



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Psychologické aspekty vyrovnávání se s traumatickou amputací

Psychological aspects of dealing with a
traumatic amputation

Vypracovala: Pavlína Rejšková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 24.4. 2019

.....

Pavλίna Rejšková

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí mé diplomové práce Mgr. Janě Kouřilové, Ph.D. za cenné rady a pochopení. Dále bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu, kteří byli ochotni se podělit o své příběhy. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat všem mým blízkým za velkou podporu, a to nejen během studia.

Abstrakt

Název práce: Psychologické aspekty vyrovnávání se s traumatickou amputací

Autor práce: Pavlína Rejšková

Vedoucí práce: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

Počet stran: 64

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou vyrovnávání se s traumatickou událostí, a to u osob po amputaci dolní končetiny. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část přibližuje definici amputace a její dopady na život jedince. Dále zahrnuje pojem trauma, fáze vyrovnávání se s traumatem a druhy posttraumatických poruch. V neposlední řadě představuje aspekty, které se objevují v procesu vyrovnávání se se závažnou životní změnou, a to sociální opora, zpracování události, body image a existenční strachy.

Empirická část představuje metodologii výzkumu a dále uvádí výsledky kvalitativního přístupu, ve kterém byl zvolen polostrukturovaný rozhovor jako hlavní metoda sběru dat. Výzkumný soubor byl tvořen čtyřmi respondenty po traumatické události, při které přišli o dolní končetinu. Hlavním cílem bylo prozkoumat, jaké aspekty jsou pro jedince po traumatické amputaci nejdůležitější k návratu do běžného života a přijetí vlastního postižení. Získaná data byla analyzována pomocí otevřeného kódování a následně interpretována. Výsledky poukázaly na mnoho aspektů, které traumatizovaným jedincům napomáhají či naopak situaci ztěžují.

Klíčová slova: trauma, amputace, traumatická událost, zpracování události, sociální opora

Abstract

Title: Psychological aspects of dealing with a traumatic amputation

Author: Pavlína Rejšková

Supervisor: Mgr. Jana Kouřilová, Ph.D.

Number of pages: 64

This bachelor's thesis is concerned with dealing with traumatic incident by people with amputate lower limb. Thesis is divided into theoretical and empirical part. The theoretical one explains definition of amputation and its effect on life of individual. Also interprets the term of trauma, phases of dealing with trauma and types of post-traumatic disorders. There are also clarify aspects which can be found in process of dealing with serious life change as social support, processing of incident, body image and existential fears, in this bachelor's thesis.

The empirical part explains methodology of research and shows results of qualitative attitude, where is choosen semi-structured interview as a main method of data collecting. Explorational complex was made with four respondents, who underwent traumatic incident and lost lower limb. Main objective was to explore, which aspects are after lost of lower limb the most important for individual to comeback into regular life and acceptance own handicap. Gained data were analysed due to open encoding and then interpret. Results shows many of aspects which traumatized individuals helps and also aspects which make their situation harder.

Keywords: trauma, amputation, traumatic incident, processing of incident, social support

OBSAH

ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1 AMPUTACE.....	10
1.1 DEFINICE AMPUTACE	10
1.2 INDIKACE K AMPUTACI	10
1.2.1 Traumatická amputace	11
1.3 DĚLENÍ AMPUTACÍ.....	11
1.3.1 Dle typu	11
1.3.2 Dle úrovně	12
1.4 FANTOMOVA BOLEST.....	12
1.5 AMPUTACE JAKO POSTIŽENÍ.....	13
1.5.1 Získané postižení	13
1.5.2 Lokomoční postižení	14
1.6 DOPADY AMPUTACE	14
2 TRAUMA	16
2.1 POJEM TRAUMA	16
2.1.1 Traumatická událost	16
2.2 VZNIK TRAUMATU	17
2.3 RYSY	18
2.4 SYMPTOMY	18
2.5 FÁZE VYROVNÁVÁNÍ SE S TRAUMATEM.....	19
2.6 POSTTRAUMATICKÉ PORUCHY	20
2.6.1 Posttraumatická stresová porucha	20
2.6.2 Akutní reakce na stres	21
2.6.3 Poruchy přizpůsobení	21
3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY VYROVNÁVÁNÍ.....	23
3.1 FÁZE ZVLÁDÁNÍ ZÍSKANÉHO POSTIŽENÍ	23
3.2 POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ U PACIENTŮ PO AMPUTACI	24
3.3 SOCIÁLNÍ OPORA	24
3.3.1 Vymezení sociální opory	24
3.3.2 Sociální síť.....	25

3.3.3 Druhy sociální opory	25
3.4. BODY IMAGE.....	26
3.4.1 Přijetí nového tělesného schématu	26
3.5 ZPRACOVÁNÍ UDÁLOSTI.....	27
3.6 OSOBNOST PŘED TRAUMATEM.....	28
3.7 EXISTENČNÍ STRACHY.....	28
II. EMPIRICKÁ ČÁST	31
4 VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A CÍL	32
4.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	32
5 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	33
5.1 TYP VÝZKUMU.....	33
5.2 METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT.....	34
5.3 METODY ZPRACOVÁNÍ DAT	34
5.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO VZORKU	35
6 ETICKÉ ASPEKTY.....	36
7 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	37
7.1 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	38
8 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	40
8.1 ZPRACOVÁNÍ UDÁLOSTI.....	40
8.2 SOCIÁLNÍ OPORA	41
8.3 PŘEDSTAVY A OČEKÁVÁNÍ	42
8.4 PROŽÍVANÉ STRACHY A ZTRÁTY	44
8.5 VLASTNÍ SNAHA	45
8.6 PŘÍNOS.....	46
9 DISKUZE	48
10 ZÁVĚR.....	50
11 PŘÍLOHY	51
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	62

ÚVOD

Každý jedinec má nějaké krátkodobé a dlouhodobé cíle, kterých chce dosáhnout. Také představy o tom, co by chtěl jednou dělat, zažít a kde by chtěl být. Někdy si ani neuvědomujeme, jak rychle může nastat životní zvrát nebo rána, která najednou zborťí veškeré představy a změní celý život od základu. Jednou z těchto změn může být nečekaný úraz, při kterém jedinec utrpí zranění, a to zapříčiní ztrátu končetiny. Zdravý jedinec se v krátkém okamžiku stane tělesně postiženým, a ocitne se tak v naprosto neznámé a náročné situaci, která je silně traumatická. Vznik tělesného postižení s sebou nese podstatné změny a je především na jedinci, jak na tak neočekávanou událost bude reagovat. Jelikož se dostávám do kontaktu s mnoha osobami po amputaci, jejich způsob vyrovnávání se s postižením a traumatem, ve mně vzbudil zájem dozvědět se něco víc o této problematice. Přesněji objasnit, co je pro takto postižené osoby důležité v procesu přijímání postižení a vyrovnání s ním.

Teoretická část se skládá ze tří kapitol. První se zabývá pojmem amputace, etiologií, jejími druhy a dopady na život jedince. Druhá kapitola objasňuje vznik a rysy traumatu, fáze vyrovnávání a možné posttraumatické poruchy. Poslední kapitola se zabývá aspekty, které se objevují právě v procesu vyrovnávání se s traumatem. Jde nejenom o sociální oporu, zpracování události, ale i existenční strachy.

Druhou částí práce je část empirická, která byla zpracována formou kvalitativního výzkumu. Výsledky jsou zde zpracovány analýzou polostrukturovaných rozhovorů s jedinci po traumatické amputaci dolní končetiny. Cílem je odhalit, jaké aspekty jsou v životě takto postižených jedinců využívány a jaký mají vliv na proces přijetí postižení.

I. Teoretická část

1 AMPUTACE

1.1 Definice amputace

Amputací je nazýván výkon, při kterém dojde k odstranění periferní části těla, nejčastěji se jedná o horní a dolní končetiny, může jít však i o nos nebo ucho. Tento zákrok vede k funkční nebo kosmetické změně. (Janíková & Zeleníková, 2013)

Hippokrates v 5. století př. n. l. popsal tři hlavní důvody k amputaci. Mezi ně patří odstranění neúčinných částí končetin, snížení invalidity a záchrana života. Tyto indikace jsou platné i v dnešní době. (Sosna, Vavřík, Krbec & Pokorný, 2001)

Amputace je považována za jeden z nejradikálnějších léčebných postupů a mělo by se při něm postupovat přísně individuálně s ohledem na stav končetiny, fyzický i psychický stav pacienta a jeho budoucí pracovní zařazení. Chirurgické odejmutí části končetiny může pro některého člověka znamenat záchranu života, v souvislosti s tím ale i zásadní životní změnu. (Zeman & Krška, 2011)

Odejmutí kterékoliv končetiny je pro člověka vždy zásahem do integrity organismu a samozřejmě součástí jsou kromě somatických následků také psychické a sociální dopady (Kolář, 2009). Jelikož se neustále věda posouvá kupředu a zlepšuje se kvalita lékařských metod, odborníci si tak dokáží poradit s větším množstvím onemocnění, než tomu bylo dříve, a zachrání tak více životů. Proto by se kromě lékařské péče měla věnovat pozornost také péči psychologické. Jak ve formě krizové intervence ihned po prožití traumatu, tak následných terapií.

1.2 Indikace k amputaci

Příčiny amputací dolních končetin jsou vypsány níže. Jednoduše je lze rozdělit na amputace z důvodu úrazu nebo nemoci. (Sosna, Vavřík, Krbec & Pokorný 2001)

Podrobnější dělení:

- **Trauma¹:** V případě devastujícího poranění, při kterém není možná rekonstrukce poškozených struktur. Řadíme sem autonehodu, pracovní úraz, střelné zranění atd.
- **Infekce:** Pokud neexistuje možnost zabránit akutní infekci. Předchází se tak rozšíření infekce dál do těla.
- **Tumory:** Následkem rakovinných buněk v končetině, či přímo v kosti. Týká se především mladších osob.

¹ Právě o tento typ amputace se opírá téma práce.

