

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Pracovní uplatnění jedinců po amputaci dolních a horních končetin

Bakalářská práce

Autor: Lucie Kligerová
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Kligerová**
Osobní číslo: **P121237**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Výchovná práce ve speciálních zařízeních**
Název tématu: **Pracovní uplatnění jedinců po amputaci dolních a horních končetin**
Zadávací katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

V teoretické části bude uvedena klasifikace ortopedických vad, budou popsány příčiny amputací končetin a dopad tohoto zákroku na kvalitu života jedinců. Práce se zaměří na legislativní vymezení pracovního uplatnění, možnosti pracovního uplatnění osob s postižením hybnosti a systém poradenských služeb. V praktické části budou pomocí případových studií zmapovány a posouzeny možné rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci dolních nebo horních končetin. Budou popsány bariéry, které při pracovním uplatnění jedinců po amputaci mohou nastat a způsoby jejich řešení.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **17. února 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

L.S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

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

V Hradci Králové dne 15. 3. 2015

.....

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady. Děkuji také všem respondentům za jejich ochotu a pomoc při zpracování bakalářské práce.

Anotace

KLIGEROVÁ, Lucie. *Pracovní uplatnění jedinců po amputaci horních a dolních končetin*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015, 80 s. Bakalářská práce.

Tato bakalářská práce se zabývá možnostmi pracovního uplatnění jedinců po amputaci horních a dolních končetin.

V teoretické části bakalářské práce je vymezen pojem tělesné postižení a jsou popsána specifika těchto osob. Zaměřuje se i na proces vyrovnávání se s postižením. Ve druhé kapitole je popsána klasifikace pohybových vad. Podrobněji se věnuje ortopedickému postižení – amputacím. Třetí kapitola se zabývá pojmem, kvalita života. Teoretickou část uzavírá kapitola, kde je vymezen pojem práce a pracovní uplatnění. Nastihuje možnosti pracovního uplatnění, kdy se zaměřuje na tranzitní program, pracovní rehabilitaci, chráněné pracovní místo, chráněnou pracovní dílnu a na podporované zaměstnávání.

V praktické části bakalářské práce jsou pomocí případových studií zmapovány a posouzeny možné rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci dolních nebo horních končetin. Jsou popsány bariéry, které při pracovním uplatnění jedinců po amputaci mohou nastat a způsoby jejich řešení.

Klíčová slova: amputace, pracovní uplatnění, bariéry, dolní a horní končetina

Annotation

KLIGEROVÁ, Lucie. *Careers for patients after amputation of lower and upper limbs*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015, 80 pp. Bachelor Degree Thesis.

This thesis deals with the possibilities of employment of individuals amputees upper and lower extremities.

The theoretical part of the thesis is to define the term disability and describes the specifics of these people. It also focuses on the process of coping with disabilities. In the second chapter describes the classification of physical defects. This thesis deals with orthopedic disabilities - amputations. The third chapter deals with the concept of quality of life. The theoretical part is closed, which defines the concept of work and employment. It outlines the career opportunities which focuses on transit program, vocational rehabilitation, job-protected, sheltered workshops and supported employment.

In the practical part of the work through case studies mapped and assessed possible differences employability of individuals following amputation of the lower or upper extremities. They are described barriers as working individuals amputees may occur and ways to solve them.

Keywords: amputation, job opportunities, barriers, lower and upper limb

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s rektorským výnosem č.1/2013
(řád pro nakládání se školními a některými jinými autorskými díly na UHK).

Datum:

Podpis studenta:

OBSAH

Úvod	11
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Tělesné postižení	12
1.1 Pojem tělesné postižení	12
1.2 Specifika jedinců s tělesným postižením	14
1.3 Osobnost jedince s tělesným postižením	15
2 Amputace	18
2.1 Klasifikace pohybových vad	18
2.2 Amputace	19
2.3 Etiologie	21
2.4 Období výkonu amputace	23
2.5 Místa prováděných amputací	24
2.6 Dělení amputací	26
2.7 Pooperační péče	27
3 Kvalita života	31
3.1 Pojem kvalita života	31
3.2 Psychologická podpora	34
4 Možnosti pracovního uplatnění	35
4.1 Pojem práce, pracovní uplatnění	35
4.2 Legislativa zaměstnávání osob se zdravotním postižením	36
4.3 Možnosti pracovního uplatnění	37
4.4 Možnosti pracovního uplatnění u osob po amputaci DK a HK	40
4.5 Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42
5 Vymezení cíle a metod výzkumného šetření	42
5.1 Výzkumné otázky	42

5.2	Metodika	42
5.3	Volba a popis výzkumného souboru.....	43
6	Vlastní šetření.....	45
6.1	Případové studie po amputaci dolních končetin	45
6.1.1	Případová studie č. 1	45
6.1.2	Případová studie č. 2	48
6.1.3	Případová studie č. 3	51
6.1.4	Případová studie č. 4	54
6.1.5	Případová studie č. 5	56
6.2	Případové studie po amputaci horních končetin	59
6.2.1	Případová studie č. 6	59
6.2.2	Případová studie č. 7	62
6.2.3	Případová studie č. 8	65
7	Analyzování výsledků	67
7.1	Výzkumná otázka č. 1	67
7.2	Výzkumná otázka č. 2.....	67
7.2.1	Jaká povolání jsou vhodná po amputaci dolních končetin	68
7.2.2	Jaká povolání jsou vhodná po amputaci horních končetin.....	69
7.3	Výzkumná otázka č. 3	71
7.4	Výzkumná otázka č. 4.....	71
8	Sumarizace výsledků	72
9	Diskuze.....	73
	Závěr	74
	Seznam použité literatury	75
	Seznam elektronických zdrojů.....	78
	Seznam tabulek	79
	Seznam příloh	80

Úvod

Amputace je získané tělesné postižení. Amputací se rozumí nevratné oddělení orgánu, nejčastěji končetiny od těla. Obecně jsou časté příčiny amputací dopravní nehody, různé pracovní úrazy, úrazy jako takové či poranění výbušninou. Mezi další příčiny můžeme zařadit širokou škálu nemocí. Jedná se o velký zásah do života jedince. Amputace se jedince dotýká v mnoha oblastech. Může dojít ke změně nebo dokonce i k ukončení některých zálib. Mnohdy dochází také k tomu, že je nutné změnit své dosavadní zaměstnání.

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

Teoretická část bakalářské práce vymezuje pojem tělesné postižení a popisuje specifika těchto osob. Zaměřuje se i na proces vyrovnávání se s postižením. Ve druhé kapitole popisuje klasifikaci pohybových vad. Podrobněji se věnuje ortopedickému postižení – amputacím. Druhá kapitola také vymezuje etiologii, místo amputací, dělení amputací a období výkonu amputací. Třetí kapitola se zabývá pojmem, kvalitou života. Přibližuje i psychologickou podporu jedinců po amputaci končetin. Teoretickou část uzavírá kapitola, kde je vymezen pojem práce a pracovní uplatnění. Nastihuje možnosti pracovního uplatnění, kdy se zaměřuje na tranzitní program, pracovní rehabilitaci, chráněné pracovní místo a na podporované zaměstnávání.

Praktická část bakalářské práce pomocí případových studií posuzuje možné rozdíly pracovního uplatnění. Popisuje i bariéry, které při pracovním uplatnění jedinců po amputaci mohou nastat a způsoby jejich řešení. Cílem práce bylo tedy ověřit možné rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci dolních nebo horních končetin.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Tělesné postižení

V této kapitole bude vymezen pojem tělesné postižení a budou popsána specifika jedinců s tělesným postižením. Dále se pokusím nastínit význam pohybu v životě člověka. Část kapitoly bude věnována také osobnosti jedince s tělesným postižením, a to osobnosti s postižením vrozeným i získaným. V rámci této kapitoly se zaměřím i na proces vyrovnávání se daného jedince s postižením.

1.1 Pojem tělesné postižení

V úvodu kapitoly je třeba upozornit na nutnost oproštění se od zažitých mýtů, které jsou ve společnosti velice živé a negativně ovlivňují postoj většinové populace k osobám se specifickými potřebami. Většina z nás je ovlivněna řadou předsudků. Tyto předsudky je tedy někdy neskutčné odlišit od reality jako takové. *„Člověk s viditelnou vadou nebo poruchou či jakýmkoliv zřejmým postižením či znevýhodněním je v lidské společnosti odlišným jedincem a taková odlišnost (jinakost) byla vždy spojena s řadou specifických problémů“* (Titzl, 2000 In Slowík, 2007, s. 21). U některých osob může jedinec se specifickými potřebami vzbuzovat například strach nebo přinášet nejistotu. Důvodem je především to, že neví, jak s tímto jedincem komunikovat. Z toho důvodu ve většině případů komunikaci ani nezahajuje. Současně však tato jistá odlišnost přitahuje pohledy a pozornost lidí. Je tomu tedy tak, že čím zřetelnější postižení jedinec nese, tím více lidí se za ním – například na ulici, v obchodě a kdekoli jinde – bude otáčet. Blažek v této souvislosti uvádí termín fascinace monstrem, kdy se domnívá, že tato reakce je reakcí naprosto přirozenou z důvodu silného zážitku odlišnosti u druhého jedince (Blažek, 1988 In Slowík, 2007, s. 22). Pro dnešní dobu je typický tzv. ambivalentní postoj. Jedná se o postoj dvoustranný, který se současně projevuje přijetím i odmítáním jedinců se specifickými potřebami. Právě z tohoto důvodu budou vždy jedinci se specifickými potřebami ve společnosti jakousi minoritou (Slowík, 2007, s. 21 – 22).

Mnoho lidí si v souvislosti s pojmem tělesné postižení představí někoho na vozíku nebo někoho o berlích. *„Tělesná postižení jsou přetrvávající nápadnosti,*

snížené pohybové schopnosti s dlouhodobým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Řadíme mezi ně vady pohybového a nosného ústrojí, tzn. kostí, kloubů, šlach, svalů a cévního zásobení. Dále pak poškození nebo poruchy nervového ústrojí, pokud se projevují narušenou hybností“ (Renotíerová, Ludvíková, 2002, s. 204). Mezi tělesné postižení řadíme i dlouhodobé zdravotní oslabení, kterým například může být revmatoidní artritida, lupénka, epilepsie, diabetes mellitus nebo alergie. Tato oslabení nemusí být navenek vůbec zjevná, avšak mohou působit větší znevýhodnění, než bychom očekávali (Slowík, 2007, s. 87).

U jedinců s tělesným postižením využíváme všechny možnosti, jakými důsledky postižení zmírnit. Jedná se o užívání léků, využití adekvátních pomůcek (ortopedických a technických), úpravu prostředí, stavbu bezbariérového prostředí, adaptaci dopravních prostředků a vytváření vhodných pracovních míst (Vítková, 2006, s. 39 – 40). Tomuto věnuje svou pozornost somatopedie, kdy se jedná o: *„vědní obor speciální pedagogiky, jehož předmětem je výchova a vzdělání mládeže tělesně postižené, nemocné a zdravotně oslabené. Jakož i dospělých osob takto postižených“* (Edelsberger, 2000, s. 326).

Význam pohybu

Pohyb ovlivňuje samostatnost, fyzické, ale i psychické zdraví v životě člověka. Dále i schopnost komunikace a schopnost vyvíjet smysluplnou aktivitu, kterou je myšlena práce, studium, ale i zájmy a koníčky jedince, zejména sport. U lidí s tělesným postižením je sport daleko víc, než u jedinců bez postižení. Pro jedince s tělesným postižením sport představuje terapeutický a socializační prostředek, ale i příležitost k vytváření nových vztahů. Svůj význam má i pro vyrovnání se s postižením nebo pro odreagování a duševní odpočinek (Novosad, 2000, s. 9).

Novosad ve své publikaci uvádí například tyto základní „nástroje“, které zabezpečují nebo zprostředkovávají člověku:

- Uspokojování základních fyziologických potřeb
- Existenční zajištění

- Přisun podnětů, informací a poznatků
- Výkon občanských práv a svobod
- Příležitost k navazování sociálních kontaktů
- Sebeobsluhu a samostatnost
- Zábavu a prožitek

Význam pohybu pro život člověka lze dělit do dvou základních rovin. První rovinou je pohyb nezbytný, tedy pohyb, jehož smyslem je zajištění lidské existence. Rovina druhá je rovina pohybů ostatních, kdy tyto pohyby směřují k ovlivnění některých stránek kvality života. Zejména jde o stránky tělesné, duševní a stránku společenskou (Novosad, 2002, s. 14 – 15).

1.2 Specifika jedinců s tělesným postižením

Jedinci s vrozeným či získaným tělesným postižením mají během života i přes veškerou podporu řadu omezení, znevýhodnění. To je nutno respektovat. Důležité tedy je si připomenout specifika lidí s tělesným postižením. Níže uvádím somatické, psychické a sociální aspekty tělesného postižení.

Zcela zásadním problémem bývá omezení mobility, kdy dochází k výraznému omezení pohybu, ztížení nebo ztrátě schopnosti lokomoce. Vyskytují se atypické stereotypy a problematická koordinace pohybů. Dochází i k velice zásadnímu narušení jemné motoriky. Z výše uvedených důvodů se u jedinců s tělesným postižením vyskytuje zvýšená závislost na technických pomůckách. Dále také dochází k nejrůznějším specifickým zdravotním opatřením. Jedince může potkat nutnost dlouhodobého respektování životosprávy. Vyskytuje se u něho citová a podnětová deprivace, poruchy sebepojetí, které se nejčastěji projevují zkresleným sebehodnocením. Emoční labilita, izolovanost a snížená sociabilita je také jedním z aspektů specifík lidí s tělesným postižením. Mezi sociální aspekty řadíme především komunikační bariéry, z důvodu spasticity nebo jinak narušené funkce mluvidel, dále z důvodu nedostatečného sociálního učení a v neposlední řadě také z důvodu přidružených smyslových postižení (zrak, sluch). Problematické je

i utváření sociálních vztahů, což se dále projevuje v nezkušenosti ve vztazích partnerských (Novosad, 2000, s. 7).

1.3 Osobnost jedince s tělesným postižením

Důležitou roli v životě jedince s postižením hrají i potřeby. Každý člověk potřebuje, aby byly tyto potřeby v dostatečné míře uspokojovány. Nejprve by měly být uspokojeny potřeby základní, postupně potřeby vyšší. Je nutné upozornit na skutečnost, že uspokojování potřeb u jedinců s postižením je obtížnější než uspokojování potřeb u jedinců intaktních. Mezi hlavní životně důležité potřeby každého člověka patří uspokojení biologických potřeb, což znamená zamezit hladu, žízni a bolesti. Dále jsou to například potřeby, jakými jsou zabránění podnětové deprivaci, potřeba pohybu nebo změny polohy. Každý člověk také vyžaduje pocit bezpečí, jistoty. Stejně tak jako potřeba být někým přijat, potřeba něhy, lásky, uznání a sebeúcty, potřeba nezávislosti a samostatnosti. Víceméně se zde jedná o velmi známou pyramidu potřeb od amerického psychologa Abrahama Maslowa.

Tyto potřeby jsou tedy společné všem lidem. Avšak jak jsem již zmínila, pro jedince s postižením je ve většině případů obtížné dosáhnout uspokojení všech výše uvedených potřeb. Jedinci s postižením mají své specifické potřeby. Potřebují blízkost jiných osob, potřebují pedagoga, terapeuta či jiné osoby, kteří jim s pohybem dopomáhají (Vítková, 2004 In Pipeková, 2006, s. 332).

Proces vyrovnání se s postižením

S postižením jako takovým se především vyrovnává sám klient, ale dále i jeho nejbližší okolí. Mezi klientovo nejbližší okolí řadíme rodinu, tedy rodiče, sourozence, ale i děti. Proces akceptace je dělen do několika fází. Americká psycholožka Elisabeth Kübler-Rossová uvádí pět fází vyrovnání. Jedná se o tyto fáze: šok a popření, agrese, smlouvání, deprese a smíření (Slezáková, 2007, s. 128 – 129).

Také autorka Vágnerová ve své publikaci uvádí pět fází akceptace, které jsou: fáze šoku a popření, bezmocnosti, postupné adaptace a vyrovnání se s problémem,

fáze smlouvání a fáze realistického postoje. Právě fáze akceptace dle Vágnerové jsou v české speciální pedagogice nejvíce používány (Vágnerová, 2012, s. 165 – 168).

