

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Kvalita života jedinců po amputaci končetin

Diplomová práce

Autor: Mgr. Lucie Kligerová
Studijní program: N 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.
Oponent práce: Mgr. Tereza Koliášová, Ph. D.



Zadání diplomové práce

Autor: Lucie Kligerová

Studium: P15K0197

Studijní program: N7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení

Název diplomové práce: **Kvalita života jedinců po amputaci končetin**

Název diplomové práce AJ: Quality of life in patients after amputation

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se věnuje posouzení kvality života jedinců po amputaci končetin. Přiblíží jejich subjektivní zhodnocení dílčích oblastí života, především názory na partnerství a možnosti trávení volného času. V teoretické části diplomové práce bude vymezen pojem amputace a popsány specifické potřeby jedinců po amputaci končetin, včetně bariér, které mohou v životě jedince po amputaci nastat. Budou definovány pojmy kvalita života, volný čas a představena občanská sdružení, pomáhající lidem po amputaci končetin. V praktické části bude za pomoci standardizovaného testu kvality života realizováno výzkumné šetření s cílem zjistit názory lidí po amputacích. Podrobněji bude rozpracována oblast partnerství a možností trávení volného času. Budou představeny aktivity, které nabízí občanské sdružení No Foot, No Stress a za pomoci dotazníkového šetření zhodnocen přínos nabízených aktivit a četnost jejich využívání.

1) GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259. 2) NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2000, 58 s. 3) SMUTNÝ, Milan. Informace pro pacienty po amputaci končetiny. 2. vyd. Překlad Sylva Homolová. Brno: MS ortoprotetika, 2013, 72 s. ISBN 978-80-260-3903-7. 4) VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. Kvalita života: teoretická a metodologická východiska. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005, 143 s. ISBN 80-210-3754-7.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: Mgr. Tereza Koliášová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucí diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 22. 6. 2018

.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a vstřícný přístup při zpracování mé diplomové práce. Děkuji také všem, kteří mi poskytli data k výzkumnému šetření a zároveň byli inspirací pro tuto diplomovou práci. Největší poděkování patří mé rodině, která mi byla po celou dobu oporou, a to během celého studia.

Anotace

KLIGEROVÁ, Lucie. *Kvalita života jedinců po amputaci končetin..* Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018, 113 s. Diplomová práce.

Předkládaná práce se zabývá tématem kvality života lidí po amputacích. První kapitola diplomové práce se zabývá problematikou amputací. Druhá kapitola diplomové práce se zabývá oblastmi života, které jsou amputací končetin výrazně zasaženy a ovlivňují celkovou kvalitu života jedince. Třetí kapitola je věnována možnostem podpory jedinců po amputaci končetin. Poslední kapitola teoretické části se věnuje pojmu kvalita života a samotnému měření.

Výzkumná část zaznamenává názory osob po amputacích na současnou kvalitu života. Podrobněji rozpracovává oblast partnerství a oblast možností trávení volného času. Pro výzkumnou část diplomové práce byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Předlohou pro dotazník se stal standardizovaný dotazník pro zjišťování kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF, který byl upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval účelům výzkumu. Z dotazníku bylo využito několika základních otázek, které se týkají předkládané práce. Podrobněji byla rozpracována oblast partnerství a volného času, které jsou zásadní pro naplnění cíle diplomové práce. Další část praktické části představuje občanské sdružení No Foot, No Stress a za pomoci dotazníkového šetření zhodnocuje přínos nabízených aktivit a četnost jejich využívání. Metodou sběru dat byl krátký dotazník vlastní konstrukce.

Klíčová slova: amputace, kvalita života, partnerství, volný čas

Annotation

KLIGEROVÁ, Lucie. *The quality of life after amputation*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018. 113 pp. Diploma Degree Thesis.

This thesis deals with the topic of the quality of life of people after amputations. The first chapter of the diploma thesis deals with the issue of amputations. The second chapter of the diploma thesis deals with the areas of life, which are amputated extremities significantly affected and affect the overall quality of life of the individual. The third chapter is devoted to possibilities of support of individuals after limb amputation. The last chapter of the theoretical part deals with the concept of quality of life and measurement itself.

The research part records the views of people after amputations on the current quality of life. It discusses in more detail the area of partnership and the area of leisure activities. For the research part of the diploma thesis, a questionnaire of own construction was created. The questionnaire template has become the World Health Organization standardized WHOQOL - BREF quality - of - life questionnaire that has been adapted to best fit the research purposes. The questionnaire used several basic questions related to the presented work. The area of partnership and leisure time, which are essential for the fulfillment of the aim of the thesis, has been elaborated in more detail. Another part of the practical part is the civic association No Foot, No Stress a using a questionnaire survey, evaluates the benefits of the activities offered and the frequency of their use. The data collection method was a short questionnaire of its own design.

Key words: amputation, quality of life, partnership, leisure

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomová práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

Obsah

Úvod.....	10
1. Amputace	12
1. 1. Pojem amputace.....	12
1. 2. Etiologie amputace	13
1. 3. Typy amputací.....	15
1. 4. Předoperační péče a následná pooperační péče.....	17
1. 5. Bariéry.....	19
2. Vliv získaného tělesného postižení na jednotlivé oblasti života.....	21
2. 1. Partnerství, rodina.....	21
2. 1. 1. Vliv získaného postižení na partnerský život.....	22
2. 2. Pracovní uplatnění	24
2. 2. 1. Pracovní uplatnění osob po amputaci končetin.....	25
2. 2. 2. Legislativa upravující zaměstnávání	25
2. 2. 3. Současné možnosti hledání vhodné pracovní pozice	26
2. 3. Trávení volného času	27
2. 3. 1. Funkce volného času.....	29
2. 3. 2. Možnosti trávení volného času osob po amputaci.....	30
3. Možnosti komplexní péče a podpory osob po amputaci.....	36
3. 1. Ucelená rehabilitace.....	36
3. 1. 1. Dílčí složky ucelené rehabilitace.....	37
3. 2. Poradenství.....	39
3. 2. 1. Odborné sociální poradenství - přehled příspěvků a úlev.....	39
3. 2. 2. Příspěvky.....	40
3. 2. 3. Průkaz osoby se zdravotním postižením.....	42
3. 2. 4. Psychologická podpora.....	43

3. 2. 5. Protetická pomoc a podpora.....	44
4. Kvalita života osob po amputaci	49
4. 1. Pojem kvalita života	49
4. 1. 1. Definování pojmu kvalita života	50
4. 2. Metody měření kvality života	51
4. 3. Kvalita života po amputaci končetin	57
5. Názory osob po amputaci končetin na kvalitu života.....	60
5. 1. Cíle výzkumného projektu	60
5. 2. Metody sběru dat	61
5. 3. Popis výzkumného vzorku a realizace výzkumu.....	62
5. 4. Interpretace získaných výsledků.....	63
6. Výsledky vlastního výzkumu.....	65
7. Shrnutí výsledků výzkumného šetření.....	94
7. 1. Odpovědi na výzkumné otázky	94
7. 2. Zhodnocení hypotéz.....	96
7. 3. Diskuze	97
8. Sdružení No Foot, No stress	99
8. 1. Popis výzkumného vzorku a realizace výzkumu.....	99
8. 2. Interpretace získaných výsledků.....	100
Závěr.....	104
Seznam použitých zdrojů	106
Seznam tabulek.....	111
Seznam grafů	112
Seznam příloh.....	113

Úvod

Amputace je získané tělesné postižení, kdy se jedná o nevratné oddělení orgánu, nejčastěji končetiny od těla. Obecně jsou časté příčiny amputací různé typy úrazu (pracovní úrazy, poranění typu omrzliny) a dopravní nehody. Mezi další příčiny můžeme zařadit širokou škálu nemocí. Amputace představuje velký zásah do života jedince. Zasahuje a dotýká se mnoha oblastí. Znamená ztrátu dosavadní jistoty, ohrožuje každodenní zvyklosti a hodnoty jedince. Zcela mění zaběhnutou životní úroveň. Přináší obavy a nejistotu z budoucnosti. Ovlivňuje samostatnost a sebeobsluhu jedince, má vliv na fyzické i psychické zdraví. Zásadní dopad má také na rodinu a blízké okolí jedince. Mění jak kvalitu partnerských vztahů, tak i kvalitu vztahů s přáteli. Mnohdy má také zásadní dopad na pracovní uplatnění jedince. Mimo jiné přináší změny v zájmech a zálibách jedince. Bezpochyby se jedná o jednu z nejnáročnějších životních situací. Z tohoto důvodu je velmi důležité pomoci jedinci najít nový smysl života a hledat cesty, jak nejeфекtivněji zlepšovat kvalitu života.

S amputací mám osobní zkušenosti, z nichž vycházím. Rodinný příslušník podstoupil amputaci pravé dolní končetiny. Právě z tohoto důvodu je mi problematika amputací velice blízká, a proto jsem si vybrala dané téma pro svou diplomovou práci.

V první části diplomové práce se zabývám problematikou amputací, kde se věnuji definování pojmu a rozboru etiologie amputací. Ve stejné části práce rovněž popisují typy amputací, předoperační a pooperační péči. Mimo jiné se zabývám popisem bariér, které v životě jedince po amputaci mohou vyvstat. Další kapitola diplomové práce se věnuje oblastem života, které jsou amputací končetin výrazně zasaženy, a ovlivňují tak celkovou kvalitu života jedince. Za hlavní oblasti považují oblast partnerství, oblast pracovního uplatnění a oblast trávení volného času. Následující kapitola je věnována možnostem podpory jedinců po amputaci končetin. Základem péče a podpory osob se zdravotním postižením je spolupráce mezi odborníky. Péče o osoby se zdravotním postižením je velmi rozsáhlá, proto zasahuje hned do několika resortů. Zejména se jedná o služby spadající pod Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ), Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále

jen MPSV) a v neposlední řadě Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT). V poskytování základní péče se jednotlivé resorty setkávají a vzájemně prolínají. V této kapitole se krátce věnuji ucelené rehabilitaci, odbornému sociálnímu poradenství, zejména pak přehledu příspěvků a úlev. Poslední část dané kapitoly je věnována protetické podpoře a pomoci, zejména pak fázím vybavení jedince protézou, pojištění protéz a jiné. Poslední část teoretického rozboru věnuji kapitole, která je věnována kvalitě života, definici pojmu a samotnému měření kvality života.

Cílem této práce je zjistit, jak dotazovaní jedinci hodnotí kvalitu života po amputaci končetin. Definovaný hlavní cíl je rozdělen do dvou dílčích cílů, z nichž je každý zaměřen na jinou oblast kvality života. V odborné literatuře není lehké najít zmínku o tomto tématu, zejména o oblasti partnerství a možnosti trávení volného času osob po amputaci končetin. Proto doufám, že se tato práce bude alespoň z části snažit nastínit to, jakým způsobem a do jaké míry může právě amputace ovlivnit dílčí oblasti a poskytnout také informace o možnostech podpory a péče.

1. Amputace

Amputace je nevratné oddělení orgánu (nejčastěji končetiny) od těla. Dle klasifikace pohybových vad dle doby vzniku řadíme amputaci mezi získané postižení. Jedná se o velký zásah do života jedince. Zasahuje a dotýká se mnoha oblastí v životě člověka. Znamená ztrátu dosavadní jistoty, ohrožuje každodenní zvyklosti a hodnoty jedince. Zcela mění zaběhnutou životní úroveň a přináší obavy a nejistotu z budoucnosti. Ovlivňuje samostatnost a sebeobsluhu jedince, má vliv na fyzické i psychické zdraví. Zásadní dopad má také na rodinu a blízké okolí jedince. Mění kvalitu partnerských vztahů a vztahů s přáteli. Mnohdy má dopad na pracovní uplatnění jedince. Přináší změnu v zájmech a zálibách jedince, obecně tak mění možnosti trávení volného času.

Jedná se o velký zásah do integrity člověka, při němž hraje velkou roli věk a celkový zdravotní stav jedince, kdy byla amputace vykonána. Dále pak psychická odolnost daného jedince a schopnost vyrovnat se s novou situací. Bezpochyby se jedná o jednu z nejnáročnějších životních situací, která je doprovázena řadou negativních emocí. Je však třeba k dané skutečnosti přistupovat tak, že amputací život nekončí. Velmi důležité je pomoci jedinci najít nový smysl života a hledat cesty, jak nejeфекtivněji zlepšovat kvalitu života.

1. 1. Pojem amputace

Z historického pohledu je amputace nejstarším prováděným chirurgickým výkonem. Již otec medicíny Hippokrates mluvil o zásadách amputace – odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život (Princ 2013).

Pojem amputace pochází z překladu latinského amputatio = odnětí. V odborné literatuře je definován následovně. Autor Paneš amputaci definuje velmi stručně. „*Amputace je oddělení periferní části těla od ostatního organismu*“ (Paneš 1993, s. 157).

Dungl se v úvodu definice shoduje s Panešem, avšak definici dále doplňuje podrobnějším popisem daného výkonu a následným řešením dané skutečnosti. Dungl

tedy pojem amputace definuje takto: „*jako amputaci definujeme odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického řešení*“ (Dungl 2005, s. 165).

Dle odborníků z oblasti medicíny je amputace poslední možností k záchraně určité části končetiny nebo k záchraně života jedince, kdy již z nějakého důvodu není možné užít jiné léčebné metody (Slezáková 2010, s. 115).

1. 2. Etiologie amputace

Co se týká etiologie amputací, tak příčin jednotlivých výkonů amputací je v dnešní době velice mnoho. Stále se nám objevují nové a nové symptomy. Na etiologii amputací můžeme nahlížet ze dvou hledisek, a to z hlediska historie a z hlediska současné medicíny.

Z hlediska historie se nám objevují tři hlavní důvody provádění amputací:

1. Jedná se o amputaci jako důsledek provinění. Amputace byla brána jako druh trestu, případně jako druh zotročení či důkaz vítězství v boji. Vítěz amputoval končetinu poraženému (Horáčková, Strouhal, Vargová 1997).
2. Druhým důvodem jsou amputace v dobách válek. Docházelo k devastujícím poraněním, které byly hlavním důvodem amputace (Horáčková, Strouhal, Vargová 1997).
3. Posledním důvodem byl již důvod léčebný, kdy hlavní myšlenkou amputace byla záchrana života jedince. Poslední důvod amputace se již plně shoduje s obecnou příčinou dnešní medicíny (Mays 1996).

Z hlediska současnosti nacházíme mnoho příčin, které vedou k amputaci končetin. V současné době je však nutné zvážit, zda k indikaci amputace přistoupit, či nikoliv. Je nutné zvážit mnoho aspektů, než se k výkonu přistupuje. Z tohoto důvodu bylo vypracováno mnoho schémat a bodovacích systémů k posouzení možnosti záchrany končetiny. Je zcela evidentní, že žádný bodový systém nemůže plně nahradit klinickou zkušenost a předoperační nález, avšak může určitým způsobem pomoci lékaři v rozhodování (Dungl 2014).

Dnešní medicína využívá tzv. MESS skóre (magled extremity score – rozsah rozdrčení končetiny), které posuzuje celkový stav pacienta. Skóre hodnotí celkem čtyři oblasti: „úrazovou energii, tlakovou stabilitu, ischemické postižení a věk“ (Dungl 2014, s. 119).

Tabulka oblastí je uvedena v příloze diplomové práce (viz příloha A). K hodnocení MESS skóre se využívá bodovacího systému, přičemž maximální bodová hranice činí 11 bodů. Je-li počet bodů vyšší než 7 bodů, je nutná amputace. Pokud je počet bodů do 6 bodů, tak hlavním úkolem lékařů je končetinu zachránit a vyhnout se tak indikaci pro amputaci. Po zhodnocení všech faktorů by měl operatér seznámit svého pacienta s daným postupem (Dungl 2014).

Příčiny amputací můžeme rozdělit do dvou skupin (traumata a onemocnění). První skupinou jsou tzv. traumata. Dříve byla traumata velmi častou indikací k amputaci. Nyní díky vyspělé mikrochirurgii dochází často k záchraně končetin, čímž počet amputací z důvodu traumatu klesá (Dungl 2014).

Mezi hlavní důvody amputace vlivem trauma řadíme:

- úrazy (zejména pracovní)
- různá poranění (poranění výbušninou, omrzliny)
- dopravní nehody.

Zejména u této skupiny příčin je velice často k indikaci amputace využíváno hodnocení MESS skórem. Jedná se o skupinu příčin, kdy je na lékaře vyvinut velký tlak. Je třeba, aby rozhodl o indikaci amputace bezprostředně hned po tom, co pacienta přijme a vyšetří (Milichovský 2010).

Do druhé skupiny příčin patří široká škála onemocnění, které následně vedou k amputaci. Uvedený výčet onemocnění velmi často vede k amputaci zejména dolních končetin. Amputace horních končetin jsou obecně prováděny méně častěji.

Mezi nejčastější onemocnění řadíme:

- *Infekce*, které zpočátku vznikají v měkkých tkáních, ale poté se rozšiřují i na kostní tkáň. Typickým znakem infekce je zejména to, že se neustále rozšiřuje. Z tohoto důvodu je vhodné věnovat jí pozornost již v počátcích, kdy tím je pak možné amputaci předejít. Pokud se však rozšiřuje dále, tak

je indikace k amputaci častá. Příkladem je například meningokoková infekce (Dungl 2014).

- *Přítomnost zhoubného nádoru.* Za nejčastější nádorové onemocnění postihující kost je tzv. osteosarkom. Tento druh nádoru postihuje nejčastěji dlouhé kosti. Typickým projevem osteosarkomu je otok končetiny a silné bolesti. Mezi nejohroženější skupinu patří muži ve věku mezi 25 až 30 lety (Janíková, Zeleníková 2013).
- *Ischemická choroba dolních končetin* nebo také často používaná zkratka ICHDK. Velmi jednoduše řečeno dochází k nedokrvování dolních končetin, z důvodu nedokrvování tepen. S ischemickou chorobou se můžeme setkat ve dvojí formě. Ve formě akutní, kdy je pacient bezprostředně ohrožen na životě z důvodu tromboembolie, která se projevuje bledou, chladnou končetinou, bez hmatné pulzace. Druhou formou je forma chronická, která se rozvíjí postupně (Janíková, Zeleníková 2013).
- *Amputace z důvodu diabetu.* Diabetici jsou vysoce rizikovou skupinou pro indikaci amputace. A to především z toho důvodu, že ztrácí citlivost na nohou. Zejména jsou pak pacienti ohroženi tzv. *syndromem diabetické nohy*, čímž je označována pozdní komplikace diabetu. Jedná se o postižení hlubokých tkání (Janíková, Zeleníková 2013).

1. 3. Typy amputací

a) Dle naléhavosti

S etiologií amputace úzce souvisí období výkonu amputace. Autor (Paneš 1993) ve své publikaci rozlišuje celkem tři období amputace.

Amputace primární, též také amputace časná, se provádí ihned po vzniku traumatu (úraz, zranění, dopravní nehoda). V tomto případě je na operátora vyvíjen velký tlak, jelikož je třeba, aby reagoval velice pohotově. Pro jedince představuje primární amputace velké trauma, jelikož na tuto skutečnost není předem připraven. Pokud je to možné a zdravotní stav to dovoluje, tak je s danou situací seznámen ještě před výkonem. Častěji však dochází k tomu, že je po úraze nebo dopravní nehodě

v bezvědomí. Amputace je pak provedena i bez toho, aby byl o dané skutečnosti informován. Další den se na lůžku probouzí a zjišťuje fakt, že mu byla odstraněna končetina, což jistě způsobuje šok. Jedinci po časně amputaci se s danou skutečností vyrovnávají daleko obtížněji, než jedinci, kteří byli na danou situaci upozorněni dostatečně dopředu, a amputace pro ně znamená zlepšení celkového stavu.

Amputace sekundární, též také amputace volená. Amputace je poslední možností k záchraně části končetiny či záchraně života pacienta, kdy z nějakého důvodu není možné užít jiné léčebné metody. Lékaři se zpočátku snaží využít všech možných variant a možností. Pokud je však daná léčba neefektivní, tak je tzv. volená amputace jediným možným řešením pro záchranu pacienta. Zpočátku amputaci odmítají a vyžadují další a další léčebné metody. Z tohoto důvodu je třeba, aby byli dostatečně seznámeni se všemi skutečnostmi a následnými komplikacemi, které mohou neprodleně nastat. Hlavním úkolem lékaře je jedince informovat a postupně ho na danou skutečnost připravovat. Právě díky možnosti připravit se na novou situaci bývá pro jedince fakt, že přišel o končetinu (nohu, ruku) snazší.

Amputace terciální, též také amputace pozdní. K amputaci pozdní bývá přistupováno z důvodu celkového zlepšení stavu a kvality života daného jedince. Amputace pro jedince představuje pocit úlevy, jelikož ho zbavuje silných bolestí či otoků, které do současné chvíle prožíval. S amputací pozdní se jedinci vyrovnávají velmi dobře. Často je pak i amputace „přáním“ jedince.

b) Dle místa

O místě amputace rozhoduje rozsah postižení a stav jednotlivých tkání. Zejména se jedná o tyto tkáně: „*kožní kryt, svaly, nervová tkáň, cévní zásobení*“ (Dungl 2014, s. 120). Amputace by se měla provést v místě, které umožní klidné a úplné zahojení. Důležitá je také funkčnost. Pro zachování co nejlepší funkce a možnost co nejlepšího protetického vybavení je třeba zachovat končetinu co nejdelší.

Autor (Smutný 2013) ve své publikaci uvádí místa amputace na horní a dolní končetině. Níže jsou jednotlivá místa pouze vypsána, jelikož jejich charakteristika není vzhledem k cíli diplomové práce podstatná. Pro jasnou představu doplňuje autor

publikaci o obrázek postavy, na kterém jsou jednotlivá místa označena (viz příloha B).

Amputace a exartikulace (snesení v místě kloubu) horní končetiny

- exartikulace ramene
- amputace nad loktem
- exartikulace lokte
- amputace pod loktem
- exartikulace dlaně a zápěstí
- částečná amputace dlaně

Amputace a exartikulace (snesení v místě kloubu) dolní končetiny

- exartikulace kyčle
- hemipelvektomie – odstranění poloviny pánve při amputaci dolní končetiny
- amputace stehenní
- exartikulace kolene
- amputace podkolenní
- exartikulace hlezna
- částečná amputace chodidla
- symes – totální amputace chodidla

1. 4. Předoperační péče a následná pooperační péče

a) Předoperační péče

Před samotnou operací je velmi důležité pacienta příslušným způsobem připravit. To znamená sdělit mu potřebné informace ohledně operace a seznámit ho s tím, co bude po operaci následovat. Předoperační péče připravuje pacienta především po stránce fyzické, aby bylo možné předejít pooperačním komplikacím. Dále je však také třeba neopomenout přípravu po stránce psychické, zejména pak poskytnutí času a podpory.

Předoperační příprava se dělí na předoperační přípravu bezprostřední (probíhá akutně asi 2 hodiny před výkonem), krátkodobou (probíhá 24 hodin před

výkonem) a dlouhodobou (probíhá 3 týdny před výkonem) (Janíková, Zeleníková 2013).

b) Pooperační péče

Po samotném operačním výkonu se pacient probouzí v tzv. zotavovacím pokoji, ze kterého je následně převezen na jednotku intenzivní péče (JIP). Po stabilizaci stavu je již pacient umístěn na standardní oddělení (Janíková, Zeleníková 2013).

Na standardním oddělení začíná péče o pahýl. Péče o pahýl by měla začít tzv. otužováním - sprchováním, které se provádí několikrát denně. Vhodné je střídání studené a teplé vody, a to zejména pro správné prokrvení pahýlu a navrácení citlivosti. Dále se doporučuje masírování rány. V prvních dnech by se nemělo jednat o masáž, ale pouze o tzv. hnětení a poklepání. Postupně se pak přechází k samotné masáži.

Mezi další oblast péče o pahýl patří bandážování pahýlu. Bandážováním dochází k vytvarování pahýlu nejvhodnějšího pro protézu. Samotný pahýl se však vyvíjí velmi dlouho. Vývoj pahýlu je velmi individuální, ale přibližně samotný vývoj pahýlu trvá až jeden rok. O bandážování pahýlu se stará fyzioterapeut. Do samotného bandážování se zapojuje také sám jedinec, aby ovládal základy bandážování, které jsou důležité pro pobyt mimo nemocnici (Klusoňová 2011).

Mimo bandážování pahýlu se fyzioterapeut dále zabývá rehabilitováním, jehož součástí je nácvik správného ležení na lůžku, nácvik vstávání a sezení (s oporou i bez opory), stání s bezpečnými pomůckami (opora o berle). Mezitím dochází také k výrobě protetické pomůcky. Po sejmutí měrných podkladů postupně dochází k samotné výrobě protetické pomůcky. Protézy jsou vyráběny každému jedinci na míru. Po vybavení jedince protézou (prozatímní zkušební protézou) je jedinec odeslán do tzv. školy chůze. V tuto chvíli opět nastupuje fyzioterapeut, který zpočátku učí jedince protézu správně nasazovat a sundávat. Seznamuje jedince s tím, jak o protézu i pahýl správně pečovat. Před samotným nácvikem chůze musí být již plně zvládnuty základy rehabilitování (nácvik vstávání a sezení a jiné), které jsou již popisovány výše. Poté dochází k prvním krokům mezi bradly. V momentě, kdy si je

jedinec již zcela jistý chůzí na rovném povrchu, přechází se k povrchu šikmému (tedy do fáze chůze na šikmé ploše). Dále následuje chůze přes překážky, chůze v terénu či chůze ze schodů a do schodů. Nácvik chůze je dlouhodobý a velmi individuální proces. Vyžaduje vysokou míru trpělivosti a motivace daného jedince (Slezáková 2007).

Samotná protetická péče a podpora, včetně vybavení jedince protézou, je popsána v kapitole číslo tři, která se zabývá možnostmi podpory jedince po amputaci končetin. Dále se kapitola zabývá také psychologickou podporou jedinců po amputaci končetin (viz kapitola č. 3).

1. 5. Bariéry

Každý člověk se v průběhu svého života setkává s řadou překážek, které musí nějakým způsobem řešit = překonávat. Překonávání jistých překážek je součástí každodenního života. Nejedná se o zcela zautomatizovaný proces. V průběhu života si každý jedinec osvojuje jisté strategie řešení. S překážkami a nástrahami každodenního života se setkávají i jedinci po amputaci končetin. I oni si osvojují jisté strategie a postupy, které jim napomáhají překážky řešit. Bohužel i nadále zůstává řada překážek pro jedince s omezením hybnosti tzv. nepřekonatelná. Aktuálním trendem je tedy jistá eliminace bariér. Zásadním krokem je správné pojmenování bariér, aby bylo možné efektivně pracovat na jejich úspěšném odstranění. Eliminací bariér se snažíme o dosažení tzv. bezbariérového prostředí, kdy dle Filipové se jedná o: *„prostředí, které je z hlediska možnosti dobrého pohybu a orientace vstřícné pro každého bez rozdílu, prostředí, které nazveme „bezbariérovým prostředím“, by mělo být v každé vyspělé společnosti samozřejmostí“* (Filipová 2002, s. 5).

Dle Aragala by mělo být prostředí co nejvíce přístupné všem osobám (tzn. s postižením i bez postižení). Přístupné prostředí by mělo být zejména respektující a zohledňující různorodost jedinců. Aragal uvádí podmínky přístupného prostředí, mezi které řadí: *„ohleduplnost, bezpečnost, zdraví, funkčnost, srozumitelnost (uspořádání prostoru, srozumitelnost informací) a estetičnost“* (Aragal 2005, s. 19).

Faktem je, že mnoho bariér stále přetrvává nebo vznikají bariéry nové. Právě bariéry mohou mít za následek snižování kvality života osob po amputaci končetin. Filipová rozlišuje základní dvě skupiny bariér, a to bariéry fyzické a psychické. *„Fyzickými bariérami jsou reálná omezení v prostředí, ve kterém žijeme, ve kterém se každý den pohybujeme. Komplikují nebo zcela znemožňují pohyb osob s postižením v daném prostředí. Psychické bariéry jsou bariéry mezi „zdravými“ a handicapovanými lidmi“* (Filipová 1998, s. 8).

Bariéry, které vyvstávají v průběhu života jedinců po amputaci končetin, budou v diplomové práci představeny v následujících kapitolách. Zejména pak v kapitole druhé, která se zabývá vlivem získaného tělesného postižení na jednotlivé oblasti života.

2. Vliv získaného tělesného postižení na jednotlivé oblasti života

Vzhledem k tématu diplomové práce se bude tato kapitola věnovat oblastem, které jsou amputací končetin výrazně zasaženy a ovlivňují tak celkovou kvalitu života osob po amputaci končetin. Amputace často výrazně ovlivňuje všechny oblasti života člověka. Z tohoto důvodu může mít člověk zpočátku pocit, že ztrácí svou důstojnost. Jedinci je znemožněno plně zastávat své sociální role jako dříve.