- **Nervová onemocnění:** Méně obvyklá indikace. K amputaci dochází, pokud nastane poranění nervů, které nelze vyléčit jinak.
- **Kongenitální anomálie:** Další skupinou jsou amputace zdeformovaných a nefunkčních končetin.
- **Cévní příčiny:** Neuropatie, druhotná infikace ohrožující život pacienta. Do této kategorie patří amputace způsobené diabetem, často u starších a nemocných pacientů. Statisticky nejčastější příčina v České republice.

1.2.1 Traumatická amputace

Jak již bylo zmíněno, traumatická amputace nastává v případě náhlého úrazu a zranění, s tím se pojí naprostá neočekávanost. Týká se především adolescentů a mladých lidí s dobrým zdravotním stavem. Amputace v důsledku traumatu se objevuje častěji u mužů než u žen. Na to má vliv zaměstnání, kdy poměrně více mužů vykonává fyzicky náročnější a riskantnější povolání. (Dungl, 2005)

V dnešní době počet traumatických amputací slabě klesá, avšak nemůžeme zapomínat na válečné území, kde následkem vojenského konfliktu, střelných zranění a výbuchů dochází k amputacím neustále. (Desmond et al., 2012)

1.3 Dělení amputací

1.3.1 Dle typu

Amputace dolních končetin se dají rozdělit na typy z hlediska času odejmutí a úrovně. Stejně tak jako úroveň i rychlost amputování od vzniku problému mohou často ovlivnit kvalitu pacientova života.

Z časového hlediska rozlišujeme amputaci primární, sekundární a terciální. V případě **primární** amputace jde doslova o minuty, je nutné ji provést co nejdříve od vzniku úrazu. Amputace **sekundární** nastává v případě vyčerpání jiných léčebných metod. Na rozdíl od amputace **terciální**, ke které dochází především z důvodu zlepšení funkce nebo z kosmetických důvodů a čas nehraje významnou roli. (Janíková & Zeleníková, 2013)

Rozhodnutí o primární amputaci je velmi nelehký úkol. Může dojít k ukvapenému závěru, a tak i ke zbytečné ztrátě končetiny. Na druhé straně však může nastat neuspokojivý funkční výsledek na základě zdlouhavého rozhodování. Pro takové krizové situace jsou v dnešní době využívány skórovací systémy, jako je například Mangled Extremity Severity Score (MESS), které napomáhají s rozhodnutím. (Klein & Ferko, 2005)

1.3.2 Dle úrovně

Úroveň amputace označuje místo odejmutí části končetiny a stanovuje ji lékař s cílem zachovat nejvýhodnější úroveň pro následné protetické vybavení. Amputace může být unilaterální (jednostranná) a bilaterální (oboustranná).

Přesné dělení:

- **Amputace chodidla:** do této kategorie spadá amputace prstů až po chodidlo
- **Transtibiální amputace:** amputace bérce
- **Exartikulace kolenního kloubu:** přerušení v kolenním kloubu s nepoškozeným stehnem
- **Transfemorální amputace:** amputace ve stehně
- **Exartikulace kyčelního kloubu:** přerušení v kyčelním kloubu, pánev zůstává neporušená
- **Hemipelvektomie:** v případě odejmutí celé dolní končetiny i s částí pánve

(Půlpán, 2011)

1.4 Fantomova bolest

Ač byl tento termín popsán již v roce 1558 Ambrosiem Paréem a je znám široké veřejnosti, je do dnešního dne stále velkou záhadou. Dle nejnovější literatury je tato bolest popsána jako porucha tělesného schématu. Jedná se o neurčitou, přetrvávající a nepříjemnou bolest chybějící části končetiny způsobenou jejím odejmutím. Samotný původ vzniku není zcela jednoznačně objasněn, a tak se velmi těžko hledá řešení pro zbavení bolesti. Mezi možnosti zmírnění této bolesti patří elektroneurostimulace, analgetika a terapie, která není bohužel příliš účinná. Bolest u některých pacientů nabývá takových rozměrů, že se v ojedinělých případech člověk pro neztišitelnou bolest rozhodne svůj život ukončit. (Kolář, 2009)

Obecně Fantomovy bolesti se objevují téměř u všech pacientů po amputaci. Jak uvádí studie z roku 2005, přibližně 80 % dotazovaných zažívalo fantomovy bolesti minimálně 1 x za 4 týdny. V této ani v dalších studiích s podobnou tematikou nebyla nalezena významná spojitost fantomových bolestí s věkem, etiologií či úrovní amputace. (Ephraim, Wegener, MacKenzie, Dillingham, & Pezzin, 2005)

Avšak pro upřesnění je potřeba dodat, že pod fantomovou bolestí se skrývají ještě tzv. **Fantomovy pocity**, které nejsou bolestivé. Tyto pocity jsou běžnou halucinací po chirurgickém odstranění končetiny, a pacient si tak uvědomuje již neexistující končetinu.

Pacienti mohou pociťovat dotyk, chlad, pozici končetiny i spontánní pohyby. (Lejčko & Skála, 2002)

1.5 Amputace jako postižení

Obecně rozlišujeme postižení vrozené a získané během života. Dále zdravotní postižení dělíme na postižení mentální, tělesné, smyslové a kombinované. Amputace je tedy získané tělesné postižení. Z psychologického hlediska jsou stěžejními aspekty čas, původ vzniku a věk v době vzniku postižení.

1.5.1 Získané postižení

Nelze určit, zda člověk s vrozeným či získaným postižením má příznivější postavení v životě. Psychika a sociální postavení člověka s vrozeným postižením se vyvíjí odlišně již od narození. Člověk během života přichází na různé aspekty jeho odlišnosti, osvojuje si určité sociální dovednosti a vytváří si relevantní sebepojetí. To se týká i jeho vize budoucnosti, a tak usiluje o dosažení cílů, které jsou přiměřené okolnostem. Dá se říci, že osoba s vrozeným postižením mívá k dispozici časový prostor a škálu podpurných opatření dostačujících k adaptaci na reálnou situaci. Tím se dostáváme k významnému rozdílu a tím je adaptace na realitu. Jedinec, který se ocitne v situaci neočekávané změny zdravotního stavu, funkčnosti a dokonce i sociálního statusu, nemá dostatečnou možnost k adaptaci na novou reálnou skutečnost. Objevuje se zde nečekaný přechod zdraví v „nezdraví“. A především u těch jedinců, kteří si do vzniku postižení neprošli většími zdravotními problémy, nastává silná krizová situace. Většina z nich postižení vnímá jako zásah do kvality života, omezení mnoha aktivit a příležitostí do budoucnosti. (Novosad, 2011)

Cesta, kterou jedinec zvolí pro přijetí situace, závisí nejenom na osobnosti jedince, ale i sociální podpoře blízkého okolí. Karlsson (1998) uvádí silnější psychickou zátěž u jedinců, u kterých došlo ke ztrátě zdraví náhle, bez jakéhokoliv upozornění. (Karlsson, 1998 in Vágnerová, 2004)

Je naprosto očekávané, že se takto náhlá a prudká změna projeví nejen v osobní a rodinné stránce života, ale také v té sociální a profesní. Získaný defekt způsobuje duševní trauma a je hluboce subjektivně prožíván, s čímž se pojí vynucení změn postojů a představ. Jednou ze skupin, které se týkají tyto změny, jsou právě osoby po amputaci končetin. (Novosad, 2011)

1.5.2 Lokomoční postižení

Lokomoční neboli tělesné/pohybové postižení pojednává o omezení až znemožnění pohybu z mnoha různých důvodů, mezi které patří vývojové vady, deformace části motorického systému nebo amputace. Tato postižení jsou u většiny jedinců viditelná na první pohled, jsou spojená se snížením funkční výkonnosti a v některých případech úplnou ztrátou schopnosti lokomoce. U jedinců takto postižených následně dochází ke snížení pohybových aktivit. S tím související omezená soběstačnost a zhoršení kvality života. Tělesný defekt působí psychotraumaticky a vyvolává různé emoce jako strach, úzkost a smutek. (Novosad, 2011)

1.6 Dopady amputace

Jak již bylo zmíněno, amputace má nejméně tři hlavní typy dopadů. V prvé řadě somatický dopad, který je nejvíce samozřejmý a viditelný. Jedná se nejenom o samotnou ztrátu končetiny a bolesti s ní spojené, ale také o narušení tělesného schématu, které se najednou liší od toho, na který byl jedinec celý život zvyklý. Ve vlastních očích vypadá postižený jedinec jinak. (Mareš, 2012) Dále dochází ke změnám pohyblivosti, sebeobsluhy, narušení spánku a stupňující se únavy. Podstatným faktorem je, jaké kompenzační pomůcky osoba po amputaci využívá. Pohyb po amputaci je výrazně náročnější na spotřebu energie, což se liší v závislosti na úrovni amputace. Čím vyšší úroveň amputace, tím bude pohyb fyzicky obtížnější. V případě bércevé amputace je spotřeba energie přibližně o 40 %-50 % větší než u zdravého jedince. (Smutný, 2009)

Další důležitou oblastí, na kterou má takto závažná událost dopad, je psychika člověka. Často se objevují pocity méněcennosti, snížené sebepojetí, emoční labilita v podobě náládovosti, nástup depresivních stavů společně s úzkostmi ohledně nejasné budoucnosti. V neposední řadě strach ze zhoršení zdravotního stavu a také ekonomické a sociální úrovně. Velký podíl zde nese osobnost pacienta a jeho dosavadní zkušenosti s náročnými situacemi v životě, které nemusejí mít pouze zdravotní charakter. (Mareš, 2012) Studie z roku 2011, jež se zaměřila na proces „sžítí se jedince s amputací“, poukazuje mimo jiné na projekci sebe sama. Většina amputovaných má za cíl navrátit se k původním dovednostem, a naplnit tak dosavadní představy o svých schopnostech a o sobě samém. Právě výsledek jejich snahy se může značně podepsat na psychickém stavu. Vznik postižení je přebírán jako životní zlom či pomyslné varování, což může ovlivnit další prožívání jedince a jeho pohled na život. (Senra, Oliveira, Leal & Vieira, 2011) Za zmínku zde ještě stojí výskyt depresí u této skupiny osob. Výsledky studií se však výrazně liší v přibližném odhadu. Shodují se alespoň na předpokladu onemocnění depresí u skupiny osob starší generace, či u jedinců

s nedostatečným zázemím a sociální oporou. Propuknutí deprese je úzce spjaté s ranou péčí po vzniku postižení, přístupem zdravotnických odborníků a průběhem rehabilitace. (Singh et al., 2009)