I autor Smutný ve své publikaci Informace pro pacienty po amputaci uvádí pět fází reakce na ztrátu končetiny. Dle Smutného je první fází fáze šoku, kdy pacient zjišťuje skutečnost, že došlo k amputaci. Je otřesen, zmaten, snaží se tuto informaci popřít nebo ji zcela ignorovat. Další fází je fáze reaktivní, ve které pacient pociťuje úzkost, selhání, pocity viny. Pacient je povětšinou v této fázi odmítavý. Ve třetí fázi, fázi adaptace, pacient již reálně hodnotí a nahlíží na svou situaci. V této chvíli dochází ke hledání a získávání informací. Předposlední fází je fáze reorientace, kdy pacient začíná nějakým způsobem jednat a řešit situaci, ve které se nachází. Poslední fází je fáze překonání krize, v níž pacient v upravených poměrech začíná plně fungovat (Smutný, 2013, s. 62).

Osobnost jedince s vrozeným postižením

U jedinců s vrozeným tělesným postižením je značně ovlivňován jejich vývoj v dětském věku. V důsledku toho nemohou získat určité zkušenosti. Naopak postižení není pro ně tak traumatizující jako pro jedince s postižením získaným, jelikož je jedinec s vrozeným postižením do jisté míry na svůj handicap adaptován. Jistě se naskytne situace, kdy si jedinec uvědomí svoji odlišnost od ostatních, vidí možnosti, které se jemu nenaskytují. Dochází také k tomu, že sám neví, jaké konkrétní možnosti a výhody by získal tím, když by byl v pozici intaktního jedince. Odlišná je i reakce na postižení ze strany rodičů, sourozenců a ostatních lidí. Ve vztahu k amputaci lze jako vrozenou amputaci vnímat primární nevyvinutí končetiny.

V 6 letech, tedy při nástupu do školy, lze mluvit o tzv. první krizi identity. Dochází při ní k zařazení dítěte do určitého typu školy, kdy se naskytují dvě možnosti. První možností je, že je dítě integrováno do běžné základní školy. Druhou možností je, že dítě bude zařazeno do speciální školy. Obě tyto možnosti s sebou nesou určité výhody, ale i nevýhody. V této souvislosti se může stát, že dochází k oživení problémů. Tím, že se dítě srovnává s ostatními dětmi v kolektivu, začíná tušit, že je nějakým způsobem odlišné. Druhou typickou krizí identity je období dospívání, ve kterém si jedinec začíná uvědomovat svá omezení

v různých oblastech. V tomto období dochází k emancipaci, oddálení se jedince od rodiny, což je pro něho důležitým mezníkem. Avšak emancipace jako taková je pro jedince s postižením v období adolescence hůře dosažitelná.

Osobnost jedince se získaným postižením

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. Je-li stav nepřijatelný, jednoznačně ho jedinec považuje za horší. Na druhou stranu má však jisté zkušenosti, kompetence, které jedinec s vrozeným postižením nemá. To do značné míry představuje pro jedince se získaným postižením jisté výhody. Odlišná je i reakce na postižení ze strany rodičů, sourozenců, ale i přátel. Důležitá je pro jedince také skutečnost, že do jisté míry umí navazovat kontakt (Vágnerová, 2012, s. 162 - 177).

2 Amputace

V této kapitole bude stručně popsána klasifikace pohybových vad. Podrobněji se budu věnovat konkrétnímu ortopedickému postižení – amputacím. Představím pojem, popíši dělení, etiologii a pooperační péči o klienta. Uvedu informace o péči o pahýl, následné rehabilitaci a protetických pomůckách.

2.1 Klasifikace pohybových vad

V odborné literatuře jsou pohybové vady děleny z několika hledisek. Klasifikaci pohybových vad záměrně představuji velmi stručně, jelikož cílem mé práce je popis pracovního uplatnění jedinců po amputaci horní nebo dolní končetiny. Budu se tedy věnovat především tématu amputací.

Hlavním kritériem klasifikace (členění) pohybových vad je místo, kde došlo k postižení části těla. Dle místa postižení tedy dělíme pohybové vady na obrny, které jsou centrální nebo periferní, dále na deformace, malformace a amputace (Vítková, 2004 In Pipeková, 2006, s. 169 - 171).

Obrny centrální a periferní

Obrny lze dělit dle místa postižení do dvou skupin. Jedná se o skupiny obrn centrálních a periferních. Obrny centrální zahrnují mozek a míchu. Naopak obrny periferní zahrnují obvodové nervstvo. Druhy obrn se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti. Dle stupně závažnosti obrny dělíme na parézy a plegie. Parézy představují částečné ochrnutí a plegie ochrnutí úplné. Tyto obrny lze dále dělit dle svalového tonu a dle rozsahu. V případě svalového napětí - tonu se jedná o hypertonie (spasticita a rigidita) a hypotonie (čistá mozková hypotonie, ataxie) nebo o střídavý tonus. Dle rozsahu jde o monoparézu/plegii, diparézu/plegii, hemiparézu/plegii a kvadruparézu/plegii (Vítková, 2006, s. 41).

Deformace

Deformace je vrozenou nebo získanou vadou. Vada je charakteristická nesprávným tvarem některé části těla. Rozlišujeme skupinu vývojových a získaných deformací. Mezi vývojové deformace například řadíme deformace lebky, hrudníku, kloubů a končetin. Získané deformace vznikají po úrazech a po zánětlivých onemocněních. Deformace mají svůj český výraz, který označuje deformace jako znetvoření. Tento výraz však není považován za zcela vhodný (Edelsberger, 2007 s. 59).

Malformace

Jde o vrozenou vývojovou vadu, která je typická patologickým vyvinutím různých částí těla. Nejčastěji se jedná o končetiny. Mnohé se dají léčebně ovlivnit, dochází tak k podstatnému zlepšení nebo k úplnému vyléčení pacienta. Dnešní vyspělá medicína, konkrétně plastická chirurgie, odstraňuje obličejové rozštěpy. Například i většina vrozených srdečních vad se v dnešní době léčí a operuje. Je však nutné odlišovat malformace od deformací. „*Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin*“ (Vítková, 2006, s. 65). Pojmem amelie označuje stav, při kterém chybí část končetiny. Naopak stav, kdy končetina navazuje přímo na trup, je nazýván fokomelie (Vítková, 2006, s. 65).

2.2 Amputace

Defektologický slovník definuje amputaci jako: „*operativní odnětí části těla, končetiny nebo její části. Amputace provedená odnětím končetiny přímo v kloubu se nazývá exartikulace*“ (Edelsberger, 2007 s. 28).

Amputace

„*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). Exartikulací nazýváme odstranění končetiny v místě kloubní štěrby.

Dle doby provedení dělí autoři Horáčková, Strouha a Vargová amputace na intravitální, perimortální a postmortální. Například u intravitální amputace dochází po týdnu k typickým změnám v místě řezu. Celkově lze říci, že po amputaci dochází ke změnám na kostech, které byly přerušeny, ale i na dalších kostech postižené končetiny (Horáčková, Strouhal, Vargová, 2004, s. 86).

Amputací se rozumí nevratné oddělení orgánu, nejčastěji končetiny od těla. Zřídka dochází i k úspěšnému operativnímu „napojení“ končetiny, či jiné části těla oddělené úrazem (Novosad, 2002, s. 30).

Amputace je poslední možností k záchraně končetiny, kdy již není možné užít jiné léčebné metody k záchraně života pacienta (Slezáková, 2010, s. 115).

Jde o velmi složitý handicap, při němž hraje velkou roli věk, ve kterém byla amputace provedena. Pokud byla amputace provedena v dětství, mládí či v počátečním období dospělosti, dochází k tomu, že pohybové dovednosti a schopnost využívat protézu postiženého jedince jsou mnohem větší než u jedinců ve středním věku nebo stáří (Monatová, 1994, s. 68).

Historie

Historicky nejstarším provedeným chirurgickým výkonem je právě amputace. Již nejslavnější lékař starověku a otec medicíny Hippokrates rozdělil zásady amputace. Šlo o tyto tři zásady: odstranit nemocnou tkáň, snížit invaliditu a zachránit život (Princ, 2013).

Mezi první zmínky o náznaku amputace pokládáme nález už z dob paleolitu. Jedná se pouze o úvahu, která byla založena na výzkumu kosterního materiálu. Ač se kosterní materiál zdá zcela jednoznačný, nemusí tomu tak být. Může jít o omrzliny, které jsou důsledkem absence prstů, popřípadě o onemocnění jako je například lepra (Ortner, Putschar, 2003, s. 169).

Horáčková, Strouhal a Vargová jako nejstarší doloženou zhojenou amputaci uvádějí nález amputovaných kostí pravého předloktí u dospělého jedince ze Sedmentu v Egyptě – kolem roku 2000 před naším letopočtem. V Evropě bylo doposud okolo 200 nálezů amputací.

Poměrně často je ve starých literárních pramenech uváděn velký výskyt amputací, nicméně v kosterních souborech jsou nálezy zhojených i nezhojených amputací vzácné (Horáčková, Strouhal, Vargová, 2004, s. 87).

Nesčetné množství amputací bylo provedeno v období válek. Konkrétně za 1. světové války došlo až k 100 000 zákroků (Dungl, 2005, s. 165 – 166).

2.3 Etiologie

Etiologie z hlediska historie

V minulosti byly na základě přímých i nepřímých důkazů vymezeny čtyři kategorie příčin amputačních zákroků. První bych zmínila amputaci jako projev trestu. Tento druh trestu se v minulosti (jednalo se především o starověk a středověk) vyskytoval velmi často. *Amputace* horní či dolní končetiny byla *důsledkem provinění*, krádeží, porušení stanoveného řádu či pravidel. U amputací nalezených v kosterních souborech lze předpokládat, že pokud byla amputace vykonána na pravé horní končetině, mělo dojít ke znemožnění používat zbraň. Pokud se však jednalo o levou horní končetinu, mělo dojít k omezení či úplnému zamezení možnosti nasednout na koně. Dnes jsou amputace jako projev trestu prováděny například v islámských zemích (Horáčková, Strouhal, Vargová, 1997, s. 86).

Mays ve své publikaci uvádí *amputaci jako důsledek léčby*. Myšlenkou amputace v důsledku léčby byla především snaha o záchranu života pacienta. Tedy k záchraně života jedince, provést amputaci i za cenu znevýhodnění jedince po celý život. Dovoluji si tvrdit, že tato kategorie je stále velmi hojně využívána. Příklad bych uvedla na diabetické gangréně, kdy je pacient ohrožen sepsí, jež je neodborně širokou veřejností označována za otravu krve (Mays, 1996, s. 107 – 109).

Mezi třetí kategorií řadíme *amputaci z válečných poranění*. V dobách válek bylo provedeno nespočetné množství amputací. Důvodem amputace byla především devastující zranění. Například jen během 1. světové války došlo až k 100 000 zákroků.

Jako poslední kategorií bych ráda představila *amputace z jiného důvodu*, jednalo se především o rituální amputace, amputace jako projev smutku

nad zemřelým (kdy si většinou lidé nechávali amputovat prst, který vložili do rakve společně se zemřelým). Dále amputace představovala projev zotročení, či znamenala vítězství v souboji (kdy vítěz amputoval některou část těla poraženému). Pokud se jednalo o záměrné rituální amputace během života, pravděpodobně se tyto zákroky omezovaly pouze na prsty horních a dolních končetin (Horáčková, Strouhal, Vargová, 1997, s. 86 - 87).

Etiologie současnosti

Jak již bylo zmíněno v předešlém odstavci, příčin, které vedou k amputacím, je velice mnoho. Zdaleka se nemusí jednat pouze o minulost, i v dnešní době se nám objevují nové a nové symptomy. Je však nutné zvážit, kdy k amputaci přistoupit.

Z tohoto důvodu dnešní medicína využívá tzv. MESS skóre. „*Hodnotíme úrazový věk pacienta, úrazovou energii, tlakovou stabilitu a ischemické postižení*“ (Dungl, 2005, s. 169). Důležité je také posoudit celkový stav pacienta.

V krátkosti bych nyní popsala systém MESS skóre. Při hodnocení používáme body. Maximální bodová hranice je 11 bodů, pokud dosáhneme nad 7 bodů, je jednoznačně amputace nutná. Je-li bodová hranice 6 bodů a méně, je hlavním úkolem operatérů končetinu zachránit (Dungl, 2005, s. 169).

Obecně jsou časté příčiny amputací dopravní nehody, různé pracovní úrazy, úrazy jako takové či poranění výbušninou. Mezi další příčiny můžeme zařadit širokou škálu nemocí (Milichovský, 2010, s. 43 – 44).

Mezi nejčastější onemocnění lze zařadit:

- *Těžké infekce* (jako je například diabetická gangréna), kdy je pacient ohrožen tzv. sepsí, tj. celkovou reakcí organismu na infekci. Neodborným termínem lze sepsi označovat jako otravu krve.
- Dále Slezáková ve své publikaci uvádí *přítomnost zhoubného nádoru* (Slezáková, 2010, s. 114 – 115).
- Slezáková také uvádí *ischemickou chorobu* dolních končetin – onemocnění postihující tepny. Při ICHDK dochází především ke ztrátě oběhu krve v končetině.

- Dalšími příčinami může být *těžké poranění, pracovní poranění (pilou, sekačkou), poranění výbušninou, vážné autonehody.*
- *Deformity*
- *Sepse (při diabetické gangréně) (Slezáková, 2007, s. 105).*

Mezi příznaky Slezáková řadí klidové bolesti v noci, nedostatečné prokrvení, cyanózu, deformace nehtů, dále například vymizení pulzu na končetině a bolesti v důsledku neprůchodnosti cév (Slezáková, 2007, s. 105).

2.4 Období výkonu amputace

Primární

Amputace primární, dále také nazývána jako amputace časná, se provádí ihned po vzniku úrazu nebo onemocnění. Amputace primární představují pro jedince zřejmě největší trauma, jelikož na tuto skutečnost není předem připraven. Zatímco amputace sekundární a terciální jsou pro jedince do jisté míry osvobozením, úlevou, jelikož jedinec je zbaven velkých bolestí a amputací dochází ke zlepšení celkového stavu jedince. Jedinec o této skutečnosti ví a předem se na tuto situaci může připravit.

Sekundární

Amputace sekundární, dále také nazývaná jako amputace volená, se provádí po vyčkání průběhu onemocnění. Snahou dnešních lékařů je využít všech variant a možností, než je k amputaci jako takové přistoupeno. Amputace je tedy poslední možností k záchraně končetiny, kdy již není možné užít jiné léčebné metody.

Terciální

Amputace terciální, dále také nazývána jako amputace pozdní, se provádí z důvodu zlepšení celkového stavu jedince (Fiala, 1985, s. 240).

2.5 Místa prováděných amputací

Amputace je již trvalým handicapem, což pro jedince představuje novou nepříznivou životní situaci, se kterou se musí postupně vyrovnávat. Způsob, jak jedinec vadu přijímá, závisí především na jeho vlastnostech, temperamentu a osobnosti. Amputace končetin je možné dělit na amputace horních nebo dolních končetin. Existují ovšem případy, kdy se provádí tzv. kombinovaná amputace, což znamená, že dochází zároveň k amputaci horní a dolní končetiny (Monatová, 1994, s. 66).

Provádíme-li amputaci u dětských pacientů, je snahou lékařů zachovat co největší část pahýlu. Nutné je však brát na vědomí, že u dětských pacientů bude docházet k celkovému tělesnému růstu a i k růstu pahýlu. Dalším nutným a nezbytným krokem je časná užívání protézy, jelikož v dětském věku dochází k rychlému přizpůsobení protézy. Právě tento včasný krok umožňuje dítěti rychleji zvládnout rekonvalescenci a brzy se vrátit mezi své vrstevníky (Milichovský, 2010, s. 43 - 44).

Dle stupně obtížnosti je nejlehčím zákrokem amputace prstů na dolní nebo horní končetině. Vždy záleží na počtu amputovaných prstů a na místě amputace. Jde-li například o jeden nebo dva články prstu, není amputace pro člověka zvláště citlivá. Výjimkou je ovšem palec. Amputace palce na vedoucí ruce představuje problémy v oblasti úchopu, což se následně odráží v pracovní činnosti. Je-li amputováno více prstů nebo amputace zasahuje až do dlaně, dochází k značnému narušení nebo dokonce znemožnění pracovních činností (Monatová, 1994, s. 66 – 67).