Zejména pak roli partnerskou, jedinec může mít pocit, že se ze zdravého partnera stává pečovatel a špatně tak nese závislost na druhém. Dále dochází také k proměně rodičovské role. Vlivem amputace se snižuje schopnost člověka postarat se o své děti. Pokud však děti jedinec nemá, pokládá si otázku, zda má právo na to děti mít. Proměnou prochází také role profesní, jelikož řada osob po amputaci je nucena změnit svou původní profesi. Ztráta zaměstnání může být pro člověka velmi bolestná. Mimo jiné se dále také proměňuje oblast trávení volného času. Člověk přichází o aktivity, kterým se dříve věnoval a nyní je není možné z nějakého důvodu vykonávat.

Uvedené proměny jednotlivých sociálních rolí se liší člověk od člověka. Dokonce i míra zasažení do dílčích oblastí života je velmi individuální. Vždy velmi záleží na dalších aspektech, které amputaci provází. Do oblastí, které výrazně ovlivňují kvalitu života, je možné také zařadit oblast vzdělávání. Pokud se jedná o mladého člověka, tak může docházet k jistým překážkám v oblasti profesní přípravy. Z důvodu vyšší věkové kategorie respondentů diplomové práce oblast vzdělávání neuvádím.

2. 1. Partnerství, rodina

Téměř každý jedinec potřebuje během svého života někam patřit, být součástí společenství či nějaké skupiny. Potřebuje zažívat úspěch, cítit zájem druhých, být druhým partnerem a pociťovat a opětovat lásku. To vše mu pomáhá identifikovat se s jistým celkem a najít tak své místo. Tímto celkem se velmi často stává právě jeho rodina.

V odborné literatuře se setkáváme s nespočetným množstvím definic pojmu rodina. Pohledy jednotlivých odborníků se vzájemně liší. Na uvedený pojem je možné nahlížet z několika hledisek. Z tohoto důvodu zaujímají jiný pohled na rodinu sociologové, jiný psychologové, pedagogové či právníci nebo ekonomové. Jisté odlišnosti můžeme dokonce nacházet také u odborníků z jednoho vědního oboru.

Dle pedagogického slovníku je rodina: *„nejstarší společenskou institucí, která plní socializační, ekonomické, sexuálně-regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základní etiky a životního stylu“* (Průcha, Walterová, Mareš 2008, s. 202).

Autorka Vágnerová ve své publikaci uvádí následující definici: *„Rodina je důležitá sociální skupina, která plní celou řadu biologických, ekonomických, sociálních a psychologických funkcí. Poskytuje svým členům potřebné zázemí, uspokojuje jejich potřeby a zprostředkovává zkušenosti, které nelze získat jinde. Každý jedinec zde má určité role, které se stávají součástí jeho identity“* (Vágnerová 2008, s. 589).

2. 1. 1. Vliv získaného postižení na partnerský život

Vlivem získaného postižení, konkrétně vlivem amputace, prochází člověk stadii akceptace získaného postižení. Autorka Marie Vágnerová ve své publikaci (Vágnerová 2004) popisuje čtyři fáze zvládnání získaného postižení. Uvedenými fázemi prochází jak jedinec se získaným postižením, tak i jeho nejbližší.

První fází modelu Vágnerové je fáze latence. Tato fáze je typická nedostatečnou informovaností. Daný jedinec ví, že došlo k jistému úrazu či zákroku, ale není přesně informován o tom, co mu přesně je. Zpravidla danou situaci snáší dobře a jeho hlavním cílem je situaci co nejlépe zvládnout, tedy „uzdravit se“.

Ve druhé fázi dochází k pochopení traumatizující reality. Jedinec je v této fázi již více informován, což vede k reakcím, jako je například šok. V danou chvíli je často jedinec svou situací šokován. Dochází k jistému uvědomění si nové situace a změn, které daná situace přináší.

Třetí fází je fáze protestu a smlouvání. V této fázi je člověk zpočátku velmi apatický, neaktivní, často neguje činnosti, které nepřinášejí jasný návrat k původnímu stavu. Mnoho osob procházející fází protestu odmítá rehabilitovat a spolupracovat na hledání nových řešení. Jedinci jsou laděni negativně, pociťují pocity hořkosti, sebelítosti a bezmocnosti. Postupem času však dochází k jistému smíření se se svým stavem a dochází k hledání řešení dané situace.

Dostáváme se tedy k fázi postupné adaptace, kdy již je daný člověk plně zorientován v situaci, kterou právě prožívá. Začíná si připouštět, že došlo ke změně jeho stavu, jeho kompetencí a sociálních rolí. Postupně se snaží o návrat do běžného života.

Jednotlivé fáze akceptace získaného postižení se vzájemně prolínají, proto není možné je jasně oddělit. Dílčí fáze probíhají v různých časových intervalech a různých frekvencích. To, co prožívá jeden člověk po amputaci končetin, druhý člověk po amputaci prožívat nemusí. Vždy záleží na mnoha dalších okolnostech. Na věku daného jedince, na pohlaví jedince, na příčině a období, kdy amputace nastala, na místě amputace, na charakterových vlastnostech jedince, na přijetí rodinou a mnoha dalších (Vágnerová 2008).

Jak již bylo uvedeno výše, tak uvedené fáze prožívá také rodina jedince se získaným postižením. Získané postižení není pouze záležitostí jedince, ale ovlivní život celé rodiny. Jedná se o zátěž, která do jisté míry mění životní situaci rodiny. Zejména pak obsah jednotlivých rolí ostatních členů rodiny. Rodina celkově prochází vynucenou změnou životního stylu rodiny. Uvedená životní situace je dle Vágnerové jakýmsi testem rodinné soudržnosti. Autorka ve své publikaci uvádí, že rodinu: „*bud' posílí, nebo vede k jejímu rozpadu*“ (Vágnerová 2004, s. 92).

Zpočátku je péče o jedince po amputaci končetin pro zdravého partnera velkou fyzickou i psychickou zátěží. Zdravý partner se dostává do role pečujícího. U zdravého partnera může během intenzivní péče o svého partnera s postižením docházet ke změně sebehodnocení. Mohou se objevovat pocity viny, kdy má pečující partner pocit, že nezvládá svou roli. Dochází však také k pochybám, zda podoba takového vztahu odpovídá společenským konvencím. Pokud danou situaci pečující jedinec už nevydrží, tak dochází k rozpadu vztahu. Není nikterak neobvyklé, že se

vztahy často rozpadají. Rozpad vztahu však nemusí být vždy pouze iniciativou ze strany pečujícího partnera, ale může být zrovna tak iniciován ze strany partnera se získaným postižením (Vágnerová 2004).

Rozpad vztahu může však také následovat bezprostředně po tom, co byla amputace vykonána. Důvodem rozpadu vztahu je zejména to, že zdravý jedinec není schopen nebo ochoten o jedince po amputaci končetin pečovat (Hadjmousová, Vágnerová, Štech 2000).

Variantou je však také situace, kdy pečující partner neodchází, vydrží a překoná prvotní zátěž. Je pro člověka po amputaci rovnocenným partnerem, zároveň však také pečovatelem a podporovatelem. Stav jedince se získaným postižením se postupem času upravuje. Dochází ke zvýšené míře samostatnosti, zároveň tak ke snížení závislosti na zdravém partnerovi. Vztah se tak postupně dostává do podoby, která předcházela zlomové události (Vágnerová 2004).

2. 2. Pracovní uplatnění

„Práce je tělesná nebo duševní činnost zaměřená na výdělek, výživu a uspokojení potřeb. Vede k určitému, většinou zřejmému, cíli a vytváření hodnot, které mají význam pro jedince i pro společnost“ (Zámečnicková, Opatřilová 2005, s. 4).

Novosad ve své publikaci uvádí roviny významu práce pro člověka. Mezi roviny řadí následující: (Novosad 2002, s. 39)

- *„existenční a materiální,*
- *rozvojový a tvořivý,*
- *kooperační a socializační,*
- *estetický a kulturní,*
- *relaxační.“*

Ačkoli je právo na zaměstnání zakotveno jako jedno ze základních lidských práv v Listině základních práv a svobod, tak šanci nalézt vhodné zaměstnání nemají všichni jedinci stejnou. Toto právo nelze upřít jedinci zdravému, tak ani zdravotně či jinak znevýhodněnému. Ovšem nalézt vhodnou práci bývá stále pro osoby

se zdravotním postižením nelehký úkol, to i přesto, že je zřejmé, že se osoby se zdravotním postižením mohou podílet na řadě prací.

2. 2. 1. Pracovní uplatnění osob po amputaci končetin

Vlivem amputace končetin většina osob přichází o své dosavadní zaměstnání. Možnosti pracovního uplatnění jedinců po amputaci končetin jsou tedy značně omezené. Významnou roli zde hraje pohlaví jedince, jeho věk, dosavadní profese a zejména místo, kde byla amputace provedena. Velké rozdíly přináší to, zda amputace byla vykonána na horní či dolní končetině, případně zda jde o oboustrannou amputaci či kombinaci. Na pracovní uplatnění má mimo jiné také vliv dosažené vzdělání jedince. V neposlední řadě pak také místo bydliště daného jedince a možnosti dopravy z místa bydliště do zaměstnání.

V České republice bohužel prozatím chybí návazný systém návratu do běžného života pro osoby, které již nadále nemohou vykonávat svou původní profesi. Hlavním problémem je nedostatek informací o tom, kam by se mohli jedinci obrátit (Zámečnicková, Opatřilová 2005).

Často se tak jedinec po amputaci končetin stává nezaměstnaným. Právě nezaměstnanost je velmi nepříjemný jev. Jedinec ztrácí sociální jistotu, objevují se finanční potíže, dochází ke změně společenského chování, objevuje se stigmatizace či emoční nestabilita. Dochází ke ztrátě sebedůvěry, zhoršuje se sebehodnocení a dochází ke snížení sebevědomí. Jedinec se cítí nepotřebný, méněcenný a neužitečný. Mění se také prožívání daného jedince a nahlížení na sebe samého. Objevují se psychosomatické potíže, poruchy spánku či poruchy příjmu potravy. Nezaměstnanost jako taková má tedy celkový vliv a dopad na změnu identity jedince. Postupně u daného jedince také klesá motivace usilovat o získání pracovního místa (Novosad 2002).

2. 2. 2. Legislativa upravující zaměstnávání

Právě zaměstnávání osob se zdravotním postižením by měl upravovat zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, v aktuálním znění. Konkrétně § 67-84. Zákon vymezuje, kdo je jedinec, občan se zdravotním postižením. Dále vymezuje a pracuje

s pojmem pracovní rehabilitace. Definuje podmínky pro příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením a také podmínky pro příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením. Dále také popisuje chráněný trh práce, jelikož od 1. 1. 2018 zákon nově zavádí pojem chráněný trh práce. Pod pojmem chráněný trh práce patří zaměstnavatelé, kteří zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců. Do 31. 12. 2017 nebyl rozlišován chráněný trh práce od volného trhu práce. V neposlední řadě zákon o zaměstnanosti také definuje podmínky pro příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením na chráněném trhu práce. Mimo jiné také charakterizuje a popisuje práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráce s Úřadem práce (§ 67-84, zákon č. 435/2005 Sb., online).

2. 2. 3. Současné možnosti hledání vhodné pracovní pozice

Základní možností hledání vhodné pracovní pozice je Integrovaný portál MPSV, který poskytuje informace o volných pracovních místech evidovaných na úřadech práce. Dále je široké veřejnosti také k dispozici webová stránka praceprozp (práce pro osoby se zdravotním postižením), která nabízí mnoho zajímavých informací. Mimo poskytování informací obsahuje stránka také sekci „hledám práci“. V této sekci jsou vymezeny vhodné pracovní pozice, jinými slovy je zde možné nahlédnout do stručného přehledu vytipovaných pozic z hlediska jednotlivých zdravotních postižení a jejich vnitřní diferenciací. Uvedené pozice byly vytipovány odbornými pracovníky Centra pro zdravotně postižené kraje Praha. Následně byly tyto pozice konzultovány s odbornými pracovníky, kteří se zabývají pracovním uplatněním osob se zdravotním postižením.

Vhodné pozice jsou vybírány dle obecné charakteristiky dílčího zdravotního postižení. Vždy je nutné vycházet ze skutečností dané diagnózy. Nutné je také brát v potaz fakt, že dílčí zdravotní postižení je provázeno dalším (Praceprozp 2011, online).

2. 3. Trávení volného času

Na pojem volný čas můžeme nahlížet hned z několika odborných pohledů. Mnoho vědních oborů má své specifické definice a pojetí volného času jako takového. Autor Vážanský uvádí, že se nejčastěji setkáváme s pozitivním a negativním pojetím volného času. S tímto pojetím se nejvíce pracuje právě v pedagogice (Vážanský 2001).

S pozitivním pojetím volného času pracuje autorka Pávková. Pávková pracuje s pojetím, kdy volný čas je čas, kdy si aktivity vybíráme na základě svobodného rozhodnutí. *„Volný čas je možno chápat jako opak nutné práce a povinností. Dobu, kdy si své činnosti můžeme svobodně vybrat, děláme je dobrovolně a rádi, přinášejí nám pocit uspokojení a uvolnění“* (Pávková 1999, s. 15).

Autor Bakalář nahlíží na volný čas multidimenzionálně a definuje volný čas následovně. *„Volný čas je dimenzí člověka – jednotlivce. Má také dimenzi sociální. Mnoho činností člověka ve volném čase má společenský význam a dosah, člověk je koná ve skupinách, organizacích s povědomím nějakých sociálních vazeb. A nejen to. Při mnoha činnostech člověk překračuje sám sebe, svou aktivitou vytváří a spoluvytváří hodnoty a zároveň celá sociální sféra také významně jeho činnost podmiňuje“* (sec. cit. Bakalář 1978, s. 65-66 In Němec a kol. 2002, s. 17).

Hofbauer popisuje volný čas jako *„čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají z jeho sociálních rolí, zvláště z dělby práce a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj život“* (Hofbauer 2004, s. 13).

Podle pedagogického slovníku je volný čas časem, se kterým může jedinec nakládat podle svého vlastního uvážení a podle svých zájmů. *„Doba, která zůstane z 24 hodin po odečtení času věnovaného práci, péči o rodinu a domácnost, péči o vlastní fyzické potřeby, včetně spánku“* (Průcha, Walterová, Mareš 1995, s. 255).

Dvořáček, Kuranda a Pavlíková shrnují různá pojetí a vymezují volný čas jako: *„dobu, po kterou člověk patří sám sobě, může se svobodně rozhodnout o činnostech, které mu přinášejí potěšení či odpočinek“* (Hradečná 1995, s. 65).

Setkáváme se však také i s úplně opačným pojetím volného času. Autoři označují volný čas jako jakýkoliv čas, který lidé za volný čas považují. Z čehož vyplývá, že mezi námi je i skupina lidí, kteří volný čas nemají, jelikož určitý čas za volný čas nepovažují. Někteří autoři mluví dokonce o tom, že volný čas neexistuje (Šerák 2009).

Z výše uvedených pojetí volného času vyplývá, že názory na volný čas se mohou ve společnosti velmi lišit. To, co pro někoho je činností a aktivitou, kterou vykonává ve svém volném času, pro druhého být nemusí. Danou činnost může vnímat jako nepříjemnou nutnost. Pak je tu tedy také skupina osob, které volný čas za volný čas nepovažují. Nutno zdůraznit, že volný čas není pouze dobou odpočinku a zahálky, ale naopak je to soubor činností a aktivit, které danému jedinci pomáhají odpoutat se od permanentních aktivit běžného života. Výše uvedené popisuje dělení volného času dle Webra na tzv. volný čas měkký a tvrdý. Pokud mluvíme o měkkém volném času, tak se jedná o volný čas pasivního charakteru, tedy činnosti velmi klidové. Například sledování televize, poslech hudby, čas strávený u počítače či mobilního telefonu. Naopak tvrdý volný čas je vyznačován aktivním charakterem, jde o nejrůznější fyzické aktivity. Například různé sportovní aktivity, ať na bázi klidové, rekreační či závodní. Volný čas je nepostradatelnou součástí života každého z nás. Dle výše uvedeného pojetí nelze téměř říci, že volný čas neexistuje (sec. cit. Weber 1970 In Kaplánek 2012).

V posledních letech se však setkáváme s proměnou volného času, což souvisí s proměnou celé společnosti. V současnosti je volný čas bohatstvím, se kterým dotyčný jedinec disponuje. Důvodem přirovnání volného času k bohatství je dnešní uspěchaná doba, ve které nyní žijeme. Nutno si však uvědomit, že právě i v této hektické a náročné době je volný čas podstatnou součástí našeho života. Je proto nezbytné si svůj den rozvrhnout tak, abychom alespoň malou část z něj věnovali právě volnému času. Jak již bylo zmíněno výše, tak volný čas má několik podob a každý z nás si tento pojem vykládá po svém, avšak podstata trávení volného času zůstává stejná. Do účelného prožití volného času se mimo jiné prolínají dílčí aspekty jedince, které následně ovlivňují volný čas. Jedná se o věk, pohlaví, sociální skupinu, ekonomické možnosti, místo bydliště, profesi a rodinu (Pávková 1999).

2. 3. 1. Funkce volného času

Stejně tak jako u pojetí volného času se i u funkce volného času setkáváme s velmi rozmanitým pojetím. Tedy od velmi jednoduchého pojetí až po velmi komplexní. Šerák (2009) zmiňuje základní tři funkce. Ve shodě s Šerákem zmíněné tři funkce uvádějí autoři Hofbauer i Staňková. Mezi první funkci zařazují autoři odpočinek. Jedná se o chvíle, kdy vzniká prostor pro načerpání nových sil. Další fází je fáze rozptýlení, kdy dochází k rozptýlení. V této fázi jedinec přichází na jiné myšlenky a odpoutává se od permanentních aktivit běžného života a monotónních činností. Neopomenutelnou fází je fáze rozvoje osobnosti. Uvedené fáze se vzájemně prolínají a jsou pro daného jedince nepostradatelné. Je třeba si dané fáze prožít, aby využití volného času bylo efektivní.

Zcela jiné pojetí funkce volného času popisuje autorka Pávková (2008), která hovoří o těchto funkcích volného času: výchovně-vzdělávací, zdravotní a sociální. Výchovně- vzdělávací funkce vede k formování postojů a hodnot, vytváření morálních vlastností a motivuje jedince k vhodnému využívání volnočasových aktivit. Funkce zdravotní poukazuje na pravidelné střídání aktivit během dne, zejména pak fyzických, tedy pohybových aktivit. Zaměřuje se na usměrňování režimu dne, stravování, dbá na správné hygienické návyky a dodržování zásad bezpečnosti. Poslední funkcí je funkce sociální, která klade důraz na udržování, navazování a vytváření sociálních vztahů. Jedinci se dostávají do rozmanitých sociálních situací, dle kterých se učí správnému vyhodnocování a zároveň se seznamují a osvojují si pravidla společenského chování. To vede k podpoře a efektivnímu rozvoji komunikativních dovedností a sociálních kompetencí. Pávkové dále také přidává funkci preventivní jako reakci na stále se zvyšující sociálně patologické jevy. Důraz je tedy kladen na primární prevenci, kdy smyslem je problémům předcházet, než je poté řešit.

Lechta (2010) obdobně jako Pávková (2008) uvádí funkce:

- formativní neboli výchovně-vzdělávací
- zdravotně-hygienická
- socializační

- preventivní

dále přidává funkce:

- rekreačně-relaxační
- seberealizační

Dle Lechty je nezbytné si uvědomit, že žádná z funkcí nepůsobí dominantně. Přičemž by však jednotlivé funkce měly působit komplexně a navzájem na sebe navazovat a doplňovat se (Lechta 2010).

2. 3. 2. Možnosti trávení volného času osob po amputaci

Člověk po amputaci končetin nejspíš nebude moci pokračovat ve všech jeho dosavadních zálibách. Některé aktivity bude muset určitým způsobem poupravit a jiné nebude moci vykonávat vůbec. Jedinec po amputaci bude však chtít svůj volný čas postupně smysluplně využít a bude se snažit najít vhodný způsob pro jeho aktivní trávení. Právě aktivní trávení volného času vede k socializaci a k získávání nových společenských zkušeností. I když se zpočátku může zdát, že možností trávení volného času osob po amputaci je poskromnu, tak opak je pravdou. Dnešní doba přináší řadu sportovních aktivit, kulturních a tvůrčích aktivit. Výčet aktivit bude následně představen a stručně popsán.

a) Sportovní aktivity

Velice širokou a propracovanou nabídkou pro osoby s tělesným postižením obecně jsou sportovní aktivity. Právě sportovní aktivity často pomáhají překonávat fyzické a psychické následky postižení. Sportovní aktivity je možné dělit do několika kategorií. Od kategorií výkonnostních (vrcholový, výkonnostní a rekreační sport) po kategorie standardní (letní a zimní sporty). Výše uvedené kategorie zahrnují specifické sportovní aktivity, které jsou určené osobám s tělesným postižením. Důležité je však podotknout, že nezastupitelné místo ve sportovních aktivitách mají také běžné typy sportů. Specifické sportovní aktivity jsou pouze jakýmsi zkvalitněním a rozšířením nabídky pro osoby s postižením obecně.

Do letních sportů můžeme zařadit:

- atletiku,

- basketbal na vozíku,
- cyklistiku či handbike,
- fotbal amputářů (crutch soccer),
- jachting,
- jezdeckví,
- lukostřelba,
- plavání,
- sportovní střelbu,
- stolní tenis,
- šerm na vozíku,
- tenis na vozíku,
- veslování,
- volejbal vsedě,
- volejbal stojících,
- vzpírání.

Mezi zimní sporty řadíme:

- běžecké lyžování,
- sjezdové lyžování,
- sledge hokej.

Pro účely diplomové práce budou konkrétně popsány sportovní aktivity pro osoby po amputaci končetin. Do nejrozšířenějších specifických sportovních aktivit můžeme zařadit následující sporty: atletika sportovců s amputacemi, sledge hokej, speciální formy lyžování či handcyklistik (Janečka a kolektiv 2012).

Atletika sportovců s amputacemi a jiným tělesným postižením

Do skupiny atletů s amputacemi končetin a jiným tělesným postižením řadíme osoby: s tělesným postižením a osoby s chirurgicky odejmutou končetinou v důsledku nějakého onemocnění (nejčastěji různé formy kardiovaskulárního onemocnění, diabetes mellitus či rakovina) nebo v důsledku traumatu (například autonehoda či jiné zranění s následkem amputací). Jedinci jsou rozděleni do jednotlivých specifických kategorií, kde se setkáváme s dělením do kategorií na

disciplíny v poli (vrh koulí, hod oštěpem, hod diskem, výška, dálka, trojskok a pětiboj) a disciplíny na dráze. Kategorie pro disciplíny v poli jsou rozděleny dle jednotlivých stupňů postižení do sedmi kategorií, kdy jednotlivé kategorie jsou označovány písmem F. Z uvedených sedmi kategorií jsou jedinci po amputaci končetin rozděleni do čtyř kategorií (F42, F43, F44, F55). První kategorií je kategorie jedinců s nadkolenní amputací jedné dolní končetiny nebo kombinace amputace dolní a horní končetiny, dále je to kategorie osob s oboustrannou podkolenní amputací nebo kombinace amputace dolních a horních končetin, třetí kategorií jsou osoby s jednostrannou podkolenní amputací dolní končetiny nebo kombinace amputace dolních a horních končetin. Poslední kategorií, do které spadají osoby po amputaci končetin, je kategorie osob s jednostrannou amputací horní končetiny nad nebo skrz loketní kloub nebo jednostranná amputace horní končetiny pod loketním kloubem, ale nad nebo skrz zápěstí. K jednotlivým disciplínám v poli mohou jedinci po amputaci končetin využívat speciálně upravených protéz, jakékoliv konstrukce a materiálu. Nutnou podmínkou je však, že jednotlivé protézy musí odpovídat proporcím daného sportovce (Janečka a kolektiv 2012).

Kategorie pro disciplíny na dráze jsou rozděleny dle jednotlivých stupňů do šesti kategorií, kdy jednotlivé kategorie jsou označovány písmenem T. Z uvedených šesti kategorií jsou jedinci po amputaci končetin rozděleni do pěti kategorií (T42, T43, T44, T45, T46). První kategorií je kategorie jedinců s jednostrannou nadkolenní amputací nebo kombinace amputace dolních a horních končetin, dále je to kategorie osob s oboustrannou podkolenní amputací nebo kombinace amputace dolních a horních končetin, třetí kategorií je kategorie osob s jednostrannou podkolenní amputací dolní končetiny nebo kombinace amputace dolních a horních končetin. Další kategorií je oboustranná amputace horních končetin nad nebo skrz loketní kloub nebo oboustranná amputace horních končetin pod loketním kloubem a nad nebo skrz zápěstí. Poslední kategorií, do které spadají osoby po amputaci končetin, je kategorie osob s jednostrannou amputací horní končetiny nad nebo skrz loketní kloub, nebo jednostranná amputace horní končetiny pod loketním kloubem, ale nad nebo skrz zápěstí (Machová In Janečka a kolektiv 2012).

Sledge hokej

Sledge hokej patří mezi speciální formu běžného hokeje. Princip sledge hokeje je tedy totožný s hokejem ledním. Název sledge hokej je odvozen z anglického sledge, což v překladu znamená saně. Z výše uvedeného vyplývá, že sledge hokej se hraje na speciálně upravených saních. Hráči jsou v saních upoutáni ve speciálních sedačkách a končetinu/y mají případně položeny na tzv. opěrce nohou. K aktivnímu pohybu po ledě slouží dvě hokejky, které se skládají ze dvou částí a to z čepele a bodce na konci hokejky (Kudláček In Janečka a kolektiv 2012).

Speciální formy lyžování či snowboardingu

Mezi speciální formy lyžování řadíme tzv. monoski či dualski. Monoski je dle názvu jedna běžná lyže, která je upevněna v tzv. pevné konstrukci, tedy skořepině, ve které je lyžař posazen. Součástí speciálního lyžařského setu jsou tzv. stabilizátory, které velmi zjednodušeně plní funkci lyžařských hůlek. Jedná se o krátké, speciálně upravené francouzské hole, které jsou zakončeny krátkými lyžemi. Dualski jsou sestaveny na podobném principu jako monoski, s tím rozdílem, že již dle vypovídajícího názvu se jedná o dvě běžné lyže s pevnou konstrukcí (Český svaz tělesně postižených sportovců 2018, online).

Novinkou na trhu je sportovní protéza, tzv. ProCarve (viz příloha C), která je určena zejména pro lyžování či snowboarding. Protéza je však také vhodná pro další sporty, jako jsou například wakeboarding nebo vodní lyžování, tudíž má své využití jak pro zimní, tak letní sporty. Protéza je vyvinuta pro jedince s amputací nad kolenem, pod kolenem, ale také s amputací provedené v kolenní části. Sportovní protéza pracuje na bázi speciálních tlumičů (MojeProteza 2018, online).

Handbike

Handbike je odvozen z anglického „hand“ a „bike“, což dle volného překladu překládáme jako ruční kolo. Velmi jednoduše řečeno se jedná o kolo, které je poháněno pomocí horních končetin. Cyklisté bývají v handbike usazeni v různých polohách (poloha sed, polo sed, leh, pololeh), mezi nejčastější polohou lze však považovat poloha na pomezí mezi polohou v sedu a v lehu. Dle odborníků z oboru ergonomie se jedná o nejvhodnější polohu pro jezdce. Z konstrukčního hlediska

rozlišujeme handbike tří a čtyřkolový, avšak doposud nejvyužívanějším je konstrukce tříkolky. U tříkolového handbike bývá umístěno tzv. hnací kolo vpředu a volně zavěšená kola pro vyrovnání stability nalezneme vzadu. Umístění kol však vždy záleží na individuálních možnostech a schopnostem daného cyklisty (Benada, Zvonek 2015).

b) Kulturní a tvůrčí aktivity

Na první pohled se zdá, že osoby po amputaci končetin jsou výrazně omezeny v určitých oblastech kultury. Omezení však nepřichází v poslechu hudby, ani v oblasti sledování filmu či divadelního představení. Omezení také nepřichází ve zhlédnutí expozic a zajímavých výstav v muzeích a galeriích. Omezení však často přichází v problematice bariérovosti prostředí. U osob s omezenou hybností vyvstává mnoho překážek, které jsou nuceny řešit. Zejména se jedná o bariéry fyzické, tedy bariéry architektonické v podobě schodů, nerovných terénů či budov bez výtahů. Je známo, že mnoho budov filharmonií, divadel, muzeí či galerií jsou starší památkové budovy a často tyto budovy nejsou bezbariérové. Z tohoto důvodu mohou právě tyto budovy být pro jedince po amputaci končetin nedostupné, i když v současné době je velkým trendem odstraňování a limitování bariér. Faktem je, že mnoho překážek bývá postupně odstraňováno, avšak stále vznikají překážky nové. Nutno podotknout, že vždy záleží na individuálních zvláštностech a možnostech každého jedince. Zejména u jedinců po amputaci končetin dochází k velkým rozdílům. To, co pro někoho představuje bariérové prostředí, pro druhého být bariérové nemusí. Například výše uvedené budovy pro jedince po amputaci horních končetin bariéry nepředstavují (Opatřilová, Zámečnicková 2014).