Nesmíme opomenout třetí, stejně tak důležitý dopad, a to sociální. Často dochází k závislostem na druhých osobách a k problémům v rodinném, potažmo sexuálním životě. U jiných naopak dochází k sociálnímu stažení až izolaci. Často je to ovlivněno sociálním diskomfortem, který postižení ve společnosti pocítují. Některé osoby po vzniku postižení zažívají dokonce stigmatizaci okolím v podobě stranění se postiženému a snahy vyhnout se konverzaci. Self-stigmatizace se projevuje především u těch jedinců, kteří se před vznikem postižení považovali za nedotknutelné a všehoschopné. (Rybarczyk et al., 1992)

2 TRAUMA

2.1 Pojem trauma

K definování tohoto pojmu se autoři staví různě. Vágnerová (2004) objasňuje trauma jako „náhle vzniklou situaci, která má pro jedince negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě“ (Vágnerová, 2004. str. 52).

Například Calhoun a Tedeschi (1999) používají tento termín v širším významu jako situaci, která závažným způsobem narušuje aktuální svět jedince. Kritérium závažnosti traumatu považují za relativní s ohledem na člověka. Proto každý sám hodnotí míru nebezpečí situace a míru vlastních schopností se s danou situací vyrovnat. S tím se pojí i povaha události, která pro někoho může být traumatická a pro jiného nikoli. (Calhoun & Tedeschi, 1999)

Vizinová a Preiss hodnotí psychické trauma jako zkušenost, která boří dosavadní představy o světě, na který jsme zvyklí, a často znemožňuje hledět na věci jako bezpečné a smysluplné. Příčina vzniku je silně děsivá a je spojená s ohrožením života. Traumatizující zážitek vyvolává především pocit naprosté bezmocnosti. Dochází k náhlým změnám kognitivní, fyziologické i emoční stránky života. (Vizinová & Preiss, 1999)

Ve výkladovém slovníku je trauma spojováno s dalšími pojmy jako je poškození, úraz a zevní zásah, který působil na organismus náhle a krátce. Nejčastějším následkem, který nastává, je porucha zdraví. (Hartl, 2004)

2.1.1 Traumatická událost

Události a zážitky, které v jedinci vyvolají trauma, mohou být různé. Často jde o ohrožení života, pocit bezmoci a hrůzy. Kromě toho, tato událost vyvolá u valné většiny pronikavou tíseň a výraznou stresovou reakci. Je důležité zmínit, že se nemusí vždy jednat jen o oběť, ale i svědky události. (Praško, 2003)

Definici traumatizující události lze nalézt v MKN-10 i DSM-IV. V MKN-10 nese tato událost charakter především katastrofický a nebezpečný a může ohrozit téměř každého. Podle DMS-IV jde buď o situaci, při které došlo k vážnému zranění, či dokonce úmrtí, nebo o situaci naprosté bezmoci a ohrožení života. (Baštecká, 2005)

Potencionální traumatické události můžeme rozdělit do 3 skupin.

1. **události způsobené člověkem sjednané záměrně:** kriminální a násilné činy; sexuální, fyzické a psychické zneužití; mučení; držení v zajetí; teroristické útoky; poškození či úplná ztráta části těla; záměrné vážné ublížení na zdraví atd.

2. **události způsobené člověkem nezáměrně:** (nehody, technologická katastrofa) jako jsou exploze; autonehody; letecké neštěstí; požáry atd.
3. **přírodní katastrofy:** hurikány; tajfuny; povodně; zemětřesení; laviny; sopečná erupce atd.
(Schiraldi, 2000)

Nesmíme však opomenout události, při nichž se jedinec neocitá v přímém ohrožení života, ale i přesto bývají zahlcující a zraňující. Skoro každý člověk si takovou traumatickou situaci v průběhu života projde. Mluvíme například o úmrtí blízké osoby, rozchodu nebo rozvodu s partnerem, bolestivém zákroku a dalším. (Praško, 2003)

Traumatická událost nemá vliv pouze na oběti, ale také svědky událostí a blízké oběti. Arcel (1994 in Vizinová a Preiss, 1999) uvádí traumatizaci ve třech formách.

- a) **primární traumatizace:** jedinec je přímo zasažen
- b) **sekundární traumatizace:** jedinec je má blízká zkušenost s traumatizací jiného člověka
- c) **terciální traumatizace:** jedinec není přímo cílem traumatizace, je však ve vztahu s primárně či sekundárně traumatizovaným

2.2 Vznik traumatu

Psychické trauma vzniká na základě enormně stresujícího zážitku či dlouhotrvající stresující situace, která působí přímo na jedince. Mezi základní charakteristiky psychického traumatu patří příčina přicházející z vnějšku, dále děsivý charakter situace, navození pocitu bezmoci a ohrožení života. Adaptační mechanismy biologické i psychické, jež člověk obvykle využívá, jsou ochromeny a nastupuje pocit ztráty moci a vlivu. (Vodáčková, 2012)

Každý zážitek je subjektivní, i extrémní trauma lidé nehodnotí obdobně, takže se svým významem i dopadem může lišit. Silný vliv zde má i kultura, v některých zemích by se pro nás naprosto zdrcující traumatizující zážitek nijak významně neřešil a považoval se za obvyklou věc. (Vizinová a Preiss, 1999)

K traumatickým situacím neodmyslitelně patří především extrémní intenzita ohrožení, nečekanost a nemožnost odhadnutí blížícího se nebezpečí. Traumatizace může být jednorázová, jindy i opakovaná, v každém případě se prožití náročné situace může stát pro člověka zdrojem stresu. V souvislosti s tím může u některého postiženého jedince vzniknout tzv. posttraumatická stresová porucha. (Vágnerová, 2004)

2.3 Rysy

Paulík (2010), Vágnerová (2004), Vizínová a Preiss (1999) se ve svých pracích věnovali rysům traumatu a řadí mezi ně nemožnost uniknout, nepochopitelnost, disociaci a narušení vztahů.

Prvním z nich je nemožnost uniknout, kdy se člověk nachází tváří v tvář extrémnímu zážitku a pro reakci není prostor, není možný útok ani útek. A tak se ocitá ve stavu naprosté bezmoci. Dalším rysem je jeho nepochopitelnost, kdy se tak děsivý a silný zážitek nepřibližuje žádným dosavadním zkušenostem, a proto ho jedinec není schopný zasadit do určitého schématu. Nenachází v něm žádný smysl. Třetím rysem v pořadí je tzv. disociace neboli oddělení od různých duševních procesů. Vzniká rozdíl mezi základními představami a tím, co vnímáme, čímž dochází k vnitřnímu zármutku. Často si jedinec vybaví traumatizující situaci se všemi detaily, ale bez jakéhokoliv emočního prožití. Posledním rysem je narušení vztahů s lidmi. Roli zde hraje i to, v jaké fázi života se trauma odehraje, zda v dětství, dospívání či dospělosti. Následovat kromě pocitu viny může ztráta důvěry k okolí a sobě, zranitelnost či stud. V mnoha případech dochází k narušení vazeb mezi blízkými a jedinec se následně stáhne. (Vizínová & Preiss, 1999)

2.4 Symptomy

Vizínová a Preiss (1999) rozčleňují symptomy traumatu, které vznikají jako následek prožití traumatické události, do 3 skupin.

- a) **Nadměrné vzrušení** vzniká jako následek očekávání nebezpečí. Jedinec je udržován ve stavu trvalého vzrušení a čeká, co přijde. V tuto chvíli je schopný reagovat na ohrožení, buď bojem nebo únikem. Důsledkem jsou problémy se spánkem, pocení, podrážděnost. V situaci, kdy dojde nějakým způsobem k připomenutí traumatu, může jedinec reagovat třesem, pocením, tachykardií nebo hyperventilací a s každým takovým podnětem může jedinec situaci vnímat jako nové ohrožení. Častým problémem pro adaptaci jedince po prožití traumatu na normální podmínky jsou právě tyto přetrvávající fyziologické jevy.

- b) **Intruzivní příznaky** označují případ, kdy člověk prožívá traumatickou událost v myšlenkách opakovaně, aniž by chtěl. Ve dne, jako vzpomínky na událost, ve kterých se minulost vrací a stává se aktuální, čímž se člověk rychle dostává do stavu děsivých představ. Ale ani ve spánku se jedinec těchto pocitů nezabaví a v noci se situace promítá do nočních děsů a snů. Ruku v ruce jsou emoční a tělesné odezvy. Kromě toho, že se traumatické sny liší od obvyklých svou nemožností je

verbalizovat, tak se objevují v naprosto neobvyklých fázích spánku. Mohou se objevit i v průběhu dne, přímo v chování, například opakovaným inscenováním traumatické situace. Intruzivní příznaky ve formě vzpomínek, snů či chování působí děsivě a často mohou překročit hranice snesitelnosti. I přesto v nich lze nalézt nějaké pozitivum. A to v postupné adaptaci při zapracování do vnitřního systému jedince.

