

Absolvent bakalářského studia rehabilitace na II. LF UK Miroslav ZŮNA předložil diplomovou práci s názvem **PROBLÉMY REHABILITACE A RESOCIALIZACE PACIENTŮ AMPUTOVANÝCH NA DOLNÍ KONČETINĚ.**

Jejím cílem bylo zjištění , jaký je subjektivní pohled pacienta na kvalitu jeho života po amputaci dolní končetiny. Dále pak získat přehled o počtu pacientů u nich bylo možné funkční protézování.

Autor použil dotazníkové metody. Jednak vlastní otázky a dále pak převzatý formulář WHO Quality of living. Pokusil se o získání údajů od 30 respondentů z LDN ve FNM, protetického odd. Masarykovy nemocnice v Ústí n. L. a DD v Libochovicích. Bohužel odpovědi získal pouze od cca poloviny dotázaných (16). Postižení, kteří odpověděli na dotazy byli průměrného věku 63 roků s výraznou prevalencí žen. Z nich pouze 19% je funkčně protézováno, 62% má pomůcku pouze z kosmetických důvodů při pohybu na vozíku, což je typické především pro ženskou populaci. U všech byla provedena amputace z vaskulárních příčin

Podle dotazníku WHO se zjišťuje, jak pacient hodnotí svůj život po amputaci. Za podstatné ze sociologického úhlu pohledu je autorovo zjištění, které potvrzuje naše současné poznatky, že čím déle je postižený po amputaci , tím objektivněji hodnotí kvalitu svého života. Dále je důležité potvrzení poznatku jak kvalitu života ovlivňuje stav sociálního zázemí.

Zaznamenané požadavky pacientů na možnost chůze jsou v naprosté většině nereálné. Je to velmi pravděpodobně v důsledku toho, že pacient nebyl informován a nebo mu nebyla dokázána energetická náročnost chůze o protéze. Lze to již v začátku vertikalizace prokázat na sledování tepové frekvence ve stoji a chůzi v chodítku s podpažními opěrkami a při lokomoci v invalidním vozíku.

Na pouhých dvou stránkách diskuze autor zdůrazňuje vzestupný trend amputací dolní končetiny a co je závažné, že poukázal na problém nedostatečné informovanosti a edukace amputovaných.

V závěru správně uvedl nezbytné postupy k dosažení optimálního stavu resocializace.

Po stránce formální je bakalářská práce rozdělena nesouměrně na dvě části. Na 40 stranách podrobně shrnuje teoretické poznatky z kineziologie získané z posledních publikací předních domácích i zahraničních odborníků. Je velice dobře zpracována fyziologie pohybu, typy operací a všechny typy patologické chůze o protéze.

V části o komplikacích neobratnou formulací směšuje důsledky žilní a tepenné embolie. Zde je nutno upozornit i na nepřesnou interpretaci Jandova svalového testu vyjádřením, že femuru téměř chybí rotace. Ty skutečně téměř chybí při coxarthrose. Rotace v kyčli je v rovině frontální a ne transverzální.

Část praktická je pouze na 13 stránkách, včetně příloh použitých dotazníků. Závěry jsou shrnuty v pěti tabulkách.

Ke zpracování autor využil 45 publikací, z toho 40 vydaných po roce 2000. V kapitole 1.5.1 Ergoterapie, str. 45-6 je 4 x citován Janda 1990, práce však není uvedena v seznamu použité literatury.

Drobné gramatické chyby a překlepy opraveny v textu.

Otázky: Co znamenají výrazy **prostetické koleno** a **prostetický kolenní kloub**, zmíněné na str. 39-40. Nejde o zámeček umělého kolenního kloubu použitého k tvorbě protézy? Nevzniklo slovo **prostetický** pouhým přepsáním anglického termínu?

Z údajů, které autor získal z obdržených dotazníků, by se dalo vytěžit výrazně větší množství poznatků, než které autor uvádí, důležitých pro další resocializaci postižených. Rovněž bych mu doporučoval, aby v této práci i do budoucna pokračoval, neboť právě údaje respondentů vyšších věkových kategorií jsou velice důležité pro zlepšení postupů při rehabilitaci.

Školitel hodnotí práci vzhledem k jejímu **psycho- a sociologickému zaměření** známkou **velmi dobře**.

Praha, 11.9. 2008

doc.MUDr.PaedDr.Jan Kálal, CSc.