Pokud jsou však všechny podmínky odpovídající, mají jedinci po amputaci končetin širokou škálu možností účastnit se kulturních aktivit. Od poslechu hudby, sledování filmů či divadelního představení po návštěvu muzeí a galerií.

c) Umělecké a terapeutické aktivity

Mezi další možnosti trávení volného času osob po amputaci končetin můžeme řadit různé umělecké a terapeutické aktivity. Zde se nám také nabízejí specifické umělecké aktivity a terapeutické metody. Formy terapeutických metod mohou být

různé: formy odvíjející se dle počtu klientů – individuální, skupinové a hromadné či formy dle časového rozvržení, tedy krátkodobé a dlouhodobé.

Jednotlivé terapeutické metody můžeme dělit do několika skupin:

- terapie hrou,
- pracovní (činností) terapie,
- psychomotorické terapie,
- expresivní terapie
- terapie za účasti zvířete (Müller 2005).

Pro účely diplomové práce byly zvoleny expresivní terapie, které jsou z výše uvedeného výčtu terapeutických metod v životě osob po amputaci končetin nejvíce zastoupeny.

Mezi expresivní terapie (též terapeutické-formativní terapie) řadíme pět základních druhů terapií (Valenta a kol. 2014):

- arteterapie v užším pojetí (využívá prostředků výtvarného umění),
- dramaterapie a teatroterapie (využívá prostředků vlastního divadla),
- muzikoterapie (využívá prostředků hudebního umění),
- taneční a pohybová terapie (využívá prostředků tanečního umění),
- biblioterapie, poetoterapie (využívá prostředků slovního umění).

Uvedené expresivní terapie nebudou v diplomové práci více rozepisovány, jelikož nejsou cílem práce. Z tohoto důvodu byly pouze stručně zmíněny jednotlivé prostředky, které dané terapie využívají.

3. Možnosti komplexní péče a podpory osob po amputaci

Základem péče a podpory osob se zdravotním postižením je spolupráce mezi odborníky. Péče o osoby se zdravotním postižením je velmi rozsáhlá, proto zasahuje hned do několika resortů. Zejména se jedná o služby spadající pod Ministerstvo zdravotnictví (dále jen MZ), Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) a Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT). V poskytování základní péče se jednotlivé resorty setkávají a vzájemně prolínají.

V této kapitole bych se krátce věnovala ucelené rehabilitaci, která prostřednictvím svých složek poskytuje podporu a péči jedincům s postižením. Cílem práce není popsat všechny metody rehabilitace, pouze ve stručnosti přiblížit jednotlivé možnosti. Dalším důležitým způsobem podpory osob s postižením je oblast poradenství. *„Poradenská podpora může nastartovat potřebné změny, a tím výrazně pozitivně ovlivnit kvalitu života jakkoli znevýhodněného člověka – klienta“* (Novosad 2009, s. 101).

3. 1. Ucelená rehabilitace

Pojem ucelená rehabilitace nebo též komprehenzivní rehabilitace je odvozen z anglického termínu comprehensive rehabilitation. Přídavné jméno ucelená je pouze českým specifíkem, které má zdůrazňovat kooperaci všech pomáhajících profesí. Zatímco v zahraničí se užívá termín comprehensive, což ve volném překladu znamená obsáhlý, tedy multioborový. Kolář definuje ucelenou rehabilitaci jako *„vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého a dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti“* (Kolář 2012, s. 2).

Votava o ucelené rehabilitaci mluví tehdy: *„pokud důsledky nemoci či postižení nemohou být řešeny pouze zdravotnickými prostředky a stav je trvanlivý či dlouhodobý, pokud nemoc či postižení není možné léčbou plně odstranit“* (Votava 2003, s. 14). Votava dále uvádí, že rehabilitace je ucelená ve chvíli, kdy se skládá

z více složek (nejméně však dvou) a tyto složky se vzájemně prolínají (Votava 2003).

Mezi základní složky ucelené rehabilitace řadíme rehabilitaci:

- léčebnou,
- sociální,
- pedagogickou,
- pracovní.

V současné době v České republice stále není systém ucelené rehabilitace nijak právně zakotven. Existují však právní úpravy jednotlivých oblastí. Léčebnou rehabilitaci upravují právní předpisy vydané v působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví, avšak jednotné zakotvení stále chybí.

Sociální rehabilitaci upravuje pod záštitou resortu Ministerstva práce a sociálních věcí zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění.

Pedagogickou rehabilitaci, ač tento pojem v právních předpisech nenalezneme, upravuje pod záštitou resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v aktuálním znění. Zejména pak vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v aktuálním znění.

Poslední složkou je pracovní rehabilitace, kterou pod záštitou resortu Ministerstva práce a sociálních věcí upravuje zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v aktuálním znění.

3. 1. 1. Dílčí složky ucelené rehabilitace

a) Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace se považuje za doménu medicíny. Obvykle je právě léčebná rehabilitace první složkou ucelené rehabilitace. Na léčebné rehabilitaci se podílí celá řada odborníků. Interdisciplinární tým tvoří mimo řadu odborných lékařů také rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, protetický pracovník.

Součástí týmu může být také psycholog, sociální pracovník, případně logoped (Votava 2005). Neubauerová definuje léčebnou rehabilitaci následovně. „*Léčebná rehabilitace je významnou složkou rehabilitačního procesu. Jedná se o komplex rehabilitačních, diagnostických a terapeutických postupů a opatření, která směřují k funkční zdatnosti, ať již cestou odstranění či zmírnění funkčních projevů či disability, případně cestou zpomalení progresu disability vinou onemocnění nebo vrozené vady*“ (Neubauerová, Javorská, Neubauer 2012, s. 19).

b) Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění, ve kterém je dle § 70 definována následovně. „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb*“ (§ 70, zákon č. 108/2006 Sb., online). Sociální rehabilitaci zajišťují zejména sociální pracovníci, dále pak pracovníci v sociálních službách, osobní asistenti či dobrovolníci.

c) Pedagogická rehabilitace

Pojem pedagogická rehabilitace české právní předpisy neuvádějí. Nicméně pedagogickou rehabilitací můžeme pojmenovat činnosti pedagogického snažení, kdy hlavním cílem je dosažení co nejvyššího stupně vzdělávání jedinců s postižením, jejich samostatnosti a rozvoje specifických dovedností (Neubauerová, Javorská, Neubauer 2012, s. 19). Na pedagogické rehabilitaci se zejména podílejí speciální pedagogové na školách všech typů a stupňů a pracovníci poradenských zařízení (SPC, PPP). Dále jsou to pak pedagogové v rámci běžného vzdělávacího proudu, vychovatelé, asistenti pedagoga a také případně samotní rodiče.

d) Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je upravena zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v aktuálním znění, ve kterém je v § 69 definována jako „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce*“ (§ 69, zákon č. 435/2004 Sb., online). Realizaci pracovní rehabilitace zajišťuje Úřad práce ČR ve spolupráci se zaměstnavateli, vzdělávacími zařízeními a neziskovými organizacemi. Svou roli zde má i tzv. posudkový lékař.

3. 2. Poradenství

Důležitým způsobem podpory osob po amputaci končetin je poradenství obecně. Zejména pak v oblasti nároku na jednotlivé příspěvky a úlevy pro osoby se zdravotním postižením. Dále je to poradenství ohledně protéz, protetické péče a celkových možností, které se v této oblasti nabízejí. Podstatnou složkou je také psychologická podpora, protože amputace jako taková je výrazný zásah do integrity lidského těla.

3. 2. 1. Odborné sociální poradenství - přehled příspěvků a úlev

Osoba se zdravotním postižením či jiná fyzická osoba pečující o osobu se zdravotním postižením by měla mít dostatek informací ohledně nároku na pobírání dávek a příspěvků pro osoby se zdravotním postižením. Dále pak informace týkající se vystavení průkazu osob se zdravotním postižením. Tedy stručně řečeno mít základní informace o tom, kdo má na jednotlivé dávky a průkaz nárok a kde žádat.

Přehled výše uvedených příspěvků a úlev bude krátce představen níže. Jednotlivé informace jsou popsány ve stručnosti, jelikož dílčí informace nejsou předmětem diplomové práce. Dochází také k neustálým změnám, proto je důležité vědět, kde aktuální informace získat a dohledat.

3. 2. 2. Příspěvky

Zmírnit dopady zdravotního postižení pomáhá stát osobám se zdravotním postižením několika příspěvky. Přehled jednotlivých příspěvků vymezuje zákon č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v aktuálním znění a zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v aktuálním znění.

a) Příspěvek na mobilitu

Příspěvek na mobilitu je nárokovou dávkou, která je vyplácena osobám se zdravotním postižením. Tento příspěvek je osobám poskytován, aby kompenzoval náklady, které jsou nutné pro zajištění dopravy (do školy, do zaměstnání, k lékaři atd.). Současná výše příspěvku činí 550 Kč za jeden kalendářní měsíc. Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která je držitelem průkazu osoby se zdravotním postižením (ZTP, ZTP/P). Další podmínkou příspěvku je opakované každoměsíční dopravování za úhradu, ať sebou samým, tak druhou osobou. Nárok na výplatu příspěvku však nemají osoby, které jsou klienty pobytových sociálních služeb (domovy pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo zdravotnická zařízení ústavní péče), pokud se však nejedná o důvody zvláštního zřetele. Nárok dále zaniká také v situaci, kdy je po celý kalendářní měsíc jedinec hospitalizován (§ 6, 7, zákon č. 329/2011 Sb., online).

b) Příspěvek na zvláštní pomůcku

Příspěvek na zvláštní pomůcku je určen osobám se zdravotním postižením. Konkrétně osoba s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí a těžkým sluchovým nebo těžkým zrakovým postižením dlouhodobě nepříznivého charakteru. Pokud se jedná o příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovanou na pořízení motorového vozidla nebo speciálního zádržního systému, tak je příspěvek určen osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí či těžkou nebo hlubokou mentální retardací.

Mimo výše uvedené podmínky je nutné pro přiznání příspěvku dále splňovat:

- věk (osoba starší 3 let – příspěvek na motorové vozidlo, na úpravu bytu, osoba starší 15 let – příspěvek na vodícího psa, osoba starší 1 roku – všechny další pomůcky)
- pomůcka umožňuje osobě sebeobsluhu
- pomůcka slouží k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím
- osoba může zvláštní pomůcku využívat
- pomůcka není zdravotnickým prostředkem, který je hrazen z veřejného pojištění

Co se týká výše stanovení příspěvku na zvláštní pomůcku, tak jsou jednotlivé částky vymezeny v zákoně č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v aktuálním znění. Nejčastěji osoby po amputaci končetin žádají o příspěvek na motorové vozidlo a poté o příspěvek na ruční řízení motorového vozidla (§ 9- 12, zákon č. 329/2011 Sb., online).

c) Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je určen osobám, které z důvodu zdravotního stavu potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Tato pomoc se vztahuje na zvládání základních životních potřeb. Zvládání základních životních potřeb se pak dále dělí dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v aktuálním znění na čtyři stupně dle stupně závislosti. Při posuzování stupně závislosti 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. Na příspěvek má nárok osoba starší jednoho roku.

Zákon rozlišuje stupně závislosti a výši příspěvků následovně:

Osoba do 18 let věku

- stupeň I (lehká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat tři základní životní potřeby, výše příspěvku činí 3 300 Kč

- stupeň II (středně těžká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb, výše příspěvku činí 6 600 Kč
- stupeň III (těžká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb, výše příspěvku činí 9 900 Kč
- stupeň IV (úplná závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, výše příspěvku činí 13 200 Kč

Osoba nad 18 let věku

- stupeň I (lehká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby, výše příspěvku činí 880 Kč
- stupeň II (středně těžká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb, výše příspěvku činí 4 400 Kč
- stupeň III (těžká závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb, výše příspěvku činí 8 800 Kč
- stupeň IV (úplná závislost) osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není sama schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, výše příspěvku činí 13 200 Kč

Z uvedeného příspěvku hradí dotyčná osoba péči jiné fyzické osobě (osoba blízká, osobní asistent nebo pečovatel/ka) či instituci (poskytovatel sociálních služeb, dětský domov, speciální lůžkové zařízení hospicového typu), které jí poskytují potřebnou pomoc a péči (§ 9- 17, zákon č. 108/2016 Sb., online).

3. 2. 3. Průkaz osoby se zdravotním postižením

Mimo výše uvedené příspěvky má osoba se zdravotním postižením také nárok na jisté úlevy v podobě vyhrazeného místa k sezení ve veřejných dopravních prostředcích, přednost při osobním projednávání své záležitosti, bezplatnou dopravu

pravidelnými spoji veřejné hromadné dopravy či slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku, případně bezplatnou dopravu průvodce veřejnými dopravními prostředky či bezplatnou dopravu vodícího psa nebo nárok na parkování na vyhrazených místech. Dále pak také poskytnutí slevy ze vstupného na různá divadelní a filmová představení, koncerty či galerie, muzea a jiné kulturní nebo sportovní akce. Uvedené úlevy se liší dle jednotlivých stupňů mimořádných výhod.

Na výše uvedené úlevy má nárok osoba, která je držitelem tzv. průkazu osoby se zdravotním postižením. Dle zákona č. 329/2011 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v aktuálním znění má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením osoba: „*starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, která podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra*“ (§ 34, zákon č. 329/2011 Sb., online).

Zákon rozlišuje tři stupně mimořádných výhod:

1. stupeň mimořádných výhod = průkaz s označením TP (těžké postižení)
2. stupeň mimořádných výhod = průkaz s označením ZTP (zvlášť těžké postižení)
3. stupeň mimořádných výhod = průkaz s označením ZTP/P (zvlášť těžké postižení s průvodcem)

Více informací ohledně průkazů osob se zdravotním postižením je uvedeno v příslušném zákoně (§ 34-36, zákon č. 329/2011 Sb., online).

3. 2. 4. Psychologická podpora

Pro každého člověka je amputace výrazný zásah do integrity lidského těla, kterým se mění život daného jedince i jeho rodiny. Je zcela pochopitelné, že se člověk s takovou situací vyrovnává velmi nelehko. To, jak se člověk vyrovnává s novou skutečností, se často liší dle příčiny amputace. Lidé, kteří přišli o končetiny z důvodu nemoci, jsou velmi často s danou situací smířeni. Amputace pro ně představuje jistou úlevu a osvobození od bolestí. Tito jedinci se s amputací vyrovnávají poměrně dobře a rychle, jelikož mají jistou možnost se na novou situaci

připravit. Zatímco jedinci, kteří přišli o končetinu z důvodu nějakého úrazu, se s danou situací vyrovnávají obtížněji. Nová skutečnost je zejména v rané fázi pro jedince šokující a představuje neočekávanou změnu.

Z výše uvedeného nám zcela jasně vyplývá, že důležitou roli hraje zejména podpora rodiny a nejbližších přátel. Osobě po amputaci končetin můžeme dále také nabídnout možnost psychologické pomoci. Zpočátku bývá psychologická pomoc často odmítaná, proto je důležité jedince obeznámit s tím, jaký druh psychologické pomoci mu může být nabídnut. Může se jednat o pomoc ze strany psychologa, který prostřednictvím individuálních či rodinných konzultací pomáhá jedinci se s danou situací vyrovnat. Osvědčenou a lépe přijímanou metodou je setkání s další osobou, která se dostala do podobné životní situace. Jedná se o tzv. svépomocné skupiny. Jde o pravidelná sezení, setkávání jedinců po amputaci, které je vedené terapeutem. Osoby po amputaci si vyprávějí příběhy, popisují své životní situace a vyměňují si zkušenosti a vzájemně se tak podporují. Jedinec tak dostane odpovědi na své otázky, které vlivem životní situace vyvstávají. Získává nový náhled na svou situaci a dostává určitý pocit jistoty, že může danou životní situaci zvládnout (Smutný 2013).

V České republice nabízí možnost svépomocných skupin pro amputované Rehabilitační klinika Malvazinky v Praze. Skupiny jsou určeny, jak pro amputované hospitalizované na RK Malvazinky, tak také i pro ambulantní pacienty (MojeProteza 2018, online).

3. 2. 5. Protetická pomoc a podpora

Protéza je tělesná náhrada amputované končetiny. Protézami se zabývá medicínský obor, který se nazývá protetika. „*Protetika je nauka o náhradách částí nosného a pohybového aparátu člověka a některých jeho funkcí technickými prostředky, které jsou aplikované na povrch těla*“ (Hadraba 2006, s. 7).

Průběh vybavení protézou má několik fází. Osoby po amputaci by měli mít o těchto fázích dostupné informace. Měli by vědět, co je v nadcházejících měsících čeká a na koho se mohou obrátit. Bohužel se velice často setkávají s tím, že jsou nedostatečně informovaní a jednotlivé informace získávají ze dne na den. To však může mít velký vliv na psychiku jedince, zejména pak na míru motivace jedince.

Je třeba vědět, že dílčí fáze na sebe vzájemně navazují, a proto žádnou z nich nelze vynechat. Jednotlivé fáze jsou tak u každého člověka velmi individuální, což znamená, že se mohou časově velmi lišit. V průběhu vybavení protézou je třeba velká míra trpělivosti, motivace a osobního přesvědčení ze strany osoby po amputaci končetin. Důležitá je také spolupráce s týmem odborníků.

Mimo jiné průběh vybavení protézou popisuje web MojeProteza.cz pod záštitou celosvětové protetické firmy Ottobock. Jmenované webové stránky poskytují dostupné a zejména aktuální informace pro osoby po amputaci končetin (MojeProteza 2018, online).

3.2.5.1 Fáze vybavení protézou

Nyní budou ve zkratce uvedeny dílčí fáze vybavení protézou (MojeProteza 2018, online):

a) Vyšetření

Vybavení protézou začíná vyšetřením jednotlivými odborníky, kterými jsou: lékař, ortotik-protetik a fyzioterapeut. Velmi důležitá je vzájemná spolupráce, jak mezi odborníky, tak i ve vztahu odborník – jedinec. Úkolem lékaře je zejména dohlížet na zdravotní stav daného jedince. Ortotik-protetik se zabývá celkovým fyzickým stavem jedince po amputaci. Protetik se zajímá zejména o stav pahýlu a úroveň amputace. Dále pak zjišťuje informace ohledně prostředí, kam se bude jedinec vracet. Zejména pak výskyt bariér a překážek, počet schodů a povrch, po kterém se bude jedinec pohybovat. Protetik také zjišťuje míru motivace osoby po amputaci a jeho očekávání do budoucna. Posledním odborníkem na poli působnosti je fyzioterapeut, který se zabývá jednotlivými schopnostmi jedince (schopnost postavit se, schopnost přemisťovat se a stabilní postoj). Fyzioterapeut společně s jedincem stanovuje tzv. terapeutický cíl, kterého chce daný jedinec dosáhnout.

b) Předprotetická terapie

Předprotetická terapie probíhá zejména v režii fyzioterapeutů. Cílem této fáze je zejména péče o pahýl. Prvně dochází k ošetření a masírování pooperačních jizev. Poté k pravidelnému bandážování pahýlu pro jeho správný tvar vhodný do protézy. Jedinec se dále učí správně ležet na lůžku a polohovat pahýl, což je důležité pro

budoucí nácvik chůze s protézou. Poté přichází nácvik správného vstávání a sedání. Posledním krokem předprotetické terapie je stoj bez protézy s bezpečnými pomůckami pro nácvik stability a rovnováhy, která je důležitá pro budoucí chůzi s protézou.

c) Doporučení pro vybavení

Jedná se o třetí fázi průběhu vybavení protézou. Tato fáze většinou nastupuje po 4 týdnech od amputace končetin. Lékař zhodnotí stav pahýlu a na základě stavu a funkčnosti pahýlu odesílá jedince k ortikovi-protetikovi. Protetik zjišťuje základní informace ohledně budoucího využití protézy daným jedincem. Zejména zjišťuje jeho cíl ve stupni aktivity, který bude daný jedinec preferovat s ohledem na jeho zdravotní stav, věk a možnosti. Stupně aktivit lze rozdělit do čtyř kategorií: chůze v interiéru, omezená chůze v exteriéru, neomezená chůze v exteriéru či neomezená chůze v exteriéru s mimořádnými nároky.

d) Sejmutí měrných podkladů

Po fázi, kdy protetik zjišťuje informace ohledně budoucího využití protézy daným jedincem, přichází fáze měrná. V této fázi protetik snímá přesné míry pahýlu i zachovalé končetiny. Poté zhotovuje sádrový otisk pro přesné vytvoření dané protézy.

e) Výroba protézy

Pátou fází je již samotná výroba protézy. Protetik prvně vyhotoví tzv. zkušební lůžko, které jedinec nosí několik týdnů. Zkušební lůžko je možné průběžně upravovat a přizpůsobovat.

f) Zkouška

Pro dosažení maximální funkčnosti pomůcky je třeba protézu vyzkoušet. Po zkoušce zkušebního lůžka z předchozí fáze nyní dochází k tzv. statické zkoušce, kdy se jedinec poprvé staví na protézu. Takto zhotovenou zkušební protézu využívá jedinec několik týdnů, učí se stabilní stoj a udržení rovnováhy. Nutné je dostatečně dlouhodobé nošení, aby mohla být ověřena funkčnost protézy. Pokud je vše v pořádku a uběhla dostatečně dlouhá doba nošení, vyhotovuje protetik finální

pahýlové lůžko. Poté celou protézu důkladně nastaví a seřídí dle potřeb jedince. V této fázi odesílá protetik jedince zpět k fyzioterapeutovi.

g) Škola chůze

V této fázi, kterou protetici a fyzioterapeuti nazývají jako škola chůze, dochází k nácviku chůze s protézou. Fyzioterapeut učí jedince protézu správně nasazovat a sundávat. Seznamuje jedince s tím, jak o protézu i pahýl správně pečovat. Před samotným nácvikem chůze je nejprve důležité naučit se vstát ze sedu a zase si sednout. Dále se provádějí různé cviky ve stoje pro získání dostatečné stability. Poté dochází k prvním krokům mezi bradly. To již začíná v pravém slova smyslu škola chůze. Když si je jedinec již zcela jistý chůzí na rovném povrchu, tak postupně může přecházet do fáze chůze na šikmé ploše. Poté chůze přes překážky, chůze v terénu či chůze ze schodů, dále pak do schodů. Nácvik chůze je dlouhodobý a velmi individuální proces. Vyžaduje vysokou míru trpělivosti a motivace daného jedince.

h) Zpátky do života a pravidelné kontroly

V poslední fázi přichází na řadu opět práce ortotika-protetika, který vyrábí tzv. definitivní lůžko. Toto lůžko je již neměnné, nelze ho nijak upravovat. Pro jedince je tedy připravena protéza na míru, která ho vrací zpět to života. Během ročního cyklu stálého nošení protézy by měl jedinec vyzkoušet, jak mu protéza vyhovuje. Nutné je docházet na pravidelné kontroly, kde je možnost protézu upravovat. Na základě zhodnocení ročního cyklu nošení bude jedinec vybaven definitivní protézou, která by měla již plně vyhovovat. Dále pak bude jedinci zhotovena ještě další protéza, které může jedinec dle potřeby střídat. Protézy se poté vyměňují cca po dvou letech. Nutné je však stálý dozor protetika, ideální je dodržovat pravidelný interval kontrol dle návrhu protetika.

3.2.5.2 Protetická pracoviště

Další významnou informací pro jedince po amputaci končetin je dostupnost protetických pracovišť. Web MojeProteza.cz na svých stránkách uvádí přehlednou mapu protetických pracovišť, kde je možné dohledat sídla protetických firem, tak i jejich pobočky v jiných městech. Dále však také Výjezdová místa jednotlivých

firm. Snadno se tak jedinci po amputaci končetin zorientují a dohledají příslušné protetické pracoviště dle místa vzdálenosti od svého bydliště (MojeProteza 2018, online).

3.2.5.3 Pojištění protéz

Důležitou informací pro osoby po amputaci končetin je také skutečnost, že je možné protézu pojistit. Užité doba protézy činí dva roky. Pokud během této doby dojde k poškození či odcizení protézy, tak je důležité myslet na to, že zdravotní pojišťovny nic nehradí. Uvedené výdaje si tak hradí jedinec sám, což je vzhledem k ceně protéz finančně velmi nákladné. Na trhu je v tuto chvíli pojištění protézy velkou neznámou a komerční pojišťovny si s tím často neví rady. Společnost Car Club s. r. o. společně s pojišťovnou Generali nabízí možnost sjednání tzv. „All risk“ pojištění. Uvedené pojištění pokryje veškeré výdaje spojené s opravou protézy či s pořízením protézy nové (MojeProteza 2018, online).

4. Kvalita života osob po amputaci

V kapitole bude vymezen pojem kvalita života. Kapitola se zamýšlí nad tím, co pojem kvalita života představuje. Podrobněji se zabývá kvalitou života osob se získaným tělesným postižením, konkrétně u osob po amputaci horní nebo dolní končetiny. Zabývá se otázkami, zda amputace jako taková mění kvalitu života. Případně jakým způsobem a ve kterých dílčích oblastech života?

4. 1. Pojem kvalita života

Kvalita života je velice diskutabilním pojmem. Pojem byl poprvé užit v římské a řecké mytologii. Dále se objevoval v různých souvislostech. Termínu kvalita života je v posledních letech věnována velká pozornost ze strany odborníků. Uvedené spojení je součástí sociologie, psychologie, filozofie a opírá se také o lékařské vědy či disciplíny ekonomie. Hojně se začal také objevovat ve stavebnictví či architektuře. Každá disciplína se kvalitou života zabývá z jiného úhlu pohledu. Vzhledem k multidisciplinárnímu termínu je zde vysoká terminologická nejednotnost. Jedná se o velice široký pojem. Z výše uvedeného vyplývá, že pojem kvalita života je často užíván, avšak jednotnou definici pro uvedený termín nemáme. Vytvoření obecné definice je problematické uchopit a jednoduše vysvětlit. Existuje však mnoho pokusů o vymezení pojmu. Ačkoliv stále chybí jednotná definice termínu, nabývá na významu a stává se stěžejním prostředkem pro hodnocení lidského života (Vaňurová, Mühlpachr 2005).

Pojem kvalita života lze vymežit jednotlivě. Tedy slovo kvalita pochází z latinského qualis, tedy jakost. Slovo život lze charakterizovat jako život určitého druhu – lidí, život obecně. Pokud bychom pojem kvalita života chtěli nějakým způsobem vymežit, tak je třeba zdůraznit, že se jedná o velice subjektivní pojem, z čehož vyplývá vysoká individuálnost termínu, jedná se o velice individuální termín. Je tedy vyloučeno srovnávat kvalitu života jednoho jedince s kvalitou života jiného jedince. Srovnání kvality života jednoho jedince s kvalitou života jiného jedince není možné také z toho důvodu, že kvalita života může být odlišná pro různé kultury a etnické skupiny (Vágnerová, 2000).

4. 1. 1. Definování pojmu kvalita života

Jak již bylo uvedeno výše, jednotnou definici pro uvedený termín nemáme. Vytvoření obecné definice je velice problematicky uchopitelné. Z tohoto důvodu vzniká mnoho pohledů na kvalitu života.

Z výčtu definic lze definice rozdělit do následujících kategorií. Uvedené definice zdůrazňují konkrétní aspekt hodnocení. Autorka (Faťunová 2007) rozlišuje:

- Definice založené na hodnocení objektivních indikátorů
- Definice založené na hodnocení subjektivních indikátorů
- Definice založené na kombinaci subjektivního a objektivního hodnocení
- Definice zdůrazňující pouze určitou oblast pojmu kvality života
- Definice založené na porovnání současného života a představách jedince o životě (Faťunová, 2007)

Níže uvádím definici autorů Vaďurová, Mühlpachr založenou na kombinaci subjektivního a objektivního hodnocení. Dále definici dle Křivohlavého založenou na hodnocení spokojenosti daného jedince, tedy na porovnání současného života a představách jedince o životě. Stěžejní definicí práce je definice dle WHO, která je založená na hodnocení dílčích oblastí. K uvedeným definicím se nejvíce přikláním z důvodu komplexnosti hodnocení (subjektivní a objektivní hledisko), z důvodu časové posloupnosti (minulost, přítomnost, budoucnost) a z důvodu zdůraznění dílčích oblastí.