- c) **Příznaky stažení, sevření (konstriktivní)** jsou následkem naprosté bezmocnosti člověka v nebezpečí. Situace, kdy jedinec nemá žádnou možnost, jak utéct ani bojovat, navodí stav strnulosti a zkamenělosti. Jedince tato situace dohání k jediné reakci a tou je vnitřní únik, tedy změna stavu vědomí. Vědomí sice registruje situaci, ale jako kdyby se nijak neztotožňovala se svým významem. Osoba v ohrožení si tak neuvědomuje aktuální riziko a situaci pojímá spíše jako sen, ze kterého se probudí. Což se dá vnímat jako umění, jak ochránit vlastní mysl. Tento stav se nazývá *traumatický trans*, který nastupuje naprosto nevědomě. Konstriktivní příznaky postihují také iniciativu a spontánní aktivitu, s čímž se pojí vyhybavost některým situacím, které vyvolávají vzpomínku na trauma. Příznaky stažení mohou vést k inhibici aktivity a emočního prožívání, což se podepíše na kvalitě prožívání jedincova života.

Vzájemnost těchto symptomů, a to především propojenost intruzivních a konstriktivních příznaků, je jedním z hlavních znaků následků traumatu. Takzvaná *dialektika traumatu* poukazuje na existenci dvou extrémních stavů. První je stav amnézie společně se silným přívalem emocí a druhý je stav inhibované bezemoční aktivity. Už to je pro člověka těžko snesitelné, a tento pocit nijak nevylepší výrazná nestabilita a nepochopení těchto stavů. Naopak dochází k prohloubení pocitu bezmocnosti a nepředvídatelnosti další změny. Lze říci, že když jedny příznaky slábnou, ty druhé sílí a dostávají se do popředí. V případech dlouhotrvajícího střídání těchto dvou stavů člověk ztrácí sílu bojovat, propadá zoufalosti, a mohou se tak objevit sebevražedné myšlenky i chování. (Vizinová & Preiss, 1999)

2.5 Fáze vyrovnávání se s traumatem

Průběh vyrovnávání se s traumatickou událostí popisují různí autoři odlišně, i když základ je vcelku podobný. Vzhledem k **charakteru** této práce je uvedena klasifikace dle Kořána (in Kohoutek & Čermák, 2009).

1. **fáze omráčení a šoku:** nastává okamžitě po prožití události (trvá 24-36 hodin); vhodné podat stručné, a především pravdivé informace

2. **fáze výkřiku:** („Co se stalo?“) přibližně první 3 dny; častá derealizace, netečnost
3. **fáze hledání smyslu události:** člověka si pokládá otázky „proč se to stalo?“, „proč já?“, hledá se viník a smysl, to se mnohdy stane celoživotním úkolem (trvá okolo 3 až 14 dnů)
4. **fáze popření a zase znovuprožívání události:** („Třeba se mi to jen zdá.“) střídají se stavy popření a snění, co by mohlo být, trvá 2 až 8 týdnů po traumatické události
5. **posttraumatická fáze:** období pro rozvinutí PTSD, výrazné rozdíly ve vyrovnávání (nastává 1. až 3. měsíc po události)

Samozřejmě nesmíme opomenout jedinečnost každého člověka, proto je toto členění spíše obecné. Už samotný časový průběh se může lišit a některé fáze se mohou dokonce opakovat. (Mareš, 2012)

2.6 Posttraumatické poruchy

Posttraumatické poruchy jsou v MKN-10 řazeny do skupiny „Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení“. Řadíme sem posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), akutní reakci na stres a poruchy přizpůsobení. Lze je identifikovat nejen podle symptomů, ale i vzhledem k příčině, tedy prožití traumatické události. Jedinec ztrácí radost ze života a může dojít až k neschopnosti fungování v běžném životě.

Obvykle se uvádí, že na základě prožití traumatu jedinec může onemocnět nejen posttraumatickými poruchami, ale i alkoholismem a depresemi. Užívání alkoholu patří mezi maladaptivní strategie zvládání zátěže stejně tak jako přejídání se, a patří tak mezi obvyklé pokusy, jak se s událostí vyrovnat. V západních zemích je tak hojně využíván s účelem zmírnění bolesti, nespavosti a strachu. V některých případech se může užívání překlenout v závislost. Tyto posttraumatické projevy nemusí vždy vzejít v poruchu, někdy jde jen o dočasné přežívání. V souvislosti se vznikem duševních poruch nesmíme zapomínat na vznik i poruch tělesných. (Baštecká, 2005)

2.6.1 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha bývá označována zkratkou PTSD z anglického názvu *Posttraumatic stress disorder*. Patří mezi duševní poruchy a je řazena v MKN-10 (F43.1) i v DMS IV (309.81). Jedná se o opožděnou reakci na stresovou událost a od akutní stresové reakce se liší dobou rozvoje. Rozvíjí se až do 6 měsíců od události a dlouhodobě přetrvává. Aktuálně se při léčbě PTSD využívá psychoterapeutických postupů a antidepresiv. (Raboch & Zvolský, 2001)

Příčinou jejího vzniku jsou vnější vlivy, které jedinec není schopný zvládnout. Jedná se o děsivé zážitky, které jsou naprosto náhlé a neočekávané. Následně záleží na způsobu zpracování události, které významně ovlivňují psychologické, sociální a biologické faktory. (Vágnerová, 2004)

Z medicínského pohledu je PTSD charakterizována opakovanými a neodbytnými vzpomínkami, netečností vůči okolí, ztrátou pozitivních emocí a úzkostí. Jedinec často trpí poruchami spánku, sklonem k agresivním reakcím a ztrácí zájem o cokoliv, co ho dříve bavilo. Tento negativní stav může trvat několik týdnů až měsíců, v některých případech se dostaví trvalá změna osobnosti. (Mareš, 2008)

Pravděpodobnost propuknutí PTSD se zvyšuje v případě jedinců, kteří hodnotí své chování po prožití traumatu pouze negativně a odlišně od běžného. Dále u jedinců, u nichž samotných nebo jejich příbuzných se vyskytla některá z duševních poruch, a u těch, kterým se do života po prožití traumatického zážitku připletlo další neštěstí. Obecně se autoři neshodují v přibližném odhadu jedinců s rozvinutou PTSD, a tak se prevalence výskytu výrazně pohybuje mezi 3 % do 60 %. (Baštecká, 2005)

2.6.2 Akutní reakce na stres

Akutní reakce na stres je považována za závažnou duševní poruchu, která se objevuje u jedinců bez předešlých psychických obtíží. Je chápána jako okamžitá odpověď na mimořádně výjimečný duševní či fyzický stres. Většinou přetrvává několik hodin, maximálně dnů a rizikovější skupinou jsou jedinci disponovaní, například oslabení dlouhodobou nemocí. Tuto reakci může vyvolat zážitek spojený s ohrožením jedince, či jeho blízkých. (Raboch & Zvolský, 2001)

Lze definovat dvě formy akutní reakce na stres, záleží na biochemické změně, která ovlivní náš vegetativní systém. Převládá buď funkce sympatiku – reakce aktivní (typ A) nebo funkce parasympatikus – reakce pasivní (typ B). Reakce aktivní spočívá v rychlé mobilizaci na rovině tělesné, emoční a rovině chování. Mezi časté změny náleží silné pocení, zrychlení fyziologických projevů, třes, nesoustředěnost, agrese, kontrola okolí apod. Při reakci pasivní člověk reaguje, jako kdyby nebyl, omezí pohyby na minimum. Může dojít až k depersonalizaci a derealizaci. Akutní reakce na stres se pojí často s částečnou či úplnou amnézií. (Vodáčková, 2012)

2.6.3 Poruchy přizpůsobení

Úskalí v diagnostice této poruchy spočívá v odlišení od normálního zármutku, ale i dalších psychických poruch. Jsou diagnostikovány v případě narušení sociálního fungování

následkem stresové události či změny. Obtíže u jedince vznikají do jednoho měsíce od stresové události a projevují se subjektivní tísní a dalšími poruchami emocí. Příznaky přetrvávají maximálně 6 měsíců a patří do nich depresivní nálada, obavy a zhoršení výkonu v každodenních činnostech. Podstatným faktorem při rozvinutí poruchy je adaptační kapacita jedince. Ta je ovlivněná nejenom geneticky a osobnostně, ale i dovednostmi získanými v průběhu života. Vliv má i aktuální kontext situace. Léčebnou metodou je hojně doporučovaná psychoterapie s vyjádřením hlubokého porozumění a navázání terapeutického vztahu. (Látalová, Kamarádová, Jelenová, Osciková, & Praško, 2015)

3 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY VYROVNÁVÁNÍ

V této kapitole se práce bude věnovat aspektům, které napomáhají přijmout závažnou životní změnu a vyrovnat se s ní. Nejdříve bude pozornost zaměřena na fáze zvládání a poté budou následovat zmíněné aspekty. Výčet těchto aspektů byl vytvořen propojením teorie z příslušné literatury a informací získaných skrze rozhovory s cílovou skupinou.

3.1 Fáze zvládání získaného postižení

Od okamžiku úrazu či zranění se jedinec ocitá v naprosto novém světě a průběh, než novou realitu dokáže přijmout, je na psychiku velmi náročný, a ne každý to zvládne. Vágnerová (2004) sestavila přibližný proces zvládání získaného postižení od samotného vzniku, k postupné adaptaci. Není zde žádné časové ohraničení vzhledem k individualitě jedinců a typu postižení.

- 1. Fáze latence:** Pacient v této fázi ví, že se něco stalo, ale není dostatečně informován o svém stavu, a tak nedokáže určit, jaká je situace. Často má bolesti, strach z budoucnosti, cítí se bezmocně a nečinně, ale stále věří v uzdravení.
- 2. Fáze pochopení traumatizující reality:** Pacient si pomalu začne uvědomovat, že se jeho stav nemění a žádné uzdravení nepřichází. Nejčastěji se u pacientů objeví obranný mechanismus – popírání. Pacient dělá, že nic takového není možné. To je nejjednodušší způsob.
- 3. Fáze protestu a smlouvání:** Postižený v této fázi neguje jakoukoliv snahu zvenčí, vše, co pro něj neznamena návrat k původnímu stavu. Neguje rehabilitaci, komunikaci, snahu se učit. Naopak se snaží uchovat naději a doufá ve zlepšení stavu, často jsou představy pacientů nerealistické, což situaci ještě zhoršuje.
- 4. Fáze postupné adaptace:** V poslední fázi se jedinec začíná pomalu přiučovat novým pohybům, v některých případech i kompenzačním pomůckám. Někteří si nevěří a nedoufají, že život s postižením zvládnou, jiní si naopak snaží dokázat, že zvládnou vše, co budou chtít. Často matoucím faktem, co je s daným postižením možné a nemožné, je to, že jedinec nezná ze svého okolí nikoho takového. Teprve v této fázi, si valná většina přizná, že změna opravdu nastala a že už s tím nikdo nic neudělá.