Níže se budu podrobně věnovat popisu jednotlivých úrovní amputací na horní a dolní končetině. V příloze dále uvádím přehled úrovní amputací, který přesně znázorňuje, kde mohou být jednotlivé amputace vykonány.

Amputace horních končetin

Amputace jedné horní končetiny je stejně jako jiné amputace pro jedince traumatizující. Vždy záleží na výši amputace. Je-li amputace nízká, tedy sahající jen

po zápěstí, je možné poměrně dobře využívat pahýl. To se ovšem jedná o situaci, kdy je amputována nevedoucí ruka. Došlo-li k amputaci vedoucí ruky, je řešení mnohem složitější. Složitá je také amputace pod loktem, i když je možné chybějící ruku nahradit protézou, kterou lze vykonávat pracovní činnosti či jiné důležité úkony. Dále se také můžeme setkat s amputacemi nad loktem, v horším případě s amputacemi až v rameni. Úkolem odborníků, konkrétně rehabilitačních pracovníků, je jedince naučit využívat zdravou končetinu, kterou bude v budoucnu vykonávat co nejvíce činností. Pokud má jedinec amputovanou vedoucí ruku, učí se psát druhou rukou, nikoli protézou. Naopak úkolem jedince je ochota užívat protézu a pokud možno naučit se protézu co nejlépe ovládat. Za nejtěžší postižení týkající se amputací horní končetiny je považována amputace obou horních končetin. Při té dochází ke značnému omezení jedince v oblasti sebeobsluhy a samostatnosti. Každodenní činnosti se jedinec musí učit zvládat s protézami. Určité činnosti se učí ovládat i nohou, například při otevírání dveří, nebo ústy. Někteří jedinci se jimi naučí psát, dokonce i malovat. Avšak tyto činnosti si lépe, rychleji, ale i snadněji osvojují děti nebo mladí lidé, naopak starší lidé se je učí mnohem obtížněji. Opět vždy záleží na výši amputace. Pokud nastala oboustranná amputace pod lokty, je jedinec schopen uchopovat pahýly předmětů. Výhodou uchopování pahýly je možnost využívat hmat. Pro tyto jedince je často protéza pouze kosmetickou záležitostí. Je-li amputace provedena nad lokty, je nezbytné využívat protézy. To tedy pro jedince znamená, že se všechny denní činnosti učí vykonávat s protézami, jelikož by byl jinak zcela odkázán na pomoc další osoby. U jedinců po oboustranné amputaci všeobecně platí nutnost opakování každodenních činností a aktivit. Důvodem je dosažení co největší samostatnosti jedince.

Amputace dolních končetin

Výška amputací dolní končetiny je různá, stejně jako tomu bylo u amputace horní končetiny. Jedinci mohou být amputováni prsty na noze, dále pouze jen chodidlo, další možností je amputace pod kolenem, vyskytují se i amputace nad kolenem nebo v nejhorších případech jde i o dosti vysoké amputace v oblasti stehna. Nejčastějším místem amputace dolních končetin je amputace v bérce. V tomto případě se jedinec s amputací vyrovnává poměrně kladně. Tyto jedinci

hojně využívají protézy, ovšem nutné je upozornit na případ, kdy jedinec protézu odloží. V tuto chvíli je odkázaný pouze na pohyb pomocí berlí nebo na vozík. Tento okamžik může být pro daného jedince, jako pro jeho rodinu a okolí, velice obtížným. Za nejvážnější postižení považujeme oboustrannou amputaci dolních končetin, kdy se jedinci radikálně mění jeho život. Ovládní obou protéz pro něho představuje nelehký úkol. Často se u jedince objevují negativní myšlenky a pasivní postoj k životu mnohdy vrcholící depresi. Značná část osob po amputaci obou dolních končetin tráví většinu času na vozíku. Vyskytují se ale i případy, kdy se jedinec pohybuje na protézách bez sebemenšího zaváhání a vykonává standardní denní činnosti. To však obnáší jeho nesmírnou ochotu a trpělivost. Vždy ovšem záleží na tom, v jakém místě je oboustranná amputace vykonána (Monatová, 1994, s. 68).

2.6 Dělení amputací

Typy amputací lze rozdělit do dvou skupin, a to na amputace gilotinové a lalokové. Tyto výkony se provádí uzavřeně nebo otevřeně. Jde-li o techniku otevřenou, je třeba zdůraznit, že rána není po výkonu primárně uzavřena. K tvorbě kvalitního pahýlu je tedy nezbytná ještě jedna operace. Jedná se například o plastické operace, revize nebo reamputace.

Gilotinová amputace

Gilotinová amputace, někdy nazývaná jako amputace cirkulární, se provádí především otevřenou technikou. Gilotinové amputace byly hojně využívány ve válečných podmínkách, při nichž nebyla možná anestezie. Zajímavostí například bylo zastavení krvácení, které se provádělo zaškrcením rány či ponořením pahýlu do horkého oleje. Dříve se tato amputace vykonávala pouze jedním řezem. Dnes se výkon provádí postupně, a to nejprve přerušením kůže, poté přerušením svalů v tomtéž místě a dále finálním přerušením (řezem) kosti. Poté je nutné upravit pahýl, aby bylo možné v budoucnu nasadit určenou protézu.

Laloková amputace

Laková amputace se na rozdíl od amputace gilotinové provádí jak technikou otevřenou, tak uzavřenou. U techniky uzavřené je nutné dbát na fixaci šlach ke kosti, jež odborně nazýváme denotézou. Důvodem je zlepšení funkce a tvaru pahýlu. U otevřené lalokové amputace se využívá překlopení kožních laloků, které jsou na závěr sešity přeloženou plochou směrem k sobě (Dungl, 2005, s. 165 – 170).

2.7 Pooperační péče

Do pooperační péče řadíme například péči o pahýl, jelikož správné a včasné zhojení pahýlu je důležité pro následné užití protetické pomůcky. Lékaři dbají na to, aby hojení proběhlo tzv. per primam – tzn. přímo, bez komplikací a s hladkou jizvou. Dále zdravotnický personál dbá na převazování pahýlu. Obvazy musí být suché, pružné a čisté. Důležité je dobré prokrvení pahýlu, proto je pacientovi doporučeno, aby byl v teple. Po amputaci je z pooperační rány vyveden drén. I přes drenáže je nutné o pahýl pečovat. Provádí se bandážování pahýlu, jehož důvodem je vytvarování pahýlu a snížení otoku. Je vždy prováděno až nad zdravý kloub. Po jisté době by se měl pacient bandážování pahýlu naučit, aby si ho mohl provádět sám.

Dále je nutné zmínit sprchování pahýlu, při kterém dochází ke střídání teplé a studené vody, čímž se roztahují a zužují cévy. Sprchování je důležité vykonávat několikrát denně. Se sprchováním by se mělo nejlépe začít už den po operaci. Pokud má však pacient velké bolesti, je nutné sprchování odložit. Bohužel toto doporučení je v nemocničních zařízeních velice často opomíjeno.

Pro prokrvení měkkých tkání a odstranění jizvy se doporučují masáže rány. V prvních dnech by se mělo provádět pouze tzv. hnětení nebo poklepání. Po úplném zhojení rány je doporučena i samotná masáž jizvy. V neposlední řadě je důležité následné promazávání pahýlu.

Dalším důležitým úkonem je posilování pahýlu. S tímto úkonem seznamuje pacienta fyzioterapeut, který dále pacientovi objasňuje pozdější užívání kompenzační pomůcky, konkrétně protézy (Klusoňová, 2011, s. 89).

Domácí péče

Klient je z nemocnice propuštěn až po zvládnutí základních úkonů sebezpečí, mezi kterou řadíme například i samostatné bandážování. Pacientovi je doporučeno spát na tvrdém lůžku a pravidelně cvičit dle pokynů rehabilitačního pracovníka. Dále je pacient seznámen s možností rehabilitace v lázních Hrabyně, Kladruby nebo ve Velkých Losinách. Pacientovi jsou nařízeny kontroly u ošetřujícího lékaře (Slezáková, 2007, s. 108).

Po propuštění do domácí péče by měl mít pacient zvládnuté ekonomicko-sociální otázky, jakými jsou zaměstnání a invalidizace. Odpovědi na tyto důležité otázky může pacient nalézt například v různých sdruženích nebo nadacích. Roku 2012 bylo v České republice založeno sdružení No Foot, No Stress. Cílem je sdružovat jedince po amputaci dolních končetin a poskytovat sociálně právní poradenství pro zdravotně postižené osoby. Další službou, kterou sdružení nabízí je škola chůze (No foot, online, 2012).

Rehabilitace

První dny po operaci je snaha o samostatné posazení pacienta na lůžku. Po zvládnutí toho úkonu se pomalu přechází ke stavění pacienta a udržení rovnováhy, opory o berle. Poté probíhá nácvik vstávání ze židle a lůžka pomocí berlí. Začíná nácvik chůze o berlích. Ke klientovi se v tuto chvíli dostává protetik, který zajišťuje postupné přikládání protézy. Protetický pracovník nejprve provádí přeměření pahýlu a následně vyrábí pacientovi protézu na míru. Tento proces je velice složitý, jelikož dochází k odtlačování pahýlu, které je často bolestivé. Následuje nácvik chůze s protézou, což je velmi náročný a bolestivý zážitek. Z tohoto důvodu je velice důležitá přítomnost a podpora rodiny. Vhodný je i například nějaký vzor, který je pro pacienta vhodnou motivací.

Pro pacienta po amputaci je důležité včasné zahájení rehabilitace. Klienta motivujeme ke stálému a pravidelnému cvičení. Součástí rehabilitace není jen procvičení a posílení postižené nohy, ale i končetiny zdravé. Vhodné cviky pro posílení končetin doporučuje pacientovi fyzioterapeut (Slezáková, 2007, s. 108).

Protetika

Autor Hadraba ve své publikaci definuje ortopedickou protetiku jako: „*nauku o náhradách částí nosného a pohybového aparátu člověka a některých jeho funkcí technickými prostředky, aplikovaný na povrch těla*“ (Hadraba, 2006, s. 7). Jde o medicínsko-technický obor.

Již po druhé světové válce se protetika rozvíjela a neustále rozvíjí, a to nejen kvantitativně, ale i kvalitativně. Důvodem vyššího počtu protetických pomůcek nebyla jen válka, jakožto traumatická epidemie, ale i rozvoj techniky, výroby, využití nových materiálů, které se rychleji zpracovávaly (jednalo se konkrétně o plast) a rozvoj ovládacích a řídicích mechanismů. Dochází ke změnám pohledu na náhrady lidského těla a jejich funkčních schopností.

Předepsáním ortopedické pomůcky se zabývá odborný lékař, který vychází ze zdravotního postižení klienta. Předepsaná pomůcka je součástí rehabilitace klientova zdravotního stavu. Dle toho se rozhoduje o vhodném druhu a typu předepsané pomůcky. Při výběru vhodné pomůcky je vhodné zvážit řadu faktorů, kterými jsou věk a pohlaví, lateralita, ambidexter, zaměstnání, rodinné zázemí, zájmy klienta, typ postižení, přidružená nemoc postihující klienta, adaptace, sociální motivace. Otázku typu a druhu předepsané pomůcky většinou řeší odborný tým, který se skládá z odborného lékaře, odborného protetiky, psychologa, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Tento tým se v našich podmínkách vyskytuje v rehabilitačních ústavech a odborných protetických pracovištích. Při rozhodování o ortopedicko-protetické pomůcce bereme v potaz klientův zájem. Je tedy nutné klientovi předat veškeré informace, vše mu řádně vysvětlit a poskytnout dostatečný prostor pro jeho dotazy. Dále bychom jej měli upozornit na požadavky a nároky, které budou na jeho osobu při výrobě pomůcky a zácvičku v jejím užívání kladeny. Zároveň bychom ale měli akceptovat i jeho nároky, které na pomůcku klade.

V praxi je především nutná spolupráce odborného lékaře a odborného protetiky. Lékař provádí komplexní medicínské vyšetření a protetik se zaměřuje na vyšetření technické. Po následné konzultaci obou odborníků předepisuje lékař ortopedicko-protetickou pomůcku, která je pro pacienta vhodná jak pro stránce lékařské, tak pro stránce technické. Po jejím zhotovení je vhodné, aby lékař

předepisující ortopedickou pomůcku zhlédl. V tomto případě je výhodou, jsou-li odborníci z jednoho pracoviště (Hadraba, 2006).

3 Kvalita života

V kapitole bude vymezen pojem kvalita života. Budu se zamýšlet nad tím, co si pod pojmem kvalita života představím. Jedná se o životní úroveň, způsob života nebo životní styl? Případně jde o podmínky jedince, skupiny nebo celé společnosti? Podrobněji se také budu zabývat kvalitou života jedinců po amputaci dolní nebo horní končetiny. Dojde-li k amputaci končetiny, změní se nějakým způsobem kvalita života? Pokud ano, jakým? Zmíním i odbornou podporu, kdy se budu konkrétně věnovat podpoře psychologické.

3.1 Pojem kvalita života

Kvalita života je pojem velice diskutabilním. Otázkou kvality života se lidé zabývali už o mnoho let dříve. V posledních několika letech přitahuje spojení „kvalita života“ výraznou pozornost ze strany odborníků. O kvalitu života se zajímají odborníci různých profesí. V dnešní době je toto slovní spojení součástí sociologie, dále se opírá o disciplíny jako filozofie, politologie, lékařské vědy nebo ekonomické disciplíny. Dá se však říci, že i přesto není dodnes jasně definována. Existuje několik pokusů o vymezení tohoto spojení. Vymezíme-li pojem kvalita života, jedná se o subjektivní věc každého člověka, tudíž je kvalita života pojmem velice individuálním. V žádném případě tedy nelze srovnávat kvalitu života jednoho jedince s kvalitou života jiného jedince. Dle autorů Vaňurová, Mühlpachr lze k pojetí kvality života přistupovat ze dvou hledisek. Jedná se o hledisko subjektivní a hledisko objektivní. Jde-li o objektivní hledisko, zahrnujeme do něho objektivní aspekty života, kterými jsou voda, potrava, bydlení či délka života. Subjektivním hlediskem míníme spokojenost, seberealizaci (Vaňurová, Mühlpachr, 2005, s. 17).

WHO realizovala v roce 1997 výzkumný projekt pod názvem The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), kde je kvalita života prezentována v následujících bodech. Jedná se o tělesné zdraví, psychický stav, stupeň závislosti, sociální vztahy a osobní přesvědčení (WHO, online, 2015).

Kvalitou života se dále také rozumí to, jak lidé vnímají své postavení v životě. Souvisí s kulturou a hodnotovými systémy. Kvalita života může být odlišná

pro různé kultury a etnické skupiny. V neposlední řadě má na kvalitu života vliv období, ve kterém onemocnění nebo postižení vzniklo.

Například v náboženských skupinách je postižení trestem za nějaké provinění. Dříve byli jedinci s postižením zavržováni, jindy jim však byly připisovány různé schopnosti. K jedincům s postižením lze přistupovat i zcela opačně a to tak, že jim vyjádříme pocity soucitu nebo lásky a poskytneme těmto lidem péči (Vágnerová, 2000, s. 11).

Také psychologie zdraví se zabývá kvalitou života. Definuje kvalitu života jako jakousi spokojenost daného člověka, která se dostavuje s dosažením cílů, jež určují směr jeho života. Na kvalitu života dle Křivohlavého se lze ptát několika otázkami. Otázky nemusí být směřovány pouze na minulost (jaké to bylo), na přítomnost (jako té je), ale mohou směřovat i k budoucnosti (jaké by to mělo být). V případě otázky na budoucnost se ptáme po žádoucím stavu, po cíli snažení (Křivohlavý, 2009).

Gurková se zabývá kvalitou života v ošetrovatelství a uvádí, že kvalita života je definována prostřednictvím celkové životní spokojenosti. Dle Gurkové je kvalita života subjektivní, multidimenzionální, relativně nezávislá na objektivních ukazatelích zdravotního stavu, podmíněná kulturou, stabilní v čase, zaměřená na pozitivní i negativní aspekty dopadu nemoci. Společnou složkou pro definici kvality života je zdravotní stav. Je však důležité měřit kvalitu života a zdravotní stav samostatně, jelikož zdravotní stav není součástí kvality života, ale představuje pouze prediktor. Zdravotní stav posuzuje druhá osoba, kterou je především lékař nebo zdravotní sestra. Primární informace jsou získávány od pacienta. Dle výzkumů je posuzování kvality života pacientem odlišné, než je posuzování jeho stavu rodinou a zdravotním personálem (Gurková, 2011, s. 21 – 29).