Autoři Vaďurová, Mühlpachr kvalitu života nahlíží ze dvou hledisek. Jedná se o hledisko subjektivní a hledisko objektivní. Hlediska nelze však vnímat zcela izolovaně. Vzájemně se prolínají a ovlivňují. Subjektivní hledisko hodnotí míru životní spokojenosti, pocit štěstí a uznání, seberealizaci, sebereflexi, sebeúcty a sebeaktualizaci. Vzhledem k charakteru hodnotících položek je subjektivní hledisko hůře měřitelné. Jedná se o nejcitlivější a metodologicky nejsložitější hledisko. U měření subjektivního hlediska se setkáváme s velkou ovlivnitelností. Objektivní hledisko zahrnuje objektivní aspekty života, tedy měřitelné životní podmínky a dosaženou životní úroveň (Vaďurová, Mühlpachr 2005).

Kvalitou života se zabývá také autor Křivohlavý. Křivohlavý se zabývá kvalitou života v psychologii, konkrétně v psychologii zdraví. Křivohlavý se při definování kvality života zabývá spokojeností daného jedince, která na základě dosažených cílů ovlivňuje a určuje směr života. Pracuje se systémem otázek, kdy otázky směřují k minulosti, přítomnosti a budoucnosti. Tedy otázky zjišťující, jaké to bylo, jaké to je a jak by to mělo být? Je třeba se zaměřit na celou časovou posloupnost, aby hodnocení spokojenosti jedince bylo komplexní a byl tak i zřejmý časový průběh (Křivohlavý 2009).

WHO realizovala v roce 1997 výzkumný projekt, který nese název The World Health Organization Quality of Life známý pod zkratkou WHOQOL. WHO kvalitu života definuje jako: „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám, zájmům, požadavkům, starostem a obavám.“ (WHOQOL, online, 1997, s. 1) V uvedeném projektu WHO se jedná o velice široký koncept, který kvalitu života hodnotí v následujících bodech: tělesné zdraví, psychický stav, stupeň závislosti, sociální vztahy a osobní přesvědčení (WHOQOL 1997, online).

4. 2. Metody měření kvality života

Informace k měření kvality života jsou získávány prostřednictvím nástrojů výzkumu. Základním nástrojem zjišťování kvality života je dotazník. Dotazník je dělen do tří kategorií a to dotazník obecný, specifický či standardizovaný.

1. Obecný dotazník hodnotí celkový stav jedince. Jeho využití je celoplošné, tedy u jakýchkoli skupin populace. Výhodou obecného dotazníku je vzájemné porovnání dat, naopak nevýhodou lze spatřit v nedostatečné citlivosti podchycení symptomů.
2. Specifický dotazník již nelze využít na celou populaci, ale je určen pro jedince s konkrétními obtížemi. Obsahuje položky, které zjišťují dopad uvedených obtíží na život pacienta. Výhodou dotazníku je zaznamenání změn, naopak nevýhodou je nemožnost srovnání (Drahomírecká, Bartoňová 2006).

3. Standardizovaný dotazník je normovaným dotazníkem, který je vytvořen dle jasné a pevné struktury. Dotazník má pevně daný výčet otázek, na které dotazovaní odpovídají pevně danými odpověďmi. Výhodou standardizovaného dotazníku je porovnání dat, naopak nevýhodu lze spatřit v odpovědích, které mohou v některých případech být až zavádějící (Gavora 2010).

Měření kvality života nám ukazuje a pomáhá porozumět jednotlivým názorům a přístupům, které autoři k termínu kvalita života zastávají. Metod, kterými lze měřit kvalitu života, je mnoho.

Křivohlavý konkrétní metody dělí do tří základních skupin: (Křivohlavý 2002)

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
2. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II. (hodnotí druhá osoba a hodnotitelem je sama daná osoba)

Zjednodušeně jde o:

1. Objektivní metody
2. Subjektivní metody
3. Smíšené metody

I. Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

U metod měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba (lékař, zdravotní sestra, jiný odborník, rodinný příslušník) se setkáváme s výhodami v podobě objektivního měření chování či jednání pacientů, v podobě srovnání kvality života pacientů na různém oddělení či v různém stadiu nemoci.

Na druhé straně se však také setkáváme s nevýhodami v podobě nesouladu hodnocení kvality života druhou osobou a pacientem. Pacient může svůj stav hodnotit zcela odlišně, než je hodnocen druhou osobou (lékařem, zdravotní sestrou, jiným odborníkem nebo rodinným příslušníkem). Níže uvádím konkrétní metody a jejich stručnou charakteristiku (Křivohlavý 2002).

APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System)

Snahou metody hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu je vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii. Podstatou metody je usuzování vážnosti onemocnění dle kvantitativní odchylky daného stavu pacienta od stavu normálního. Výsledek je vyjádřen číselně, konkrétně jedním číslem. Skóre metody měření se pohybuje v rozmezí 0-71 bodů. Přičemž platí, čím vyšší skóre, tím vyšší pravděpodobnost závažnějšího onemocnění pacienta, případně úmrtí pacienta, a naopak. Uvedená měřicí metoda je užívána na oddělení JIP (jednotky intenzivní péče), kdy zjišťuje závažnost onemocnění pacienta. Aplikuje se do 24 hodin po přijetí na jednotku (Křivohlavý 2002).

Karnofskyho index

Karnofskyho index nebo také Karnofského skóre je založena na celkovém stavu pacienta. Celkový stav pacienta hodnotí lékař dle procentuální škály, kdy hodnoty škály se pohybují od 100 do 0. Tedy od normálního stavu pacienta, neprojevují se žádné obtíže do smrti. Škála je popsána v intervalech po 10. Je však možné určit skóre v rozmezí těchto hodnot. Karnofského skóre je velice často využíváno ve vnitřním lékařství, zejména pak v onkologii (Křivohlavý 2002).

VAS (Visual Analogous Scale)

Jedná se o vizuální škálování celkového stavu pacienta, kdy na škále jsou označeny dva extrémy: celkový pacientův stav je mimořádně špatný, naproti tomu celkový pacientův stav je velice dobrý. Křížkem na dané škále je zaznamenán momentální pacientův stav. Hodnotitelem vizuální analogové školy může být lékař, zdravotní sestra nebo rodinný příslušník pacienta (Křivohlavý 2002).

Symbolické vyjádření kvality života

Hodnotitel kvalitu života pacienta vyjadřuje dle soustavy křížků. Je hodnocen stav pacienta, převážně však samostatnost, sebeobsluha, psychický stav a komunikace. Hodnocení je prováděno na základě škály křížků od 1 do 4 křížků. Přičemž čím více křížků, tím horší je kvalita života pacienta a naopak (Křivohlavý 2002).

ILF (Index kvality života)

V systému indexu kvality života jsou stanovena kritéria – sebeobsluha, sociální opora pacienta, zvládnání těžkostí spojených s nemocí, bolest pacienta a celkový emocionální stav pacienta atd. Právě předem stanovená kritéria jsou velkým kladem indexu kvality života. Systém index kvality života je postaven na tom, že výběr hodnotících kritérií kvality života již nezáleží pouze na hodnotiteli, ale je dán souhlasem většího počtu osob (Křivohlavý 2002).

QL (Spitzer Quality of Life Index)

Kritéria kvality pacientova života podle Spitzera jsou následující: pracovní schopnost pacienta, fyzická nezávislost pacienta, způsob trávení volného času pacientem, bolesti pacienta, nepohodlí daného pacienta, nálada pacienta, vědomí pacienta o následcích nemoci, komunikace pacienta se svým okolím, vztah pacienta s rodinnou a přáteli. Hodnotitelem indexu byla zpočátku druhá osoba. Spitzer postupně přicházel s názorem, že by hodnotitelem měl být sám pacient (Křivohlavý 2002).

II. Metody měření kvality, kde hodnotitelem je sama daná osoba

SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)

Program hodnocení individuální kvality života je nejrozšířenější metodou měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba. Uvedená metoda není všeobecně platnou pro všechny dotazované jedince. Dle autora je velice individuální. Což znamená, že k pojetí kvality života přistupuje dotazovaná osoba tak, jak ji sama chápe. Přičemž pojetí kvality života dotazovanou osobou je zcela respektováno.

S dotazovanou osobou je veden strukturovaný rozhovor, kdy je daná osoba požádána, aby uvedla pět životních cílů. Nutné je dodržení daného počtu, tedy ne více, ale také ne méně. Pokud jich osoba uvede více, je nucena vybrat pět nejdůležitějších. S vyšším počtem cílů nelze pracovat, počet je tedy nutný dodržet. V rozhovoru by neměly být uváděny konkrétní příklady, aby nedošlo k ovlivňování jedince. Mělo by se jednat o zcela subjektivní počin jedince. Po vymezení pěti nejdůležitějších životních cílů má dotazovaná osoba uvést míru uspokojení s dosahováním konkrétního cíle. Míra uspokojení je vyjádřena procenty od 100 do 0.

Tedy od zcela spokojen až nespokojen, přičemž součet procent všech pěti cílů musí být roven 100 %. Následuje označení příslušného místa křížkem na stupnici, kdy část stupnice směřující doleva označuje nespokojenost a naopak stupnice směřující doprava označuje spokojenost (Křivohlavý 2001).

SEIQoL – DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – direct Weighting)

Jedná se o zjednodušenou formu výše uvedeného SEIQoL (Křivohlavý 2001).

LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile)

Obsahuje 105 položek. Probíhá prostřednictvím strukturovaného sebeposuzujícího rozhovoru, který provádí školený tazatel. „jedná se o strukturovaný sebeposuzující rozhovor, který má být zaznamenávaný školeným tazatelem (Vaňurová, Mühlpachr 2005).

SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis)

Jedná se o standardizovaný dotazník kvality života. Ve své originální francouzské verzi obsahuje posuzovací dotazník 23 položek, přičemž česká verze pracuje pouze s 21 položkami. Dotazník obsahuje dvě tabulky – hodnocení důležitosti a hodnocení spokojenosti. Každá tabulka má svou hodnotící škálu. Hodnocení důležitosti obsahuje škálu od nezbytné až po bezvýznamné. Hodnocení spokojenosti obsahuje škálu od zcela spokojen až po velmi zklamán. Uvedené položky vycházejí z Maslowovy teorie potřeb (Vaňurová, Mühlpachr 2005).

WHOQOL (WHO Quality of Life)

Dotazník kvality života WHO vytvořilo celkem 15 výzkumných center. Dotazník byl vytvořen ve dvou verzích. A to WHOQOL-100, který obsahuje celkem 100 položek a skládá se z 24 podoblastí s tím, že jedna podoblast obsahuje 4 položky (celkem tedy 96 položek). Jednotlivé podoblasti jsou sdruženy do šesti základních domén a to fyzické zdraví, prožívání, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí, spiritualita a celková kvalita života. Poslední nezařazená oblast dotazníku kvality života obsahuje taktéž 4 položky, které si kladou za cíl hodnotit celkovou kvalitu

života a celkové zdraví. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na pětibodové škále. Nevýhodou dotazníku je jeho šíře a obsáhlost, dotazník je časově náročný (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

WHOQOL – BREF

Dotazník WHOQOL – BREF je druhou verzí, která byla vytvořena 15 výzkumnými centry. Jedná se o zkrácenou podobu dotazníku WHOQOL-100. BREF dotazník obsahuje 26 položek a skládá se z 24 podoblastí s tím, že jedna podoblast obsahuje vždy 1 položku, která nejvíce souvisela s danou podoblastí. Jednotlivé podoblasti jsou sdruženy do čtyř základních domén a to fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí. Poslední dvě nezařazené podoblasti dotazníku kvality života obsahují 2 položky (každá oblast jednu položku), které si kladou za cíl hodnotit celkovou kvalitu života a spokojenost se zdravím. Jednotlivé položky jsou hodnoceny na pětibodové škále. Nevýhodou dotazníku je, že hodnotí krátký časový úsek před a po vstupu do léčby (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

WHOQOL – DIS

WHO vytvořila také dotazník zjišťující kvalitu života u osob s postižením (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

WHOQOL – OLD

WHO vytvořila také dotazník zjišťující kvalitu života u seniorů (Dragomirecká, Bartoňová 2006).

III. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu I. a II. (hodnotí druhá osoba a hodnotitelem je sama daná osoba)

MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life)

MANSA vytváří celkový obraz kvality života dotazovaného jedince. Metoda je zaměřena na přítomnost, celkový obraz kvality života je posuzován dle toho, jak se danému jedinci jeví v daný moment. Dle celkového obrazu je možné následně

podniknout další kroky, tedy zajistit účelnou pomoc a podporu pro daného jedince (Křivohlavý 2002).

LSS (Life Satisfactory Scale)

Škála spokojenosti je rozpracovaná v rámci metody MANSA. Jde o škálu, která má sedm stupňů. Jednotlivé stupně jsou na škále uvedeny rovnoměrně, tedy od minima – nemůže to být horší až po maximum – nemůže to být již lepší (Křivohlavý 2002).

4. 3. Kvalita života po amputaci končetin

S kvalitou života souvisí akceptace daného postižení. Jedinec při procesu akceptace daného postižení prochází fázemi zvládání získaného postižení. Reakce na vzniklé postižení se taktéž různí. Reakce daného jedince je ovlivněna především příčinou amputace. Mezi nejčastější příčiny současnosti řadíme těžké infekce, nádory, ischemickou chorobu, sepse, deformace, těžké poranění, pracovní poranění, poranění výbušninou či vážné autonehody (Slezáková 2007).

Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová uvádí pět fází vyrovnání. Jedná se o tyto fáze: šok a popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření (Slezáková 2007).

Česká autorka Marie Vágnerová ve své publikaci uvádí pět fází akceptace: fáze šoku a popření, bezmocnosti, postupné adaptace a vyrovnání se s problémem, fáze smlouvání a fáze realistického postoje. Dále autorka ve své publikaci uvádí čtyři fáze zvládání získaného postižení, kterými jsou fáze latence, pochopení traumatizující reality, protestu a smlouvání, postupné adaptace (Vágnerová 2008).

Autor Smutný ve své publikaci uvádí pět fází reakce na ztrátu končetiny. Jde o fáze šoku, reaktivní, adaptace, reorientace a překonání krize. V první fázi pacient zjišťuje situaci, která nastala. Ve fázi šoku je jedinec otřesen a zmaten, často uvedenou skutečnost popírá. Druhá fáze reakce na ztrátu končetiny přináší pocity úzkosti, smutku. Reakce pacienta jsou odmítavé, často je nespolupracující. Postupně však začíná jedinec získávat informace a dochází ke změně náhledu. V tuto chvíli se jedinec pohybuje ve fázi adaptace. Následuje fáze reorientace, kdy se pacient začíná

orientovat na danou situaci a situaci, která vyvstala, řeší. Řešením dané situace se pacient dostává do poslední fáze reakce na ztrátu končetiny. Nachází se ve fázi překonání krize. V této fázi pacient začíná plně fungovat a vrací se zpět k činnostem, které jej těšily v době před amputací (Smutný 2013).

Kvalita života osob po amputaci končetin se různí. Na hodnocení kvality života se podílí mnoho aspektů. Zcela zásadní roli zde hraje akceptace a nonakceptace postižení. Mezi faktory, které ovlivňují proces akceptace, řadíme pohlaví jedince, věk jedince, charakterové vlastnosti, rodinné zázemí, dosažené vzdělání, pracovní uplatnění a jiné. Dalším faktorem je již konkrétní amputace. Zásadní vliv na přijetí získaného postižení má mimo jiné místo amputace. Amputaci je možné dělit na amputaci horních nebo dolních končetin, případně kombinovanou amputaci. Zásadní roli hraje také výška amputace. Amputace jako taková je zásah do integrity člověka a představuje silné emoční trauma (Monatová 1994).

Amputace končetin má také zásadní vliv na jednotlivé oblasti života. Mezi klíčové oblasti řadíme profesní roli, partnerskou roli, rodičovství, problematiku volného času. Viz více kapitola Vliv získaného postižení na jednotlivé oblasti života.

Dále kvalitu života ovlivňují bariéry, které v životě jedince po amputaci nastávají. Každý člověk se v průběhu svého života setkává s řadou překážek, kterým musí nějakým způsobem čelit. Překonávání jistých překážek je pro člověka se získaným tělesným postižením velice častou rutinou. V počátcích je překonávání překážek součástí každodenního života jedince po amputaci končetin. Překonávání bariér není zcela zautomatizovaný proces. Z toho důvodu je nezbytné si v průběhu vývoje osvojit jisté strategie, které napomáhají dané překážky řešit a následně překonávat. Je však nutné podotknout, že právě u jedinců s omezením hybnosti dochází k situacím, kdy řada překážek zůstává tzv. nepřekonatelná. Aktuálním trendem je tedy jistá eliminace bariér. Zásadním krokem je správné pojmenování bariér, aby bylo možné efektivně pracovat na jejich úspěšném odstranění. Faktem je, že mnoho z nich stále přetrvává nebo vznikají bariéry nové. Bariéry mohou mít tedy za následek snižování kvality života osob s postižením (Opatřilová, Zámečníková, online).

V neposlední řadě mají na kvalitu života vliv tzv. Fantomové bolesti. Jedná se o zvláštní typ obtíží, které jsou přítomny u osob po amputaci končetin. Přesná příčina bolesti není příliš jasná. Jedinci kromě nepříjemných bolestí pociťují také přítomnost chybějící končetiny, pocity dotyku, horka nebo chladu. Dále se také objevuje brnění či svědění končetiny. Uvedené symptomy mohou mít za následek snižování kvality života (Smutný 2013).

Kromě negativních aspektů, které mají vliv na snižování kvality života, se setkáváme také s pozitivními aspekty. Mezi pozitivní aspekty lze jednoznačně zařadit možnost ortopedické pomůcky, kterou je míněna protéza. Dále jsou to další kompenzační pomůcky a jiné pomůcky, které zásadně zvyšují kvalitu života jedince po amputaci končetin (Hadraba 2006). "

5. Názory osob po amputaci končetin na kvalitu života

Předkládaná diplomová práce se zabývá tématem kvality života jedinců po amputaci končetin. Podrobněji přibližuje oblast partnerství a oblast trávení volného času. Uvedené pojmy amputace, kvalita života a dílčí oblasti kvality života byly popsány v předchozích kapitolách. V následující části budou prezentovány výsledky výzkumného šetření.

5. 1. Cíle výzkumného projektu

Hlavním cílem výzkumného šetření je zjistit, jak dotazovaní jedinci hodnotí kvalitu života po amputaci končetin. Definovaný hlavní cíl je rozdělen do dvou dílčích cílů, z nichž je každý zaměřen na jinou oblast kvality života. Dále bude představeno sdružení No foot, No stress a výčet jeho aktivit.

Dílčí cíle výzkumu:

1. Zjistit, jak jedinci po amputaci končetin hodnotí kvalitu života v oblasti partnerství a v oblasti volného času.
2. Představení nezisková organizace No foot, No Stress, o. s. včetně zhodnocení přínosu nabízených aktivit a četnosti jejich využívání.

V rámci výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky, které si kladly za cíl zjistit:

1. Do jaké míry ovlivňuje amputace kvalitu života?
2. Do jaké míry ovlivňuje amputace kvalitu partnerských vztahů?
3. Do jaké míry se změnilo trávení volného času osob po amputaci?

Na základě cílů a výzkumných otázek byly stanoveny tyto hypotézy:

1. Předpokládám, že kvalitu života po amputaci budou hodnotit lidé žijící s amputací více let jako lepší oproti lidem krátce po amputaci.
2. Předpokládám, že oblast trávení volného času budou lidé žijící s amputací hodnotit jako téměř beze změn, než tomu naopak bude v oblasti partnerství.

5. 2. Metody sběru dat

Vybranou metodou sběru dat byl zvolen dotazník, který lze zařadit mezi nejpoužívanější výzkumné techniky. Podstatou dotazníku je získání dat a informací o daném respondentovi, ale také získání jeho názorů a postojů k danému tématu. Jedná se o způsob písemného kladení otázek a také zároveň získávání písemných odpovědí. Obvykle bývá složen ze tří částí – vstupní část, vlastní otázky a poděkování respondentům (Gavora, 2010). Mezi výhody dotazníku patří snadná administrace při zpracování získaných odpovědí a dodržení anonymity daných respondentů (Bartošová, Skutil 2011). Jako další výhodu dotazníku udává autor Gavora (2010) získání informací od vysokého počtu dotazovaných.

Rozlišujeme dva typy dotazníků, a to dotazník standardizovaný a dotazník vlastní konstrukce (Bartošová, Skutil 2011). Pro výzkumnou část diplomové práce byl vytvořen dotazník vlastní konstrukce. Předlohou pro dotazník se stal standardizovaný dotazník pro zjišťování kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF, který byl upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval účelům výzkumu. Z dotazníku bylo využito několika základních otázek, které se týkají předkládané práce. Podrobněji byla rozpracována oblast partnerství a oblast volného času, které jsou zásadní pro naplnění cíle diplomové práce.

Dotazník celkem obsahuje 22 položek. V položkách dotazníku č. 1 – 2 byly zjišťovány údaje týkající se pohlaví a věku respondentů. Položky č. 3 – 5 zjišťovaly úroveň amputace a dobu od vykonání amputace. Položka č. 6 zjišťovala, zda osoba používá či nepoužívá tělesnou náhradu (protézu). V položkách č. 7 – 10 bylo zjišťováno, zda je osoba zaměstnaná, jak je spokojená se svým pracovním výkonem a zda se po amputaci změnila finanční situace. V položkách č. 11 – 13 byly zjišťovány informace ohledně oblasti trávení volného času. Následující položky č. 14 – 18 předkládané práce se věnovaly oblasti partnerství. Zejména spokojenosti s podporou rodiny a přátel, spokojenosti s osobními vztahy a zjišťováním faktorů, které dle jedinců ovlivňují kvalitu partnerských vztahů. Poslední čtyři položky diplomové práce se zabývaly posouzením kvality života. A to celkovým zhodnocením kvality života dle stupňů spokojenosti a zhodnocením kvality života

po amputaci vzhledem k předcházejícímu období. Kompletní dotazník je uveden v příloze č. 6.

5. 3. Popis výzkumného vzorku a realizace výzkumu

Výzkum byl realizován ve státních i soukromých rehabilitačních ústavech v České republice. Do cílové skupiny níže uvedených rehabilitačních zařízení patří osoby po amputaci končetin, z tohoto důvodu byly tyto rehabilitační ústavy osloveny. Jednotlivá pracoviště byla oslovena prostřednictvím elektronické pošty s žádostí o umožnění realizace výzkumného šetření. Součástí e-mailové korespondence byla příloha s dotazníkem, aby oslovená osoba mohla rozhodnout, zda jejich klienti splňují kritéria cílové skupiny a zda budou ochotni daný dotazník vyplnit. Zároveň byla oslovená osoba požádána o návrh počtu dotazníků, které mají být do daného zařízení zaslány. Součástí e-mailové korespondence byly také podmínky zaslání dotazníku do a ze zařízení. Dotazníky do dílčích zařízení byly zaslány prostřednictvím České pošty. Součástí obálky byly vtištěné dotazníky, psací potřeby, žádost o vyplnění dotazníku se základními informacemi a poděkováním. Součástí obálky byla také nadepsaná a ofrankovaná obálka pro zpětné zaslání. Jednotlivá zařízení byla oslovena v období měsíce listopadu 2017 – dubna 2018. Zároveň byla požádána, aby nejdéle do května 2018 odeslala zpět dotazníky. Tabulka Tabulka 1 - Přehled oslovených zařízení a jejich vyjádření

Název zařízení	Reakce zařízení	Počet dotazníků
Rehabilitační ústav Hostinné	Ano	20
Rehabilitační ústav Brandýs nad Orlicí	Bez reakce	0
Rehabilitační ústav Kladruby	Ano	45
Rehabilitační ústav Hrabyně	Ano	20
Rehabilitační ústav Hrabyně, pracoviště Chuchelná	Ano	20
Vojenský rehabilitační ústav Slapy	Bez reakce	0
Celkem		105

Tabulka 2 – Přehled oslovených zařízení a návratnost dotazníků

Název zařízení	Počet odeslaných dotazníků	Počet přijatých dotazníků	Počet použitých dotazníků
Rehabilitační ústav Hostinné	20	14	14
Rehabilitační ústav Kladruby	45	37	37
Rehabilitační ústav Hrabyně	20	17	17
Rehabilitační ústav Hrabyně, pracoviště Chuchelná	20	12	12
Celkem	105	80	80

Dále byly dotazníky také osobně rozdány respondentům po amputaci končetin, kteří žijí v blízkém okolí. Opět se jednalo o období měsíce listopad 2017 – duben 2018. Respondenti byli také požádáni o vrácení dotazníků do konce května 2018. Celkem bylo rozdáno 20 dotazníků.

Tabulka 3 – Osobně rozdané dotazníky a návratnost dotazníků

Osobně rozdané dotazníky	Počet odeslaných dotazníků	Počet přijatých dotazníků	Počet použitých dotazníků
Respondenti	20	18	18
Celkem	20	18	18

Z výše uvedených tabulek vyplývá, že bylo celkem rozdáno 125 dotazníků. Návratnost dotazníků činila 98 (78%) dotazníků. Výzkumný soubor celkem tvoří 98 respondentů.

5. 4. Interpretace získaných výsledků

Data, získaná dotazníkovým šetřením byla utříděna a poté zpracována. Jednotlivé odpovědi v dotazníku byly utříděny podle otázek a získaná data následně vyhodnocena analýzou. Jak uvádí Šedřová (2007) získaná data jsou obvykle velmi rozsáhlá a nestrukturovaná. Dle autorky je důležitým úkolem výzkumníka podrobit data systematické analýze a poté následné interpretaci.

Text níže interpretuje základní výsledky, které byly získány vyhodnocením 98 dotazníků. U některých otázek bylo možné označit více správných odpovědí.

Data, získaná dotazníkovým šetřením byla utříděna a poté zpracována. Ve výzkumné části práce je nejprve stručně předloženo znění otázky. Samotné výsledky šetření jsou uvedeny a znázorněny v tabulkách a v grafech s krátkými popisky. Položky v grafech jsou sice v součtu rovny 100 %, ale je nutné si uvědomit, že se do výsledku promítá označení více možných odpovědí a případné nezareagování všech respondentů.

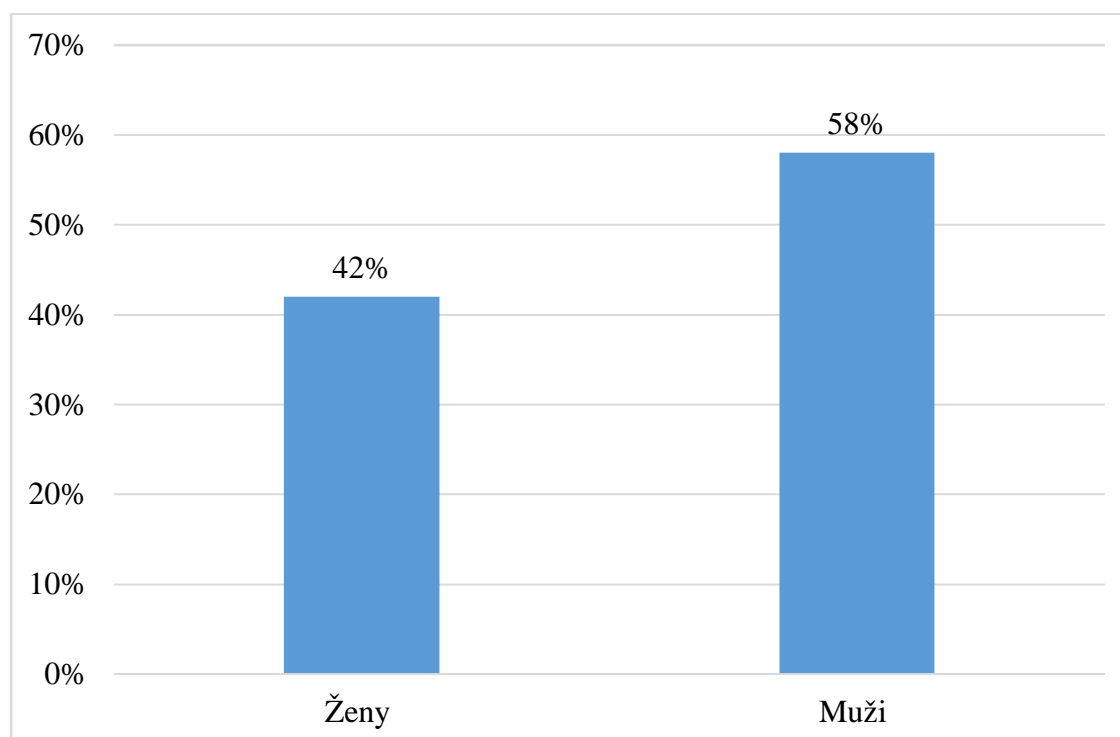
6. Výsledky vlastního výzkumu

Otázka číslo 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 4 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ženy	41	42
Muži	57	58
Celkem	98	100

Graf 1 - Pohlaví respondentů



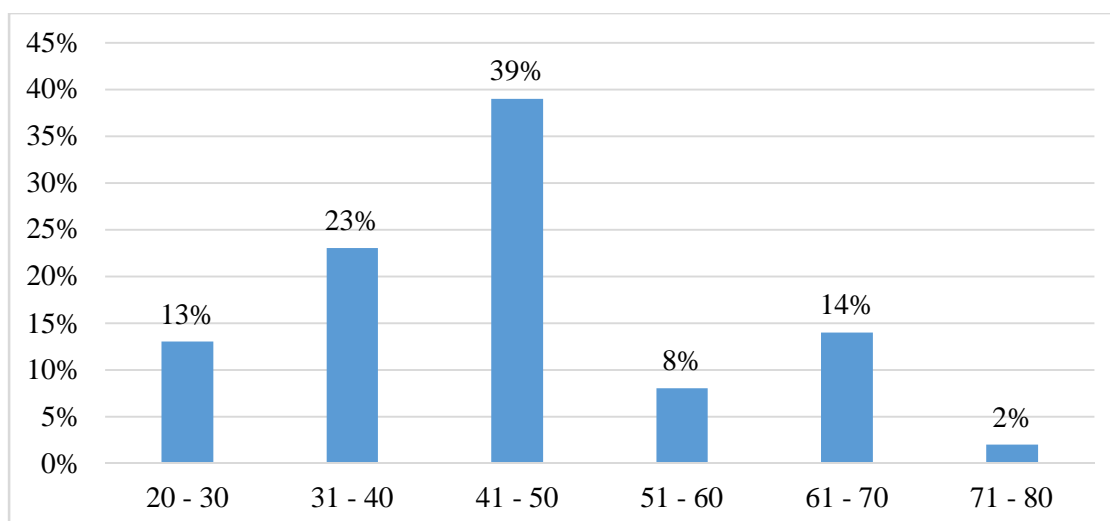
V položce dotazníku č. 1 jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů bylo 41 (42 %) žen a 57 (58 %) mužů.