(Vágnerová, 2004)

3.2 Posttraumatický rozvoj u pacientů po amputaci

Galagher a MacLachlan (2000) se ve svém výzkumu zaměřeném na pacienty po amputaci dolní končetiny věnovali otázce, zda amputovaným tato životní změna přinesla nějaká pozitiva. V případě tohoto výzkumu uvedlo 48 % respondentů, že nic pozitivního na amputaci neshledávají, dalších 46 % probandů odpovědělo opačně, a dokonce dokázalo pozitiva vyjmenovat, zbylých 6 % nebylo schopných specifikovat. Zde jsou uvedena některá z pozitiv dle respondentů: pocit nezávislosti, zocelení charakteru, změna postoje k životu a lepší zvládání dalších náročných situací v životě. Autoři dospěli k velmi pozitivnímu závěru výzkumu, a to že osoby, které na takto závažné situaci dokázali najít něco pozitivního, se vyznačovali nejenom lepším zdravotním stavem, ale také lepší fyzickou kondicí a lepší adaptací na život. (Galagher & MacLachlan, 2000)

3.3 Sociální opora

Sociální opora patří nepochybně mezi stěžejní faktory při zvládání traumatických událostí a náročných životních situací. V mnoha studiích, jež se zabývaly otázkou dostupnosti nebo významnosti sociální opory, autoři docházejí k závěrům potřeby a důležitosti poskytování opory a blízkosti lidem po prožití neštěstí.

3.3.1 Vymezení sociální opory

Termín sociální opora (angl. „social support“) vymezuje Křivohlavý (2001) jako pomoc poskytovanou člověku, který se ocitá v zátěžové situaci, čímž mu ji ten druhý ulehčuje. Vztahuje se k síle, kterou jedinec bojující se stresem získává od svých blízkých. Jde především o primární sociální skupinu (rodina), ale také o tzv. signifikantní skupinu lidí, kteří jsou pro daného jedince důležití. (Křivohlavý, 1994)

O sociální opoře jako usnadňujícím faktoru zvládání zátěžové situace mluví Šolcová a Kebza (1999). Tento faktor působí především pozitivně a v některých případech chrání před negativními účinky stresu. Mnoho výzkumů potvrzuje právě pozitivní vliv sociální opory v případě mimořádných událostí, přírodních katastrof apod., čímž lze sociální oporu označit za protektivní faktor neboli faktor chránící. (Šolcová & Kebza, 1999)

I přesto bychom neměli opomenout případné negativní účinky poskytování sociální opory. Zpočátku výzkumů se pozornost soustředila především na pozitivní vlivy, avšak ne ve všech případech tomu tak je. Nadměrná pomoc druhému, nevhodná forma pomoci i odlišnost představ o tom, co by bylo v danou chvíli potřebné, to vše se může negativně odrazit na psychickém stavu jedince. (Křivohlavý, 2001)

3.3.2 Sociální síť

Existuje základní podmínka pro poskytování podpory a pomoci a tou je tzv. sociální síť (angl. social network). Charakterizují se tak sociální vazby a interakce mezi lidmi. Sociální síť je označena za hlavní zdroj sociální opory, jež zahrnuje jednotlivé kategorie, díky kterým se efekt sociální opory realizuje. Do těchto kategorií autoři zahrnují rodinu, blízké přátele, kolegy, komunitu a profesionály. (Šolcová & Kebza, 1999)

Pugliesová a Shook svým výzkumem potvrdili ovlivnění struktury sociální sítě základními charakteristikami, např. pohlavím, věkem, rodinným stavem, etnicitou (Pugliesi, & Shook, 1998).

Původním základem sociální sítě byli pouze příbuzenské vztahy a široká rodina, avšak postupem času začaly rodiny v západních zemích žít odděleně, a tak se do sociálních sítí začali dostávat původně „cizí lidé“. Sociální síť lze posuzovat z několika hledisek.

- a) **velikost** – počet osob, se kterými je člověk v přímém kontaktu
 - b) **hustota** – četnost a rozsah kontaktů, hodnotíme sociální síť buďto řídkou či hustou
 - c) **obsah** – co se ve vztahu děje a jak kontakt probíhá
 - d) **intenzita** – blízkost v kontaktu
 - e) **směr a určení** – zda je vztah vzájemný
- (Baštecká, 2005)

3.3.3 Druhy sociální opory

Z hlediska obsahu J. House rozlišuje tyto hlavní složky sociální opory:

- a) **emocionální opora**: obsahuje důležité emoce (láska, empatie, přátelství), blízká osoba dodává pocit naděje a soucit potřebnému jedinci
 - b) **hodnotící opora**: umožňující zhodnocení situace a sdílení těžkostí
 - c) **informační opora**: poskytující rady a informace k řešení problémů, často z osobních či profesních zkušeností
 - d) **instrumentální opora**: nabízí praktické druhy pomoci (materiální, poskytnutí finanční pomoci)
- (Slaměník & Výrost, 2001)

O pár let později Schwarzer a Leppinová do teorie dle House dodali další dvě složky.

Oporu hmotnou a oporu sebevědomí. (Šolcová & Kebza, 1999)

3.4. Body image

Výzkumy věnující se tělu se zpočátku odehrávaly z velké části především v zahraničí, a tak pojmy související s ním často zůstávají v anglické podobě nebo jsou ne vždy dostatečně přeloženy. Všechny pojmy, jako tělesný koncept, sebepojetí, obraz těla atd. mají ale společné to, že se podrobně věnují pocitům, zkušenostem a vnímání vlastního těla. (Fialová, 2001)

To, jak jedinec vnímá vlastní tělo, je důležitou součástí celkových představ o sobě samém. Zahrnuje ale i to, jak jedinec své tělo popisuje a hodnotí jeho vzhled i funkci. Je tedy zřejmé, že ovlivňuje psychický stav i fungování jedince ve společnosti. Jsou nám známy tři základní aspekty nahlížení na naše tělo. Prvním je reálný obraz těla, tedy opravdu skutečný vzhled. Druhým je ideální obraz, což jsou představy a přání jedince, jak by chtěl, aby tělo vypadalo, a třetím je jeho prezentace. Zdravý obraz a pocit spokojenosti přichází v rovnováze těchto tří aspektů. Je samozřejmé, že se pohled na tělo mění v průběhu času a vývoje jedince. Právě to, stejně jako nepředvídatelná událost narušující stávající obraz, může mít velký vliv na vnímání sebe sama. Jelikož je tělesná oblast propojená s psychickou, může nastatá změna v jedné oblasti ovlivnit druhou. Dopad se může týkat emoční pohody, chování jedince, sebedůvěry a vnímání vlastní hodnoty. (Zeman & Krška, 2011)

3.4.1 Přijetí nového tělesného schématu

Pro jedince, kteří v průběhu života přijdou o část těla, je těžké vnímat tělo takové jaké je, a přijmout, že je tato změna už trvalá. Výzkum, jež byl zaměřen na muže po traumatické amputaci dolní končetiny, si dal za cíl zjistit, jak tito muži vnímají tělesné schéma po ztrátě končetiny a zda má tato skutečnost co dočinění s životní spokojeností a psychosociální pohodou.

Breakey uvádí, že člověk po amputaci, který byl celý život zvyklý na svoji končetinu, se bude nadále srovnávat s ostatními, tak jak tomu bylo dříve, a to jak vizuálně, tak funkčně. Dalo by se spekulovat o obtížích, které na základě tohoto hodnocení mohou vzniknout a zapříčinit tak nízkou sebeúctu, negativní vnímání a postoj vůči svému tělu. Vlivem špatného vnímání vlastního těla je pravděpodobnost výskytu deprese a úzkosti. (Breakey, 1997)

Roli zde hraje i to, zda jedinec chce na základě ztráty končetiny využívat kompenzační pomůcku ve formě protézy a naučit se tak znovu chodit nebo zůstane na invalidním vozíku. Čemuž se věnuje Fishman a považuje za důležitý okamžik přijetí protézy jako část svého těla na rozdíl od přemýšlení nad svou chybějící končetinou. Podle něj je důležité, aby se jedinec naučil žít s realitou, tedy že končetinu nemá, ale může naplno žít

dál, než aby žil s myšlenkou „jsem postižený“. Na to navazuje Shontz, který doporučuje těmto jedincům přibližovat se body image ve třech formách. Za první body image nedotčeného těla před amputací, na které byli celý život zvyklí, za druhé body image s chybějící končetinou a za třetí body image při nošení protézy. (Fishman, Shontz in Breakey, 1997)

3.5 Zpracování události

Mezi důležité faktory, které rozhodují, zda se člověk s prožitým traumatem vyrovná nebo ho naopak nedokáže přijmout a rozvine se u něj nějaký druh posttraumatické poruchy, patří kognitivní zpracování události. Hausmann (2003) uvádí tři formy. Interpretace události a následků, vzpomínky na zážitek a zvládnutí zátěže. (Kohoutek & Čermák, 2009)

Nejdůležitější je pro člověka interpretace události a jejích následků. S tím se pojí již předešlé zkušenosti s podobnými událostmi. Zda jedinec ví, co dalšího se může stát, i to může být aspekt, který napomůže ke zvládnutí situace. Pozdější interpretace následků může mít pozitivní i negativní charakter. V případě pozitivní interpretace se událost stane časově ohraničenou a nemusí mít ve všech případech negativní dopady na další život. Naopak při negativní interpretaci chybí časové ohraničení, a tak se událost neukotví jen do minulosti, ale může kdykoliv „vyplynout na povrch“ jako aktuální hrozba. (Kohoutek & Čermák, 2009)

