dívám po zdravých lidech. Ale, zle se necítím. Je to tím, že mě pahýl nebolí. Protézu mám téměř celý den. Nechali jsme si upravit řízení v autě, takže řídím. Koupili jsme si čtyřkolku. Jezdíme spolu s manželkou a dá se říct, že nás to oba baví. Je to takový balzám na duši.“

Jak to získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se se vším Vaše rodina vyrovnala?

„Rodiny dětí to přijaly dobře. Náš vťah s manželkou to snad upevnilo. Určitě se to promítlo do vzájemných vztahů pozitivně, ale každé to vnímáme jinak. Manželka má na druhou stranu strašný práce. Všechno mi musí přichystat. Zůstává na ni i hodně povinností kolem zahrady a údržby domácnosti.“ Manželka pana E, je starostlivá citlivá paní, která se s celou situací vyrovnává daleko obtížněji než její manžel. Vzala na sebe všechny povinnosti, veškerou zodpovědnost. Stav či situace ji více méně pomalu unavuje. Špatně spí, její myšlení je spíš negativní, navíc si nedopřává potřebné kompenzace. Působí unaveně. Ten kdo v této domácnosti září není zdaleka ona. Odpočine si u činností na počítači, to je až večer.

Jaké kompenzační pomůcky máte, jaké nejvíc využíváte, bylo těžké je získat.

„Nejvíc používám protézu, já ji mám celodenně. Jen odpoledne si ji oddělám, hodinu, dvě si odlevím, pak ji nasadím. Invalidní vozík nemám. Mám hole a máme doma madla, kde je potřeba.“ Pan E má upravené auto. Úpravu auta si platil, zařizovala to rodina.

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

„Zahrada, stroje, například zahradní traktůrek – s vnukem jsem na něm hodně jezdil. Pěstovali jsme turistiku, houbařili jsme.“

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

„Víte, utužila se nám některá přátelství. S přáteli jezdíme na výlety. Novým koníčkem je autoturistika a hlavně výlety na čtyřkolce.“

Jak se změnila možnosti Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

„Od té doby, co máme upravené auto, odřídím všechno. Manželka se nařídila také dost, ale není to její záliba. S protézou chodím docela jistě, už si беру jen jednu hůlku. Na čtyřkolce vyjedu všude. Koupili jsme si kufřík na 2 helmy, dokážeme si připravit jídlo na cestu a jedeme. Je to takový balzám na duši, a otevřelo nám to další možnosti.“

Jak se změnila schopnosti sebeobsluhy? S čím si neporadíte?

„Podstatně. Jsem závislý na pomoci. Neuvařím si, nepřenesu si na stůl, bez pomoci se nevykoupu. Manželka mi připravuje oblečení, pomáhá s botami. Manželka se se mnou nadře. Kdyby mi manželka na týden odjela, jednak by mi bylo smutno, taky jsem si zvykl na takové pohodlí a pak nevím, jak bych si poradil.“

Jak se změnila možnosti Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

„Ted', v současném stavu, když nemám bolesti, mám auto, které mohu řídit, protézu, která mi vyhovuje, tak jsou naše možnosti reálné. Samozřejmě jsou věci, které zatím nezměním. Byli jsme na bazénech v Laa. Měl jsem kraťasy, na protéze punčochu. Seděl jsem na lehátku, četl, ale do vody ne. Tam je i to sedátko na spuštění do vody. Čekal jsem, jestli tam někdo takový jako já není, že by to byl takový impuls. Nikdo takový ale nepřišel, takže jsem se nekoupal. Ale výlet byl fajn.“

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojený, šťastný, zkrátka je vám dobře. Kdy?

„Určitě, jsou to okamžiky, kdy jsem s dětmi, jejich rodinami, s manželkou. Taky když se mi něco povede. Když nás navštíví přátelé nebo když navštívíme my je. Když zvládneme dobře nějakou cestu, výlet.“

Co Vás nejvíc trápí?