Kvalita života jedinců po amputaci končetin

Mezi složky kvality života patří i uspokojování potřeb. Lidskou potřebu lze charakterizovat jako stav dynamické síly, který vzniká z pocitu přebytku nebo nedostatku. Věk a pohlaví jedince ovlivňuje rozsah potřeb. Dalším faktorem je zdravotní stav, který umožní nebo neumožní jedinci své potřeby uspokojit.

Americký psycholog Abraham Harold Maslow se zabýval výzkumem v oblasti potřeb. Definoval pyramidu lidských potřeb, známou pod pojmem Maslowova pyramida potřeb. Dle této teorie jsou potřeby děleny do pěti stupňů. Na vrcholu pyramidy jsou potřeby seberealizace (řešení problému, kreativita, morálka, empatie), dále jde o potřeby úcty (sebeúcta, sebevědomí), potřeby sounáležitosti (láska, rodina, přátelé), potřeby bezpečí, v základu pyramidy potřeb se nachází potřeby fyziologické (voda, jídlo, spánek, sex). Pyramida je utvořena od potřeb nejnižších po potřeby nejvyšší. Dále lze tyto potřeby dělit na potřeby uspokojivé a neuspokojivé.

Po amputaci horní nebo dolní končetiny dochází ke změně potřeb. Dochází například k tomu, že pacient ztrácí potřebu seberealizace. Tato potřeba je však velmi proměnlivá. Jedinci ji nevyhnutelně ztrácí ihned po zákroku, avšak v prvních dnech se tato potřeba obnovuje. Vždy však záleží na jedinci samotném, na postoji jeho rodiny a okolí. Dochází také k tomu, že jedince provází pocity nepotřebnosti pro společnost. Tyto pocity může například vyvolávat ztráta zaměstnání a složité hledání nového pracovního uplatnění. Na druhou stranu jedinec vždy rád slyší, že v životě již něco dokázal. Navozujeme tedy pocity sebeúcty, pocity lásky či bezpečnosti. Postupem času se některé z potřeb upravují. Jedinci dokážou být zcela samostatní, mají zaměstnání, řídí auto, věnují se svým zájmům a aktivitám.

Nejsou to jen změny potřeb, které ovlivňují kvalitu života jedinců po amputaci. Kvalitu života může například ovlivnit dlouhodobá hospitalizace v nemocnici, která je po amputaci nutná. Dále jsou to pobyty v rehabilitačních zařízeních či lázních. Samotná hospitalizace ve výše uvedených zařízeních může pro jedince představovat změnu kvality života. Jedinec si musí zvyknout na režim oddělení, na prostředí, na personál a pacienty. Kvalita života se pro jedince mění i tím, že se nyní pohybuje na invalidním vozíku, chodí s berlemi, má protézu nebo se učí psát druhou rukou. Změna kvality nastává i v tu chvíli, kdy výplň volného času je jiná, než tomu bylo dříve. Na změnu kvality života má také vliv pracovní uplatnění, které jedinci po amputaci velice často ztrácí nebo jej musí změnit. Jedinci tedy procházejí celou řadou změn. Od změny estetické, kterou je samotná amputace, po změny v osobním životě, volném čase nebo zaměstnání. Všechny tyto změny mají vliv na kvalitu života jedinců (Šamánková a kol., 2011, s. 31 – 33).

3.2 Psychologická podpora

V případě amputace prochází jedinec několika stádii vyrovnávání se s postižením. Jedná se o pět stádií, která uvedla Elizabeth Rossoová. Jedná se o stádium šoku a popření, stádium agrese, stádium smlouvání, deprese a stádium smíření. Podrobněji uvádím tato stádia výše. Jak jsem již uvedla, jedinec prochází stádii vyrovnání, z tohoto důvodu je psychologická podpora pro jedince se zdravotním postižením velice důležitá. Zaměříme-li se konkrétně na jedince po amputaci končetin, je důležité rozlišovat amputaci z důvodu úrazu nebo nemoci. Zde se psychologická podpora trochu liší. Lidé, kteří přišli o končetinu z důvodu nemoci, jsou většinou s touto situací smíření. Často pro ně amputace představuje úlevu a osvobození od bolestí. Tito lidé se se svým handicapem vyrovnávají podstatně rychleji a lépe. Zatímco pro jedince, kterým byla amputace vykonána z důvodu nějakého úrazu, je tato změna neočekávaná až šokující. Jedinci se s amputací vyrovnávají obtížněji. Objevují se u nich strach a obavy z pobytu na veřejnosti. Dále jsou to nepříjemné pocity z toho, že lidé spatří odhalenou amputovanou končetinu. Je tedy důležité jedince podpořit, případně jim v první chvíli dělat doprovod. Mezi další příčiny, které jsou důsledkem špatného psychického stavu jedince, lze zařadit nedostatek informací o provedené amputaci, pocit závislosti na druhých lidech, pocit změny, pocit nepotřebnosti pro společnost, změna vzhledu a změna vnímání končetiny.

Jedinci můžeme nabídnout možnost psychologické pomoci. Pověšinou se setkáváme s reakcí, kdy pacient psychologickou pomoc odmítá. Naskytují se však i případy, v nichž je psychologická pomoc vhodným řešením. Jednou z nejlepších metod psychologické pomoci je setkání s dalším jedincem, který se dostal do podobné životní situace. Tento druh psychologické podpory jedinci přijímají vcelku kladně. Nejvhodnější je setkání s jedincem po amputaci, který je přibližně ve stejném věku. Jedinec, který se dostal do nové životní situace, si takto může lépe představit svůj budoucí život nebo získat odpověď na otázky, které ho zajímají. Psychologická podpora má velký význam již v předoperačním období. Psychologická pomoc by se neměla týkat jen amputovaného, ale i celé jeho rodiny. Pacient má být povzbuzován k návratu do společnosti. Z tohoto důvodu je třeba s ním otevřeně mluvit a připravit ho i na negativní reakce, které mohou nastat (Smutný, 2013, s. 62 – 63).

4 Možnosti pracovního uplatnění

V poslední kapitole práce bude vymezen pojem práce a pracovní uplatnění. Dále se také budu věnovat legislativě zaměstnávání osob se zdravotním postižením, a to konkrétně zákonu č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti. Pokusím se nastínit možnosti pracovního uplatnění, kdy se zaměřím na tranzitní program, pracovní rehabilitaci, chráněné pracovní místo, chráněnou pracovní dílnu a na podporované zaměstnávání. Část kapitoly bude také věnována možnostem pracovního uplatnění jedinců po amputaci horní nebo dolní končetiny. V rámci této kapitoly se zaměřím i na nezaměstnanost osob se zdravotním postižením.

4.1 Pojem práce, pracovní uplatnění

V úvodu této kapitoly bych nejprve definovala pojem práce. *„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) Z hlediska přínosů pro člověka uvádí Novosad tyto roviny významu práce: *„existenční a materiální, rozvojový a tvořivý, kooperační a socializační, estetický a kulturní, relaxační“* (Novosad, 2002, s. 39).

S výše uvedeným souvisí i uplatnění na trhu práce. Hledá-li jedinec se specifickými potřebami práci, bývá handicapován dvakrát. Primárně jeho zdravotním stavem a společenským náhledem (tedy předsudky), sekundárně se jedná o nedostatky v běžných sociálních dovednostech a kompetencích. Dalším pojmem této kapitoly je pojem pracovní uplatnění. Jedná se o jeden z prioritních cílů speciálně-pedagogické podpory osob se zdravotním postižením. Pracovní uplatnění může být například i prostředkem léčebné rehabilitace, dále také rozvojem osobnosti nebo sociální integrací. Právě zaměstnání představuje pro jedince s postižením úplnou integraci (Pipeková, 2011).

Uchází-li se jedinec se specifickými potřebami o práci, je třeba zvážit, v jakém oboru by i přes svůj handicap měl šanci být zaměstnán. Měl by se poohlédnout, zda se v blízkosti bydliště nenachází firma, která by mohla jedinci s tělesným postižením pracovní místo nabídnout. V případě větší vzdálenosti firmy

by si měl získat veškeré informace o možnostech dopravy z místa bydliště do zaměstnání. Vhodné je obrátit se na úřad práce, který má v dané lokalitě o pracovních možnostech přehled (Zámečnicková, Opatřilová, 2005, s. 8 - 23).

4.2 Legislativa zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti (konkrétně § 67 – 84) upravuje zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Zákon vymezuje, kdo je jedinec, občan se zdravotním postižením. Občan se zdravotním postižením je osoba, která má funkční poruchu zdravotního stavu, při které je zachována schopnost vykonávat zaměstnání. Avšak z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu jsou do značné míry omezeny možnosti být nebo zůstat pracovním začleněním, dále pak také možnosti vykonávat dosavadní povolání. Jelikož pojem osoba se zdravotním postižením je pojmem velice obecným, je pojem členěn na osoby částečně invalidní, osoby zdravotně znevýhodněné a dále na osoby s těžším zdravotním postižením. Skutečnost, že jde o jedince, osobu se zdravotním postižením, dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení.

Krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se zdravotním postižením. Tato evidence obsahuje následující: identifikační údaje, údaje o omezení v možnostech pracovního uplatnění, údaje o právním důvodu a údaje o poskytování pracovní rehabilitace. Tyto údaje jsou pro účely statistické a dále pro účely začlenění a setrvání osob se zdravotním postižením na trhu práce.

Zákon také vymezuje povinnosti zaměstnavatele, dále stanovuje povinný podíl osob se zdravotním postižením. Konkrétně se jedná o zaměstnavatele, který zaměstnává 25 zaměstnanců. Tento zaměstnavatel má povinnost zaměstnat jedince se zdravotním postižením ve výši jejich povinného podílu z celkového počtu zaměstnanců. Na počet 25 zaměstnanců připadá povinný podíl 4%, což odpovídá jednomu pracovnímu místu pro jedince se zdravotním postižením. Tuto povinnost může zaměstnavatel plnit třemi způsoby:

- 1) Jedná se o zaměstnání v pracovním poměru. Tuto variantu lze považovat za nejvhodnější způsob.

- 2) Odebírání výrobků od zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více jak 50% jedinců se zdravotním postižením. Naskytuje se zde i možnost zadávání výrobních programů zaměstnavatelů se zdravotním postižením nebo odebírání výrobků od chráněných dílen. Lze i odebírat výrobky od osoby se zdravotním postižením, která je samostatně výdělečně činná. Za zmínku stojí možnost odebírat také služby.
- 3) Odvod do státního rozpočtu. Jedná se o nejvíce užívanou variantu. Je třeba si uvědomit, že odvod do státního rozpočtu bohužel situaci nijak neřeší.

Tyto tři způsoby je možné i vzájemně kombinovat, jelikož je zřejmé, že plnění povinného podílu občanů se zdravotním postižením je vzhledem k náročnosti a podmínkám práce pro řadu firem náročné či zcela nemožné (Zákon č. 435/2005Sb., § 81, online).

4.3 Možnosti pracovního uplatnění

„Pro tělesně postiženého a nemocného jedince, který se stává před vstupem do zaměstnání osobou se změnou pracovní schopnosti, je zvlášť důležité takové povolání, v němž bude moci využít všech zbývajících tělesných schopností tak, aby jeho práce byla bezvadná, aby jeho pracovní činnost nezhoršovala jeho zdravotní stav a aby se mu mohlo dostat za pracovní výkon přiměřené uznání, které pak bude přinášet uspokojení do jeho života a stane se základem jeho důstojné a samostatné existence“ (Zámečnicková, Opatřilová, 2005, s. 15).

Zaměstnání osob se zdravotním postižením musí být vždy právně opatřeno. Jedinci s tělesným postižením mohou být zaměstnáni i v běžných profesích, avšak podmínkou je upravení pracovních podmínek. Další důležitou roli hraje také přizpůsobení pracoviště a jiné okolnosti, které konkrétně souvisejí se zaměstnáváním osob s tělesným postižením. V případě, že je postižení jedince s tělesným postižením závažnější, dochází mnohdy k tomu, že nemůže vykonávat profesi, ve které v minulosti získal kvalifikaci. V této situaci je nutné hledat *uplatnění v jiné profesi* nebo využít podpory ze strany státu, které směřuje k nastolení rovných podmínek pro občany se zdravotním znevýhodněním. Hlavním cílem je dosažení maximální míry zaměstnanosti osob s tělesným postižením, kdy zaměstnanost těchto

osob odpovídá dovednostem a schopnostem každého jedince. Kromě zaměstnání je také velice důležité nabídnout těmto osobám možnost sociálního začlenění. Jsou případy, kdy není zaměstnání na otevřeném trhu práce možné, ale toto není důvodem k izolaci jedinců se zdravotním postižením. Z tohoto důvodu se nyní níže zaměřím na popsání možností uplatnění nebo formy podpor (Zámečnicková, Opatřilová, 2005, s. 54 - 55).

Tranzitní program

Existuje zde možnost tzv. *tranzitních programů* nebo přechodných zaměstnání, která slouží jako příprava na budoucí pracovní poměr. Zaměstnavatelé poskytují jedinci s postižením možnost dočasně pracovat. Práce je tedy tzv. na zkoušku k získání kvalifikace. Cílem programu je osvojení základních pracovních návyků a dovednost prosadit se na trhu práce (Slowík, 2007, s. 40).

Pracovní rehabilitace

Další možností je tzv. *pracovní rehabilitace*, kdy se jedná o souvislou péči, která je zaměřená na získání a udržení vhodného pracovního místa. Je nutné dodat, že jedinci se zdravotním postižením mají na pracovní rehabilitaci právo. Rehabilitace je zabezpečována úřadem práce, kdy úřad práce sestavuje individuální plán. Tento plán obsahuje: formy, cíl, časový průběh, termín a způsob následného hodnocení účinnosti pracovní rehabilitace. Teoretická a pracovní příprava pro zaměstnání osob se zdravotním postižením zahrnuje následující tři oblasti. Jedná se o přípravu na budoucí povolání, specializované rekvalifikační kurzy a příprava k práci. Níže stručně přiblížím přípravu k práci a specializované rekvalifikační kurzy.

Příprava k práci je cílená činnost, která směřuje k zapracování osoby. Příprava k práci je tedy realizována na pracovištích zaměstnavatele a je individuálně přizpůsobena zdravotnímu stavu jedince se zdravotním postižením. V tomto případě je i možná podpora asistenta. Dále je realizována na chráněných pracovních místech nebo ve vzdělávacích zařízeních státu, církve či náboženských společnostech, v neposlední řadě také v občanských sdruženích. O přípravě k práci je uzavřena dohoda mezi úřadem práce a osobou se zdravotním postižením. Po ukončení

přípravy dostává jedinec osvědčení, které vydává fyzická nebo právnická osoba, u níž byla příprava k práci realizována. Zaměstnavatel, který umožňuje na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdravotním postižením, získává od úřadu práce úhradu za náklady (Zákon č. 435/2005Sb., § 69, online).

Specializované rekvalifikační kurzy jsou uskutečňovány za stejných podmínek jako rekvalifikace jako taková. Rekvalifikace osob se zdravotním postižením je vhodná v případě změny zdravotního stavu, z důvodu úrazu, nemoci, nebo z důvodu nezaměstnanosti. Rekvalifikací se rozumí umožnit postiženým osobám získat kvalifikaci pro nové zaměstnání nebo udržet stávající místo. Mezi podmínky zařazení fyzické osoby do rekvalifikačního kurzu patří: být evidován na úřadu práce, mít odpovídající vstupní kvalifikační předpoklady, být zdravotně způsobilý pro absolvování rekvalifikačního kurzu a pro výkon nové práce. V neposlední řadě musí být rekvalifikace účelná a potřebná (Zámečnicková, Opatřilová, 2005, s. 122 - 123).

Chráněné pracovní místo

Další možností pracovního uplatnění je *chráněné pracovní místo*. Jde o místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením, a to na základě písemné dohody s úřadem práce. Podmínkou chráněného pracovního místa je, aby bylo vytvořeno nejméně po dobu tří let. Úřad práce na vytvořené místo poskytuje příspěvek. O vytvoření chráněného pracovního místa je vyhotovena písemná dohoda, která obsahuje charakteristiku místa, počet chráněných pracovních míst, dobu, místo a předmět provozovaného místa, v neposlední řadě také identifikační údaje zaměstnavatele. Institut chráněného pracovního místa zrušil novelizací institut chráněné dílny. Tedy od 1. ledna 2012 v zákoně 435/2005 Sb., o zaměstnanosti nenajdeme chráněné dílny. (Zákon č. 435/2005Sb., § 75, online).

Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezenou službou na dobu dvou let. Jedná se o individuální a flexibilní podporu lidí se zdravotním postižením, případně

sociálním znevýhodněním na trhu práce. Podporované zaměstnávání je určené lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Hlavním cílem je umožnit lidem se zdravotním postižením získání nebo zachování vhodného zaměstnání na otevřeném trhu práce. Smyslem podporovaného zaměstnávání je tedy vyrovnání příležitostí. Podporované zaměstnávání bylo definováno v roce 1984 v USA. V rámci tohoto modelu se kladl důraz na to, aby se člověk v jakémsi modelovém prostředí učil dovednostem, které jsou důležité pro vykonávání určité práce. Prvotně bylo tedy podporované zaměstnávání určeno osobám s mentálním postižením. Později se ukázalo, že tento model není vždy efektivní. Postupně tedy vznikala myšlenka podporovaného zaměstnávání s tréninkem dovednosti přímo na daném pracovišti. Tato myšlenka se kolem roku 1980 dostala do Evropy, v České republice se tato forma začala uplatňovat od roku 1995 (Rytmus, online, 2009).

4.4 Možnosti pracovního uplatnění u osob po amputaci DK a HK

Možnosti pracovního uplatnění u osob po amputaci dolní nebo horní končetiny jsou značně omezené. Roli především hraje věk, ve kterém amputace nastala. Pokud jde o mladého člověka, který má před sebou profesní přípravu, je zde možnost se předem vyvarovat profesím, které jsou pro jedince po amputaci nevhodné. Avšak jedná-li se o jedince, kterého amputace postihla během života, je situace značně odlišná. Vždy záleží na jeho aktuální profesi a zvážení, zda je možné v profesi i nadále pokračovat. Další významnou roli hraje končetina, na které byla amputace vykonána a v neposlední řadě také výše amputace. Monatová ve své publikaci uvádí, že tito lidé nepracují a mají invalidní důchod, což mnohé neuspokojuje. Uplatnění mají v profesích překladatele, podnikají nebo se starají o domácnost. V praktické části pomocí případových studií vymezím další možnosti pracovního uplatnění osob po amputaci dolní nebo horní končetiny (Monatová, 1994, s. 68 - 69).

4.5 Nezaměstnanost osob se zdravotním postižením

Nezaměstnanost je běžným sociálním jevem v hospodářsky vyspělých zemích. Může mít podobu nezaměstnanosti cyklické, strukturální nebo sezónní. V České republice je nezaměstnanost docela novým fenoménem. Jde o velmi obtížně

přijatý jev, a to z důvodu zažitých standardů sociální jistoty, které byly za minulého režimu. Dle sociologů lze identifikovat několik faktorů, kterými nezaměstnanost negativně působí na jedince. Jde například o finanční potíže, změnu společenského chování, nedostatek příležitostí k upevňování dosavadních dovedností a znalostí, stigmatizaci, emoční nestabilitu, neurotické reakce, snížené sebevědomí, nízké sebehodnocení, psychosomatické potíže, poruchy spánku a další (Novosad, 2002, s. 43 – 44).

Jak již bylo zmíněno výše, možnosti uplatnění jedinců se zdravotním postižením představují velký problém. Pro osoby se získaným postižením, které jsou po úraze a nemohou již dále vykonávat svou původní profesi, chybí návazný systém návratu do běžného života. Hlavním problémem je nedostatečná informovanost o tom, kam by se mohli tito občané obrátit. Postupem času klesá i motivace usilovat o získání pracovního místa. Motivace je často snižována v poměru s dobou, po kterou je jedinec se zdravotním postižením doma. Mezi znevýhodněné na trhu práce neřadíme jen jedince se zdravotním postižením, ale také absolventy škol a mladé lidi, starší občany 50 let, ženy s malými dětmi, příslušníky romského etnika či osoby po návratu z výkonu trestu. Nezaměstnanost postihuje také občany, kteří mají nejnižší stupeň dosaženého vzdělání nebo jsou bez kvalifikace. Se stále zvyšující se úrovní dosaženého vzdělání se nezaměstnanost snižuje. Nezaměstnanost bude bohužel i do budoucna představovat velký problém v naší společnosti (Zámečnicková, Opatřilová, 2005, s. 67).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 Vymezení cíle a metod výzkumného šetření

Cílem bakalářské práce je ověřit možné rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci dolních nebo horních končetin. Dílčím cílem je pak popsat bariéry, které při amputaci mohou nastat a navrhnout způsoby jejich řešení. V práci bude použita metoda případové studie. V rámci výzkumu byly vymezeny čtyři výzkumné otázky, kdy podstatou těchto otázek je udávat směr obecnému cíli.

5.1 Výzkumné otázky

- Zjistit, jakou situaci z hlediska pracovního uplatnění nejčastěji řeší lidé po amputaci dolní nebo horní končetiny?
- Zjistit, jaká povolání jsou vhodná pro jedince po amputaci dolní nebo horní končetiny?
- Zjistit, jakou situaci nejčastěji lidé po amputaci dolní končetiny označují jako bariéru?
- Zjistit, co je zásadní bariérou z pohledu lidí po amputaci horní končetiny?

5.2 Metodika

K dosažení cílů byl zvolen kvalitativní výzkum, který byl založen na zpracování případových studií, pomocí nestrukturovaného rozhovoru s respondenty či jejich rodinnými příslušníky. Konkrétně se jednalo o tzv. narativní rozhovor, kdy jedinec volně vypráví o svém příběhu, o životní události nebo o konkrétním tématu (Hendl, 2005, s. 175).

Výzkumnou metodou bakalářské práce byla zvolena případová studie. Případová studie v odborné literatuře slouží jako ilustrace obecnějšího problému. Jedná se o způsob práce s jednotlivým případem, kdy si přehledně uspořádáme všechny potřebné informace, které jsou nám o případu známé. Pozornost se věnuje minulosti, faktorům a postupům, které předcházely zlomové události. Dále tato fakta

analyzujeme. Metoda nám umožňuje poznání skutečností, které nejsou na první pohled zjevné. Díky této metodě pochopíme případ do větší hloubky. Dostáváme se ke zvolení adekvátních metod řešení případu.

Výzkumné šetření pomocí případových studií jsem si vybrala z toho důvodu, abych mohla porovnat rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci končetin. Případové studie jsem níže rozepsala dle osnovy od autorky Hadj Moussové, která je popsána v publikaci Diagnostika Pedagogicko-psychologického poradenství II. Z osnovy jsem záměrně vynechala rodinnou anamnézu respondentů, jelikož není pro mou práci potřebná. (Hadj Moussová, Duplinský, 2002, s. 94 – 102).

5.3 Volba a popis výzkumného souboru

Praktická část mé práce je založena na případových studiích jedinců po amputaci horních nebo dolních končetin. Práce bude obsahovat osm případových studií, kdy se bude konkrétně jednat o pět případových studií jedinců po amputaci dolních končetin a o tři případové studie jedinců po amputaci horních končetin. V práci se objevuje více respondentů po amputaci dolních končetin. A to především z toho důvodu, že se celkově více provádějí amputace dolních končetin.

Amputace dolní končetiny, byla provedena v několika případech ve stehně, dále také pod kolem a nad kolenem. Mezi respondenty po amputaci dolních končetin se také objevují oboustranné amputace končetin. V případě amputace horní končetiny byla respondentům provedena amputace v oblasti ramene, pod loktem nebo v zápěstí. Respondenti jsou po amputaci v rozmezí od 3 do 20 let. Nejmladšímu respondentovi bylo v době amputace 14 let, nejstaršímu respondentovi 59 let. Jedná se o čtyři ženy a čtyři muže.

Případové studie jsem zpracovávala na základně poskytnutých informací respondentů (osobní výpovědi, lékařské zprávy), a to v soukromí respondentů nebo prostřednictvím e-mailu. Při získávání informací o respondentovi jsem se zaměřovala na základní informace, příčiny amputací, následnou péči po amputaci, změny v osobním a sociálním životě, změny v pracovním uplatnění. V práci se objevují respondenti, kteří mají vystudovanou střední odbornou školu ukončenou maturitní zkouškou, jsou vyučeni nebo mají pouze základní vzdělání.

Jak jsem již výše zmiňovala při hledání respondentů do mé práce, jsem se převážně setkávala s jedinci po amputaci dolních končetin. Tudíž oslovování respondentů po amputaci horních končetin bylo pro mne obtížnější, z toho důvodu je tato skupina v práci zastoupena v poměrně nižším počtu. Své respondenty jsem vyhledávala v okolí svého bydliště a prostřednictvím protetického oddělení v Hradci Králové.

Získávání informací bylo v některých případech složitější, ale i přesto se mi se všemi respondenty dobře spolupracovalo. Byly velice milí, otevření a vstřícní. S chutí se zúčastnili mého šetření, čímž jsem byla velice potěšena. Informace k případovým studiím jsem získávala v průběhu šesti měsíců, a to od září 2014 do února 2015.

6 Vlastní šetření

6.1 Případové studie po amputaci dolních končetin

6.1.1 Případová studie č. 1

1) Základní informace

- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 43 let
- **Amputace v:** 38 let
- **Diagnóza:** oboustranná amputace dolních končetin ve stehně
- **Příčina amputace:** invazivní meningokokové onemocnění

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

V roce 1992 se respondentce narodila dcera. Těhotenství i porod proběhl v pořádku. Dívka je zdravá. V roce 2006 otěhotněla podruhé. Testy ukázaly, že dítě má Downův syndrom. Ve 20. týdnu těhotenství byl proveden potrat. V roce 2009 se respondentce narodil syn. Těhotenství i porod opět proběhl v pořádku. Chlapec je zdravý. V roce 2010 byla provedena amputace obou dolních končetin ve stehně.

Okolnosti amputace a následná péče

Amputace byla provedena v roce 2010 kvůli invazivnímu meningokokovému onemocnění. U respondentky nastala celková sepse organismu. Z tohoto důvodu museli lékaři provést amputaci. Amputace byla provedena prvně nad kotníky, později v podkolenní a nakonec amputace stehenní. Dále hrozila i amputace horních končetin. Ruce se podařilo zachránit, respondentka má pouze dva špatně pohyblivé prsty. Lékaři dávali respondentce pouze 4% na přežití. Pacientka byla 5 týdnů v kómatu.

V nemocnici byla respondentka hospitalizovaná 6 měsíců. Poté byla převezena do rehabilitačního ústavu, kdy po měsíci byla znovu hospitalizovaná v nemocnici z důvodu selhávání srdce. Po 2 měsících v nemocnici se respondentka znovu vrací do rehabilitačního ústavu.

V rehabilitačním ústavu dostala respondentka své první protézy. Bohužel protézy respondentce plně nevyhovovaly. Návčik chůze byl velice obtížný a náročný. Respondentka tedy zůstává upoutaná na vozíku, protože ani chůze s berlami nebyla možná.

Po ukončení pobytu v rehabilitačním ústavu, čekal respondentku dvouměsíční pobyt v lázních. Bohužel ani v lázních chůze moc nepokročila. O pár měsíců déle dostává pacientka kontakt na odborné pracoviště v Praze, kde jí fyzioterapeutka (dnešní velká kamarádka a spoluzakladatelka občanského sdružení) naučila samostatné chůze s protézami.

Po návratu z nemocnice se respondentka vrátila do svého bytu. Byt byl zcela bezbariérový. V prvních měsících v domácím prostředí respondentka využívala osobní asistence.

Psychologické podpory po amputaci a celkové hospitalizaci respondentka nevyužila. Vzhledem k těžké životní situaci o tom přemýšlela, ale nechtěla svůj životní příběh vyprávět cizímu člověku.

Postoj rodiny

Postoj rodiny, konkrétně tehdejšího přítele respondentky byl velice špatný. Přítel respondentku opustil. Nepřál si, aby byla v kontaktu se svým malým synem. Situace byla taková, že syn respondentku po návratu z nemocnice nepoznával. Dcera po dobu matčiny hospitalizace pobývala u přátel respondentky.

Pracovní uplatnění

Respondentka vystudovala Střední pedagogickou školu v Kroměříži, obor učitelství v MŠ. V oboru, který vystudovala, nikdy nepracovala. Téměř dvacet let pracovala jako reklamní manažerka v agentuře, kterou založila.

Po amputaci končetin nebyl návrat do reklamní agentury možný. Její práce obnášela neustálý pohyb, který by respondentka po oboustranné amputaci nezvládala. Práce by byla velice vyčerpávající. Dva roky po amputaci se stává spoluzakladatelkou dobrovolného sdružení, které sdružuje osoby po amputaci dolních končetin nebo osoby spřízněné s tímto postižením. Pracuje jako jednatelka sdružení. Pobírá částečný invalidní důchod.

3) Současný stav

V současné době nemá respondentka zdravotní problémy či komplikace. Pohybuje se samostatně, řídí speciálně upravený automobil. Naplno se i věnuje své práci, kdy společně se svým týmem pořádají společenské a kulturní akce pro jedince po amputaci dolních končetin. Dále se také naplno věnuje koníčkům, lyžování a golfu.

4) Analýza případu

Respondentce byly amputovány obě dvě dolní končetiny ve stehně. V době amputace bylo respondentce 38 let. Celková situace byla pro respondentku velice náročná. Psychickému stavu respondentky nepřispělo ani chování tehdejšího partnera, který jí opustil. Odepřel jí možnost vidat svého syna. Syna viděla po půl roce. Velkou oporou respondentce byli její přátelé a dcera. Vzhledem k oboustranné amputaci se respondentka nemohla vrátit do původního zaměstnání, kdy působila jako manažerka v reklamní agentuře. Své schopnosti z původní práce chtěla respondentka využít v dalším zaměstnání, proto se rozhodla založit občanské sdružení, které sdružuje osoby po amputaci dolních končetin nebo osoby spřízněné s tímto postižením. Tato práce jí velice naplňuje. Má mnoho zkušeností, o které se rozhodně nebojí podělit.

6.1.2 Případová studie č. 2

1) Základní informace

- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 33 let
- **Amputace v:** 14 let
- **Diagnóza:** jednostranná amputace pravé dolní končetiny ve stehně
- **Příčina amputace:** úraz

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

V roce 1996 se stal respondentce úraz (respondentka byla napadena), kdy následně muselo dojít k amputaci pravé dolní končetiny. Respondentka je v manželství. V roce 2009 se respondentce narodil syn. Těhotenství i porod probíhal v pořádku. Chlapec je zdravý. Nyní je respondentka v očekávání druhého dítěte.

Okolnosti amputace a následná péče

V roce 1996 utrpěla respondentka úraz (došlo k napadení respondentky). Následně byla nutná amputace pravé dolní končetiny ve stehně. V nemocnici byla hospitalizovaná 2 měsíce. Poté byla převezena do Rehabilitačního ústavu Kladruby. V rehabilitačním ústavu dostala respondentka svou první protézu. Protéza pacientce nevyhovovala. Nácvik chůze byl tedy velice obtížný a náročný. Respondentka protézu odmítala nosit.

Po návratu z nemocnice se respondentka vrátila do domácího prostředí. Bylo však nutné se přestěhovat, jelikož respondentka bydlela ve 4. patře v domě bez výtahu. Každodenní chůzi po schodech by nezvládala. Po dobu domácí péče o respondentku pečovala její matka.

Psychologické podpory po amputaci respondentka nevyužila, se vzniklou situací se vyrovnala poměrně dobře. Psychologické podpory však využila matka respondentky. Situace, že její dcera přišla o končetinu, byla pro respondentčinu matku velice obtížná a náročná.

Až v roce 2014 navštěvuje respondentka znovu Rehabilitační ústav Kladruby, kdy chce začít používat protézu. Učí se chůzi s protézou. Do rehabilitačního ústavu jezdí dvakrát ročně na šest týdnů. Dnes vnímá chůzi s protézou jinak, než tomu bylo dříve. S protézou je velice spokojená a chce jí do budoucna využívat.

Postoj rodiny

Oporou respondentce byla především matka a prarodiče ze strany matky. Vzniklou situaci matka respondentky velmi těžce nesla, jelikož respondentce bylo velice málo (14 let). Postupem času se s dceřiným handicapem vyrovnala.