Otázka číslo 2: Věk respondentů

Tabulka 5 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
20 – 30	13	13
31 – 40	23	23
41 – 50	38	39
51 – 60	8	8
61 – 70	14	14
71 – 80	2	2
Celkem	98	100

Graf 2 - Věk respondentů



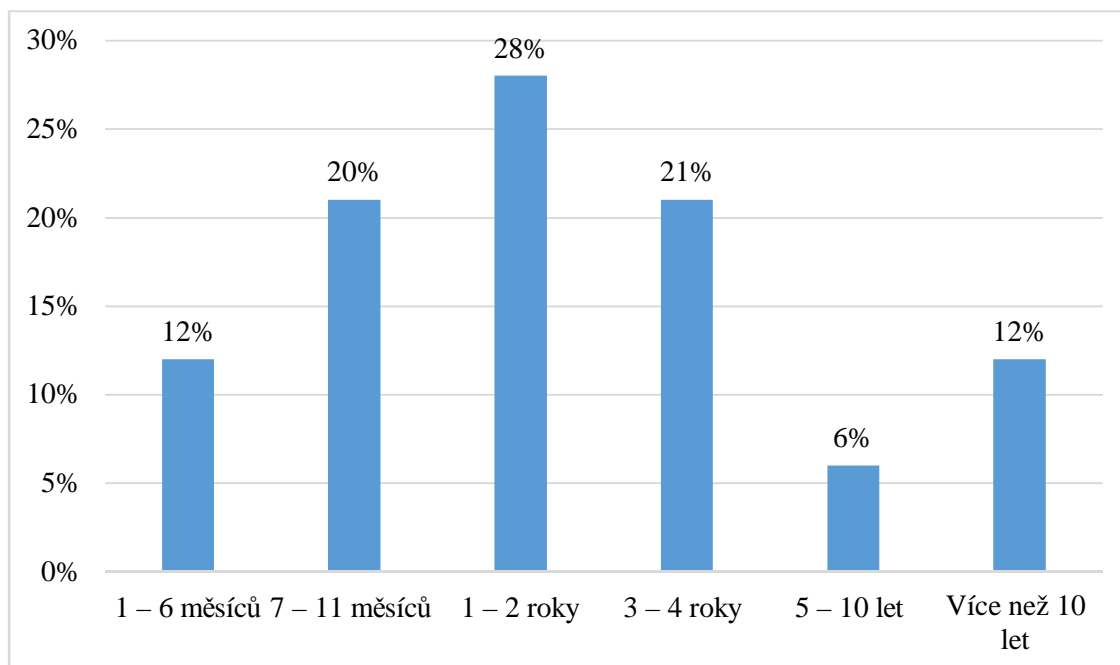
V položce dotazníku č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů bylo ve věkové kategorii 20 – 30 let 13 (13 %) respondentů, ve věkové kategorii 31 – 40 let bylo 23 (23 %) respondentů, ve věkové kategorii 41 – 50 let bylo 38 (39 %) respondentů, ve věkové kategorii 51 – 60 let bylo 8 (8 %) respondentů, ve věkové kategorii 61 – 70 let bylo 14 (14 %) respondentů a ve věkové kategorii 71 – 80 let byli 2 (2 %) respondenti. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií je kategorie respondentů od 41 – 50 let.

Otázka číslo 3: Doba od provedení amputace

Tabulka 6 – Doba od provedení amputace

Doba od amputace (délka)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
1 – 6 měsíců	12	12
7 – 11 měsíců	20	20
1 – 2 roky	27	28
3 – 4 roky	21	21
5 – 10 let	6	6
Více než 10 let	12	12
Celkem	98	100

Graf 3 – Doba od provedení amputace



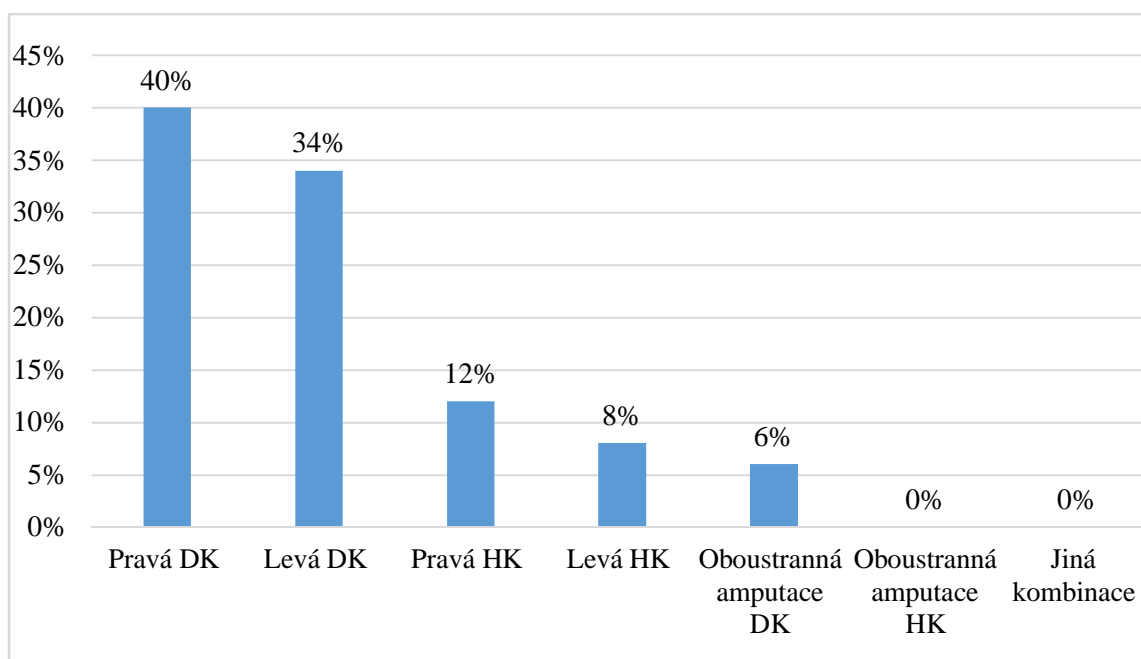
V položce dotazníku č. 3 jsem zjišťovala, jak dlouho mají respondenti po amputaci končetin/y. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů má 1 – 6 měsíců po amputaci 12 (12 %) respondentů, 7 – 11 měsíců po amputaci 20 (20 %) respondentů, 1 – 2 roky po amputaci 27 (28 %) respondentů, 3 – 4 roky po amputaci 21 (21 %) respondentů, 5 – 10 let po amputaci 6 (6 %) respondentů a více než 10 let po amputaci 12 (12 %) respondentů.

Otázka číslo 4: Končetina provedené amputace

Tabulka 7 – Končetina provedené amputace

Končetina amputace	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Pravá DK	39	40
Levá DK	33	34
Pravá HK	12	12
Levá HK	8	8
Oboustranná amputace DK	6	6
Oboustranná amputace HK	0	0
Jiná kombinace	0	0
Celkem	98	100

Graf 4 – Končetina provedené amputace



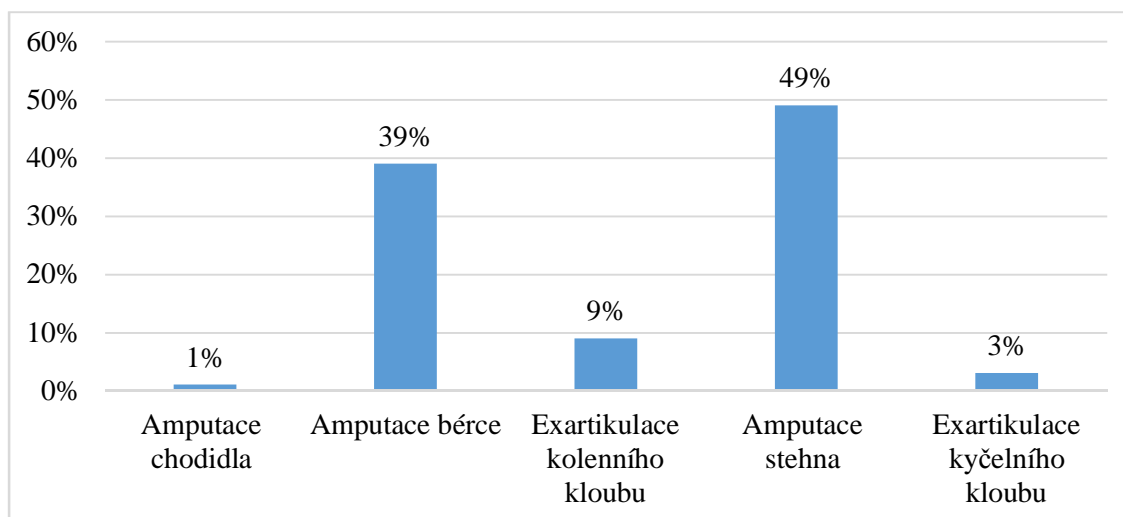
V položce dotazníku č. 4 jsem zjišťovala, na jaké končetině byla amputace provedena. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů udávalo pravou dolní končetinu 39 (40 %) respondentů, levou dolní končetinu 33 (34 %) respondentů, pravou horní končetinu 12 (12 %) respondentů, levou horní končetinu 8 (8 %) respondentů, oboustrannou amputaci dolních končetin udávalo 6 (6 %) respondentů. Možnost oboustranné amputace horních končetin či jiné kombinace (například pravá horní končetina a levá dolní končetina) neuvedl žádný z respondentů.

Otázka číslo 5: Úroveň amputace končetin

Tabulka 8 – Úroveň amputace dolní končetina/y

Úroveň amputace (dolní končetina)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Amputace chodidla	1	1
Amputace bérce	30	39
Exartikulace kolenního kloubu	7	9
Amputace stehna	38	49
Exartikulace kyčelního kloubu	2	3
Celkem	78	100

Graf 5 – Úroveň amputace dolní končetina/y

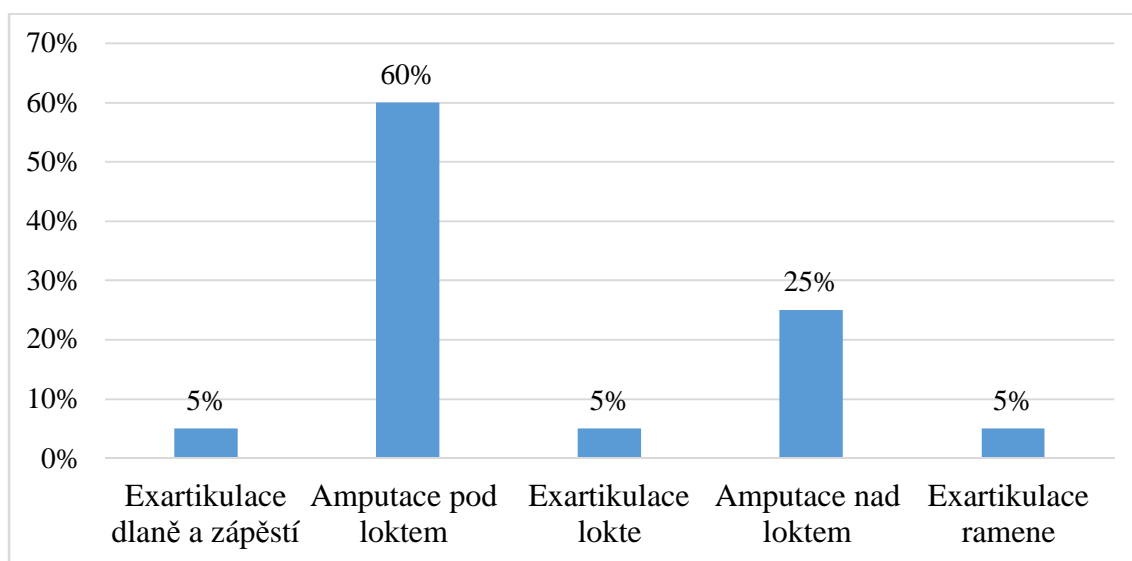


V položce č. 5 jsem zjišťovala úroveň amputace dolní/ch končetiny/n. V této položce odpovídalo 78 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „pravá či levá dolní končetina, oboustranná amputace dolních končetin“. Z celkového počtu respondentů udává oblast chodidla 1 (1 %) respondent, oblast bérce 30 (39 %) respondentů, oblast kolenního kloubu 7 (9 %) respondentů, oblast stehna 38 (49 %) respondentů a oblast kyčelního kloubu 2 (3 %) respondenti.

Tabulka 9 – Úroveň amputace horní končetina

Úroveň amputace (horní končetina)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Exartikulace dlaně a zápěstí	1	5
Amputace pod loktem	12	60
Exartikulace lokte	1	5
Amputace nad loktem	5	25
Exartikulace ramene	1	5
Celkem	20	100

Graf 6 – Úroveň amputace horní končetina



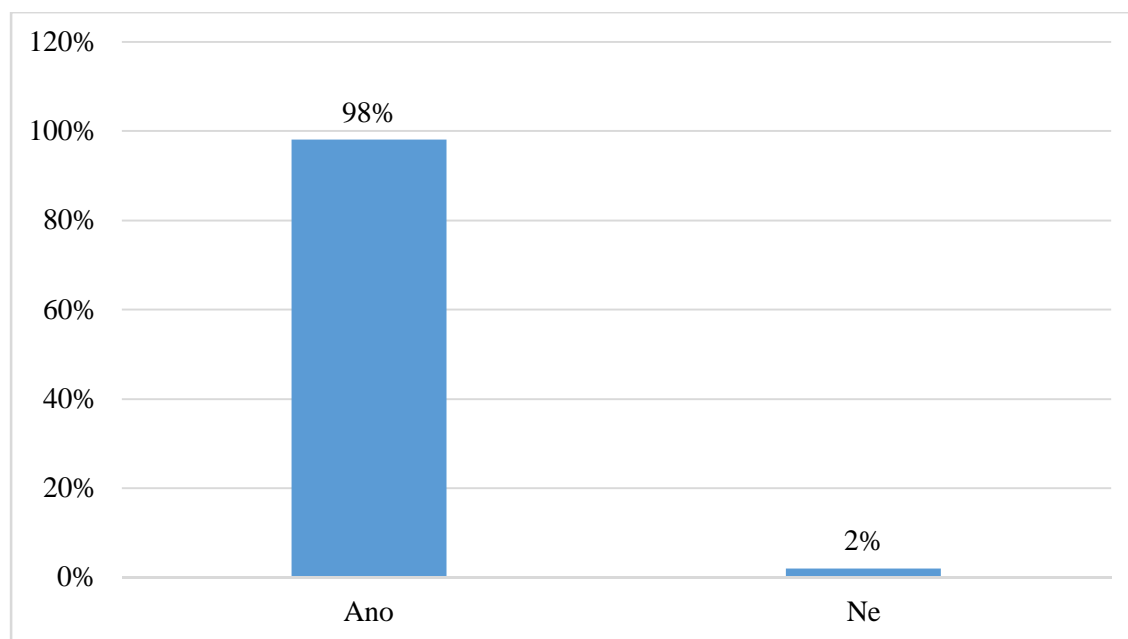
V položce č. 5 jsem zjišťovala úroveň amputace horní/ch končetiny/n. V této položce odpovídalo 20 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „pravá či levá horní končetina“. Z celkového počtu respondentů udává oblast dlaně a zápěstí 1 (5 %) respondent, oblast pod loktem 12 (60 %) respondentů, oblast lokte 1 (5 %) respondent, oblast nad loktem 5 (25 %) respondentů a oblast ramene opět 1 (5 %) respondent.

Otázka číslo 6: Protetická pomůcka

Tabulka 10 – Protetická pomůcka

Protetická pomůcka	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	96	98
Ne	2	2
Celkem	98	100

Graf 7 – Protetická pomůcka



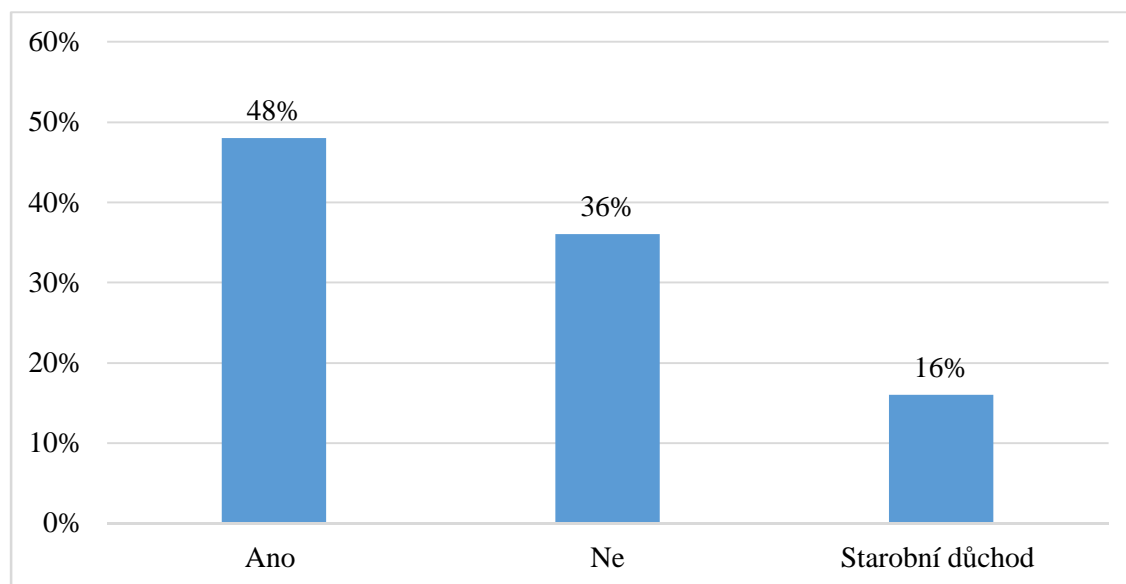
V položce dotazníku č. 6 jsem zjišťovala, jestli respondenti používají protetickou pomůcku (konkrétně protézu). Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvádělo 96 (98 %) respondentů, že používá protézu. Pouze 2 (2 %) respondenti uvedli, že protézu nepoužívají.

Otázka číslo 7: Současné zaměstnání

Tabulka 11– Současné zaměstnání

Současné zaměstnání	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	47	48
Ne	35	36
Starobní důchod	16	16
Celkem	98	100

Graf 8 – Současné zaměstnání



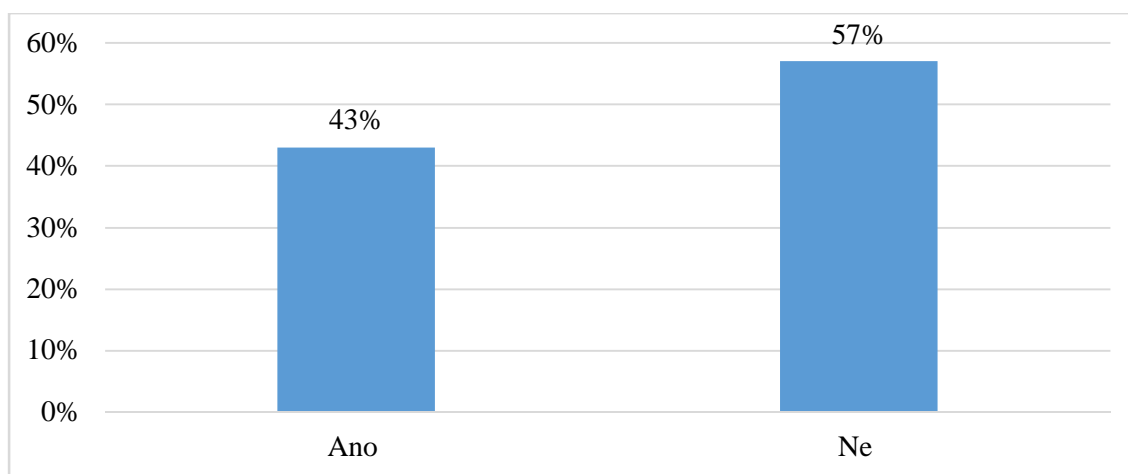
V položce dotazníku č. 7 jsem zjišťovala, jestli jsou respondenti v současné době zaměstnaní. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“ 47 (48 %) respondentů, odpověď „ne“ uvedlo 35 (36 %) respondentů a odpověď „ne, již jsem ve starobním důchodě“ uvedlo 16 (16 %) respondentů.

Otázka číslo 8: Zaměstnání před/po amputaci

Tabulka 12 – Zaměstnání před/po amputaci

Zaměstnání před/po amputaci	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	20	43
Ne	27	57
Celkem	47	100

Graf 9 – Zaměstnání před/po amputaci



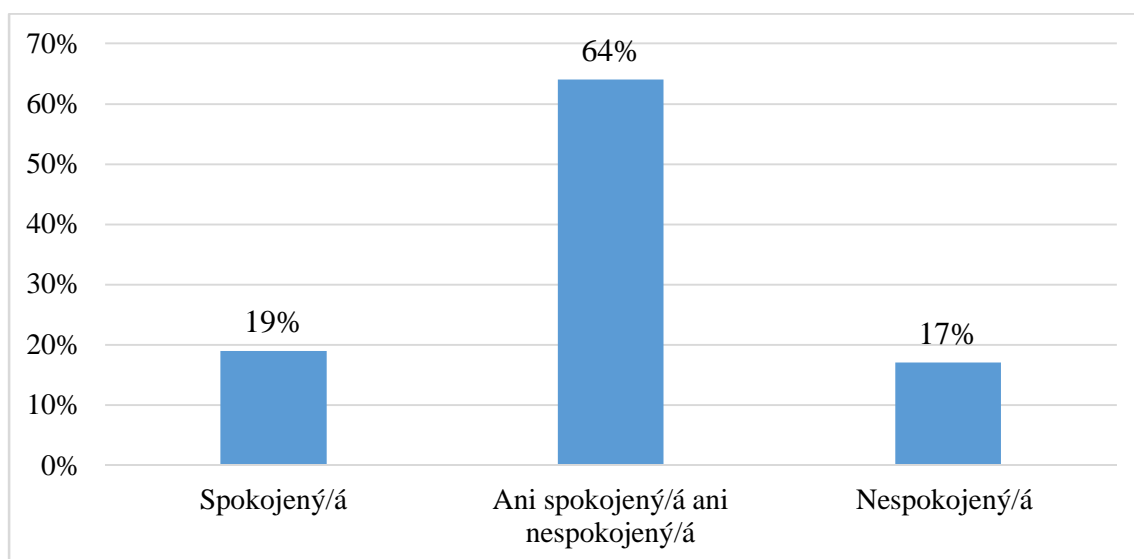
V položce dotazníku č. 8 jsem zjišťovala, jestli mají respondenti stejné zaměstnání jako před amputací. V této položce odpovídalo 47 (100 %) respondentů, kteří v předchozí otázce zvolili odpověď „ano“. Stejně zaměstnání uvedlo 20 (43 %) respondentů a jiné zaměstnání uvedlo 27 (57 %) respondentů.

Otázka číslo 9: Spokojenost s pracovním výkonem v zaměstnání

Tabulka 13 – Spokojenost s pracovním výkonem v zaměstnání

Spokojenost s pracovním výkonem	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spokojený/á	9	19
Ani spokojený/á ani nespokojený/á	30	64
Nespokojený/á	8	17
Celkem	47	100

Graf 10 – Spokojenost s pracovním výkonem v zaměstnání



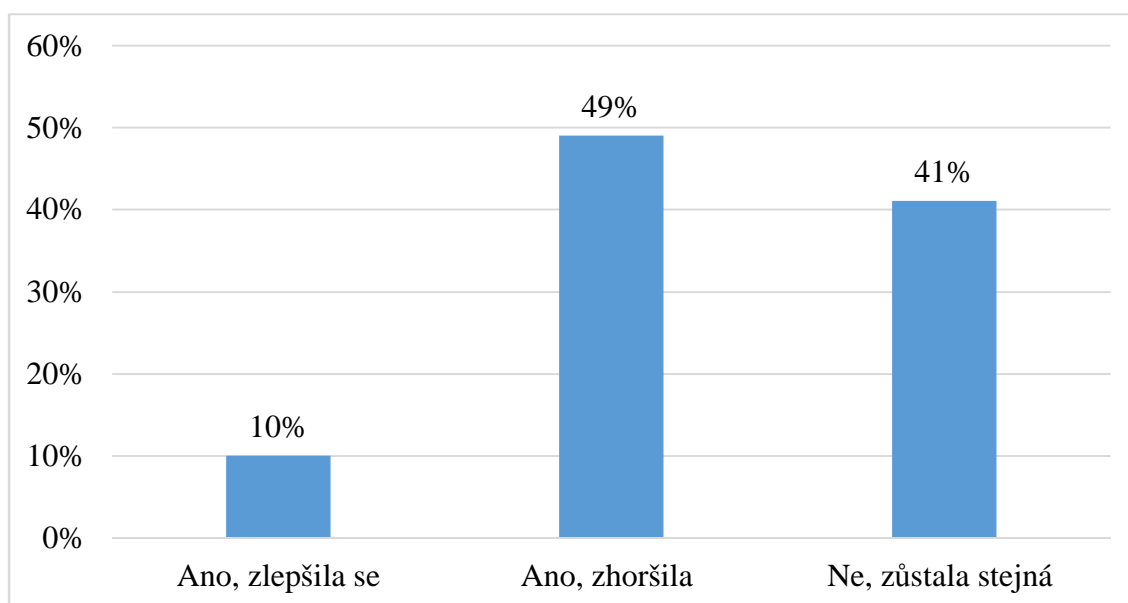
V položce dotazníku č. 9 jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojení se svým pracovním výkonem. V této položce odpovídalo 47 (100 %) respondentů, kteří zvolili odpověď „ano“ v položce dotazníku č. 7. Tato položka byla hodnocena na škále od 1 do 3, kde 1 je spokojený/á, 2 je ani spokojený/á ani nespokojený/á a 3 je nespokojený/á. Záměrně byla zvolena pouze třibodová škála z důvodu výpovědní hodnoty. Z celkového počtu 47 (100 %) respondentů uvedlo, že je se svým pracovním výkonem spokojeno 9 (19 %) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno je 30 (64 %) respondentů a 8 (17 %) respondentů je se svou prací nespokojeno.