„Nemůžu říct, že bych se trápil. Nejhorší jsou pro mě večery. Přes den není na takové myšlenky čas. Večer lehnu, nahmatám a noha není. Je pravda, že mám pocit, že když jdu, tak se po mě lidé dívají, že mě sledují, ale nesledují, to je jen ten pocit.“

Vnímal jste před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

„Nevnímal.“

Jaké bariéry vnímáte nyní?

„Když někam jedem, tak přemýšlím, jak dostupná bude toaleta, jestli tam budou madla, jestli bude kde umýt ruce, jestli tam budou schody. Až to na místě zjistím, tak už jsem klidný. Když jsme měli cestovat do toho Laa, taky jsem byl nesvůj, kde se budu převlékat, jaká tam bude dostupnost a zase, jestli tam budou schody, jak bude daleko na toaletu a tak dál. Takže bariéry vnímám a snažím se je zvládat.“

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

„K tomu můžu říct, že k lékaři jsou například schody, ale je tam zábradlí, pak už rovina, jsou tam židle. Obchody jsou dobře dostupné. Na Domě zdraví, tam není v jedné části výtah a tam je mnoho schodů a špatná dostupnost.“

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

„No tak pomohli mně, že mně dali tu nohu, ale jinak v ničem. Lékařská pomoc ano. Všechno musela manželka vyhonit, příspěvek na úpravu na auto, nedostali jsme ani korunu.“ Panu E je poskytován příspěvek na péči ve výši 8 tisíc a příspěvek na mobilitu 400 korun. Dále mám speciální sKartu s výhodami zdravotně postiženého s průvodcem.

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?

„Myslím si, žádná lepší kvalita života nebude, než je. Ženu jinou bych nechtěl, jsem rád, že ji mám. Jsem relativně spokojený.“ Manželka doplnila slovy: *„Pokud bych to mohla říct za*

manžela, tak kvalitu života by mu zlepšila protéza, se kterou by byl schopen něco dělat. On by totiž rád něco dělal, chtěl by něco přibít, přidělat, ale to nejde. To je pravda, člověk se ohne, má problémy se narovnat, tak to raději nedělá“, potvrdil pan E.

Pan E je v dobré psychické pohodě, je silný a spokojený se stavem, kterého společně se ženou po získaném handicapu dosáhli. Je pozitivního myšlení, je v něm určitá energie. Tak působí. Manželka pana E na sebe vzala veškerou zodpovědnost, starosti, povinnosti. Je šikovná, ochotná, úzkostlivá, pečující, až přeopečovávající. Pan E by mohl některé drobné činnosti zastat nebo alespoň zkusit. S největší pravděpodobností by se jim nebránil.

4.3 Vyhodnocení výzkumného šetření

V rozhovorech byli osloveni 4 muži a 1 žena, věková struktura byla 63, 63, 65,74 a 79 let. Všechny amputace byly provedeny v oblasti stehna, tedy nad kolenem. Jednalo se o vysoké amputace. Amputace byly provedeny v časovém horizontu od roku 2008 až 2012. Tři respondenti žijí v manželství, dva žijí osamoceně (rozvedený, vdova).

Výsledky výzkumu jsem zařadila do 14 okruhů, podle zkoumaných oblastí:

1. Život před amputací
2. Reakce na informaci o nutnosti amputace
3. Rehabilitace a rekonvalescence
4. Vyrovnaní se se získaným postižením
5. Rodina a získané postižení
6. Kompenzační pomůcky a míra závislosti
7. Zájmy a koníčky před amputací a po amputaci
8. Doprava a pohyb po amputaci
9. Sebeobsluha po amputaci
10. Možnosti aktivního odpočinku po amputaci
11. Stav psychiky jedince se získaným postižením
12. Bariéry a znevýhodnění
13. Úroveň pomoci státu postiženým
14. Možnosti zlepšení kvality života

Obsahová analýza a rozbor získaných dat.

1. Život před amputací

Všichni respondenti žili plnohodnotný spokojený život, aktivní a zcela soběstačný.