Často se u osob po prožití traumatu objevují vtíravé myšlenky, pocity a vzpomínky na prožitou událost, které nazýváme intruzemi. Mohou mít podobu sensorickou, jako je zvuk tekoucí vody nebo blížícího se automobilu, a právě to člověku navodí pocit „teď a tady“. Ve vztahu s tím vyvstávají tělesné pocity a emoční stavy, které ne vždy odpovídají prožité události. Důvodem tohoto prožívání je pravděpodobně nedostatečné zpracování zážitku a neúplné začlenění do struktury autobiografických vzpomínek. Intruze těžko vymizí, protože mají velmi silná asociační spojení. Na tomto základě se u některých osob objevují tzv. flashbaky, které svou silnou asociační propojeností navozují živé znovuprožívání události, a mohou tak na jedince působit jako alarm upozorňující na nebezpečí. (Kohoutek & Čermák, 2009)

Třetí důležitou složkou zpracování traumatu je způsob zvládnutí zátěže. I sem by se daly intruzivní myšlenky zařadit dle Horowitz (1976), který označuje popírání vedle intruze za druhý proces zvládnutí. V intruzivní fázi se objevuje vztek, úzkost, smutek a další emoce jako zahanbení před okolím kvůli vlastní roli a neutišitelné strachy. Ve fázi popírání se naopak člověk snaží vyhýbat veškerým úvahám spojeným s událostí. Není zcela jasné proč, ale tyto fáze se neustále střídají. (Kohoutek & Čermák, 2009)

Zpracování události se pojí s osobností jedince a jeho psychickou vybaveností a odolností. Svou roli zde hraje velkou měrou povaha události a délka trvání hrozby.

3.6 Osobnost před traumatem

Jak zmiňuje Mareš (2008) ve své přehledové studii, pro vyrovnání se s traumatem jsou důležité osobnostní charakteristiky jako například emoční ladění, temperament, zdravotní stav a jako nejdůležitější jsou charakteristiky jedince „já“ a odolnost (Mareš, 2008).

Mezi tyto charakteristiky můžeme řadit vnímanou osobní zdatnost (self-efficacy), která nastiňuje naši vlastní představu toho, co a jak jsme schopni řídit a kontrolovat. Lze říct, že jedinci, kteří jsou přesvědčeni o schopnosti zvládnout problém nebo cíl, úspěšněji bojují s těžkostmi nejenom zdravotními, ale mají lepší kvalitu života. (Křivohlavý, 2001)

Odolnost (resilience) je další podstatnou charakteristikou. Dle průzkumu autoři Lepore a Revenson rozlišují její tři podoby. První je recovery, tedy v přesném překladu obnovení či zotavení. To je chápáno jako návrat k normálu. Jedinec si náročnou situaci prošel, ale po prožití distresu se dokáže vrátit do původního stavu. Druhou podobou je odpor neboli rezistence, při které jedinec zachová stále stejný stav, chová se stejně a nedává na sobě nic znát. Neprojevuje žádné emoce spojené s událostí, a tím se podstatě liší od očekávaného „normálního“ prožívání. Třetí podobou je rekonfigurace, tedy změna, která nastává po prožití traumatu. Jedinec si prošel náročnou situací, která ho změnila, ať už pozitivně, či negativně. (Lepore & Revenson, 2006)

3.7 Existenční strachy

V různých oblastech života po takto traumatickém zážitku, jako je amputace dolní končetiny s doživotními následky, mohou vyvstat problémy, strachy nebo úzkosti. Často si jedinci po prožití traumatické události uvědomí konečnost života, změni pohled na svět a přemění svůj hodnotový žebříček. To je naprosto pochopitelné. Jedinci se ze dne na den mění představy o vlastních schopnostech, fyzických možnostech a budoucích plánech. S tím se pojí strach z nenaplnění životních rolí, na které byl jedinec zvyklý. Strach z nezajištění rodiny, strach z nenaplnění role otce/matky ve všech ohledech, ale také strach z role v partnerském životě. To vše se může postiženému objevovat v myšlenkách. Zapomínat by se nemělo i na strach z podobného typu situace, jako při které nastal životní zvrat. Například pokud jedinec přišel o končetinu při jízdě na motocyklu, může se stát, že už se k řízení nevrátí a bude mít o to větší strach o své blízké v dopravních prostředcích než kdy dřív.

Je nespočet oblastí života, kterých se získané postižení dotkne, a závisí na jedinci, jeho blízkých a dalších okolnostech, jak se k tomu postaví. Samozřejmě nelze věnovat pozornost veškerým oblastem, protože jich je nepředstavitelně mnoho, proto jsou zde pro představu uvedeny jen některé, pravděpodobně ty stěžejní. Stejně tak Vágnerová (2004) rozděluje faktory, jež mají vliv na kvalitu života postiženého do čtyř skupin, a to: soběstačnost a nezávislost, omezení možností, schopnost sociálního kontaktu a úroveň celkového pocitu pohody. (Vágnerová, 2004)

První důležitou oblastí, která je po úrazu okamžitě narušena, je **soběstačnost a nezávislost**. Úkony, které souvisí s každodenním fungováním a jsou brány jako samozřejmost, se najednou stávají úkolem náročným, někdy i nesplnitelným. V prvních den, týdnech potřebuje člověk po úrazu/vzniku postižení neustálou pomoc od druhých. Postupem času se motivovaní jedinci učí a zlepšují své schopnosti. Navracejí se do běžného fungování, čímž se posiluje jejich pocit moci a souvisí se všemi dalšími aktivitami a plány. Ne každý ve všech situacích dokáže být naprosto nezávislý na druhé osobě a často dochází k regresi do nižších vývojových stadií. Při představě neustálé potřeby pomoci druhých se vytrácí čas v soukromí, které je minimálně zpočátku také narušeno.

Aby byl umožněn co nejlepší návrat do původního života, je také klíčová **kvalita kompenzačních pomůcek**, kterou jedinec získá. Častým problémem je finanční náročnost na sestavení protézy a také problematika zákonů a pojišťoven. V dnešní době se vyrábí mnoho druhů a liší se svojí funkčností a možnostmi využití. Především co se týká sportu, je pro člověka s obyčejnou kompenzační pomůckou skoro nemožné věnovat se různým sportovním disciplínám. V mnoha případech člověk nedostane právě pro něj tu nejvhodnější pomůcku, a tím se mu dveře do sportovního světa spíše zavírají.

Další oblastí, které se získané postižení výrazně dotýká, je **sexuální život** jedince. Jak uvádí souhrn kvalitních dostupných studií o sexualitě amputovaných, základním problémem, který se objevuje, je komunikace ohledně sexu jak s odborníkem, tak s partnerem. Výzkum poukázal na variabilitu problému v sexuálním fungování. To se týká četnosti pohlavního styku, mobility při sexuální aktivitě, sexuálního uspokojení atd. Dopad amputace na kvalitu sexuálního života se týká především žen a starších osob. Často se opakujícím byl i fakt, zda má jedinec stálého partnera. U dlouhodobějších a kvalitních vztahů se problémy v této oblasti objevují méně. (Geertzen, Van Es, & Dijkstra, 2009) V dalším výzkumu z roku 2002 zaměřeného na sexuální aktivitu amputovaných osob výsledky ukázaly, že u více jak 30 % respondentů (jen muži) došlo ke snížení zájmu o sex a také potvrdilo významnost existence partnera v sexuálním životě (Ide, Watanabe, & Toyonaga, 2002).

Jako poslední by se dala zmínit poněkud zastřešující oblast všech předešlých. A tou je **budoucnost**. A můžeme do ní zahrnout i spousty dalších, jako je zaměstnání, finanční stránka, životní plány atd. Co se týká zaměstnání, mnoho jedinců po amputaci kterékoli z končetin není schopno vykonávat stejné povolání, jakému se věnovali před zákrokem, a tak často žijí z invalidního důchodu nebo hledají jinou profesi, kterou lze vykonávat dle jejich možností. To může způsobit komplikace nejenom, co se týče aktuální finanční situace, ale především financí s budoucností spojených.

II. Empirická část

4 VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A CÍL

Jak již teoretická část zaznamenává, výzkum je zaměřen na specifickou skupinu osob. Jedná se o muže po traumatické amputaci dolní končetiny. Zatímco je téma amputace hojně řešeno v lékařství, ošetřovatelství a v poslední době také v technických oborech, fakt, že je tato situace i velmi psychicky náročná, zůstává upozaděna. Existuje již mnoho prací se zaměřením na zlepšení kvality života jedinců po amputaci, či jejich uplatnění. Nevěnuje se však dostatečná pozornost psychickému stavu dotyčných osob. Po prostudování relevantní literatury byl stanoven záměr práce prozkoumat oblasti, které mají vliv na přijetí postižení a vyrovnání se s tak náročnou životní změnou, která přišla do života naprosto nečekaně a ovlivňuje veškeré stránky jedincova života.

Hlavním cílem praktické části je především odhalení důležitých a v životě využívaných aspektů, které napomáhají jedincům vyrovnat se s traumatickou událostí. Dalšími cíli je prozkoumat oblasti, na které tato náročná situace měla negativní dopad a naopak, zda jedinci přinesla do života i něco pozitivního.

4.1 Výzkumné otázky

Na základě výzkumného záměru a cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka a tři dílčí:

1. Jak se osoba po amputaci vyrovnává s traumatickým zážitkem?
 - a. Co bylo nejdůležitější pro vyrovnání se s traumatickou situací?
 - b. Jaké jsou největší respondentem prožívané ztráty spojené s amputací?
 - c. Vnímá respondent nějaká pozitiva spojená s amputací?

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

Následující kapitola se věnuje metodice výzkumu. Zaměřuje se na výběr typu výzkumu, způsobu získávání a zpracování dat. Následně se soustředí na postup při výběru výzkumného souboru.