Otázka číslo 10: Změna finanční situace

Tabulka 14 – Změna finanční situace

Změna finanční situace	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano, zlepšila se	10	10
Ano, zhoršila	48	49
Ne, zůstala stejná	40	41
Celkem	98	100

Graf 11 – Změna finanční situace



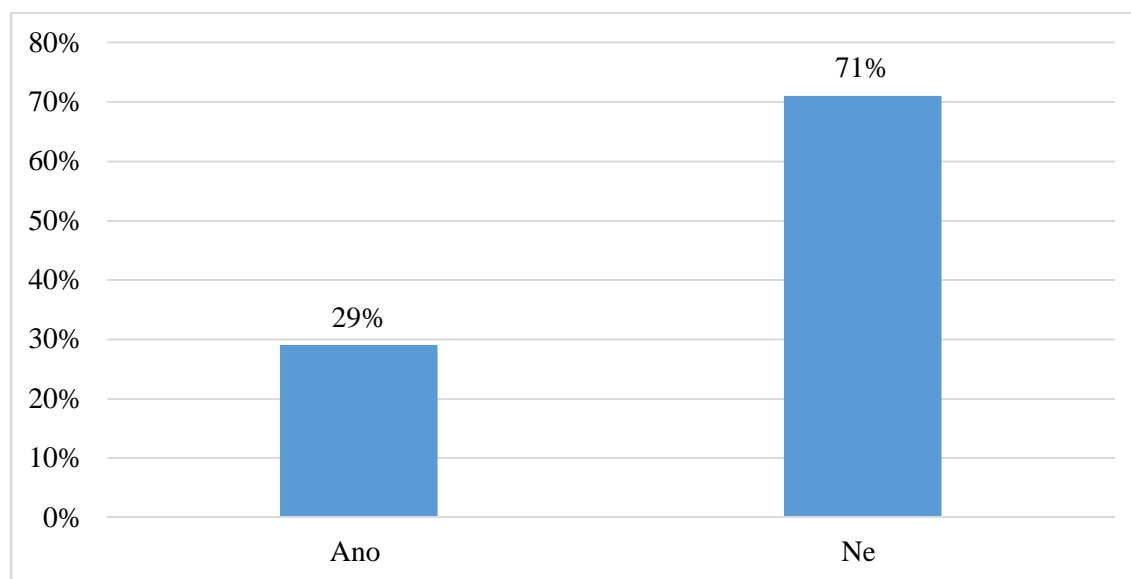
V položce dotazníku č. 10 jsem zjišťovala, jestli se respondentům změnila vlivem amputace jejich finanční situace. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvádělo 10 (10 %) respondentů, že se jim finanční situace zlepšila, 48 (49 %) respondentů uvádělo, že se jim finanční situace zhoršila a 40 (41 %) respondentů uvádělo, že jejich finanční situace zůstala stejná.

Otázka číslo 11: Změna trávení volného času po amputaci

Tabulka 15 – Změna trávení volného času po amputaci

Změna trávení volného času	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	28	29
Ne	70	71
Celkem	98	100

Graf 12 – Změna trávení volného času po amputaci



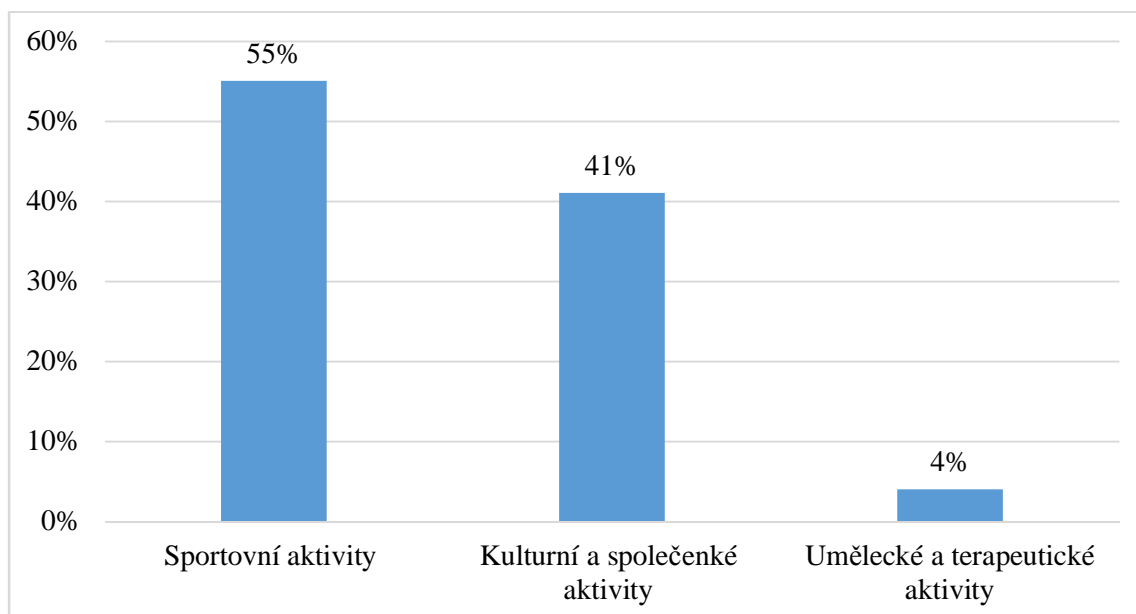
V položce dotazníku č. 11 jsem zjišťovala, jestli respondenti tráví po amputaci volný čas jinak, než tomu bylo v době před amputací. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo změnu trávení volného času 28 (29 %) respondentů. Naopak 70 (71 %) respondentů nepocítilo žádnou změnu v trávení volného času.

Otázka číslo 12: Forma trávení volného času

Tabulka 16– Forma trávené volného času

Forma trávené volného času	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Sportovní aktivity	54	55
Účast na kulturních a sportovních akcích	40	41
Zapojení do uměleckých a terapeutických aktivit	4	4
Celkem	98	100

Graf 13 – Forma trávení volného času



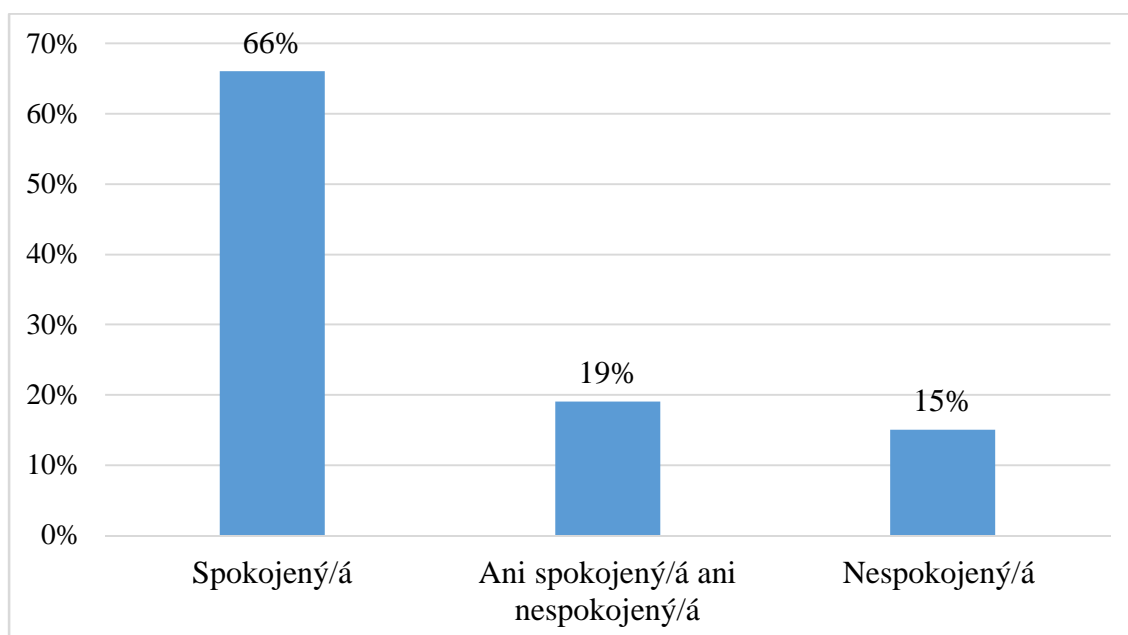
V položce dotazníku č. 12 jsem zjišťovala, jaké formě trávení volného času dávají respondenti přednost. Respondenti vybírali ze tří kategorií. Z celkového počtu respondentů 98 (100 %) uvedlo sportovní aktivity 54 (55 %) respondentů, kulturní a společenské akce 40 (41 %) respondentů a zapojení do uměleckých a terapeutických aktivit 4 (4 %) respondenti. Největší zastoupení tedy mají sportovní aktivity.

Otázka číslo 13: Spokojenost s trávením volného času

Tabulka 17 – Spokojenost s trávením volného času

Spokojenost s trávením volného času	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spokojený/á	65	66
Ani spokojený/á ani nespokojený/á	18	19
Nespokojený/á	15	15
Celkem	98	100

Graf 14 – Spokojenost s trávením volného času



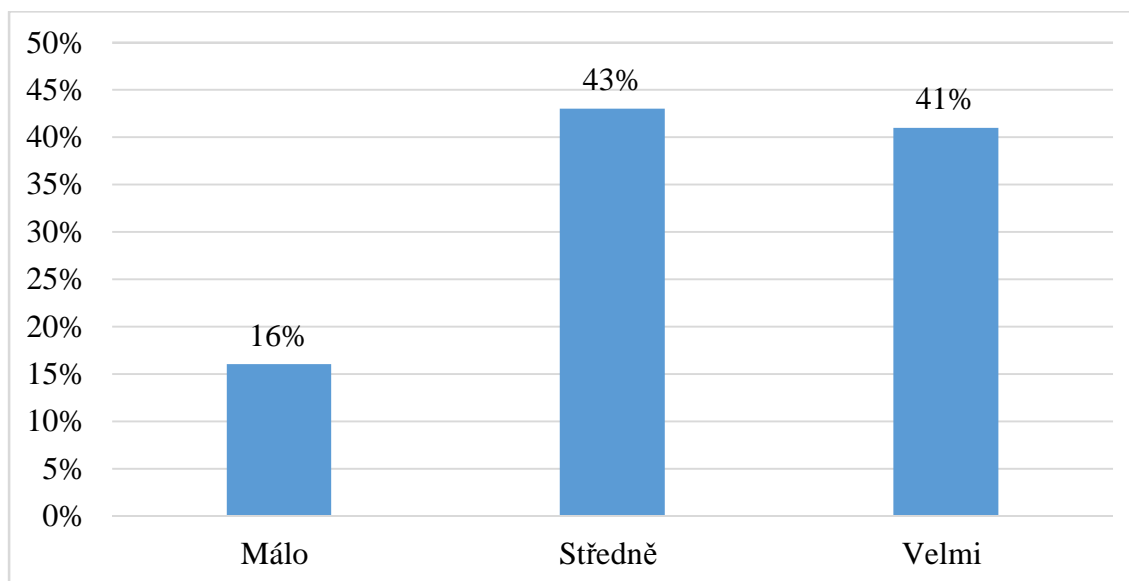
V položce dotazníku č. 13 jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s tím, jak tráví svůj volný čas. Tato položka byla hodnocena na škále od 1 do 3, kde 1 je spokojený/á, 2 je ani spokojený/á ani nespokojený/á a 3 je nespokojený/á. Záměrně byla zvolena pouze tříbodová škála z důvodu výpovědní hodnoty. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo, že je s tím, jak tráví svůj volný čas spokojeno 65 (66 %) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno je 18 (19 %) respondentů a 15 (15 %) respondentů je nespokojeno s tím, jak tráví volný čas. V připomínkách respondenti doplňují, že jejich nespokojenost plyne především z nedostatku možností trávení volného času v jejich okolí

Otázka číslo14: Omezení kontaktu s blízkým okolím

Tabulka 18 – Omezení kontaktu s okolím

Omezení kontaktu s blízkým okolím	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Málo	16	16
Středně	42	43
Velmi	40	41
Celkem	98	100

Graf 15 – Omezení kontaktu s okolím



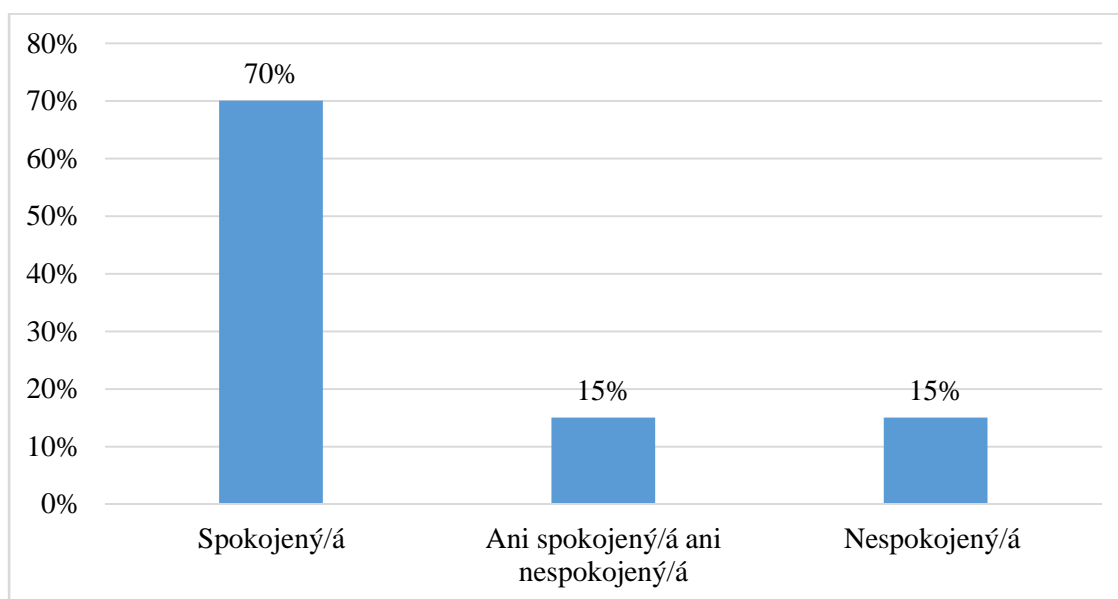
V položce dotazníku č. 14 jsem zjišťovala, jestli byli respondenti v důsledku amputace nuceni omezit kontakt s blízkým okolím. Tato položka byla hodnocena na škále od 1 do 3, kde 1 znamená málo, 2 znamená středně a 3 znamená velmi. Záměrně byla zvolena pouze tříbodová škála z důvodu výpovědních hodnot. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvádělo 16 (16 %) respondentů možnost málo (trochu), 42 (43 %) respondentů možnost středně a 40 (41 %) respondentů uvádělo možnost velmi.

Otázka číslo 15: Spokojenost s podporou rodiny

Tabulka 19 – Spokojenost s podporou rodiny

Spokojenost s podporou rodiny	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Spokojený/á	69	70
Ani spokojený/á ani nespokojený/á	15	15
Nespokojený/á	14	15
Celkem	98	100

Graf 16 – Spokojenost s podporou rodiny



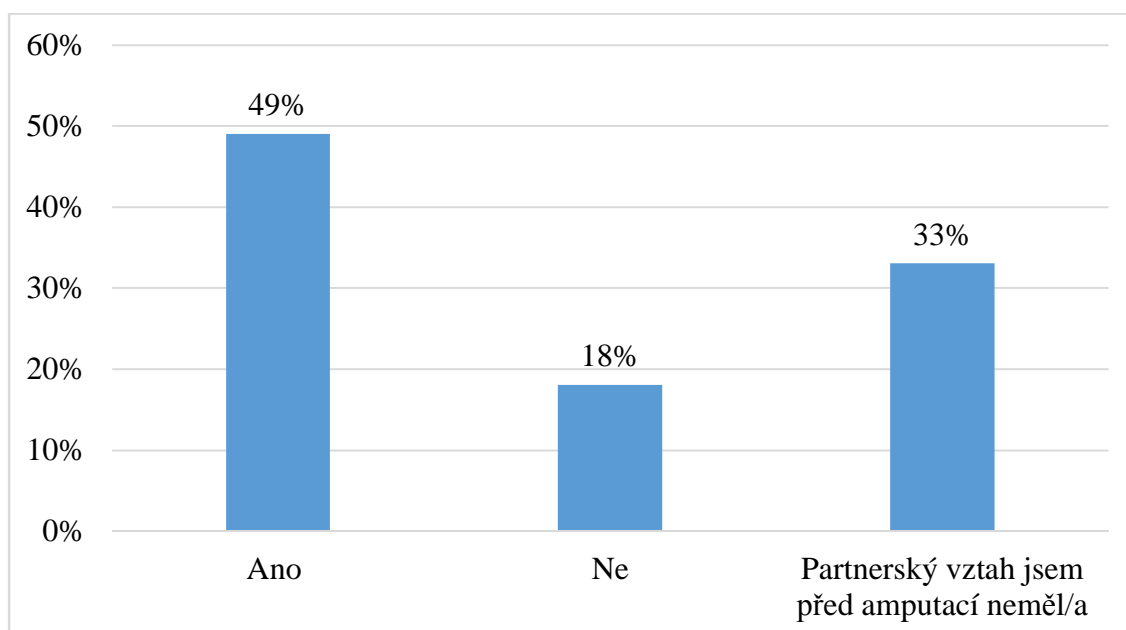
V položce dotazníku č. 15 jsem zjišťovala, jak jsou respondenti spokojeni s podporou rodiny. Tato položka byla hodnocena na škále 1 až 3, kdy 1 znamená spokojený/á, 2 znamená ani spokojený/á ani nespokojený/á a 3 znamená nespokojený/á. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvádělo 69 (70 %) respondentů, že je s podporou rodiny spokojeno, 15 (15 %) respondentů uvádělo, že není ani spokojený ani nespokojený a zbylých 14 (15 %) uvedlo, že jsou s podporou rodiny nespokojeni. Mnoho respondentů, kteří zvolili odpověď „spokojený/á“ v připomínkách uvádělo, že situace kolem amputace celou rodinu velmi stmelila.

Otázka číslo 16: Změna partnerského vztahu

Tabulka 20 – Změna partnerského vztahu

Změna partnerského vztahu	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	48	49
Ne	18	18
Partnerský vztah jsem před amputací neměl/a	32	33
Celkem	98	100

Graf 17 – Změna partnerského vztahu



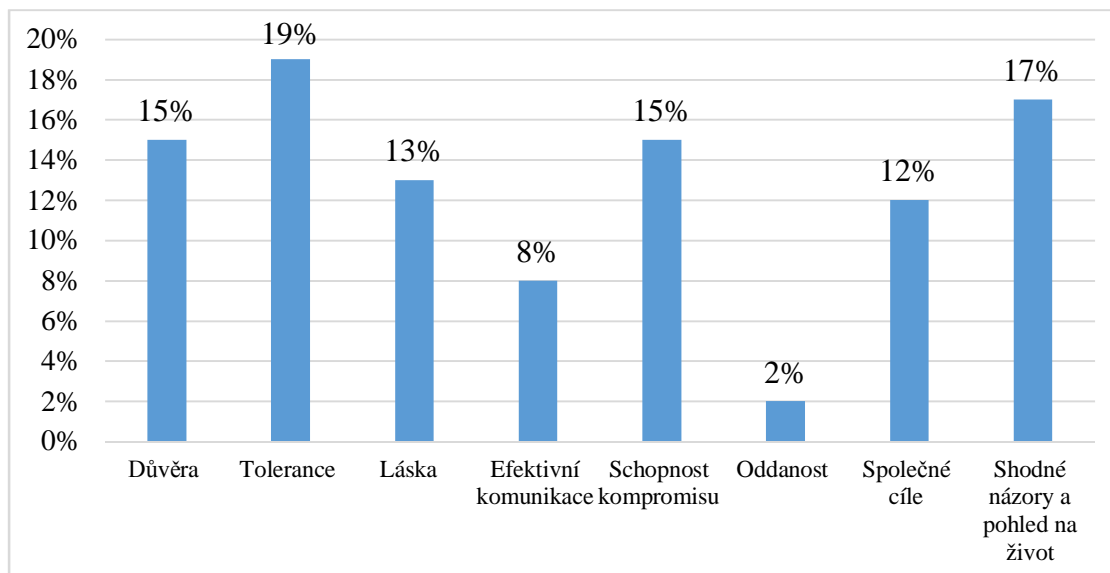
V položce dotazníku č. 16 jsem zjišťovala, zda se důsledkem amputace změnil partnerský život či kvalita partnerského vztahu. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo odpověď „ano“ 47 (49 %) respondentů, odpověď „ne“ uvedlo 18 (18 %) respondentů a odpověď „partnerský vztah jsem před amputací neměl/a“ uvedlo 32 (33 %) respondentů. Z předložených výsledků vyplývá, že v důsledku amputace dochází k proměnám partnerských vztahů.

Otázka číslo 17: Faktory vlivu na kvalitu partnerského vztahu

Tabulka 21 – Faktory vlivu na kvalitu partnerského vztahu

Faktory	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Důvěra	53	15
Tolerance	66	19
Láska	47	13
Efektivní komunikace	30	8
Schopnost kompromisu	53	15
Oddanost	6	2
Společné cíle	43	12
Shodné názory a pohled na život	59	17
Celkem	357	100

Graf 18 – Faktory vlivu na kvalitu partnerského vztahu



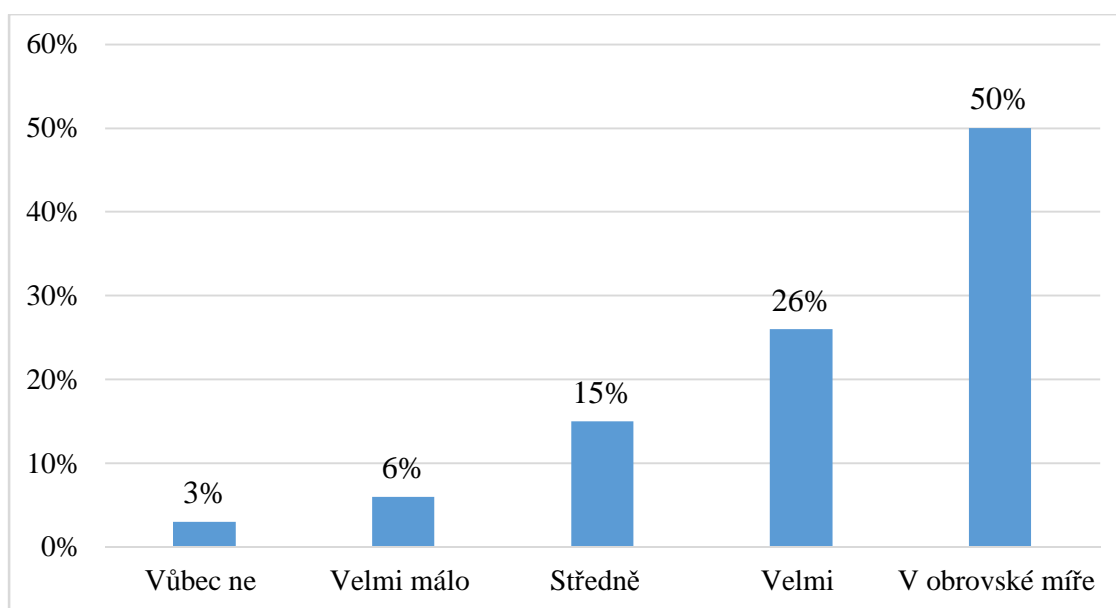
V položce dotazníku č. 17 jsem zjišťovala, jaké faktory dle respondentů mají vliv na kvalitu jejich partnerského vztahu. Na tuto odpověď odpovídali respondenti, kteří v předchozí položce zvolili odpověď „ano a ne“. Z celkového počtu 357 (100 %) odpovědí byla nejčastější odpovědí „tolerance“ s počtem 66 (19 %). Možnost „shodné názory a pohled na život“ uvedlo 59 (17 %) respondentů, ve shodě byly odpovědi „důvěra a schopnost kompromisu“ s počtem 53 (15 %) odpovědí. Odpověď „láska“ zvolilo 47 (13 %) respondentů, další odpovědí byla odpověď „společné cíle“ s počtem 43 (12 %) odpovědí. „Efektivní komunikace“ byla zvolena v 30 (8 %) případech. Možnost „oddanost“ byla zvolena v 6 (2 %) případech.

Otázka číslo 18: Vliv partnera na vyrovnání se s amputací

Tabulka 22 – Vliv partnera na vyrovnání se s amputací

Vliv partnera	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Vůbec ne	2	3
Velmi málo	4	6
Středně	10	15
Velmi	17	26
V obrovské míře	33	50
Celkem	66	100

Graf 19 – Vliv partnera na vyrovnání se s amputací



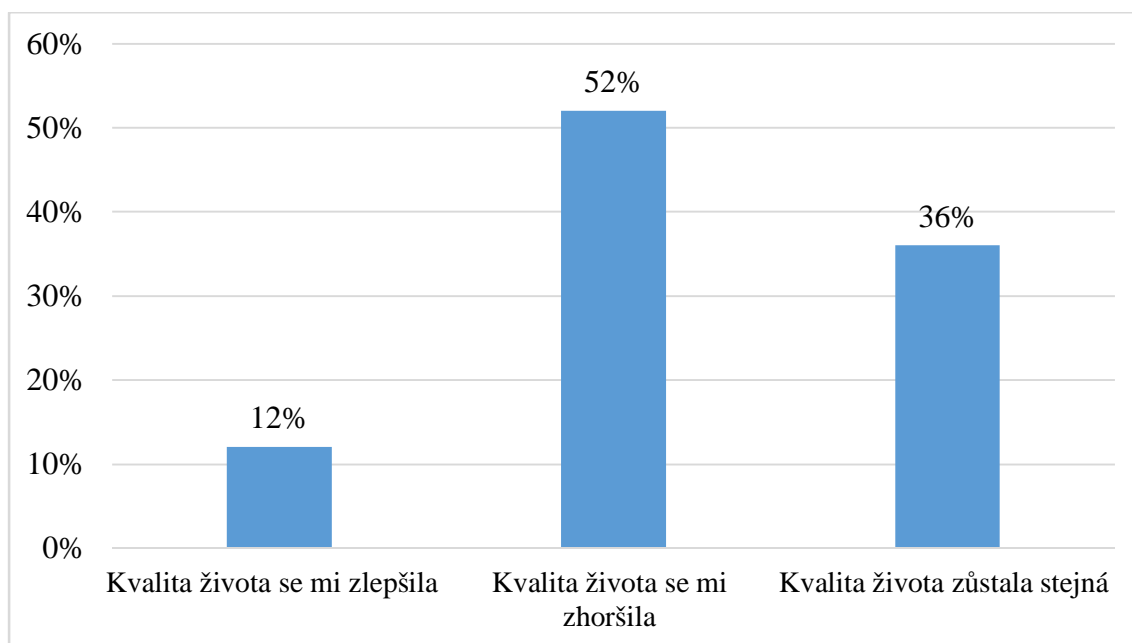
V položce dotazníku č. 18 jsem zjišťovala, do jaké míry ovlivnil partner to, jak se respondenti vyrovnali s amputací. V této položce odpovídalo 66 (100 %) respondentů, kteří zvolili odpověď „ano a ne“ v položce dotazníku č. 16. Z celkového počtu 66 (100 %) respondentů uváděli 2 (3 %) respondenti odpověď vůbec ne, 4 (6 %) respondenti odpověď velmi málo, 10 (15 %) respondentů odpověď středně, 17 (26 %) respondentů odpověď velmi a v odpověď v obrovské míře zvolilo 33 (50 %) respondentů.

Otázka číslo 19: Vliv amputace na kvalitu života

Tabulka 23 – Vliv amputace na kvalitu života

Vliv amputace na kvalitu života	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Kvalita života se mi zlepšila	12	12
Kvalita života se mi zhoršila	51	52
Kvalita života zůstala stejná	35	36
Celkem	98	100

Graf 20 – Vliv amputace na kvalitu života



V položce dotazníku č. 19 jsem zjišťovala, jestli se respondentům kvalita života vzhledem k předcházejícímu období zlepšila, zhoršila nebo zůstala stejná. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvádělo 12 (12 %) respondentů, že se jim kvalita života zlepšila, 51 (52 %) respondentů uvádělo, že jim kvalita života zůstala stejná a 35 (36 %) respondentů uvádělo, že se jim kvalita života zhoršila.

Vliv doby od amputace na změnu kvality života

Tabulka 24 – Vliv doby od amputace na změnu kvality života

Doba od amputace	Zlepšila se		Zhoršila se		Zůstala stejná	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
1 – 6 měsíců	0	0	12	24	0	0
7 – 11 měsíců	0	0	16	31	4	11
1 – 2 roky	1	8	13	25	13	37
3 – 4 roky	3	25	6	12	12	34
5 – 10 let	2	17	3	6	1	5
Nad 10 let	6	50	1	2	5	14
Celkem	12	100	51	100	35	100

Z celkového počtu 12 (100 %) respondentů uváděl, že se jim kvalita života po amputaci vzhledem k předcházejícímu období zlepšila 1 (8 %) respondent v období po amputaci 1 – 2 roky, 3 (25 %) respondenti v období po amputaci 3 – 4 roky, 2 (17 %) respondenti v období po amputaci 5 – 10 let a 6 (50 %) respondentů v období po amputaci více než 10 let.