2. Reakce na sdělení, že bude provedena amputace

Amputace se uskutečnily většinou v rychlém časovém sledu. Reakce na sdělení skutečnosti, že bude provedena amputace, byly většinou překvapivě smířené. Ve třech případech měli posuzovaní v době před provedeným zákrokem tak velké bolesti, že tento zákrok přijali jako ukončení utrpení. Jedna z posuzovaných nebyla při plném vědomí a reakce posledního respondenta byla i pro něj samotného překvapivá, jak tento fakt přijal. Dle jeho mínění byl otupělý léky. Dodnes si to neumí vysvětlit. Přitom neměl bolesti.

3. Rehabilitace a rekonvalescence

Co se týká rekonvalescence a rehabilitace, zde respondenti žijící v manželství hodnotili nejvyšší míru pomoci od partnerů. Osamělí jsou navíc věkem starší, ti rehabilitaci z hlediska pomoci nedokázali zhodnotit.

4. Vyrovnání se se získaným postižením

Se ztrátou končetiny se nesrovnal žádný z posuzovaných. Jeden z posuzovaných se vymezil tak, že tento stav přijal. Všech posuzovaných se dotkla myšlenka, zdali stojí za to žít. V překvapivé míře větší počet posuzovaných tuto myšlenku vnímá stále aktuálně.

5. Rodina a získané postižení

Co se týká vztahů v rodině, partneři se stali velkou oporou. Došlo k posílení vztahů. Rodiny jako takové se s postižením relativně vyrovnaly, ale došlo tady k určitému přetížení až omezení partnerů, v našem případě partnerek. Přetížení v důsledku větší fyzické i psychické zátěže. Psychickou zátěží je zejména míra přijaté zodpovědnosti a vnitřní síla, se kterou podporují své partnery. Ne všechny partnerky si dokážou dopřát určitou potřebnou kompenzaci, kterou je například péče o sama sebe. Partneři se získaným postižením jsou ve větší míře na partnerky upnutí, čímž dochází v některých případech k určitému nechtěnému omezování. U osamělých, v našich dvou případech, k takové vazbě či upnutí na rozšířenou rodinu nedošlo, o to víc se cítí osamělí.

6. Kompenzační pomůcky a míra závislosti

Všichni respondenti používají kompenzační pomůcky. Všichni používají protézu, ale v různých mírách využití. Tam, kde je protéza vzhledem ke zdravotnímu stavu či fyzickým schopnostem postiženého používána okrajově, je ve větší míře využíván invalidní vozík.

7. Zájmy a koníčky před amputací a po amputaci

Zájmy a koníčky posuzovaných byly různé, všichni žili aktivní život. U všech došlo v důsledku získaného postižení k omezení možností. Mladší ročníky si našly jiné zájmy. Věkem starší posuzovaní čelí přídavným zdravotním problémům, v našem případě dále pocitu osamění. Jejich možnosti jsou omezené. Mají méně energie a odvahy, více na ně doléhá smutek a deprese.

8. Doprava a pohyb po amputaci

Co se týká změny v dopravě, zde záleží na předešlých schopnostech, dále finančních možnostech. Nikdo z posuzovaných nezvládá bez komplikací přepravu hromadnými prostředky. Mezi posuzovanými jsou ti, co řídili auto a dosáhli na úpravu vozu z příspěvku státu nebo si tuto úpravu zařídili a uhradili. Ti jsou v dopravě soběstačnější. Pak jsou tu ti, co auto řídili, ale další handicap nebo finanční nesolventnost je z možnosti této výhody vyřadily. Ti jsou téměř plně odkázaní na pomoc jiných osob. Pak je tu možnost, že auto nebo jiný dopravní prostředek neřídili, byli odkázaní na hromadnou dopravu. I ti jsou plně odkázaní na pomoc jiných osob. Co se týká změn v možnosti pohybu, jsou dotčeni všichni. Těm, co zvládají samostatně chůzi s protézou, chybí výdrž, obtížně překonávají bariéry (třeba schody). Ti, co zvládají pohyb s protézou s pomocí (opory, chodítka, jiné osoby) využívají chůzi jako způsob rehabilitace a posilování dolních končetin (končetiny a pahýlu), ne jako způsob možného pohybu. Pohyb, to není jen koncentrovaná chůze. To je například běh, skok, dřep. Zde se změnila možnost všech absolutně.