5.1 Typ výzkumu

Pro dosažení cílů tohoto výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup. A to nejenom na základě možnosti podrobného popisu a hloubkového zaměření se na jednotlivé případy, ale také z důvodu přístupu k detailnějším informacím, než je tomu u přístupu kvantitativního. Nevýhodu však vidím v nemožnosti zobecnění získaných dat a také v časové náročnosti.

Jak uvádí Miovský, na začátku každého výzkumu by měl stát tzv. ideový plán, který ukrývá představy o průběhu zkoumání. Plán zaznamenává veškeré fáze výzkumu a jeho včasná příprava může ušetřit mnoho času. (Mioviský, 2006) Proto jsem si takový plán vytvořila a snažila se dle něj postupovat. Prvním krokem byl samotný nápad na téma výzkumu a zamyšlení se nad možností realizace. Nestačí tedy jen idea, ale je nutné zhodnocení smyslu výzkumu a možností zpracování. Otázku, zda budu mít dostatečný přístup k informacím a zda najdu ochotné respondenty, proto bylo důležité důkladně promyslet. To vzhledem k ne tak obvyklé problematice nebyl tak lehký úkol. Po důkladném promyšlení a rozhodnutí přišly na řadu vize ohledně sběru dat a jejich zpracování.

Ferjenčík upozorňuje při volbě výzkumného plánu řídit se dle záměru a výzkumných otázek, jež chceme řešit, a následně vybrat plán, ne naopak (Ferjenčík, 2000). Právě proto jsem vzhledem k zaměření tohoto výzkumu zvolila design případových studií, který považuji za nejvhodnější pro poměrně specifické téma. Vzhledem k malému vzorku, tedy malému počtu případových studií, byla možnost nejenom věnovat se detailně každému jedinci, ale také soustředit se na souvislosti různých oblastí v jeho životě.

5.2 Metody získávání dat

Data pro tento výzkum byla získávána začátkem roku 2019. Metodu sběru jsem zvolila rozhovor neboli interview, který je pokládán za nejvýhodnější a zároveň nejobtížnější metodu sběru pro kvalitativní výzkum. Dle strukturace lze rozhovor dělit na strukturovaný, polostrukturovaný a nestrukturovaný. Vzhledem k tématu výzkumu jsem vybrala rozhovor polostrukturovaný, který má své výrazné přednosti jako je například přístup k detailnějším informacím, ruku v ruce s tím jde však náročnost jeho provedení.

Důležitým krokem bylo vytvoření přípravného schématu, kterého jsem se v průběhu všech rozhovorů držela. Schéma je k nahlédnutí jako příloha č. 1. Obsahovalo předem připravené okruhy otázek, které jsem považovala za důležité a zajímavé. Snažila jsem se zjistit co nejvíce potřebných informací, ale zároveň vytvořit a udržet příjemnou atmosféru, proto jsem pořadí otázek nijak striktně neřídila a ptala se dle situace. Během rozhovoru jsem se několikrát doptala na upřesnění a správné pochopení respondentovi myšlenky.

Rozhovor byl vždy prováděn individuálně. Veškeré rozhovory probíhaly naživo tváří v tvář, v klidném prostředí s neomezeným časem. Každý trval přibližně 60 minut a byl nahráván na diktafon, s čímž každý účastník předem souhlasil. Přepis jednoho z rozhovorů je k nahlédnutí jako příloha č. 2.

Možnost nahrávání považuji za velkou výhodu, díky které si během rozhovoru nemusím vytvářet důkladné poznámky, a mohu tak věnovat veškerou pozornost pouze respondentovi. V možnostech okamžitě se doptávat, reagovat a soustředit se pouze na komunikaci s probandem vidím prospěch na obou stranách. Na straně respondenta radost, že se někdo zajímá o problematiku, která se ho týká. Na straně výzkumníka hlubší vhled do situace a získání dalších informací díky pozorování.

5.3 Metody zpracování dat

Jak již bylo zmíněno, rozhovory byly nahrávány na diktafon, a tím daly vzniknout zvukové podobě. V průběhu času jsem rozhovory přehrávala a postupně přepisovala do textové podoby. Části, které se nijak netýkaly tématu, byly v přepisu vynechány. Přepsaný text jsem přehledně systematizovala s důrazem na autentičnost projevu respondentů. Tento proces dal vzniknout transkriptům, které jsem vytiskla a posléze jsem začala s otevřeným kódováním. Kódování jsem prováděla technikou tužka-papír, která mi byla bližší než kódování v počítačovém programu, i přes větší časovou náročnost. Postupně jsem kodovala všechny čtyři rozhovory. Při prvním rozhovoru byl vytvořen určitý počet kódů, který se s každým dalším rozhovorem postupně rozrůstal. Mnoho kódů se však prolínalo a opakovalo. Jako další krok následovalo přepsání všech kódů do seznamu, který jsem pro

lepší přehled seřadila dle abecedy. Poté jsem začala s hledáním určitých spojitostí a vzorců mezi kódy. I přes složité seskupování kódů vzniklo na základě analýzy šest nejvýraznějších kategorií, a to:

- Zpracování události
- Sociální opora
- Představy a očekávání
- Prožívané ztráty a strachy
- Vlastní snaha
- Přínos

Seznam kategorií a všech příslušných kódů je k nahlédnutí jako příloha č. 3.

5.4 Výběr výzkumného vzorku

Pro účast v tomto výzkumu byli respondenti vybíráni metodou nepravděpodobnostního záměrného výběru, a to z důvodu náročné specifikace účastníků. Tato metoda spočívá ve stanovení několika kritérií, které respondenti musejí splňovat a současně jsou ochotni se zapojit do výzkumu. (Miovský, 2006) Veškerá stanovená kritéria jsou velmi důležitá pro provedení výzkumu.

Pro tento výzkum jsem stanovila tato kritéria:

- respondenti jsou muži v produktivním věku
- jsou po jednostranné amputaci dolní končetiny
- amputace byla následkem prožití traumatu
- jsou každodenními uživateli protéz

Všichni probandi byli oslovení stejným způsobem. Nejdříve jsem navázala kontakt s plzeňskou firmou Protetika Plzeň s.r.o. a po určení kritérií k probandům byli muži jedním zaměstnancem firmy telefonicky seznámeni s možností účastnit se výzkumu. Ti, kteří měli zájem, byli po krátké časové pauze osloveni znovu. V tomto případě již mnou a byli seznámeni s podrobnějším účelem práce. Následně jsme se dohodli na datu setkání a provedení rozhovoru. Celkem bylo osloveno pět mužů, z toho jeden účast po delším časovém úseku odmítl. Tři probandi jsou klienti zmíněného zdravotnického střediska a čtvrtým je přímo zaměstnanec firmy. Celkem byli získáni čtyři respondenti.

6 ETICKÉ ASPEKTY

Traumatická událost je pro každého jedince náročnou a nesnadnou tématikou k hovoru, proto bylo vynaloženo co největší úsilí pro empatické navázání kontaktu a společného rozhovoru.

Všichni respondenti se výzkumu účastnili dobrovolně a měli možnost kdykoliv odstoupit. Každý účastník byl před započetím rozhovoru seznámen s účelem a postupem práce a také byli všichni seznámeni s možností „neodpovědět na některé otázky“. Žádný z účastníků tuto možnost „neodpovědět na některou z otázek“ nevyužil.

Respondenti nepodepisovali písemný informovaný souhlas, ale každý sdělil svůj souhlas s nahráváním před začátkem rozhovoru. Účel nahrávání byl každému objasněn a k audio nahrávkám s rozhovory neměl nikdo další přístup. Veškeré získané informace jsou anonymní a budou využity jen pro tento výzkum.

7 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Všichni probandi tohoto výzkumu si prošli traumatickým zážitkem, kvůli kterému jim následně byla odejmuta dolní končetina. Celkem jsem získala čtyři muže, tři účastníci jsou přibližně stejně staří s odlišnou uplynulou dobou od amputace. Všichni respondenti jsou a byli již v době vzniklého úrazu v produktivním věku. Typy amputace zastoupené ve výzkumu byly dva, a to exartikulace v kolenním kloubu a transfemorální amputace, tedy amputace ve stehně. Oba tyto typy amputací výrazně snižují schopnost pohybu. A jsou náročné na spotřebu energie. Nejkratší doba od amputace byla 3 roky a nejdelší 16 let. Pro větší přehlednost následující tabulka zaznamenává základní informace o účastnících výzkumu. Z důvodu anonymity jsem zaměnila jména všech respondentů.

Tabulka č. 1 Výzkumný soubor

Jméno	Věk	Důvod amputace	Uplynulá doba	Typ amputace
Lukáš	42	autonehoda	16 let	Exartikulace v kolenním kloubu (pravá)
Filip	44	pracovní úraz	6 let	Exartikulace v kolenním kloubu (levá)
Honza	43	nepřímý účastník dopravní nehody	10 let	Transfemorální amputace (levá)
Ben	23	nehoda na motocyklu	3 roky	Transfemorální amputace (pravá)

7.1 Popis výzkumného souboru

Tato kapitola slouží pro podrobné seznámení se s každým probandem zvlášť. Popis každého účastníka jednotlivě nabízí hlubší porozumění a vhled.

Lukáš

Lukáš je čtyřiceti dvouletý muž, který žije s přítelkyní a synem. Před šestnácti lety jel Lukáš jako spolujezdec s kamarádem autem na dálnici. Řidič dostal při předjíždění smyk a nedokázal uhlídat směr pohybu automobilu, došlo k silnému nárazu a auto skončilo ve svodidlech. Oba dva z auta vyletěli a Lukášovi svodidlo odřízlo pravou nohu pod kolenem. Do příjezdu RZS byl při vědomí a sám si nohu do té doby škrtil nohavicí od kalhot. Celou situaci si detailně pamatuje a byl schopný reflektovat každý okamžik nehody.