Z celkového počtu 51 (100 %) respondentů uvádělo, že se jim kvalita života po amputaci vzhledem k předcházejícímu období zhoršila 12 (24 %) respondentů v období po amputaci 1 – 6 měsíců, 16 (31 %) respondentů v období po amputaci 7 – 11 měsíců, 13 (25 %) respondentů v období po amputaci 1 – 2 roky, 6 (12 %) respondentů v období po amputaci 3 – 4 roky, 3 (6 %) respondenti v období po amputaci 5 – 10 let a 1 (2 %) respondent po amputaci v období více než 10 let.

Z celkového počtu 35 (100 %) respondentů uvádělo, že jim kvalita života vzhledem k předcházejícím období zůstala stejná 4 (11 %) respondenti v období po amputaci 7 – 11 měsíců, 13 (37 %) respondentů v období po amputaci 1 – 2 roky, 12 (34 %) respondentů v období po amputaci 3 – 4 roky, 1 (5 %) respondent v období po amputaci 5 – 10 let a 5 (14 %) respondentů v období po amputaci více než 10 let.

Vliv místa amputace na změnu kvality života

Tabulka 25 – Vliv místa amputace na změnu kvality života

Místo amputace	Zlepšila se		Zhoršila se		Zůstala stejná	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
Pravá DK	5	42	16	31	18	51
Levá DK	3	25	18	35	12	34
Pravá HK	2	17	8	16	2	6
Levá HK	1	8	5	10	2	6
Oboustranná DK	1	8	4	8	1	3
Oboustranná HK	0	0	0	0	0	0
Jiná kombinace	0	0	0	0	0	0
Celkem	12	100	51	100	35	100

Z celkového počtu 12 (100 %) respondentů uvádělo, že se jim kvalita života vzhledem k předcházejícímu období zlepšila 5 (42 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 3 (25 %) respondenti po amputaci levé dolní končetiny, 2 (17 %) respondenti po amputaci pravé horní končetiny, 1 (8 %) respondent po amputaci levé horní končetiny a 1 (8 %) respondent po oboustranné amputaci dolních končetin.

Z celkového počtu 51 (100 %) respondentů uvádělo, že se jim kvalita života vzhledem k předcházejícímu období zhoršila 16 (31 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 18 (35 %) respondentů po amputaci levé dolní končetiny, 8 (16 %) respondentů po amputaci pravé horní končetiny, 5 (10 %) respondentů po amputaci levé horní končetiny a 4 (8 %) respondenti po oboustranné amputaci dolních končetin.

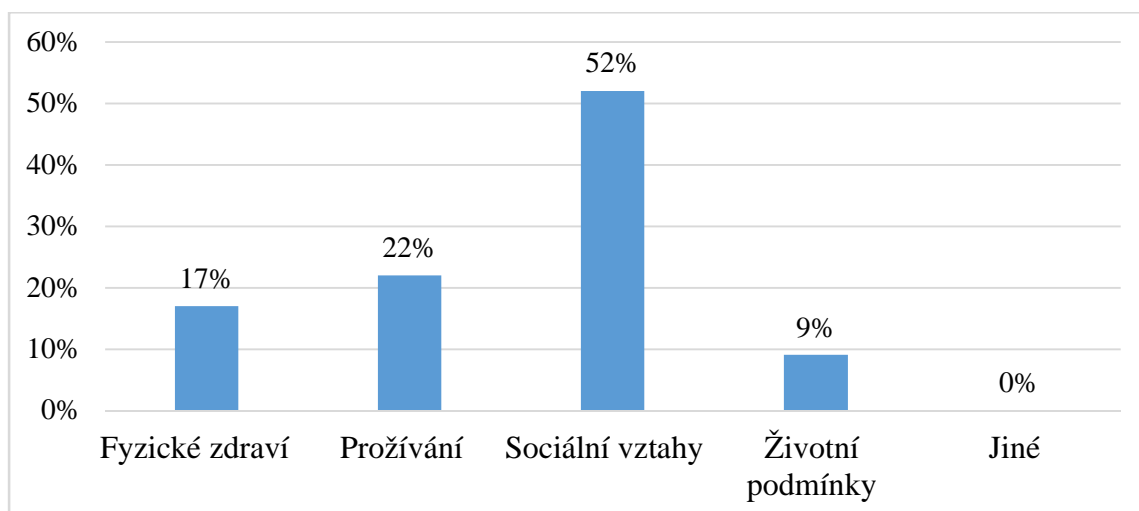
Z celkového počtu 35 (100 %) respondentů uvádělo, že jim kvalita života zůstala stejná vzhledem k předcházejícímu období 18 (51 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 12 (34 %) respondentů po amputaci levé dolní končetiny, 2 (6 %) respondenti po amputaci pravé horní končetiny, 2 (6 %) respondenti po amputaci levé horní končetiny a 1 (3 %) respondent po oboustranné amputaci dolních končetin.

Otázka číslo 20: Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila

Tabulka 26 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila

Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Fyzické zdraví	4	17
Prožívání	5	22
Sociální vztahy	12	52
Životní podmínky	2	9
Jiné	0	0
Celkem	23	100

Graf 21 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila



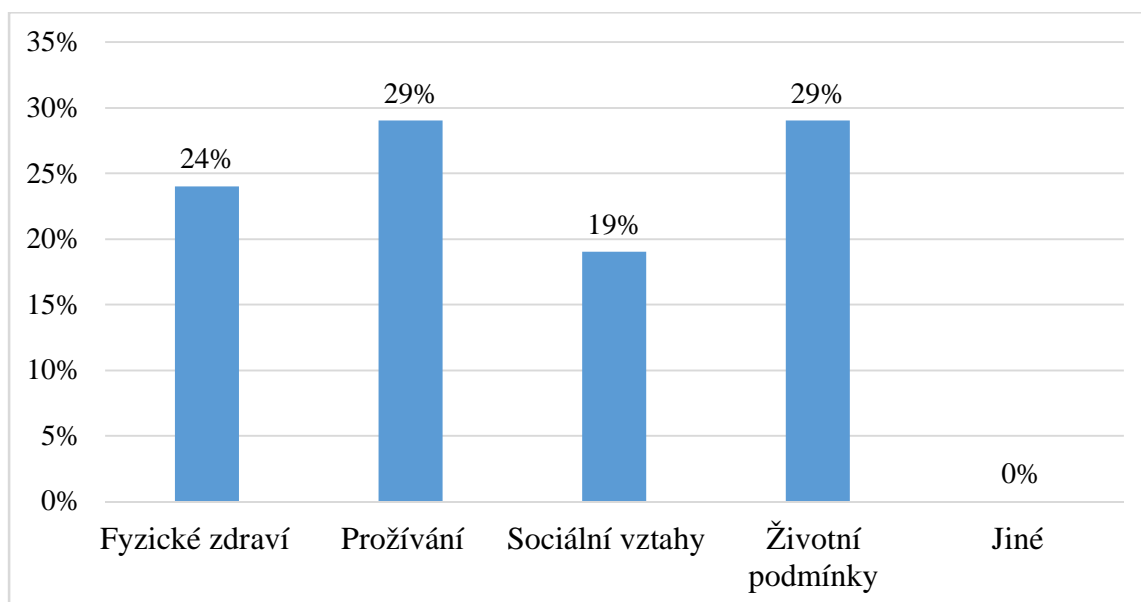
V položce dotazníku č. 20 jsem zjišťovala oblasti, ve kterých se respondentům kvalita života zlepšila. V této položce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Na tuto položku odpovídali respondenti, kteří v předchozí položce zvolili odpověď „kvalita života se mi zlepšila“. Z celkového počtu 23 (100 %) odpovědí byla nejčastěji volena možnost „sociální vztahy“ s počtem 12 (52 %) odpovědí. Druhou nejčastěji volenou možností je možnost „prožívání“ s počtem 5 (22 %) odpovědí. Dále je to odpověď „fyzického zdraví“ s počtem 4 (17 %) odpovědí. „Životní podmínky“ získaly 2 (9 %) odpovědi. V žádné z odpovědí nebyla zvolena možnost „jiné“ oblasti.

Otázka číslo 21: Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila

Tabulka 27 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila

Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Fyzické zdraví	33	24
Prožívání	40	29
Sociální vztahy	26	19
Životní podmínky	40	29
Jiné	0	0
Celkem	139	100

Graf 22 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila



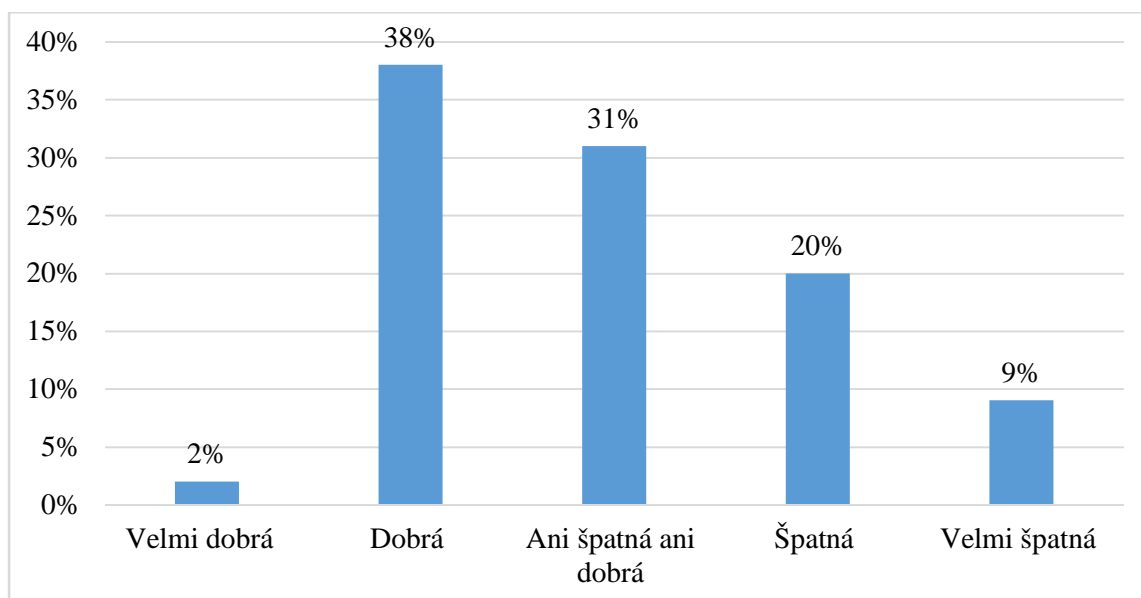
V položce dotazníků č. 21 jsem zjišťovala oblasti, ve kterých se respondentům kvalita života zhoršila. V této položce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Na tuto položku odpovídali respondenti, které v předchozí položce zvolili odpověď „kvalita života se mi zhoršila“. Z celkového počtu 139 (100 %) odpovědí byli nejčastěji voleny možnosti „prožívání a životní podmínky“, které mají shodně 40 (29 %) odpovědí. Druhou nejčastější odpovědí byla možnost „fyzického zdraví“ s počtem 33 (24 %) odpovědí. Následuje možnost „sociálních vztahů“ s počtem 26 (19 %) odpovědí. V žádné z odpovědí nebyla zvolena možnost „jiné“ oblasti.

Otázka číslo 22: Zhodnocení kvality života

Tabulka 28 – Zhodnocení kvality života

Zhodnocení kvality života	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Velmi dobrá	2	2
Dobrá	37	38
Ani špatná ani dobrá	30	31
Špatná	20	20
Velmi špatná	9	9
Celkem	98	100

Graf 23 – Zhodnocení kvality života



V položce dotazníku č. 22 jsem zjišťovala, jak respondenti nyní hodnotí kvalitu svého života. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uváděli 2 (2 %) respondenti svoji kvalitu jako velmi dobrou, 37 (38 %) respondentů jako dobrou, 30 (31 %) respondentů jako ani dobrou ani špatnou, 20 (20 %) respondentů jako špatnou a 9 (9 %) respondentů jako velmi špatnou.

Vliv doby od amputace na hodnocení současné kvality života

Tabulka 29 – Vliv doby od amputace na hodnocení současné kvality života

Doba od amputace	Velmi dobrá		Dobrá		Ani dobrá ani špatná		Špatná		Velmi špatná	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
1 – 6 měsíců	0	0	0	0	0	0	10	50	2	22
7 – 11 měsíců	0	0	2	5	8	27	7	35	3	3
1 – 2 roky	0	0	6	16	16	53	3	15	2	22
3 – 4 roky	0	0	15	41	5	17	0	0	1	1
5 – 10 let	0	0	4	11	1	3	0	0	1	11
Více než 10 let	2	100	10	27	0	0	0	0	0	0
Celkem	2	100	37	100	30	100	20	100	9	100

Z celkového počtu 2 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako velmi dobrou pouze 2 (100 %) respondenti. Jedná se o respondenty v období po amputaci větším než 10 let.

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako velmi dobrou žádný respondent po amputaci v období 1 – 6 měsíců, 2 (5 %) respondenti po amputaci v období 7 – 11 měsíců, 6 (16 %) respondentů po amputaci v období 1 – 2 roky, 15 (41 %) respondentů po amputaci v období 3 – 4 roky, 4 (11 %) respondenti v období 5 – 10 let a 10 (27 %) respondentů v období po amputaci větším než 10 let.

Z celkového počtu 30 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako ani dobrou ani špatnou žádný respondent po amputaci v období 1 – 6 měsíců, 8 (27 %) respondentů po amputaci v období 7 – 11 měsíců, 16 (53 %) respondentů po amputaci v období 1 – 2 roky, 5 (17 %) respondentů po amputaci v období 3 – 4 roky a 1 (3 %) respondent po amputaci v období 5 – 10 let a žádný respondent po amputaci více než 10 let.

Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako špatnou 10 (50 %) respondentů po amputaci v období 1 – 6 měsíců, 7 (35 %) respondentů po amputaci v období 7 – 11 měsíců, 3 (15 %) respondenti po amputaci

v období 1 – 2 roky a žádný z respondentů po amputaci v období 3 – 4 roky, 5 – 10 let a více než 10 let.

Z celkového počtu 9 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako špatnou 2 (22 %) respondenti po amputaci v období 1 – 6 měsíců, 3 (33 %) respondenti po amputaci v období 7 – 11 měsíců, 2 (22 %) respondenti po amputaci v období 1 – 2 rokem, 1 (11 %) respondent po amputaci v období mezi 3 – 4 roky, 1 (11 %) respondent po amputaci v období 3 – 4 roky a žádný respondent po amputaci více než 10 let.

Vliv místa amputace na hodnocení současné kvality života

Tabulka 29 – Vliv místa amputace na hodnocení současné kvality života

Místo amputace	Velmi dobrá		Dobrá		Ani dobrá ani špatná		Špatná		Velmi špatná	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
Pravá DK	1	0	8	9	0	3	6	0	4	4
Levá DK	0	0	4	8	7	3	9	5	3	3
Pravá HK	1	50	3	8	5	17	2	10	1	11
Levá HK	0	0	2	5	5	17	1	5	0	0
Oboustranná amputace DK	0	0	0	0	3	10	2	10	1	11
Oboustranná amputace HK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Jiná kombinace	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Celkem	2	100	37	100	30	100	20	100	9	100

Z celkového počtu 2 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako velmi dobrou pouze 1 (50 %) respondent po amputaci pravé dolní končetiny a 1 (50 %) respondent po amputaci pravé horní končetiny.

Z celkového počtu 37 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako dobrou 18 (49 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 14 (38 %) respondentů po amputaci levé dolní končetiny, 3 (8 %) respondentů po amputaci pravé horní končetiny a 2 (5 %) respondentů po amputaci levé horní končetiny.

Z celkového počtu 30 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako ani dobrou ani špatnou 10 (33 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 7 (23 %) respondentů po amputaci levé dolní končetiny, 5 (17 %) respondentů po amputaci pravé horní končetiny, 5 (17 %) respondentů po amputaci levé horní končetiny a 3 (10 %) respondenti po oboustranné amputaci dolních končetin.

Z celkového počtu 20 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako špatnou 6 (30 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 9 (45 %) respondentů po amputaci levé dolní končetiny, 2 (10 %) respondenti po amputaci

pravé horní končetiny, 1 (5 %) respondenti po amputaci levé horní končetiny a 2 (10 %) respondenti po oboustranné amputaci dolních končetin.

Z celkového počtu 9 (100 %) respondentů hodnotí současnou kvalitu života jako velmi špatnou 4 (44 %) respondentů po amputaci pravé dolní končetiny, 3 (33 %) respondenti po amputaci levé dolní končetiny, 1 (11 %) respondent po amputaci pravé horní končetiny a 1 (11 %) respondent po oboustranné amputaci dolních končetin.

7. Shrnutí výsledků výzkumného šetření

7.1. Odpovědi na výzkumné otázky

Odpověď na **výzkumnou otázku č. 1** „Do jaké míry ovlivňuje amputace kvalitu života?“ byla získána prostřednictvím čtyř základních otázek z dotazníku. Respondenti nejprve zhodnotili, zda se jim kvalita života vzhledem k předcházejícímu období zlepšila, zhoršila nebo zůstala stejná. Následně uvedli dílčí oblasti, ve kterých došlo vlivem amputace ke zlepšení či zhoršení kvality života. Na závěr respondenti zhodnotili současnou kvalitu života.

Dle získaných výsledků vyplývá následující. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů se kvalita života 12 (12 %) respondentům zlepšila a naopak 35 (36 %) respondentům se kvalita života zhoršila. Celkem 51 (52 %) respondentů uvedlo, že jejich kvalita života zůstala vzhledem k předcházejícímu období stejná. Zlepšení kvality života shledávají jedinci nejčastěji v oblasti sociálních vztahů. Naopak zhoršení kvality života shledávají jedinci v oblasti životních podmínek a prožívání.

Co se týká hodnocení současné kvality života jedinců po amputaci končetin, tak se setkáváme se spíše kladným a neutrálním hodnocením. Přibližně 39 respondentů hodnotí svou současnou kvalitu života jako velmi dobrou a dobrou, asi 30 respondentů vnímá svou kvalitu života jako ani dobrou a ani špatnou. Jako špatnou až velmi špatnou kvalitu svého života vnímá v současné době 29 respondentů.

Pro získání odpovědi na **výzkumnou otázku č. 2** „Do jaké míry ovlivňuje amputace kvalitu partnerských vztahů?“ byly použity následující otázky z dotazníku. Respondenti nejprve zhodnotili, zda se důsledkem amputace změnil partnerský život či kvalita partnerského vztahu. Poté uvedli faktory, které mají vliv na kvalitu jejich partnerského vztahu. Na závěr ohodnotili to, do jaké míry ovlivnil partner jejich vyrovnání s amputací.

Z odpovědí jedinců vyplývá, že u přibližně půlky respondentů (48) došlo vlivem amputace ke změně partnerského vztahu. Naopak pouze 18 respondentů hodnotí partnerský vztah po amputaci jako téměř beze změn.

Díličí faktory, které mají vliv na kvalitu jejich partnerského vztahu, uvádějí jedinci následovně: tolerance, shodné názory a pohled na život, důvěra, schopnost kompromisu, láska, společné cíle, efektivní komunikace a oddanost. Jednotlivé odpovědi jsou řazeny sestupně. Na tuto položku odpovídali respondenti se stálým partnerským vztahem. Respondenti měli v této položce možnost zvolit více odpovědí. Ze získaných odpovědí je patrné, že faktorů, které se podílejí na kvalitě partnerských vztahů, je mnoho. Jednotlivé faktory nelze striktně oddělovat, jelikož souhrn uvedených faktorů tvoří kvalitu daného vztahu.

Co se týká hodnocení vlivu partnera na vyrovnávání se s amputací, tak přibližně půlka dotazovaných jedinců hodnotí vliv partnera velmi kladně. Pouze šest respondentů pociťuje žádný nebo velmi malý vliv partnera na to, do jaké míry se dotazovaní jedinci vyrovnali s amputací.

Shrnutí odpovědí výzkumné otázky. Dle předložených výsledků je patrné, že oblast partnerství prochází vynucenou změnou, kdy dochází ke změně kvality partnerských vztahů. Amputace pro partnerský vztah často představuje jakýsi test soudržnosti. Uvedená situace partnerský vztah posílí nebo vede k jeho rozpadu. Jak uvádí Vágnerová, nabízejí se v této situaci dvě varianty. První variantou je situace, kdy zdravý partner neodchází. Vydrží a podporuje jedince ve vyrovnávání se s amputací, čímž překonává prvotní zátěž vztahu. Zároveň se stává pro člověka po amputaci rovnocenným partnerem a vztah se postupně dostává do podoby, která předcházela zlomové události. Druhou variantou je situace, kdy vlivem nezvládnutí situace dochází k rozpadu vztahu. Je třeba si však také uvědomit, že rozpad vztahu nemusí být vždy pouze iniciativou ze strany pečujícího partnera, ale může být iniciován ze strany partnera se získaným postižením (Vágnerová 2004).

Odpověď na **výzkumnou otázku č. 3** „Do jaké míry se změnilo vlivem amputace trávení volné času?“ byla vytvořena ze třech následujících otázek z dotazníku. Respondenti nejprve zhodnotili, zda se důsledkem amputace došlo ke změně volného času v porovnání s dobou před amputací. Poté vyjádřili celkovou

spokojenost s tím, jak v současné době tráví svůj volný čas. Na závěr respondenti uvedli, jaké formě trávení volného času dávají v současnosti přednost.

Z odpovědí jedinců vyplývá kladné hodnocení kvality trávení volného času. Asi tři čtvrtiny respondentů hodnotí svůj volný čas vzhledem k době před amputací beze změny. Uvedení jedinci tráví svůj volný čas stejným způsobem jako v době před amputací končetin.

Vyjadření spokojenosti se současným trávením volného času je hodnoceno také velmi kladně. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů uvedlo, že je s tím, jak tráví svůj volný čas spokojeno 65 (66 %) respondentů, ani spokojeno ani nespokojeno je 18 (19 %) respondentů a 15 (15 %) respondentů je nespokojeno s tím, jak tráví volný čas. V připomínkách respondenti doplňují, že jejich nespokojenost plyne především z nedostatku možností trávení volného času v jejich okolí.

Co se týká formy trávení volného času, tak jedinci jako nejčastější formu trávení volného času uvádějí sportovní aktivity. Následují kulturní a společenské aktivity a jako poslední možnost uvádějí zapojení do uměleckých a terapeutických aktivit.

Shrnutí odpovědí výzkumné otázky. Ze získaných odpovědí vyplývá, že kvalita trávení volného času je u jedinců po amputaci zhoršena jen velmi zřídka. S trávením volného času jsou jedinci ve většině případů spokojeni. Jejich snahou je trávit volný čas stejným způsobem jako tomu bylo v době před amputací končetin.

7. 2. Zhodnocení hypotéz

H 1: Předpokládám, že kvalitu života po amputaci budou hodnotit lidé žijící s amputací více let jako lepší oproti lidem krátce po amputaci. Tato hypotéza byla potvrzena. Dotazníkové šetření ukázalo, že vlivem přibývajících doby od provedení amputace má hodnocení spokojenosti současné kvality života stoupající tendenci.

Níže uvádím přehlednou tabulku, která znázorňuje dobu od amputace a hodnocení spokojenosti kvality života.

Tabulka 31 – Vliv doby od amputace na hodnocení současné kvality života

Doba od amputace	Velmi dobrá		Dobrá		Ani dobrá ani špatná		Špatná		Velmi špatná	
	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]	AČ	RČ [%]
1 – 6 měsíců	0	0	0	0	0	0	10	50	2	22
7 – 11 měsíců	0	0	2	5	8	27	7	35	3	3
1 – 2 roky	0	0	6	16	16	53	3	15	2	22
3 – 4 roky	0	0	15	41	5	17	0	0	1	1
5 – 10 let	0	0	4	11	1	3	0	0	1	11
Více než 10 let	2	100	10	27	0	0	0	0	0	0
Celkem	2	100	37	100	30	100	20	100	9	100

H 2: Předpokládám, že oblast trávení volného času budou lidé žijící s amputací hodnotit jako téměř beze změn, než tomu bude v oblasti partnerství. Tato hypotéza byla potvrzena. Dotazníkové šetření ukázalo na kladné hodnocení kvality trávení volného času. Asi tři čtvrtiny respondentů hodnotí svůj volný čas vzhledem k době před amputací beze změny. Uvedení jedinci tráví svůj volný čas stejným způsobem jako v době před amputací končetin. Z celkového počtu 98 (100 %) respondentů je s trávením volného času spokojeno 65 (66 %) respondentů, což je více než polovina respondentů. Co se týká oblasti partnerství, tak polovina respondentů udává, že vlivem amputace došlo ke změně partnerského vtahu. Důležitější faktory, které mají vliv na kvalitu jejich partnerského vztahu, uvádějí jedinci, následovně: tolerance, shodné názory a pohled na život, důvěra, schopnost kompromisu, láska, společné cíle, efektivní komunikace a oddanost. Jednotlivé odpovědi jsou řazeny sestupně.

7. 3. Diskuze

Co může být důvodem výše uvedených výsledků výzkumného šetření? Na základě získaných údajů vyvstávají následující otázky: „Přestali mít bolesti? Přestali se bát? Zvykli si? Našli nové přátele? Našli nový smysl života?“ Každému

z respondentů je blízká jiná otázka. Na vyrovnání se s danou skutečností má vliv mnoho aspektů.

Získané postižení během života představuje pro jedince velké trauma. Člověk si plně uvědomuje, co ztratil, o co právě přišel, co už v životě zřejmě nebude moci vykonávat. Zjednodušeně řečeno může srovnávat situace před daným postižením a situace, které jsou nyní. Amputace představuje pro každého jedince obrovský zásah do jeho dosavadního života. Po amputaci končetin se daný jedinec musí vyrovnat s fyzickou, ale i psychickou změnou.

8. Sdružení No Foot, No stress

Informace o občanském sdružení byly získávány prostřednictvím webových stránek a článků v časopisech. Výroční zprávy sdružení nebyly ke zpracování předkládané práce poskytnuty. Nezisková organizace No Foot, No Stress, o. s. vznikla v Rehabilitačním středisku Malvazinky v Praze, se kterým sdružení úzce spolupracuje. Mezi zakladatele sdružení patří jedinci po amputaci končetin paní Andrea Brzobohatá (též jednatelka), pan Petr Částka a fyzioterapeuti paní Hana Kohoutová a pan Jan Kohout. Sdružení je určené lidem po amputaci dolních končetin a osob spřízněných s tímto postižením. Cílem sdružení je poskytovat a pořádat sportovní, společenské a kulturní akce. Dále poskytovat poradenskou činnost v oblasti protetické péče či v oblasti poskytování příspěvků, na které má osoba po amputaci nárok (např. příspěvek na péči, příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku). Také zajišťuje rehabilitaci a nácvik a zdokonalování správné chůze (tzv. Škola chůze).

Občanské sdružení pořádá širokou škálu akcí pro jedince po amputaci a osoby spřízněné s tímto postižením. Mezi jednotlivé akce patří například: Western days, kurz jachtingu tělesně postižených, pohádkový paňník, oranžové kolo, jarní lyžování amputářů, golf a hendigolf, na kole i bez s nohou i bez, výstup amputářů na Sněžku, beznohý rekord a podobně. Jednotlivé akce se rok od roku liší (No foot, online, 2018).

8. 1. Popis výzkumného vzorku a realizace výzkumu

Byla vytvořena elektronická verze dotazníku, která byla zaslána jednatelce občanského sdružení No Foot, No Stress paní Andree Brzobohaté. Paní Brzobohatá následně oslovila osoby spřízněné s uvedeným sdružením. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2018. Celkem bylo osloveno 30 respondentů. Návratnost činila 24 dotazníků.

8. 2. Interpretace získaných výsledků

Data, získaná dotazníkovým šetřením byla utříděna a poté zpracována. Ve výzkumné části práce je nejprve stručně předloženo znění otázky. Samotné výsledky šetření jsou uvedeny a znázorněny v tabulkách s krátkými popisky.

Výsledky, které předkládám, mají orientačně vypovídací hodnotu. Z tohoto důvodu závěry, které z nich vyvozují, zcela jistě ještě neodhalují celou skutečnost takovou, jaká je. Dále bych chtěla upozornit, že výsledky, vyplývající z této předkládané práce mohou být zkresleny v důsledku malého vzorku respondentů

Výsledky vlastního výzkumu

Otázka číslo 1: Pohlaví respondentů

Tabulka 32 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ženy	13	54
Muži	11	46
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 1 jsem zjišťovala pohlaví respondentů. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů bylo 13 (54 %) žen a 11 (46 %) mužů.

Otázka číslo 2: Věk respondentů

Tabulka 33 – Věk respondentů

Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
10 – 20	2	7
20 – 30	11	45
31 – 40	7	28
41 – 50	2	7
51 – 60	3	13
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 2 jsem zjišťovala věk respondentů. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů byli ve věkové kategorii 10 – 20 let 2 (7 %) respondenti, ve věkové kategorii 20 – 30 let 11 (45 %) respondentů, ve věkové kategorii 31 – 40 let bylo 7 (28 %) respondentů, ve věkové kategorii 41 – 50 let byli 2 (7 %) respondenti, ve věkové kategorii 51 – 60 let byli 3 (13 %) respondenti.