9. Sebeobsluha po amputaci

Schopnosti sebeobsluhy jsou dotčeny též u všech posuzovaných. Jen rozsah schopností je každému daný individuálně, dle možností pohybu, dle šikovnosti (houževnatost s opatrností), dle nezbytnosti si poradit. Rozhodující tu je i míra zdravé odvahy, odhad vlastních schopností, kladení si a překonávání určitých dílčích cílů. Většinou si lidé s tímto handicapem neporadí s hlavní hygienou, s přípravou jídla. Sami nezvládají nákupy,

návštěvy lékařů, nevyřídí po úradech. Nevládají údržbu domácnosti, prádla, domu a okolí. Celkově mají problém se začleněním se do běžných aktivit, odpovídajících věku.

10. Možnosti aktivního odpočinku po amputaci

Aktivní odpočinek je široké pojetí. Tím i jeho možnosti. Někdo vnímá aktivní odpočinek i v koukání na televizi. Když přijmeme tuto variantu, dá se říct, že si každý ten svůj aktivní odpočinek najde a dopřeje.

11. Stav psychiky jedince se získaným postižením

Co se týká dotazů k pocitu štěstí, spokojenosti, radosti ze současného života. Jak často a zdali vůbec nastávají stavy, kdy je posuzovaným dobře? Nad těmito otázkami respondenti více přemýšleli. Je to pro ně těžká otázka. Pocity štěstí jsou okamžiky a není jich moc. Tyto pocity se váží k partnerům, dětem, vnoučatům, zkrátka k rodině. Dále ke kamarádům, přátelům, ale k i k okamžikům, když se něco povede (zvládnutí nějakého cíle, posun v soběstačnosti). Z pohledu dotazovaných to štěstí tak trochu zůstalo s končetinou v nemocnici. To co nejvíce trápí dotčené tímto handicapem je míra závislosti na ostatních (obtěžují, jsou vyřazeni, závidí základní schopnosti sebeobsluhy podstatně starším lidem), míra omezení toho, co všechno nemohou dělat (pracovat, sportovat), estetické znevýhodnění (psychický blok, když se mají svléknout, omezené možnosti v létě, koupání).

12. Bariéry a znevýhodnění

Co se týká bariér, před amputací je nikdo z dotázaných nevnímal. Dnes vzhledem k možnostem pohybu, je vnímají všichni. Pro někoho je bariérou práh ve dveřích, pro mnohé překonání delší vzdálenosti, pro většinu jsou bariérou schody a špatně přístupná toaleta. Dle možností se na odstraňování bariér celospolečensky dlouhodobě pracuje, takže dostupnost v regionu hodnotí dotazovaní celkem dobře. Dobře hodnotí obchody, všeobecně nové stavby. Problémem zůstávají starší a dosud neřešená zdravotní zařízení. Zde jsou bariérou téměř vždy schody. Všeobecnou dostupnost v regionu hodnotí respondenti dobře. Zejména dostupnost obchodů.

13. Úroveň pomoci státu postiženým

Co se týká úrovně péče naší společnosti o jedince s postižením a pomoci státu, v představách těchto lidí se jedná většinou o pomoc materiální. Zde nastalo určité váhání. Názor není tak jednotný. Z výzkumu vyplývá, že vyřizování pomoci je složité a zdoluhavé.