Pracovní uplatnění

Respondentka vystudovala Obchodní akademii, obor technicko - administrativní pracovnice. Vzhledem k amputaci byla škola záměrně zvolena. Po maturitě bylo pro respondentku složité najít zaměstnání v místě bydliště. Volné pracovní místo se naskytlo v pojišťovně v okolí bydliště, kdy bylo nutné dojíždění autobusem (asi 20 km). Respondentka na tomto místě působila půl roku. Po této zkušenosti toužila po práci v přímé blízkosti bydliště a s pružnou pracovní dobou. Po velice zdlouhavém hledání se rozhodla podnikat. Od roku 2005 pracuje jako OSVČ pedikúra, manikúra. Na této práci jí vyhovuje pružná pracovní doba, salon se nachází v domě, kde respondentka bydlí.

3) Současný stav

V současné době nemá respondentka žádné zdravotní problémy. Pohybuje se samostatně, k chůzi využívá hole, řídí speciálně upravený automobil. V roce 2014 se respondentka rozhodla začít používat protézu. Jezdí dvakrát ročně na šest týdnů do Rehabilitačního ústavu v Kladrubech.

Respondentka se po amputaci nevzdala svých koníčků a volného času. Například si pořídila handbike, na kterém se svou rodinou a přáteli podniká výlety po okolí svého bydliště.

4) Analýza případu

Respondentce byla amputována pravá dolní končetina ve stehně. Respondentce bylo v době amputace 14 let. Vzniklou situaci přijala respondentka vzhledem ke svému věku poměrně dobře. Vzhledem ke svému věku měla

respondentka možnost přizpůsobit svou budoucí profesi. Pro své studium si tedy vybrala Obchodní akademii. Bohužel uplatnění v místě bydliště bylo nereálné. Respondentka se potýkala hned s několika problémy. Dlouhou dobu nevyužívala protézu, tudíž by možný přesun pouze s berlemi nebo na invalidním vozíku. Složitě by také bylo dojíždění hromadnou dopravou, jelikož svůj automobil s upraveným řízením neměla. Respondentka byla tedy velice dlouho nezaměstnaná. Svou situaci se rozhodla řešit a začala podnikat jako OSVČ pedikúra, manikúra. Práci si zřídila ve svém rodinném domě.

6.1.3 Případová studie č. 3

1) Základní informace

- **Pohlaví:** muž
- **Věk:** 38 let
- **Amputace v:** 26 let
- **Diagnóza:** amputace pravé dolní končetiny v kolenním kloubu
- **Příčina amputace:** autonehoda

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

V roce 2003 došlo k amputaci pravé dolní končetiny v kolenním kloubu. Respondent je v manželství. V roce 2013 se respondentovi narodil syn.

Okolnosti amputace a následná péče

V roce 2003 došlo k vážné dopravní nehodě, kdy respondent seděl na místě spolujezdce. Došlo tedy k amputaci pravé dolní končetiny v kolenním kloubu. Při nehodě si respondent ani nevšiml, že levá noha je také poraněná. Levou dolní končetinu se lékařům podařilo zachránit, nicméně bylo to velice obtížné. V nemocnici byl respondent hospitalizován přes jeden měsíc.

Protéza byla respondentovi vyrobena za poměrně krátkou dobu. Respondent se chůzi s protézou naučil velice rychle a dobře. Berle využíval ještě dva roky po zákroku. Poté je využíval jen při chůzi po schodech nebo při překonávání překážek. Protéz měl respondent hned několik, chtěl být zcela samostatný a nezávislý. V současné době má kolenní kloub Genium se kterým se dá dělat téměř vše.

Po hospitalizace byl respondent měsíc v domácí péči, kdy o něj pečovala jeho přítelkyně. Poté absolvoval dvou měsíční pobyt v rehabilitačním ústavu. Do rehabilitačního ústavu se po dobu pěti let pravidelně vrací.

Domácí prostředí má respondent bezbariérové. Po amputaci byl nucen se přestěhovat, jelikož bydlel ve 3. patře bez výtahu a každodenní chůze po schodech by byla náročná. Společně s manželkou si tedy pořídili dům, který je bezbariérový.

Psychologické podpory respondent nevyužil, se vzniklou situací se vyrovnal rychle a poměrně dobře.

Postoj rodiny

Amputace byla pro rodinu šok, postupně se ale s tím smířila. Oporou respondentovi byla především jeho přítelkyně, dnes již manželka. Dále se respondent pochvaloval přístup lékařů, sester a sanitářů.

Pracovní uplatnění

Respondent je vyučen v oboru zámečnick. Svou profesi vykonával od ukončení školy do doby úrazu. Po amputaci bohužel tato práce nebyla možná. Pro respondenta nebylo reálné přejíždět od jednoho zákazníka ke druhému. Další překážkou byly schody, které by musel respondent několikrát denně zdolávat. Své uplatnění našel v chráněné dílně (dnešní chráněné pracovní místo). Byl za to velice rád, těšilo ho, že má svůj volný čas během dne vyplněn a že je užitečný.

Po nějaké době respondenta oslovil jeho protetik s tím, že by mohl pracovat jako ortotik-protetik. Respondent nabídku bez váhání přijal. Se svou prací je spokojen. Dodává, že pro nové amputáře je to i motivací, když vidí protetika, který sám nemá nohu a v životě dál normálně funguje jako ostatní. Dále se také domnívá, že jako amputář a protetik zároveň může lépe poradit. Jeho handicap se mu stal prací.

3) Současný stav

V současné době nemá respondent žádné zdravotní problémy. Pohybuje se samostatně, bez berlí, řídí speciálně upravený automobil. Jednou ročně jezdí rehabilitovat do lázní.

Volný čas respondenta se značně změnil. Dříve hrál aktivně fotbal, který dnes sleduje už jen z lavičky. Sportu se ale nevzdal a stal se aktivním lyžařem. Dále se svou rodinou podniká různé výlety a horské pochody.

4) Analýza případu

Respondentovi byla amputována pravá dolní končetina ve stehně. Respondentovi bylo v době amputace 26 let. Amputace pro respondenta představovala veliký šok, ale postupně se s ní smířil. Po vyučení vykonával profesi zámečníka. Bohužel po amputaci nebyl návrat k původní profesi možný. Profese vyžadovala od respondenta přejíždění od jednoho zákazníka ke druhému. Další překážkou ve vykonávání původní práce byly schody, které by respondent musel každý den zdolávat. Své uplatnění tedy na nějakou dobu našel v chráněné pracovní dílně (dnešní chráněné pracovní místo). V současné době působí jako ortotik-protetik v protetice, kam sám docházel. Se svou aktuální prací je velice spokojen a domnívá se, že jako protetik po amputaci je pro mnohé klienty velkou motivací.

6.1.4 Případová studie č. 4

1) Základní informace

- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 53 let
- **Amputace v:** 44 let
- **Diagnóza:** amputace levé dolní končetiny v bérce
- **Příčina amputace:** diabetická gangréna

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

Respondentka žije v manželství, má dvě dospělé děti. V roce 2006 jí byla amputována levá dolní končetina v bérce.

Okolnosti amputace a následná péče

Ve 33 letech byl respondentce zjištěn diabetes mellitus. V roce 2006 si respondentka způsobila úraz na levé dolní končetině, kde vznikla infekce a následná gangréna. Nutná byla amputace levé dolní končetiny v bérce. V nemocnici byla respondentka hospitalizovaná dva měsíce. Pooperační rána se nehojila dobře, tudíž byla nutná delší hospitalizace. Po pobytu v nemocnici byla respondentka převezena do rehabilitačního ústavu.

Protézu zprvu odmítala, po nějaké době si jí však zhotovit nechala. Aktuálně protézu využívá jen minimálně, nosí jí pouze do společnosti. V domácím prostředí se respondentka pohybuje bez protézy, na invalidním vozíku.

Po hospitalizaci v nemocnici a rehabilitačním ústavě se respondentka vrátila do nového bytu. Byt byl bezbariérový a prostorný, aby se zde mohla pohybovat s vozíkem. Respondentka původně bydlela v domě bez výtahu ve 4. patře. Každodenní chůze po schodech by byla pro respondentku vyčerpávající.

Psychologické podpory respondentka nevyužila, se vzniklou situací se vyrovnala rychle a poměrně dobře.

Postoj rodiny

Vzhledem k respondentčině diagnóze byla rodina na možnost amputace připravená. Amputaci rodinný příslušníci vnímali jako vysvobození. Střídavě o respondentku pečovali již v době, kdy došlo k úrazu. Oporou respondentce byl především její manžel a děti.

Pracovní uplatnění

Respondentka vystudovala Obchodní akademii, zakončenou maturitní zkouškou. Po celý život pracovala jako externí účetní. Práce byla velice časově náročná. Také by bylo nutné každodenní přemísťování z firmy do firmy. Po amputaci se respondentka své práce nechtěla vzdát. Uvědomovala si, že přesuny z jedné firmy do druhé budou velice náročné a vyčerpávající. Rozhodla se tedy svou práci vykonávat v domácím prostředí, všichni zaměstnavatelé ji vyšli vstříc. Respondentka je v částečném invalidním důchodu.

3) Současný stav

V současné době se respondentka léčí pro diabetes mellitus. Třikrát denně si aplikuje inzulin. Dodržuje diabetickou dietu. V domácím prostředí se pohybuje na invalidním vozíku, protézu využívá ojediněle. Má speciálně upravený automobil. Dvakrát ročně jezdí rehabilitovat do lázní. Volný čas respondentky se změnil. Nyní se věnuje čtení a ručním pracím.

4) Analýza případu

Respondentce byla amputována levá dolní končetina v bérce. V době amputace bylo respondentce 44 let. Respondentka se po amputaci cítí mnohem lépe. Amputaci tedy vnímá jako tzv. vysvobození. Na variantu amputace byla respondentka vzhledem ke své diagnóze předem připravená. Po celý život respondentka pracovala jako externí účetní. Svou profesi vykonává i nadále po amputaci. Svou práci vykonává v domácím prostředí, všichni zaměstnavatelé ji vyšli vstříc. Respondentka je v částečném invalidním důchodu.

6.1.5 Případová studie č. 5

1) Základní informace

- **Pohlaví:** muž
- **Věk:** 42 let
- **Amputace v:** 33 a 36 let
- **Diagnóza:** oboustranná amputace dolních končetin ve stehně a v podkolenní
- **Příčina amputace:** diabetes mellitus

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

V roce 2006 došlo k amputaci pravé dolní končetiny ve stehně, o 3 roky později k amputaci levé dolní končetiny v podkolenní. Respondent je v manželství. V roce 2012 se respondentovi narodila dcera.

Okolnosti amputace a následná péče

Ve 30 letech byl diagnostikován respondentovi diabetes mellitus. V roce 2006 došlo k amputaci pravé dolní končetiny ve stehně. V nemocnici byl respondent hospitalizován přes jeden měsíc. Poté absolvoval pobyt v Rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Po hospitalizaci se vrátil do domácího prostředí, byt nijak neupravoval. Protéza byla respondentovi vyhotovena poměrně rychle. S protézou se naučil rychle a dobře.

V roce 2009 došlo k amputaci levé dolní končetiny v podkolenní. Respondent byl opět v nemocnici hospitalizován okolo jednoho měsíce. Poté absolvoval pobyt v rehabilitačním ústavu. Protéza mu byla opět vyhotovena velice rychle. V rehabilitačním ústavě se učil chůzi s protézami. Po celkové hospitalizaci se respondent vrací do nového bezbariérového bytu. Přešlý byt je vzhledem k omezení respondenta nevyhovující.

V dnešní době se pohybuje především na invalidním vozíku, jelikož chůze s protézami je velice náročná. Obtížnost chůze především způsobuje to, že je oboustranná amputace provedena na každé končetině v jiném místě.

Psychologické podpory respondent využil po amputaci druhé končetiny. Se vzniklou situací se vyrovnal poměrně dobře.

Postoj rodiny

V době první amputace žil respondent sám. Oporou mu byli jeho přátelé. V roce 2009, kdy došlo ke druhé amputaci, měl respondent již přítelkyni. Přítelkyně mu byla velkou oporou a dodávala mu mnoho sil a odvahy. Po propuštění do domácí péče o respondentem pečovala.

Pracovní uplatnění

Respondent vystudoval střední odbornou školu stavební, zakončenou maturitní zkouškou. Respondent pracoval v různých dělnických profesích. Návrat ani do jedné profese po amputaci nebyl možný. Důvodem nebyla jen amputace, ale také diabetes mellitus, který jedinci neumožňoval každodenní fyzickou zátěž. Respondent po nějakém čase absolvoval kurzy na zdokonalení práce na počítači. V současné době pracuje na poloviční úvazek jako referent. Pobírá plný invalidní důchod.

3) Současný stav

V současné době se respondentka léčí pro diabetes mellitus. Čtyřikrát denně si aplikuje inzulín. Dodržuje diabetickou dietu. V domácím prostředí se pohybuje na invalidním vozíku, protézy využívá velmi ojediněle. Má speciálně upravený automobil. Jezdí rehabilitovat do lázní.

Volný čas se respondentovi značně změnil, v době před vyslovením diagnózy diabetes mellitus byl aktivním sportovcem. V současné době se sportu nevěnuje, ale jeho velkým snem je zakoupení handbike.

4) Analýza případu

Respondentovi byla amputována pravá dolní končetina ve stehně. Respondentovi bylo v době amputace 33 let. Ve 36 letech byla respondentovi amputována levá dolní končetina v podkolenní. Na variantu amputace byl respondent vzhledem ke své diagnóze předem připraven. Po první amputaci se se vzniklou situací vyrovnal velice dobře. Ovšem po druhé amputaci nebyl jeho psychický stav

dobry. Celková situaci byla pro respondentu velice složitá. Po první amputaci přišel o práci a zbývalo mu mnoho volného času. Po druhé amputaci si jako oboustranně amputovaný připadal zcela nepotřebný. V této těžké životní situaci tedy využil psychologické podpory, kterou hodnotí velice kladně. Také mu velice pomohla jeho rodina a přátelé. Po celý život pracoval v různých dělnických profesích, kdy však návrat do žádné z profesí nebyl možný. Ve svém volném čase tedy absolvoval kurz pro zdokonalení práce na počítači a ucházel se o místo referenta. V současné době pracuje na poloviční úvazek jako referent v místě bydliště a pobírá plný invalidní důchod.

6.2 Případové studie po amputaci horních končetin

6.2.1 Případová studie č. 6

1) Základní informace

- **Pohlaví:** muž
- **Věk:** 35 let
- **Amputace v:** 22 let
- **Diagnóza:** amputace pravé horní končetiny v pletenci ramenním
- **Příčina amputace:** nehoda při civilní vojenské službě

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

K amputaci pravé horní končetiny v pletenci ramenním došlo v roce 2002. Respondent je v manželství. V roce 2013 se respondentovi narodil syn.

Okolnosti amputace a následná péče

V roce 2002 došlo k nehodě v rámci plnění civilní vojenské služby. Respondentovi byla provedena amputace pravé horní končetiny, v pletenci ramenním. Také bylo podezření na vnitřní krvácení, které se neprojevalo. Respondent byl v nemocnici hospitalizován okolo jednoho měsíce. Protézu respondent prvně využil asi rok od nehody. Práce s protézou byla pro respondenta velice náročná. Vedoucí rukou respondenta byla pravá horní končetina, tudíž amputace této končetiny činila respondentovi značné potíže.

Respondent se musel naučit psát levou horní končetinou. Dle respondenta mu psaní nečinilo žádné větší potíže, naučil se psát velice rychle. V současnosti nemá s psaním žádný problém, levou rukou píše bez obtíží. Respondent využívá hned několik protéz. Často využívá protézu kosmetickou, kdy tato protéza je potažená tzv. rukavicí, která se v dnešní době vyrábí z mnoha materiálů. Při výběru se lze řídit dokonce i odstínem kůže. Respondent uvádí, že se protézu po amputaci naučil používat zcela sám. Navštěvuje pouze protetiku, nikdy nebyl v rehabilitačním ústavě ani v lázních.

Po amputaci respondent ukončil civilní vojenskou službu a byl v dlouhou dobu v domácí péči. O respondenta první měsíce pečovala jeho matka.

Psychologické podpory respondent nevyužil, se vzniklou situací se vyrovnal rychle a poměrně dobře.