Otázka číslo 3: Doba od provedení amputace

Tabulka 34 – Doba od provedení amputace

Doba od amputace (délka)	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
1 – 11 měsíců	2	8
1 – 2 roky	3	13
3 – 4 roky	6	25
5 – 10 let	8	33
Více než 10 let	5	21
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 3 jsem zjišťovala, jak dlouho mají respondenti po amputaci končetin/y. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů mají 1 – 11 měsíců po amputaci 2 (8 %) respondenti, 1 – 2 roky po amputaci 3 (13 %) respondenti, 3 – 4 roky po amputaci 6 (25 %) respondentů, 5 – 10 let po amputaci 8 (33 %) respondentů a více než 10 let po amputaci 5 (21 %) respondentů.

Otázka číslo 4: Končetina provedené amputace

Tabulka 35 – Končetina provedené amputace

Končetina amputace	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Pravá DK	10	42
Levá DK	8	33
Pravá HK	2	8
Levá HK	1	4
Oboustranná amputace DK	3	13
Oboustranná amputace HK	0	0
Jiná kombinace	0	0
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 4 jsem zjišťovala, na jaké končetině byla amputace provedena. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů udávalo pravou dolní končetinu 10 (42 %) respondentů, levou dolní končetinu 8 (33 %) respondentů, pravou horní končetinu 2 (8 %) respondenti, levou horní končetinu 1 (4 %) respondent, oboustrannou amputaci dolních končetin udávají 3 (13 %) respondenti. Možnost oboustranné amputace horních končetin či jiné kombinace (například pravá horní končetina a levá dolní končetina) neuvedl žádný z respondentů.

Otázka číslo 5: Využití aktivit a služeb sdružení

Tabulka 36 – Využití aktivit a služeb sdružení

Aktivity a služby	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Kulturní, naučné, sportovní a společenské aktivity	24	38
Poradenství	22	34
Rehabilitace, nácvik a zdokonalování správné chůze	18	28
Celkem	64	100

V položce dotazníku č. 5 jsem zjišťovala, jaké aktivity a služby respondenti využili. V této položce mohli respondenti zvolit více odpovědí. Z celkového počtu 64 (100 %) odpovědí byla nejčastější odpověď „kulturní, naučné, sportovní a společenské aktivity“ 24 (38 %) respondentů, druhou nejčastější odpovědí byla odpověď „poradenství v oblasti protetické péče a legislativy“, kterou udávalo 22 (34 %) respondentů. Poslední odpovědí byla odpověď „rehabilitace, nácvik a zdokonalování správné chůze“, kterou udávalo 18 (28 %) respondentů. Dle získaných výsledků je patrné, že využití dílčích aktivit a služeb sdružení je poměrně shodné.

Otázka číslo 6: Četnost využití aktivit a služeb sdružení

Tabulka 37 – Četnost využití aktivit a služeb sdružení

Aktivity a služby	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Jedenkrát	2	8
Dvakrát až pětkrát	6	25
Šestkrát až desetkrát	10	42
Více než desetkrát	6	25
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 6 jsem zjišťovala, kolikrát respondenti využili aktivit a služeb sdružení. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů udávalo odpověď „jedenkrát“ 2 (8 %) respondenti, „dvakrát až pětkrát“ 6 (25 %) respondentů, „šestkrát až desetkrát“ 10 (42 %) respondentů a více než desetkrát 6 (25 %) respondentů.

Otázka číslo 7: **Přínos aktivit**

Tabulka 38 – Přínos aktivit

Přínos	Absolutní četnost	Relativní četnost [%]
Ano	24	100
Ne	0	0
Celkem	24	100

V položce dotazníku č. 7 jsem zjišťovala, zda aktivity a služby sdružení měly pro dané respondenty přínos. Z celkového počtu 24 (100 %) respondentů udávalo odpověď „ano“ všech 24 (100 %) respondentů a odpověď „ne“ neuvedl naopak žádný z respondentů.

Závěr

Diplomová práce se zabývala hodnocením kvality života člověka po amputaci končetin. Podrobněji rozpracovávala oblast partnerství a možnosti trávení volného času. První kapitola teoreticky vymezila cílovou skupinu, kterou jsou jedinci po amputaci končetin. Byl zde definován pojem amputace a vymezena etiologie amputací. Dále byly popsány typy amputací, předoperační a následná pooperační péče. Tato kapitola byla zakončena popisem bariér, které v životě jedince po amputaci mohou vyvstat. Jelikož se diplomová práce zaměřuje na dílčí oblasti kvality života, nesmělo chybět vymezení jednotlivých oblastí. Jedná se o oblast partnerství, oblast pracovního uplatnění a oblast trávení volného času. Třetí kapitola byla věnována jednotlivým možnostem podpory jedinců po amputaci končetin. První část uvedené kapitoly shrnuje a popisuje jednotlivé oblasti ucelené rehabilitace. Druhá část se zabývá odborným sociálním poradenstvím, kdy uvádí přehled jednotlivých dávek a příspěvků určených osobám se zdravotním postižením. Poslední část dané kapitoly je věnována protetické podpoře a pomoci, zejména pak fázím vybavení jedince protézou. Poslední část teoretického rozboru se věnuje kapitole, která je věnována kvalitě života, definici pojmu a samotnému měření kvality života. Výzkumná část zjišťovala, jak dotazování jedinci hodnotí kvalitu života po amputaci končetin. Metodou sběru dat byl dotazník vlastní konstrukce skládající se z 22 otázek. Předlohou pro dotazník vlastní konstrukce se stal standardizovaný dotazník pro zjišťování kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF, který byl upraven tak, aby co nejlépe vyhovoval účelům výzkumu. Z dotazníku bylo využito několika základních otázek, které se týkají předkládané práce. Podrobněji byla rozpracována oblast partnerství a volného času, které jsou zásadní pro naplnění cíle diplomové práce. Zvolenými respondenty byli jedinci po amputacích končetin.

Výzkum byl realizován ve státních i soukromých rehabilitačních ústavech v České republice (RÚ: Hostinné, Brandýs nad Orlicí, Kladruby, Slapy, Hrabyně a Hrabyně – pracoviště Chuchelná). Do cílové skupiny uvedených rehabilitačních zařízení patří osoby po amputaci končetin, z tohoto důvodu byly tyto rehabilitační ústavy osloveny. Výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2017 do dubna 2018.

Také byly dotazníky osobně rozdány respondentům po amputaci končetin, kteří žijí v blízkém okolí. Opět výzkumné šetření probíhalo od listopadu 2017 do dubna 2018. Celkem bylo rozesláno 125 dotazníků. Z původních 125 dotazníků se vrátilo 98 dotazníků, které byly použity pro účely diplomové práce.

Výsledky dotazníkového šetření poukazují na spíše kladné hodnocení kvality života jedinců po amputacích. Co se týká výše vymezených oblastí kvality života, tak ze získaných výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že kvalita trávení volného času je u jedinců po amputaci zhoršena jen velmi zřídka. S trávením volného času jsou jedinci ve většině případů spokojeni. Jejich snahou je trávit volný čas stejným způsobem jako tomu bylo v době před amputací končetin. Naopak oblast partnerství prochází vynucenou změnou, kdy dochází ke změně kvality partnerských vztahů. Amputace pro partnerský vztah často představuje jakýsi test soudržnosti. Uvedená situace partnerský vztah posílí nebo vede k jeho rozpadu. Polovina respondentů udává, že vlivem amputace došlo ke změně partnerského vztahu. Dílčí faktory, které mají vliv na kvalitu jejich partnerského vztahu, uvádějí jedinci, následovně: tolerance, shodné názory a pohled na život, důvěra, schopnost kompromisu, láska, společné cíle, efektivní komunikace a oddanost. Jednotlivé odpovědi jsou řazeny sestupně.

Další část praktické části představuje občanské sdružení No Foot, No Stress a za pomoci dotazníkového šetření zhodnocuje přínos nabízených aktivit a četnost jejich využívání. Metodou sběru dat byl krátký dotazník vlastní konstrukce, který byl zaslán jednatele občanského sdružení No Foot, No Stress paní Andree Brzobohaté. Paní Brzobohatá následně oslovila osoby spřízněné s uvedeným sdružením. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2018. Celkem bylo osloveno 30 respondentů, kdy návratnost činila 24 dotazníků.

Dle získaných výsledků je patrné, že respondenti hodnotí přínos aktivit sdružení velice kladně. Využití aktivit a služeb sdružení je poměrně shodné. Nejčastěji jedinci uvádějí kulturní, naučné, sportovní a společenské aktivity, následně poradenství v oblasti protetické péče a legislativy, dále rehabilitaci, nácvik a zdokonalování správné chůze.

Seznam použitých zdrojů

Seznam literatury

1. ARAGAL, Francesc. *European Concept of Accessibility.: Příručka technické asistence*. Praha: NRZP ČR, 2005. ISBN 2-919931-24-5.
2. BARTOŠOVÁ, Iva a Martin SKUTIL. Dotazník. In: SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. 1. vydání. Praha: Portál. S. 80–88. ISBN 978-80-7367-778-7.
3. BEZDIČKOVÁ, Marcela a Lenka SLEZÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3130-8.
4. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
5. DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024705508.
6. DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
7. FAŤUNOVÁ, Zuzana. *Kvalita života*. Praha, 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Vedoucí práce PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.
8. FILIPIOVÁ, Daniela. *Život bez bariér: projekty a rekonstrukce*. Praha: Grada, 1998. Profi & hobby. ISBN 80-7169-233-6.
9. FILIPIOVÁ, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-18-7.
10. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315.
11. HADRABA, Ivan. *Ortopedická protetika*. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1296-8.
12. HOFBAUER, Břetislav. *Děti, mládež a volný čas*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.
13. HORÁČKOVÁ, Ladislava, Eugen STROUHAL a Lenka VARGOVÁ, MALINA, Jaroslav, ed. *Panoráma biologické a sociokulturní antropologie: modulové učební texty pro studenty antropologie a "příbuzných" oborů*. V Brně:

- Nadace Universitas Masarykiana, 2004. Scientia (Nadace Universitatis Masarykiana). ISBN 80-862-5853-x.
14. HRADEČNÁ, Marie. *Vybrané problémy sociální pedagogiky: [skripta]*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-015-7.
 15. JANEČKA, Zbyněk. *Vybrané kapitoly ze sportu osob se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3107-9.
 16. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
 17. LECHTA, Viktor, ed. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
 18. KAPLÁNEK, Michal. *Čas volnosti - čas výchovy: pedagogické úvahy o volném čase*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0450-3
 19. KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-807-0135-358.
 20. KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
 21. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
 22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
 23. MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.
 24. MONATOVÁ, Lili. *Pedagogika speciální*: Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.
 25. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
 26. NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 9788074351747.

27. NĚMEC, Jiří. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času pro doplňující pedagogické studium*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-012-3.
28. NOVOSAD, Libor. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - somatopedie*. Liberec: Technická univerzita, 2002. Studijní texty pro distanční a kombinované studium. ISBN 80-708-3563-x.
29. NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
30. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3718-0.
31. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Podpora rozvoje hybnosti osob s tělesným postižením*. Brno: Masaryková univerzita: Elportál, 2014. ISBN 978-80-210-7611-2.
32. PANEŠ, Václav. *Vybrané kapitoly z chirurgie, traumatologie, ortopedie a protetiky: učební text pro střední zdravotnické pracovníky*. Olomouc: Epava, 1993. ISBN 80-901-4712-7.
33. PÁVKOVÁ, Jiřina. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.
34. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4.
35. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. [i.e. Vyd. 5.]. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674168.
36. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. Zdravotnický asistent. ISBN 978-802-4722-702.
37. SMUTNÝ, Milan. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. 2. vyd. Přeložil Sylva HOMOLOVÁ. Brno: MS ortoprotetika, 2013. ISBN 978-80-260-3903-7.
38. ŠEĐOVÁ, Klára. Analýza kvalitativních dat. In: ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vydání. Praha: Portál. S. 207–247. ISBN 978-80-7367-313-0.

39. ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.
40. VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR,. *Kvalita života: Teoretická a metodologická východiska*. Brno: MSD Brno, 2005. ISBN 80-210-3757-7.
41. VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
42. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 8071849294.
43. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 8071783080.
44. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
45. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 8073674149.
46. VÁŽANSKÝ, Mojmír. *Základy pedagogiky volného času*. 2. vyd. Brno: Print-Typia, 2001. ISBN 80-86384-00-4.
47. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

Seznam elektronických zdrojů

1. BENADA, Luděk a Alexandr ZVONEK. *Handbike cyklistika* [online]. Brno: MU, 2015 [cit. 2018-04-17].
2. *Český svaz tělesně postižených sportovců* [online]. Praha: Joomla, 2013 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.cstps.cz/informace/o-nas>
3. *MojeProteza.cz* [online]. Praha: Otto Bock ČR, 2018 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <https://mojeproteza.cz/>
4. *No Foot. No Stress. No Problem.* [online]. Praha: PublicMc, 2018 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.nofoot.cz/clanky/o-nas/>
5. *WHO: WHOQOL Measuring Quality of Life* [online]. Geneva: World Health Organization, 1997 [cit. 2018-04-17].

6. Dostupné z: [http://www.who.int/mental_health/media/Zaměstnávání osob se zdravotním postižením](http://www.who.int/mental_health/media/Zaměstnávání_osob_se_zdravotním_postižením). *PRACEPROZP.CZ* [online]. Praha: IT Profi, 2011 [cit. 2018-04-17]. Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/zamestnavani-ozp>

Legislativní dokumenty

1. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>.
2. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
3. *Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů* [online]. [cit. 2018-04-15]. Dostupné
4. z WWW: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Přehled oslovených zařízení a jejich vyjádření	62
Tabulka 2 – Přehled oslovených zařízení a návratnost dotazníků	63
Tabulka 3 – Osobně rozdané dotazníky a návratnost dotazníků.....	63
Tabulka 4 – Pohlaví respondentů.....	65
Tabulka 5 – Věk respondentů	66
Tabulka 6 – Doba od provedení amputace	67
Tabulka 7 – Končetina provedené amputace.....	68
Tabulka 8 – Úroveň amputace dolní končetina/y	69
Tabulka 9 – Úroveň amputace horní končetina	70
Tabulka 10 – Protetická pomůcka.....	71
Tabulka 11– Současné zaměstnání.....	72
Tabulka 12 – Zaměstnání před/po amputaci.....	73
Tabulka 13 – Spokojenost s pracovním výkonem v zaměstnání	74
Tabulka 14 – Změna finanční situace.....	75
Tabulka 15 – Změna trávení volného času po amputaci	76
Tabulka 16– Forma trávené volného času	77
Tabulka 17 – Spokojenost s trávením volného času	78
Tabulka 18 – Omezení kontaktu s okolím.....	79
Tabulka 19 – Spokojenost s podporou rodiny	80
Tabulka 20 – Změna partnerského vztahu.....	81
Tabulka 21 – Faktory vlivu na kvalitu partnerského vztahu	82
Tabulka 22 – Vliv partnera na vyrovnání se s amputací	83
Tabulka 23 – Vliv amputace na kvalitu života	84
Tabulka 24 – Vliv doby od amputace na změnu kvality života.....	85
Tabulka 25 – Vliv místa amputace na změnu kvality života.....	86
Tabulka 26 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila.....	87
Tabulka 27 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila	88
Tabulka 28 – Zhodnocení kvality života	89
Tabulka 30 – Vliv místa amputace na hodnocení současné kvality života	92

Seznam grafů

Graf 1 - Pohlaví respondentů	65
Graf 2 - Věk respondentů	66
Graf 3 – Doba od provedení amputace.....	67
Graf 4 – Končetina provedené amputace	68
Graf 5 – Úroveň amputace dolní končetina/y	69
Graf 6 – Úroveň amputace horní končetina.....	70
Graf 7 – Protetická pomůcka	71
Graf 8 – Současné zaměstnání	72
Graf 9 – Zaměstnání před/po amputaci	73
Graf 10 – Spokojenost s pracovním výkonem v zaměstnání.....	74
Graf 11 – Změna finanční situace	75
Graf 12 – Změna trávení volného času po amputaci.....	76
Graf 13 – Forma trávení volného času	77
Graf 14 – Spokojenost s trávení volného času.....	78
Graf 15 – Omezení kontaktu s okolím	79
Graf 16 – Spokojenost s podporou rodiny	80
Graf 17 – Změna partnerského vztahu	81
Graf 18 – Faktory vlivu na kvalitu partnerského vztahu	82
Graf 19 – Vliv partnera na vyrovnání se s amputací.....	83
Graf 20 – Vliv amputace na kvalitu života.....	84
Graf 21 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zlepšila	87
Graf 22 – Oblasti, ve kterých se kvalita života zhoršila.....	88
Graf 23 – Zhodnocení kvality života.....	89

Seznam příloh

Příloha A: MESS score

Příloha B: Přehled úrovní amputací

Příloha C: ProCarve – sportovní protéza

Příloha D: Handbike

Příloha E: Žádost o vyplnění dotazníku

Příloha F: Dotazník diplomové práce

Příloha G: Dotazník čestnosti aktivit sdružení No foot, No Stress

Příloha H: WHOQOL – BREF

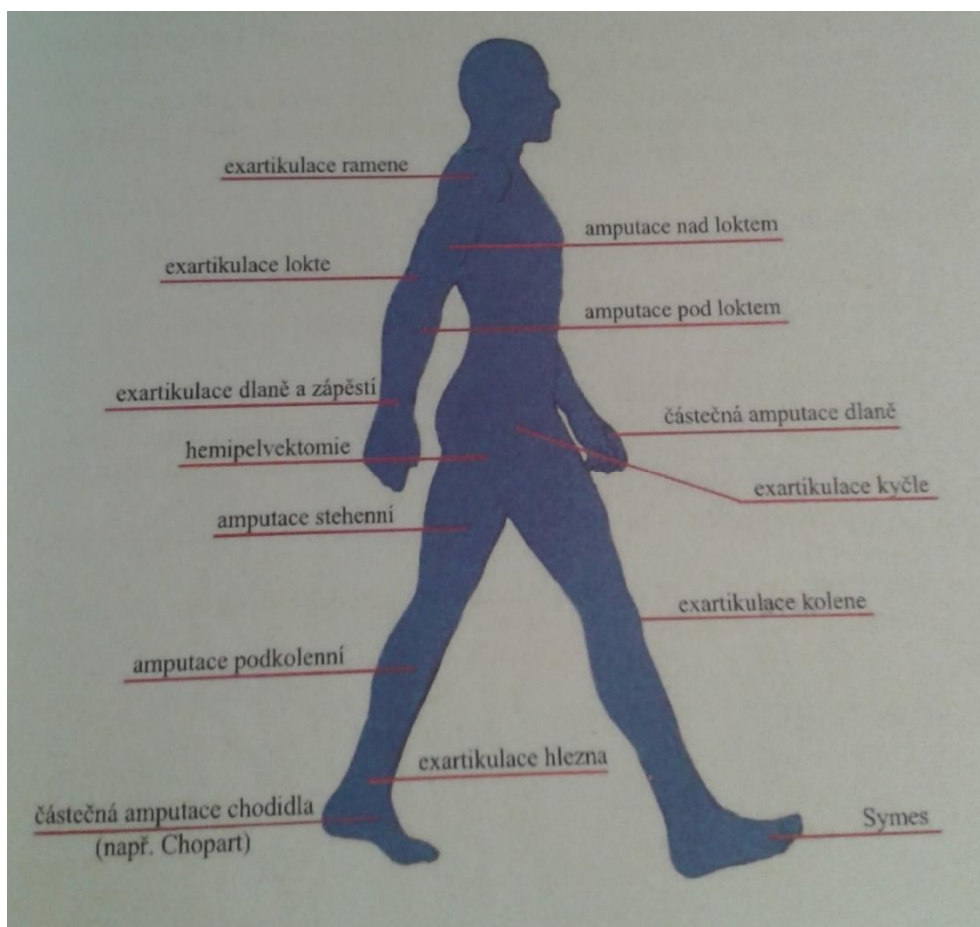
Příloha A: MESS score

Tab. 6.1 MESS – hodnocení rozsahu rozdrčení končetiny

I. Úrazová energie		
1.	nízká energie – jednoduché zlomeniny a průstřely	1 bod
2.	střední energie – otevřené nebo víceetážové zlomeniny, větší pohmoždění	2 body
3.	vysoká energie – vstřel zblízka, vysokorychlostní střelné zranění	3 body
4.	masivní rozdrčení – důlní, železniční zranění	4 body
II. Tlaková stabilita		
1.	normotenzní hemodynamika – TK stabilní i během operace	0 bodů
2.	přechodná hypotenze – TK stabilizován infuzní terapií	1 bod
3.	prolongovaná hypotenze – systolický tlak pod 90 mm Hg	2 body
III. Ischemické postižení – při ischemii delší než 6 hodin se body zdvojnásobují		
1.	žádné – hmatná pulzace, bez známek ischemie	0 bodů
2.	lehké – oslabená pulzace, bez známek ischemie	1 bod
3.	střední – nedetekovatelná pulzace (Doppler), obleněný kapilární návrat, oslabená motorika	2 body
4.	těžké – chladná a nehybná končetina, necitlivost, bez kapilárního návratu	3 body
IV. Věk		
1.	do 30 let	0 bodů
2.	mezi 30–50 roky	1 bod
3.	více než 50 let	2 body

Zdroj: (Dungl 2014, s. 119)

Příloha B: Přehled úrovní amputací



Zdroj: (Smutný 2013, s. 12)

Příloha C: ProCarve – sportovní protéza



Zdroj: (MojeProteza.cz 2018, online)

Příloha D: Handbike



Zdroj: (comp-handbike.cz 2018, online)

Příloha E: Žádost o vyplnění dotazníku

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lucie Kligerová a jsem studentkou magisterského studia Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové, oboru Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení. Zpracovávám diplomovou práci na téma „Kvalita života jedinců po amputaci končetin.“ Podrobněji se zaměřuji na oblast partnerství a možnosti trávení volného času.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a údaje budou použity pouze ke zpracování mé diplomové práce.

Zaškrtněte prosím jednu možnou odpověď, pokud nebude uvedeno jinak.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Mgr. Lucie Kligerová

Příloha F: Dotazník diplomové práce

Dobrý den,

vážený respondente, respondentko, jsem studentkou navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky Univerzity Hradec Králové. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který mi pomůže k vypracování diplomové práce na téma Kvalita života jedinců po amputaci končetin, která se zabývá zejména otázkou partnerství a trávení volného času.

Vámi zvolené odpovědi, prosím, zvýrazněte tak (např. zakroužkujte), aby bylo zcela jasné, kterou odpověď jste zvolili. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Mgr. Lucie Kligerová

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

Prosím uveďte:

3. Jak dlouho máte po amputaci končetin/y?

Prosím uveďte:

4. Jaká končetina/y Vám byla/y amputována/y?

- a) pravá dolní končetina
- b) levá dolní končetina
- c) pravá horní končetina
- d) levá horní končetina
- e) oboustranná amputace dolních končetin
- f) oboustranná amputace horních končetin

g) kombinace – prosím konkrétně uveďte:

5. Ve kterém místě Vám byla končetina/y amputována/y?

Prosím uveďte:

6. Používáte protetickou pomůcku – konkrétně protézu?

- a) ano
- b) ne

7. Jste v současné době zaměstnán/á?

- a) ano
- b) ne, o zaměstnání jsem přišel/přišla (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 13)
- c) ne, již jsem ve starobním důchodu (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 13)

8. Máte stejné zaměstnání jako před amputací?

- a) ano
- b) ne

9. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?

- a) spokojen/a
- b) ani spokojen/a ani nespokojen/a
- c) nespokojen/a

10. Změnila se po amputaci nějak zásadně Vaše finanční situace?

- a) ano, zlepšila se
- b) ano, zhoršila se
- c) ne, zůstala stále stejná

11. Trávíte nyní volný čas jinak, než před amputací?

- a) ano
- b) ne

12. Jaké formě trávení volného času dáváte přednost?

- a) sportovní aktivity
- b) kulturní a společenské aktivity
- c) umělecké a terapeutické aktivity

13. Jak jste spokojen/a s tím, jak trávíte volný čas?

- a) spokojen/a
- b) ani spokojen/a ani nespokojen/a
- c) nespokojen/a

14. Byl/a jste v důsledku amputace nucen/a omezit kontakt s blízkým okolím?

- a) málo (trochu)
- b) středně
- c) velmi

15. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytuje Vaše rodina?

- a) spokojen/a
- b) ani spokojen/a ani nespokojen/a
- c) nespokojen/a

16. Změnil se důsledkem amputace Váš partnerský život či kvalita Vašeho vztahu?

- a) ano
- b) ne
- c) vztah jsem před amputací neměl/a (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 19)

17. Jaké faktory mají vliv na kvalitu Vašeho partnerského vztahu? (možnost označit více odpovědí)

- a) důvěra
- b) tolerance
- c) láska
- d) dobrý, efektivní komunikace
- e) schopnost kompromisu
- f) oddanost
- g) společné cíle
- h) shodné názory a pohled na život

18. Do jaké míry ovlivnil Váš partner, to jak jste se vyrovnal/a s amputací?

- a) vůbec ne
- b) málo
- c) středně
- d) velmi
- e) v obrovské míře

19. Jak hodnotíte kvalitu života po amputaci vzhledem k předcházejícímu období?

- a) kvalita života se mi zlepšila (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 20)
- b) kvalita života se mi zhoršila (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 21)
- c) kvalita života zůstala stejná jako před amputací (pokud jste zvolili tuto odpověď, pokračujte otázkou č. 22)

20. Pokud se Vám kvalita života zlepšila, uveďte prosím, ve které oblasti? (možnost označit více odpovědí)

- a) fyzické zdraví (např. tělesná pohoda, cvičení, zbavení se bolesti)
- b) prožívání (např. změna hodnotového žebříčku, jiný náhled na život)
- c) sociální vztahy (např. podpora v rodině, podpora přátel)
- d) životní podmínky (např. bydlení, finance, doprava)
- e) jiné – uveďte prosím jaké:

21. Pokud se Vám kvalita života zhoršila, uveďte prosím, ve které oblasti? (možnost označit více odpovědí)

- a) fyzické zdraví (např. tělesná pohoda, cvičení, zbavení se bolesti)
- b) prožívání (např. změna hodnotového žebříčku, jiný náhled na život)
- c) sociální vztahy (např. podpora v rodině, podpora přátel)
- d) životní podmínky (např. bydlení, finance, doprava)
- e) jiné – uveďte prosím jaké:

22. Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Ohodnoťte (1 = velmi špatná, 2 = špatná, 3 = ani špatná ani dobrá, 4 = dobrá, 5 = velmi dobrá)

- a) velmi špatná
- b) špatná
- c) ani špatná ani dobrá
- d) dobrá
- e) velmi dobrá

Příloha G: Dotazník čestnosti aktivit sdružení No foot, No Stress

Dobrý den,

vážený respondente, respondentko, jsem studentkou navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky Univerzity Hradec Králové. Touto cestou bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který mi pomůže k vypracování diplomové práce na téma Kvalita života jedinců po amputaci končetin, která se zabývá zejména otázkou partnerství a trávení volného času. Předkládaný dotazník je věnován zhodnocení přínosu nabízených aktivit a četnost jejich využití.

Vámi zvolené odpovědi, prosím, zvýrazněte tak (např. zakroužkujte), aby bylo zcela jasné, kterou odpověď jste zvolili. Dotazník je zcela anonymní.

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

Mgr. Lucie Kligerová

1. Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

2. Věk:

Prosím uveďte:

3. Jak dlouho máte po amputaci končetin/y?

Prosím uveďte:

4. Jaká končetina/y Vám byla/y amputována/y?

- a) pravá dolní končetina
- b) levá dolní končetina
- c) pravá horní končetina
- d) levá horní končetina
- e) oboustranná amputace dolních končetin
- f) oboustranná amputace horních končetin
- g) kombinace – prosím konkrétně uveďte:
- h) žádná

5. Jakých aktivit a služeb jste v rámci občanského sdružení No Foot, No Stress využili? (možnost označit více odpovědí)

- a) Kulturních, naučných, sportovních a společenských aktivit
- b) Poradenské činnosti (v oblasti protetiky, legislativy)
- c) Rehabilitace, nácviku a zdokonalování správné chůze (tzv. Škola chůze)

6. Jaká byla četnost využití Vámi zvolených aktivit a služeb?

- a) Jedenkrát
- b) Dvakrát až pětkrát
- c) Šestkrát až desetkrát
- d) Více než desetkrát

7. Byly pro Vás využité aktivity a služby občanského sdružení No Foot, No Stress přínosem?

- a) Ano
- b) Ne