Toto činnost v době po amputaci handicapovaní nezvládají, veškeré povinnosti zůstávají na rodině. Míra úspěchu záleží na mnoha faktorech. Jedním z podstatných faktorů je míra schopností, houževnatosti, přehledu a komunikativnosti vyřizujícího. Přehled je velmi důležitý, neboť informovanost je mnohdy zmatečná. Přesto, že nad pomocí státu zůstala určitá skepse, všichni zdravotně znevýhodnění mají vyřízeny příspěvky na péči v částkách minimálně 4 tisíce měsíčně. Všichni mají vyřízený příspěvek na mobilitu 400 korun měsíčně. Dále jsou držiteli speciálních sKaret s výhodami průkazů zdravotně tělesně postižených nebo držiteli průkazů mimořádných výhod. Všichni znevýhodnění vlastní parkovací karty na vyhrazená stání. Respondentům byly ve dvou případech poskytnuty příspěvky na pořízení auta, v jednom případě na úpravu auta, v jednom případě byl poskytnut příspěvek na pořízení a instalaci plošiny. Pouze jedna žádost nebyla vyřízena ve prospěch handicapovaného, neboť došlo k legislativní úpravě. Z výzkumu vychází, že tato pomoc je přijímána některými znevýhodněnými automaticky až nárokově. Možnost pomoci se mění v očích některých postižených v povinnost státu pomoci.

14. Možnosti zlepšení kvality života

V konečném důsledku, to co by mohlo těmto lidem zlepšit kvalitu života, není větší míra všeobecné dostupnosti, není to ani jen větší přínos finančních prostředků. Kdyby to šlo, vrátili by všichni čas zpět. Jelikož to nejde, mají své sny a přání. Osamělým by mohlo pomoci začlenění do kolektivu. Dům s pečovatelskou službou nebo Domov pro seniory je pro mnohé osamělé možným řešením. Zejména tam, kde se střídají pocity osamění, deprese nebo pocity, že jsou tito lidé na obtíž (pan A, paní C). Ostatní vidí zlepšení kvality života v protéze, která by jim sloužila jak dřívější noha. V protéze, která by tu nohu lépe nahradila. V protéze, se kterou by byli schopni něco dělat. Jelikož ve zkoumaném vzorku byli 4 muži a jedna žena, týká se následná prezentovaná touha právě mužů. Touží po protéze, se kterou by se stali opět plnohodnotnými muži. Muži kutily, muži sportovci.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou získaného postižení. Cílem této práce bylo zodpovědět výzkumné otázky:

V jaké míře mění amputace dolních končetin kvalitu života jedince?

Jak ovlivňuje amputace dolních končetin kvalitu života rodiny postižených?

Co může usnadnit těmto znevýhodněným jedincům začlenění do běžného života a zlepšit jejich celkovou situaci?

Výzkum byl realizovaný kvalitativní metodou technikou rozhovoru, který byl vedený s pěti osobami v postproduktivním věku. Všechny osoby žily do doby amputace aktivní plnohodnotný, zcela soběstačný život. Tímto výzkumem a závěrečnou analýzou postojů a názorů znevýhodněných osob jsem došla k tomuto zjištění.

Na první položenou otázku, v jaké míře mění amputace dolních končetin kvalitu života jedince, jsem došla k následujícím poznatkům. Ztráta končetiny je významným zásahem do života jedince. Dochází k omezení hybnosti a soběstačnosti. Podstatně se zvýší míra závislosti na jiné osobě nebo okolí. Sníží se možnosti toho, co mohu znevýhodnění vykonávat. Je narušena psychická vyváženost a odolnost. Je dotčeno sebevědomí a sebepojetí estetickým znevýhodněním. Vytrácí se pocit pohody, který pramení ze spokojenosti. Pro jedince je obtížné tento stav přijmout a vyrovnat se s ním. V podvědomí všech zůstává nevymazatelný smutek. Pocit spokojenosti s vlastním životem je tímto handicapem významně dotčen. Je narušena rovnováha mezi životními cíli a objektivními podmínkami. Jedinec má možnost srovnávat a srovnává. Další život je ovlivněn psychickou pohodou, aktuálním zdravotním stavem a rodinou vazbou. **Amputace dolních končetin mění celkovou kvalitu života jedince v podstatné míře.**