Postoj rodiny

Amputace byla pro rodinu respondenta šok. Především matka respondenta se se vzniklou situací smířila velice špatně. Oporou respondentovi byla nejen rodina, ale i také kamarádi z vojenské služby.

Pracovní uplatnění

Respondent vystudoval ISŠ Podnikání a Služeb, konkrétně obor číšník. Ihned po studiu byl povolán do civilní vojenské služby, kde došlo k amputaci. Svému oboru se tedy respondent nestihl věnovat, po amputaci pravé horní končetiny už tomu ani nebylo možné. Zhruba po dvou letech po amputaci si respondent začal hledat práci. Bylo to náročné a komplikované. Velice dlouhou dobu byl nezaměstnaný. Respondent hodnotí spolupráci s úřadem práce velice negativně. Rekvalifikace u respondenta neproběhla.

Od roku 2008 je zaměstnaný jako rozvozce prádla prádelny v místě bydliště. Má speciálně upravené řízení. Se svým zaměstnáním je velice spokojený. Vzhledem ke krátkým vzdálenostem rozvozu není práce náročná, je velice flexibilní.

3) Současný stav

V současné době nemá respondent zdravotní problémy či komplikace. Respondent nenavštěvuje žádné rehabilitační zařízení nebo lázně.

Respondent se věnuje fotbalu, jezdě na kole, věnuje se fitness a Muay-Thai (Thajskému boxu). Sport ho udržuje v dobré kondici a amputace mu není překážkou.

4) Analýza případu

Respondentovi byla amputována pravá horní končetiny v pletenci ramenním. V době amputace bylo respondentovi 22 let. Respondent se s amputací vyrovnal velice dobře. Byl nucen ukončit civilní vojenskou službu. Respondent byl vyučen

v oboru číšník, ale z důvodu amputace se svému oboru nemohl věnovat. Hledal tedy jiné pracovní uplatnění. Velice dlouhou dobu byl nezaměstnaný, důvodem byl nízký věk respondenta a nedostatek zkušeností. Své uplatnění našel jako řidič, kdy se konkrétně věnuje rozvozu prádla.

6.2.2 Případová studie č. 7

1) Základní informace

- **Pohlaví:** žena
- **Věk:** 40 let
- **Amputace v:** 35 let
- **Diagnóza:** amputace levé horní končetiny pod loktem
- **Příčina amputace:** přítomnost zhoubného nádoru

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

Respondentka je v manželství. Respondentka má dvě děti, dcery. V roce 1998 se respondentce narodila první dcera, zdravá. V roce 2004 druhá dcera, také zdravá. K amputaci levé horní končetiny pod loktem došlo v roce 2010.

Okolnosti amputace a následná péče

Respondentce byla v roce 2009 diagnostikována rakovina kostí. Respondentka byla předem srozuměna s možností amputace končetiny.

V roce 2010 došlo k amputaci levé horní končetiny pod loktem. Důvodem amputace byla přítomnost zhoubného nádoru. Amputace byla vykonána na nedominantní ruce. Respondentka byla hospitalizovaná okolo jednoho měsíce.

Po zacelení rány začala respondentka využívat protézu. Využívá protézu kosmetickou. Výhodu kosmetické protézy respondentka vnímá především ve výborném kosmetickém vzhledu. Protézu se naučila používat poměrně rychle.

Respondentka nenavštívila rehabilitační ústav ani lázně. Po hospitalizaci byla respondentka v domácí péči.

Psychologické podpory respondentka využila, se vzniklou situací se těžko vyrovnávala. Vyrovnat se především nemohla s tím, jak bude okolí reagovat na to, že nemá část horní končetiny. Právě z tohoto důvodu respondentka volila využití kosmetické protézy. Psychologickou podporu respondentka vyhledala již před amputací. O možnosti amputace respondentka věděla již dříve, proto se na tuto možnost chtěla připravit.

Postoj rodiny

Amputace pro rodinu byla nepříjemnou záležitostí. V rámci možností se respondentka a její rodina na vzniklou situaci předem připravila. Oporou respondentce byla především její matka a manžel s dcerami.

Pracovní uplatnění

Respondentka vystudovala Obchodní akademii a Střední odbornou školu cestovního ruchu T. G. Masaryka, Choceň. Obor veřejnosprávní činnost. Celý život pracovala jako soudní zapisovatelka. Po amputaci levé končetiny bohužel nebylo možné v této práci pokračovat. I když se nejedná o dominantní ruku, práce na počítači je pro respondentku obtížnější. Protéza neumožňuje respondentce rychlé a správné psaní na klávesnici, které je při práci soudní zapisovatelky potřeba. Po nějakou dobu své uplatnění respondentka našla v chráněné pracovní dílně (dnešní chráněné pracovní místo). Nyní respondentka pracuje jako referentka na Městském úřadě. Ve svém aktuálním zaměstnání také využívá práci na počítači. Ovšem tato práce na počítače není časově omezená (nevyžaduje po respondentce rychlost v psaní). Rekvalifikace u respondentky neproběhla.

3) Současný stav

V současné době nemá respondentka zdravotní problémy ani jiné komplikace. Respondentka nenavštěvuje žádné rehabilitační zařízení nebo lázně. Ve volném čase se věnuje turistice a podniká výlety se svou rodinou.

4) Analýza případu

Respondentce byla amputována levá horní končetina pod loktem. V době amputace bylo respondentce 35 let. Vzhledem k okolnostem, kvůli kterým byla respondentce amputována levá dolní končetina, byla respondentka ve velice špatném psychickém stavu. Velice dlouhou dobu se stranila lidí a pobývala pouze v domácím prostředí. Obávala se reakce okolí na to, že jí chybí končetina. Tato obava vznikla nejspíš z důvodu respondentčiny práce. Pracovala jako soudní zapisovatelka. Původní profesi po výkonu amputace již nemohla vykonávat. S protézou ovládala počítač velice dobře, ale její původní práce vyžadovala především rychlost

a přesnost. Po nějakou dobu našla své uplatnění v chráněné pracovní dílně (dnešní chráněné pracovní místo). V současné době pracuje jako referentka na Městském úřadě. Se svou prací je velice spokojená, jelikož se podobá původní profesi. Situaci vidí jednoznačně lehčí v tom, že amputace byla provedena na nedominantní končetině.

6.2.3 Případová studie č. 8

1) Základní informace

- **Pohlaví:** muž
- **Věk:** 63 let
- **Amputace v:** 59 let
- **Diagnóza:** amputace pravé horní končetiny v zápěstí
- **Příčina amputace:** pracovní úraz

2) Anamnéza

a) Osobní anamnéza

Respondent je v manželství. Respondent má dvě děti, dceru a syna. Také čtyři vnoučata. K amputaci levé horní končetiny pod loktem došlo v roce 2011.

Okolnosti amputace a následná péče

V roce 2011 došlo k pracovnímu úrazu, kdy došlo k exartikulaci pravé horní končetiny v zápěstí. Amputace byla vykonána na dominantní ruce. Bylo tedy nutné se naučit psát levou (nedominantní) horní končetinou. Respondent uvádí, že mu psaní činilo značné potíže a dodnes umí levou rukou napsat jen nezbytně nutná slova. Tedy jméno a příjmení, adresu a datum narození. Respondent byl hospitalizován okolo měsíce a půl. Následně absolvoval měsíční pobyt v lázních.

Po hospitalizaci byl respondent v domácí péči, kdy se o respondentu v prvních týdnech starala jeho dcera.

Po zacelení rány začal respondent využívat protézu. Používání protézy bylo zprvu velice nepříjemné a bolestivé. Respondent protézu v současné době využívá ojediněle. V domácím prostředí respondent protézu nevyužívá. Bez protézy se cítí lépe.

Psychologické podpory respondent nevyužil, se vzniklou situací se vyrovnal poměrně dobře.

Postoj rodiny

Se vzniklou situací se velice špatně vyrovnávala manželka respondenta. Musela se sama postarat o domácnost a udělat si řidičský průkaz. Oporou respondentovi byla především jeho manželka, syn a dcera.

Pracovní uplatnění

Respondent má základní vzdělání. Po celou dobu pracoval jako mechanik a seřizovač obráběcích strojů. Po amputaci již nebyla práce seřizovače možná. Vzhledem ke svému věku respondent již aktivně nesháněl pracovní místo. Své uplatnění našel v chráněné pracovní dílně (dnešní chráněné pracovní místo).

3) Současný stav

V současné době nemá respondent zdravotní problémy či komplikace. Respondent nenavštěvuje žádné rehabilitační zařízení nebo lázně.

Volný čas se pro respondenta značně změnil. Věnoval se rybaření, které je aktuálně nereálné. S manželkou a vnoučaty podniká výlety po okolí.

4) Analýza případu

Respondentovi byla amputována pravá horní končetiny v zápěstí. V době amputace bylo respondentovi 59 let. Respondent se s amputací vyrovnal poměrně dobře. Celý život pracoval jako mechanik a seřizovač obráběcích strojů. Po amputaci již nebyla práce seřizovače možná. Vzhledem ke svému věku respondent již aktivně neshání pracovní místo. Brzy půjde do starobního důchodu, proto další zaměstnání nehledá. Své uplatnění našel v chráněné pracovní dílně (dnešní chráněné pracovní místo).

7 Analyzování výsledků

Amputace je tělesné postižení, které ovlivňuje celou stránku jedince. V praktické části bakalářské práce jsem pomocí případových studií zjišťovala, jaké je pracovní uplatnění jedinců po amputaci horní nebo dolní končetiny. Níže jsem si tedy odpověděla na čtyři výzkumné otázky.

7.1 Výzkumná otázka č. 1

První výzkumnou otázkou mé bakalářské práce bylo zjistit, jakou situaci z hlediska pracovního uplatnění nejčastěji řeší lidé po amputaci dolní nebo horní končetiny. Respondenti nejčastěji řeší otázku, zda po výkonu amputace bude možné v původní profesi zůstat. Situace je vždy velice individuální. Jsou profese, kde je i nadále možné, aby je respondent úspěšně a bez omezení vykonával. Mezi mými respondenty se jedná pouze o jednu profesi, kterou je extérní účetní.

Bohužel je zde i druhá varianta, kdy není možné v původní profesi dále působit. Mezi mými respondenty se jedná o následující profese: reklamní manažerka, administrativní pracovnice, zámečnick, dělník, číšník, soudní zapisovatelka či mechanik a seřizovač obráběcích strojů. V tomto případě jsou ve větší míře respondenti ohroženi nezaměstnaností. Často se potýkají se situací, kdy je velice náročné získat jiné pracovní místo. Využívají tedy možnosti rekvalifikačních kurzů, dále také možnost tranzitních programů, pracovní rehabilitace, chráněného pracovního místa, využít mohou také podporované zaměstnávání.

7.2 Výzkumná otázka č. 2

Výzkumnou otázkou číslo dvě bylo zjistit, jaká povolání jsou vhodná pro jedince po amputaci dolní nebo horní končetiny. Níže uvádím výsledky druhého cíle dle výše zpracovaných případových studií.

7.2.1 Jaká povolání jsou vhodná po amputaci dolních končetin

V tabulce číslo 1, uvádím výsledky první části výzkumné otázky. První část výzkumné otázky zní, jaká povolání jsou vhodná pro jedince po amputaci dolních končetin. V tabulce tedy uvádím, zda došlo ke změně povolání, jaké povolání vykonával jedinec před amputací a jaké je jedincovo současné povolání po amputaci. Níže pod tabulkou uvádím komentář k jednotlivým respondentům po amputaci dolních končetin.

Tabulka č. 1: Jaká povolání jsou vhodná po amputaci dolních končetin

Respondent:	Změna povolání:	Povolání před amputací:	Současné povolání po amputaci:
1	Ano	reklamní manažerka	jednatelka občanského sdružení
2	Ano	administrativní pracovnice	OSVČ pedikúra, manikúra
3	Ano	zámečník	ortotik-protetik
4	Ne	externí účetní	-----
5	Ano	dělník	referent

zdroj: autorka práce

Komentář:

Pouze jeden respondent po amputaci dolní končetiny zůstal i po amputaci ve své profesi. Jedná se o povolání, kde amputace nebyla překážkou pro jeho úspěšné vykonávání. Zbylí čtyři respondenti byli nuceni své zaměstnání změnit.

R1 - žena, po oboustranné amputaci dolních končetin, amputace byla respondentce vykonána ve 38 letech. Respondentka byla nucena po amputaci opustit tehdejší zaměstnání v reklamní agentuře, kde působila jako manažerka. Své pracovní uplatnění po amputaci končetin našla jako jednatelka občanského sdružení, které sdružuje osoby po amputaci dolních končetin nebo osoby spřízněné s tímto postižením. Respondentka pobírá částečný invalidní důchod.

R2 - žena, po amputaci pravé dolní končetiny, amputace byla respondentce vykonána ve 14 letech. Z tohoto důvodu tedy přizpůsobila své další studium na střední škole. Respondentka byla velice dlouhou dobu nezaměstnaná. Asi půl roku působila v zaměstnání, které však bylo nevyhovující. Důvodem bylo náročné dojíždění. Po této zkušenosti se respondentka rozhodla podnikat. Své uplatnění našla jako OSVČ pedikúra, manikúra.

R3 - muž, po amputaci pravé dolní končetiny, amputace byla respondentovi vykonána ve 26 letech. Respondent byl nucen po amputaci opustit tehdejší zaměstnání, kdy pracoval jako zámečnický. Po nějakou dobu své uplatnění našel v institutu chráněného pracovního místa. V současné době působí jako ortotik-protetik v protetice, kam od začátku dochází.

R4 - žena, po amputaci levé dolní končetiny, amputace byla respondentce vykonána ve 44 letech. Respondentka v době před amputací pracovala jako extévní účetní, svou práci nezměnila. Po amputaci stále pracuje jako extévní účetní, pouze vykonává svou práci v domácím prostředí. Respondentka pobírá částečný invalidní důchod.

R5 - muž, po oboustranné amputaci dolních končetin, amputace pravé dolní končetiny byla vykonána ve 33 letech. O 3 roky později byla vykonána amputace levé dolní končetiny. Respondent pracoval v různých dělnických profesích, tudíž návrat po oboustranné amputaci nebyl možný. Následné pracovní uplatnění bylo pro respondenta velice složité, důvodem nebyla pouze oboustranná amputace dolních končetin, ale také silná cukrovka. Respondent absolvoval kurzy práce na počítači a v současné době pracuje na poloviční úvazek jako referent na Městském úřadě.

7.2.2 Jaká povolání jsou vhodná po amputaci horních končetin

V tabulce číslo 2, uvádím výsledky druhé části výzkumné otázky. Druhá část výzkumné otázky zní, jaká povolání jsou vhodná pro jedince po amputaci horních končetin. V tabulce tedy uvádím, zda došlo ke změně povolání, jaké povolání vykonával jedinec před amputací a jaké je jedincovo současné povolání po amputaci. Níže pod tabulkou uvádím komentář k jednotlivým respondentům po amputaci horních končetin.

Tabulka č. 2: Jaká povolání jsou vhodná po amputaci horních končetin

Respondent:	Změna povolání:	Povolání před amputací:	Současně povolání po výkonu:
6	Ano	číšník	rozvozce prádla
7	Ano	soudní zapisovatelka	referentka
8	Ano	mechanik a seřizovač obráběcích strojů	chráněné pracovní místo

Zdroj: autorka práce

Komentář:

V případě amputací horních končetin nezůstal žádný respondent po amputaci ve své profesi. Všichni respondenti byli nuceni profesi změnit. Jeden z respondentů své uplatnění našel v institutu chráněného pracovního místa, nové zaměstnání vzhledem ke svému věku již nehledá.

R6 - muž, po amputaci pravé horní končetiny, amputace byla respondentovi vykonána ve 22 letech. Oboru číšníka se respondent nestihl věnovat, jelikož hned po studiu povolán do civilní vojenské služby, kde došlo k úrazu. Respondent byl velice dlouhou dobu nezaměstnaný. V současné době pracuje jako řidič u místní prádelny.

R7 - žena, po amputaci levé horní končetiny, amputace byla respondentce vykonána ve 35 letech. Respondentka pracovala jako soudní zapisovatelka, vzhledem k amputaci nebyl výkon profese nadále možný. Po nějakou dobu našla respondentka uplatnění v institutu chráněného pracovního místa. V současné době pracuje jako administrativní pracovnice.