Na druhou položenou otázku, jak ovlivňuje amputace dolních končetin kvalitu života rodiny postižených, jsem získala další zajímavé poznatky. Ztráta končetiny jedince je zásadním zásahem do života rodiny, zejména do života partnerů. Co se týká vztahů v rodině, dochází k posílení zejména fungujících vztahů. Partneři se stávají velkou oporou. Dostávají se do nové role. Nezbytná fyzická i psychická zátěž však způsobuje jejich přetížení a únavu. Jedinci se získaným postižením jsou na partnery silně emočně vázání, čímž dochází až k jejich nechtěnému omezování. Ne všichni partneři, zejména partnerky, si dokáží dopřát potřebnou kompenzaci. Svazuje je míra odpovědnosti a pocit

sounáležitosti. Nerovnováha mezi dáváním a přijímáním péče je velkým problémem, mnoha vyčerpaných pečujících osob. Jsou dotčeny jejich volnočasové aktivity. **Amputace dolních končetin jedince mění v nepřehlédnutelné míře kvalitu života celé jeho rodiny.**

Poslední položenou otázkou bylo, co by mohlo usnadnit těmto znevýhodněným jedincům začlenění do běžného života a zlepšit jejich celkovou situaci. Na základě získaných výsledků lze konstatovat, že je potřebné změnit přístup k osobám se získaným postižením. Projevit zájem a porozumění, nikoliv soucit. Nepřehlížet jejich handicap. Navázat kontakt. Tito jedinci velmi dobře přijímají jakékoliv kladné sociální ladění. Tím je myšlen pozitivní optimistický přístup a vhodně zvolená pomoc. Projevený zájem posílí jejich sebevědomí, sounáležitost, kladně ovlivní jejich sebepojetí. Tento vhodně projevený zájem naruší pocit osamění. Bylo by též dobré vést děti a mládež k prosociálnímu chování ve vztahu k handicapovaným osobám. Potom nebudou znevýhodněné osoby sledovány upřeným zrakem okolí a zmiňování si odpustí různé ústrky, posunky či jiné nevhodnosti, které zraňují. Další rezervy jsou v informovanosti. Přesné informace a adresné vedení jsou pro člověka s handicapem přínosem a jistotou. Pomohla by provázanost resortu zdravotnictví s resortem sociálních věcí. Například nedostatečné znalosti některých lékařů v oblasti sociálních služeb a jimi podané nepřesné informace vedou k dezorientaci, zdoluhavému vyřizování, následnému zklamání a pocitu křivdy. K informovanosti by bylo vhodné i rozšířené poradenství formou terénní služby. Zejména takto postiženým jedincům a jejich rodinným příslušníkům by mohla velmi pomoci prvotní psychologická péče, za kterou by nemuseli sami nikam dojíždět a vyhledávat ji. Posun a dostupnost v oblasti protetiky pak bude pro jedince s handicapem splněním snů a přání.

Sociální pedagog působí na osoby ve směru optimálního rozvoje. Jeho působení je i nezbytné při integraci osob, které se nacházejí v krizové situaci a potřebují odbornou pomoc. Takovou situací je stav, který jedinec není schopen překonat vlastními silami. Patří sem traumatické, nepředvídatelné, velmi bolestivé situace. Takou situací je i amputace dolní končetiny, jakožto získané postižení. Rozhovory, které jsou v této práci zaznamenané, odkrývají a zpřístupňují pocity znevýhodněných. Pokud se tato práce dotkne nějakým způsobem kohokoliv a tím změní jeho postoj k handicapovaným, pak toto působení naplnilo poslání sociálního pedagoga, a má svůj význam.

V závěru jsem ještě analyzovala stav, jestli by byly výsledky mého výzkumu odlišné, kdyby byli respondenti v produktivním věku. Předpokládám, že nebyly. Celková kvalita

života v různé dimenzi se mění u všech dotčených skupin bez ohledu na věk. Problematika kvality života osob se získaným postižením si však zasluhuje další zkoumání a pozornost odborníků.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

PRÁVNÍ NORMY

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení.

Vyhláška č. 369/2001 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bariérové užívání staveb.