R8 - muž, po amputaci pravé horní končetiny, amputace byla respondentovi vykonána v 59 letech. Respondent pracoval jako mechanik a seřizovač obráběcích strojů. Po amputaci nebyl výkon původní profesi již možný. Svě uplatnění respondent našel v institutu chráněného pracovního místa. Vzhledem ke svému věku nové pracovní uplatnění respondent již nehledá.

7.3 Výzkumná otázka č. 3

Třetí výzkumná otázka měla zjistit, jakou situaci nejčastěji lidé po amputaci dolní končetiny označují jako bariéru. Získaní respondenti mezi nejčastější bariéry označují nutnost každodenního dojíždění, přesouvání nebo přemísťování se za prací. Dojíždění označují za poměrně náročné. Dojíždění většinou vyžaduje mít vlastní automobil, který má speciálně upravené řízení. Jelikož dojíždění hromadnou dopravou dle respondentů je zcela nemožné. Dojíždění hromadnou dopravou je náročné jak z hlediska času, tak také fyzicky. Mnohdy musí jedinci zdolávat další překážky a bariéry v podobě schodů. Svou roli hraje také vzdálenost mezi dopravními prostředky či vzdálenost mezi dopravními prostředky a místem práce. Jako další nejčastěji uváděnou bariéru respondenti označují zdolávání schodů nebo jiných překážek. Bohužel i v dnešní době nejsou zdaleka všechny objekty bezbariérové. Naskytují se i další bariéry, které jsou konkrétně spjaty s určitým povoláním.

7.4 Výzkumná otázka č. 4

Poslední, čtvrtá výzkumná otázka měla zjistit, co je zásadní bariérou z pohledu lidí po amputaci horní končetiny. Získaní respondenti jako nejčastější bariéru označují amputaci vedoucí ruky. Dochází k učením se psaní druhou nedominantní rukou. Pro většinu respondentů je tato situace velice obtížná a náročná. Další bariérou označují vytíženost zdravé končetiny, končetina je často oslabená a bez dostatku sil.

8 Sumarizace výsledků

Případové studie bakalářské práce nastínily jednotlivé možnosti pracovního uplatnění jedinců po amputaci horních a dolních končetin. Práce obsahuje osm případových studií, kdy se konkrétně jednalo o pět případových studií jedinců po amputaci dolních končetin a o tři případové studie jedinců po amputaci horních končetin. Respondenti jsou po amputaci v rozmezí od 3 do 20 let. Nejmladšímu respondentovi bylo v době amputace 14 let, nejstaršímu respondentovi 59 let. Jedná se o čtyři ženy a čtyři muže. V práci se objevují respondenti, kteří mají vystudovanou střední odbornou školu ukončenou maturitní zkouškou, jsou vyučeni nebo mají pouze základní vzdělání.

Shrneme-li možnosti pracovního uplatnění jedinců po amputaci končetin, tak pouze jeden z osmi získaných respondentů zůstal i po amputaci ve svém původním zaměstnání. Mezi mými respondenty se konkrétně jedná o povolání externí účetní. Další respondenti byli nuceni své zaměstnání změnit. Někteří z respondentů využili možnosti rekvalifikačního kurzu. Dva z respondentů se věnují problematice amputací, kdy jeden z respondentů je spoluzakladatelem a jednatelem občanského sdružení, které sdružuje osoby po amputaci dolních končetin a druhý respondent pracuje jako ortotik-protetik. Dva respondenti jsou zaměstnání jako referenti na Městském úřadě. Jeden z respondentů, který byl nucen změnit původní zaměstnání, se věnuje OSVČ pedikúra, manikúra. Další respondent se věnuje rozvozu prádla. Poslední respondent využívá institutu chráněného pracovního místa, vzhledem ke svému věku nové pracovní uplatnění již aktivně nehledá.

Co se týká bariér, které nejčastěji označují jedinci po amputaci končetin. Jedinci po amputaci horních končetin nejčastěji označovali nutnost každodenního dojíždění, překonávání překážek a schodů. Jedinci po amputaci horních končetin nejčastěji označují amputaci vedoucí ruky, jelikož následně dochází k učení se psaní druhou nedominantní rukou. Další bariérou označují vyčerpání zdravé končetiny, končetina je často oslabená a bez dostatku sil.

9 Diskuze

Jak výše uvádím, v některých případech jsem byla výsledkem šetření velice překvapena. Asi nejvíce jsem byla překvapena z případové studie respondenta číslo 6. Respondent po amputaci pravé horní končetiny v ramenním kloubu a jako své povolání vykonává povolání řidiče, konkrétně rozvozce prádla. Velice zajímavá je také práce respondentky číslo 1. Respondentka působí jako jednatelka občanského sdružení, které sdružuje osoby po amputaci dolních končetin nebo osoby spřízněné s tímto postižením, zároveň je také spoluzakladatelkou zmiňovaného sdružení. Oceňuji i respondenta číslo 3, který své uplatnění po amputaci našel jako ortotik-protetik. Snaží se být vzorem a motivací pro jedince, kteří jsou po amputaci a hledají pracovní uplatnění. Na této případové studii se také velice hezky ukázalo, že člověk manuálně zručný, původní profesí zámečnick se i po nutnosti změny povolání věnuje práci, která je také náročná na provedení. Velice si však cením a obdivuji všechny respondenty mé bakalářské práce. Se vzniklou životní situací se vyrovnali velice dobře.

Chtěla bych se také v krátkosti vyjádřit k bariérám, které mohou nastat a popsat způsoby jejich řešení. V některých případech jsem byla také velice překvapena. Domnívala jsem se, že respondenti budou jako hlavní bariéru uvádět především to, že přišli o končetinu. Výše uvádím nejčastější bariéry, které označují jedinci po amputaci horní nebo dolní končetiny. Následné řešení bariéry je bezpochyby velice individuální a různé. Ráda bych uvedla alespoň některá možná řešení. Pro jedince po amputaci horní končetiny je jistě velice vhodné mít vlastní automobil, který má speciálně upravené řízení. Bariéry, kdy se jedná o zdolávání schodů nebo vysokých obrubníků řeší výtahy, nájezdové rampy, zdvižné plošiny a jiné. Co se týká respondentů po amputaci horní končetiny a uvedených bariér, tak lze přistoupit k několika řešením. Pokud tedy je jedinec nucen k učení se psaní nedominantní rukou, existuje zde možnost naučit se psát druhou rukou pouze základní informace. Mezi které můžeme například zařadit podpis, datum a místo narození, rodné číslo, místo bydliště, informace týkající se rodiny, práce, atd. V dnešní době moderních technologií je pak možné k dalšímu psaní využívat počítače, tablety a jiná zařízení.

Závěr

Amputace je získané tělesné postižení, jehož výskyt v posledních několika letech stoupá. Velice častou příčinou jsou především úrazy, dále také široká škála nemocí. Tato skutečnost přináší i nárůst pravděpodobnosti setkání se speciálního pedagoga s jedincem po amputaci končetiny. Je nezbytně nutné, aby se speciální pedagog na tuto skutečnost připravil. Důležité především je, aby si dokázal představit, jak vypadá protéza amputované končetiny, jaké možnosti jedince po amputaci má nebo pokud jde o amputaci dolní končetiny, jak se jedinec může pohybovat. Základním předpokladem je tedy dobrá míra informovanosti speciálních pedagogů.

Práce v teoretické části stručně vymezuje pojem tělesné postižení a popisuje specifika těchto osob. Popisuje klasifikaci pohybových vad, podrobněji se však věnuje ortopedickému postižení – amputacím. Zabývá se pojmem, kvalita života. Přibližuje i psychologickou podporu jedinců po amputaci končetin. Teoretickou část uzavírá kapitola zabývající se možnostmi pracovního uplatnění jedinců po amputaci horních nebo dolních končetin.

V praktické části jsou vyhodnoceny případové studie osmi respondentů, jejichž cílem bylo popsat možné rozdíly pracovního uplatnění jedinců po amputaci horních nebo dolních končetin. Výsledky šetření byly zpracovány a data zanesena do tabulek, které situaci přehledně dokládají.

Seznam použité literatury

1. FIALA, Oldřich. Ortopedie a základy ortopedické protetiky. Praha: VLVDÚ JEP v Hradci Králové, 1985, 281 s.
2. GAUDLOVÁ, Daniela a Lucie GAUDLOVÁ,. Osud na mě ukázal 2. Praha: Agama, 2013, 96 s. ISBN 978-80-904320-4-8.
3. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 223 s. Sestra. ISBN 978-802-4736-259.
4. HADRABA, Ivan. Ortopedická protetika. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2006, 106 s. ISBN 80-246-1296-8.
5. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 8073670402.
6. HORÁČKOVÁ, Ladislava, Eugen STROUHAL a Lenka VARGOVÁ. Panoráma biologické a sociokulturní antropologie: modulové učební texty pro studenty antropologie a "příbuzných" oborů. Editor Jaroslav Malina. Brno: Nadace Universitas Masarykiana, 2004, 263 s. Scientia (Nadace Universitas Masarykiana). ISBN 80-862-5853-X.
7. Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální. 2. rozš. a přeprac. vyd. Editor Marie Vítková. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-731-5071-9.
8. JESENSKÝ, Ján. Zdravotně postižení - programy pro 21. století. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003, 441 s. Aktuální otázky speciální pedagogiky, sv. 3. ISBN 80-704-1234-8.
9. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2., rozš. a přeprac. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.
10. KLUSOŇOVÁ, Eva. Ergoterapie v praxi. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011, 264 s. ISBN 978-807-0135-358.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
12. MONATOVÁ, Lili. Pedagogika speciální. Brno: Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1009-6.

13. NOVOSAD, Libor. Kapitoly ze základů speciální pedagogiky - Somatopedie. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, Pedagogická fakulta, 2002, 79 s. Studijní texty pro distanční a kombinované studium. ISBN 80-708-3563-X.
14. NOVOSAD, Libor a Marcela NOVOSADOVÁ. Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2000, 58 s.
15. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 180 s. ISBN 978-802-1045-750.
16. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, 123 s. ISBN 978-807-3151-379.
17. PIPEKOVÁ, J., Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením. In FRIEDMANN, Z. et al. Profesní orientace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich uplatnění na trhu práce. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 314 s. ISBN 978-80-210-5602-2.
18. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 290 s. Učebnice (UP Olomouc). ISBN 80-244-0646-2.
19. SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 199, [4] s. Sestra. ISBN 978-802-4720-401.
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka. Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 214 s. ISBN 978-802-4722-702.
21. SLOWÍK, Josef. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
22. 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.
23. SOVÁK, Miloš. Defektologický slovník. 3. uprav. vydání, Pod vedením Ludvíka Edelsbergera připravili : Tomáš Edelsberger ... [et al.]. Jinočany: Nakladatelství H, 2000, 418 s. ISBN 80-860-2276-5.

24. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 134 s. Sestra. ISBN 978-802-4732-237.
25. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
26. 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.
27. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-802-6202-257.
28. VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. Psychologie handicapu. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 230 s. ISBN 8071849294.
29. VÍTKOVÁ, Marie. Somatopedické aspekty. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-731-5134-0.
30. Výkladový ošetrovatelský slovník. 1. vyd. Překlad Veronika Di Cara, Helena Vidovičová. Praha: Grada, 2008, 568 s. ISBN 978-802-4722-405.

Seznam elektronických zdrojů

1. Individuálně zhotovené ortopedické pomůcky. *Protetika* [online]. b.r. [cit. 2015-03-08]. Dostupné z:<http://www.protetika.cz/pages/individual.php>
2. Informace pro nás bez končetin. *No Foot, No Stress* [online]. 2012 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z:<http://nofoot.cz/>
3. Podporované zaměstnávání. *Rytmus o.s.* [online]. 2009 [cit. 2015-03-02]. Dostupné z:http://www.rytmus.org/podporovane_zamestnavani
4. Protéza dolní končetiny. *Protetika Děčín* [online]. b.r. [cit. 2015-03-05]. Dostupné z:<http://www.protetikadecin.cz/>
5. Protéza horní končetiny. *Protetika Beroun* [online]. 2011 [cit. 2015-03-05]. Dostupné z:<http://www.protetikaberoun.cz/>
6. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). *WHO* [online]. 2012 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
7. *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti* [online]. 2004 [cit. 2015-03-03]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/zoz_-_22._1._2015.pdf

Seznam tabulek

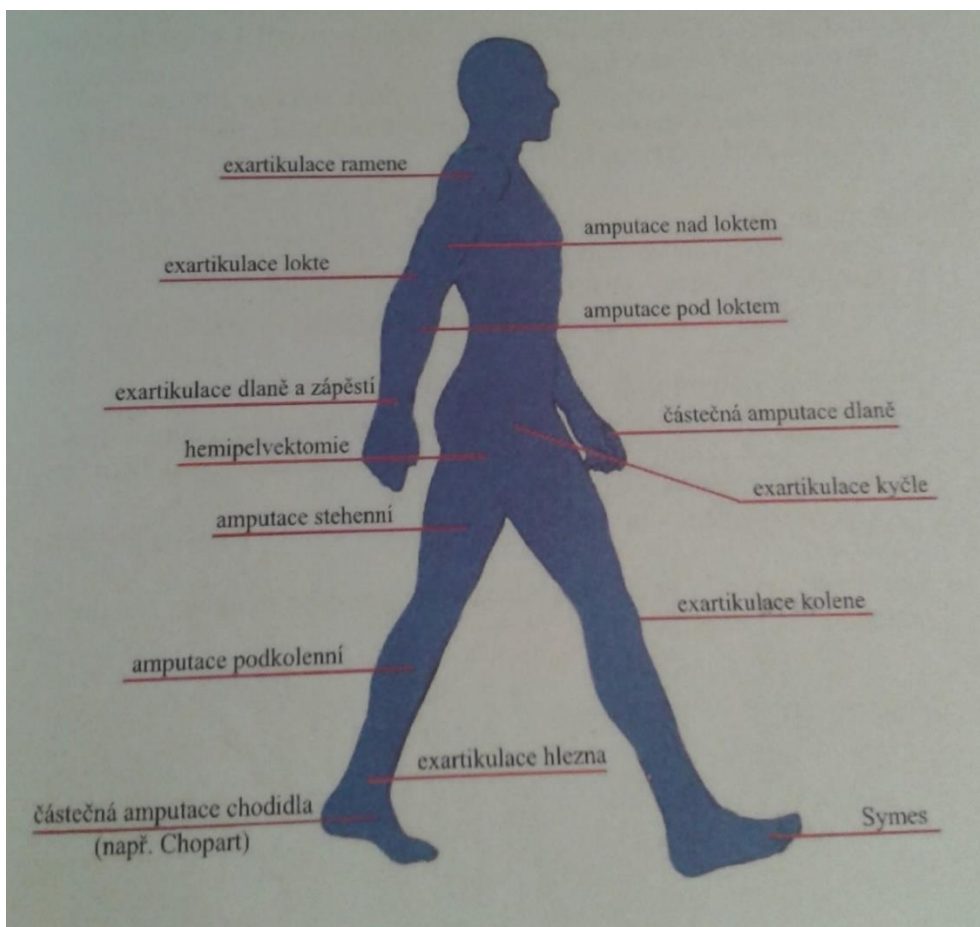
Tabulka č. 1: Jaká povolání jsou vhodná po amputaci dolních končetin 68

Tabulka č. 2: Jaká povolání jsou vhodná po amputaci horních končetin..... 70

Seznam příloh

Příloha A: Přehled úrovní amputací.....	I
Příloha B: Protéza dolní končetiny	II
Příloha C: Protéza dolní končetiny – stehenní speciální.....	III
Příloha D: Protéza dolní končetiny – bérková	IV
Příloha E: Protéza horní končetiny – předloktí (kosmetická protéza)	V
Příloha F: Protéza horní končetiny – pažní.....	VI

Příloha A: Přehled úrovní amputací



Zdroj: (Smutný, 2013, s. 12)

Příloha B: Protéza dolní končetiny



Zdroj: (Protetika Děčín, online, 2013)

Příloha C: Protéza dolní končetiny – stehenní speciální



Zdroj: (Protetika, online,)

Příloha D: Protéza dolní končetiny – bérková



Zdroj: (Protetika, online, [b.r.])

Příloha E: Protéza horní končetiny – předloktí (kosmetická protéza)



Zdroj: (Protetika Beroun, online, [b.r.])

Příloha F: Protéza horní končetiny – pažní



Zdroj: (Protetika Beroun, online, [b.r.])