MONOGRAFIE

DYLEVSKÝ, I., *Pohybový systém a zátěž*. Praha: Grada, 1997. ISBN 8071692581

FILIPIOVÁ, D., *Život bez bariér*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 978-80-7169-233-6.

GURKOVÁ, E., *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-0179-0.

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

KŘIVOHLAVVÝ, J., *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, 162-176 s. ISBN 978-80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, s.r.o., 2001, 40 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

KŘIVOHLAVVÝ, J., *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 978-80-7169-349-9.

- KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985.
- KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2009, 23 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
- MURPHY, R., *Umlčené tělo*. Praha: Slon, 2001, 90 s. ISBN 978-80-8585-098-2.
- NOVOSAD, L., *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOSAD, L., NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým postižením: uvedení do problematiky*. Liberec: Technická univerzita, 2000, 5-17 s. ISBN 978-80-7083-383-1
- OPAŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D., *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 29-51 s. ISBN 978-80-210-4575-0.
- PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M., *Terapie ve speciální pedagogické péči*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2001. ISBN 978-80-731-5010-7.
- PROCHÁZKOVÁ, L., *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: Paido, 2006, 10 s. ISBN 978-80-7315-120-0.
- SMUTNÝ, M., *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009, 3-15 s. ISBN 978-80-254-3820-6.
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 2004. ISBN 978-80-7184-929-4.
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008, 179-183 s. ISBN 978-80736-7414-4.
- VÍTKOVÁ, M., *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. ISBN 978-80-8593-169-9.
- VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 978-80-246-0708-5.
- VÝROST, J. SLAMĚNÍK, I., *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2008, 89-96 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- ZEMAN, M. et al, *Speciální chirurgie*. Praha: Galén 2006, 369-371 s. ISBN 978-80-726-2260-9.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Aplikace, výroba a opravy ortopedicko-protetických pomůcek. Dostupné z:

<http://www.maprotetika.cz/navod.html> (16. 2. 2013)

Metodika kategorizace přístupnosti objektů. Dostupné z:

http://www.presbariery.cz/prilohy/metodika_kategorizace_pristupnosti.pdf (23. 3. 2013)

Psychologie sportu. Dostupné z:

<http://www.fsps.muni.cz/dokumenty/pdf/Psychologie-sportu-studijni-text.pdf> (16. 2. 2013)

PŘÍLOHA P I: VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V jaké míře spokojený život jste žil (a) před amputací.

Co bylo příčinou amputace?

Jaká byla Vaše reakce, když Vám lékař sdělil, že přijdete o končetinu?

Měl (a) jste okamžiky, kdy jste přemýšlel (a) nad tím, jestli stojí za to ještě žít?

Co nebo kdo Vám při rekonvalescenci a rehabilitaci nejvíce pomohl?

Jak jste se ztrátou končetiny srovnal (a)?

Jak to získané postižení zatížilo vztahy ve Vaší rodině? Jak se s novou situací Vaše rodina vyrovnala?

Jaké kompenzační pomůcky máte? Jaké nejvíc využíváte? Bylo těžké je získat?

Jaké byly Vaše zájmy, koníčky, záliby před amputací?

Jaké záliby Vám zůstaly? Máte nové koníčky? Jaké?

Jak se změnily možnosti Vašeho pohybu, Vaší dopravy?

Jak se změnily schopnosti sebeobsluhy? S čím si neporadíte?

Jak se změnily možnosti Vašeho aktivního odpočinku (dovolené, turistika, sport, hobby)?

Jsou okamžiky, kdy se cítíte spokojený, šťastný, zkrátka je vám dobře. Kdy?

Co Vás nejvíc trápí?

Vnímal (a) jste před amputací nějaké bariéry kolem sebe?

Jaké bariéry vnímáte nyní?

Jak hodnotíte všeobecnou dostupnost, zejména v regionu, kde žijete?

Jaká je podle Vás úroveň péče naší společnosti o jedince s postižením? Jak pomohl stát Vám, a čím.

Co by Vám, podle Vašeho názoru, zlepšilo kvalitu života?