Doktoři následně provedli exartikulaci v kolenním kloubu na pravé noze a dlouhou dobu zachraňovali druhou nohu, která byla také ve špatném stavu, to se naštěstí povedlo. Po úrazu se Lukáš první rok dával dohromady a pobíral invalidní důchod, poté začal na pár měsíců pracovat jako zámečník. Během docházení do firmy na sestavení a zhotovení protézy dostal pracovní nabídku na pozici technika-protetika. Lukáš se rozhodl šance využít a s prací je naplno spokojen dodnes. Denně se dostává do kontaktu s jedinci ve stejné životní situaci, a tak rozumí jejich potřebám a dokáže jim zodpovědět veškeré dotazy.

Filip

Filipovi je čtyřicet čtyři let, žije ve společné domácnosti s manželkou, se kterou vychovává dceru a syna. Filip pracoval ve velké firmě na pozici skladníka. Před šesti lety však během směny došlo ke komplikacím při manipulaci se zbožím a Filipovi při manévrování padlo zboží s přibližnou hmotností dvou tun na levou nohu a okamžitě ji rozdrtilo. Filip byl při úrazu po celou dobu při vědomí a pamatuje si detaily dění. Při volání RZS došlo k dalším komplikacím, a tak na záchranu a vyproštění čekal minimálně 20 minut. Po převozu do nemocnice byla Filipovi provedena exartikulace v kolenním kloubu.

Filip od úrazu nepracuje, pobírá invalidní důchod a firmou mu je doplácen zbytek peněz do vyrovnání původního platu.

Honza

Honzovi je čtyřicet tři let a je to přesně deset let od vážného úrazu, při kterém přišel o nohu až neuvěřitelným způsobem. Jednou z mnoha Honzových prací byla organizace kulturních akcí. V létě roku 2009 jel se svou tehdejší přítelkyní vylepovat plakáty na blížící se událost. Honza lepil plakát přibližně čtyři metry od silnice, když oba náhle zaslechli silný

blížící se zvuk, otočili se a v tu chvíli už Honza nemohl udělat vůbec nic. K železnému pilíři ho v momentě přimáčkla velká a silná motorka, kterou její řidič ve vysoké rychlosti neuhlídá a pustil přímo na Honzu. Vroucí motor Honzovi naprosto rozdrtil celou levou nohu a silně poničil koleno druhé nohy. Honzova tehdejší přítelkyně stihla o pár centimetrů uniknout. Motorkář k Honzovi přišel, obvázal mu nohu páskem od kalhot a odešel. Honza si do příjezdu RZS stahoval konec krvácející nohy sám. Následně byl vrtulníkem přepraven ihned na sál a probudil se s vysokou amputací ve stehně a operovaným druhým kolenem.

Honza se nějakou dobu dával do pořádku, učil se znovu chodit, což měl ztížené zraněním druhé nohy. Aktuálně Honza žije s novou přítelkyní, stále vykonává několik zaměstnání a je plně aktivní.

Ben

Ben je dvaceti tříletý mladík, který se při jízdě na motocyklu dostal do střetu s traktorem odbočujícím na pole, ten ho následně smetl a Ben ve vysoké rychlosti „letěl“ vzduchem několik metrů. Nehoda se stala před třemi roky, tedy v Benově poměrně dost mladém věku. V okamžiku nárazu byla na místě skupina svědků, a to parta kamarádů, se kterými se Ben vydal na projížďku.

Ben jako jediný z výzkumného vzorku byl okamžitě v bezvědomí, takže si pouze matně vzpomíná, co se dělo. Po převezení do nemocnice lékaři mladíkovi amputovali nohu v úrovni kolene, ale vzhledem k následným komplikacím museli přistoupit k amputaci v úrovni stehna, tedy transfemorální amputaci. Ben měl několik dalších zranění a byl několik dní v kómatu. Byl tedy jediný z probandů, kterému muselo být sděleno, že mu byla amputována část nohy. Jelikož byl na silných sedativech, neustále upadal do hlubokého spánku, a tak oznamování skutečnosti proběhlo vícekrát. Pochopení ztráty nohy přišlo až v okamžiku dotyku, kdy nohu prostě „nemohl najít“.

V době úrazu Ben pracoval jako automechanik, avšak vzhledem k náročnosti povolání a typu amputace nemůže práci vykonávat denně jako před úrazem. Nyní pracuje z domova na počítači a pobírá částečný invalidní důchod. Žije sám a je naprosto soběstačný.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola zaznamenává jednotlivé kategorie, které vznikly analýzou všech rozhovorů. Způsoby vyrovnávání se s traumatickou událostí jsou u účastníků tohoto výzkumu v mnoha ohledech podobné. Avšak vyskytují se určité rozdíly ve vyrovnávání, které mohou být způsobeny odlišnými životními zkušenostmi a situacemi participantů.

8.1 Zpracování události

To, jak si člověk v hlavě utřídí pocity, vzpomínky a informace ohledně traumatického zážitku, záleží na mnoha okolnostech. Zpracovat traumatickou událost rozhodně nebude jednoduchým úkolem, ale podstatným pro zbytek života. Způsob zpracování se později může projevit na chování jedince k sobě a okolí, v průběhu rehabilitace a uzdravování a v celkovém přístupu k životu.

Uvědomění ztráty končetiny každý prožil odlišně. A hlavně každému trvalo jinak dlouho informaci přijmout. Honza, který přiznal dlouhodobé popření situace, uvádí: *„No a já jsem měl dlouhou dobu pocit, toho jakože, jako no, že mi to doroste. Že to je prostě na měsíc, na dva a pak to bude dobrý. To jsem si po nějakým měsíci uvědomil, když jsem se měl poprvé zvedat z postele ... Druhou nohu jsem měl v ortéze, a to jsem se nějak blbě chytil a padal, tak jsem chtěl šlápnout tou levou a ona tam nebyla ... takže to jsem si uvědomil, že tam není a nebude. To jsem se rozbrečel jako malej kluk ty*ole ...“* Ben, jelikož ztratil vědomí při nehodě ihned po nárazu, se o amputaci dozvěděl od lékařů. Popisuje uvědomění ve chvíli, kdy po vyslechnutí začal ihned nohu pod peřinou hledat a dotykem ji dlouho nenacházel.

Důležitým bodem, který byl zmíněn mnohokrát v součtu všech rozhovorů, byla **důležitost psychiky a přístupu** k celé situaci. Lukáš říká: *„...omezuje to ve všem, ale zase s tím všechno nějak dělat jde, akorát k tomu člověk prostě tak musí přistupovat. Má to výhody i nevýhody. Je to fakt o tý hlavě.“* Motivování sebe sama, důvěra a jistota v sebe, to vše je v takové situaci žádoucí. Probandi často mluvili o nastavování si „met“ neboli různých cílů, třeba i velmi malých, kdy jeden po druhém postupně zvládli, a byli tak namotivováni pokračovat dál.

Amputace je nevratný zákrok a i přes veškeré technické vymoženosti, které doba nabízí, je samozřejmé, že nohu nikdy stoprocentně nenahradí. I přes aktuální pozitivní přístup k postižení, kterým oplývali všichni účastníci při rozhovorech, se každý přiznal, že tomu tak nebylo hned. *„Chvíli jsem měl jako ne asi úplný deprese, i když možná jo, nebyl jsem na tom úplně dobře a pak se z toho nějak dostaneš ... časem, někdo možná ne.“* popisuje období

Honza. Filip dle svých slov **padl na dno** v okamžiku zhoršení zdravotního stavu a strachu z re-amputace. Pro Bena bylo nejhorší období mezi úrazem a získáním protézy. Čekal na ni tři měsíce a celou tu dobu byl pouze na vozíku nebo o francouzských holích. A jelikož to bylo v zimě, byl skoro po celou dobu jen doma. Každému to trvalo jinak dlouho, ale postupně přijali realitu takovou, jaká je. I přes to u každého nastane jednou za čas období, kdy se rozzlobí, že něco nejde, období hledání odpovědí na otázku „proč se to stalo?“ a období zklamání a smutku.

Další, co také pravděpodobně pomohlo ve zpracování traumatu, je fakt, že Lukáš a Honza v tak závažném okamžiku dokázali zhodnotit situaci a **pokusit se zachránit „zbytek nohy“**. Lukáš nohavicí a Honza páskem od kalhot. Oba stáhli pahýl poničené nohy a do příjezdu RZS škrtili ránu. Blízkost smrti tak pocítili oba dva a snažili se bojovat. A tedy za to, že tady jsou, mohou děkovat nejen lékařům, ale i sobě.

Velkými pomocníky, na které by se nemělo nikdy zapomínat jsou především **čas a prostor na přemýšlení**. A samozřejmě také pochopení okolí, i když starost a pečlivost někteří pocítovali už přes míru. Uvědomovali si, že to blízcí myslí dobře a snaží se pomoci, ale spíše se to pojilo s pocitem vlastní neschopnosti a amputovaní, tak často projevovali podrážděnost a nepříjemnost vůči druhým. Velkou výhodou pro všechny čtyři respondenty byl fakt, že je nikdy dle svých slov nenapadlo řešit, jak noha vypadá a jestli se na ně lidé nějak zvlášť dívají.

8.2 Sociální opora

Dostatek sociální opory jako protektivního faktoru je doporučován každému a v každé situaci. Jsme zvyklí žít ve společnosti dalších lidí a je přirozené být v kontaktu. A proto je důležité mít někoho blízkého, na koho se můžeme spolehnout a komu můžeme důvěřovat. Často člověk odhalí kvalitu vztahu v těžkých časech, kdy potřebuje pomoc a blízkost druhého. A vážné zranění a dočasná neschopnost se o sebe postarat může zcela jistě odhalit ty, kterým na nás záleží.

Každý proband přiznal, jak moc důležité bylo **cítit blízkost** někoho dalšího. Buďto rodiny, sourozence, partnerky nebo kamarádů. Honza sděluje: „*Musím uznat, že bratranec mi v tom pomohl asi nejvíc, ten byl za mnou každé den v nemocnici. Pak přítelkyně, ta se mnou byla celý ty tři měsíce na chalupě a ta u toho byla, když se to stalo, tak to taky bylo hodně důležité, a pak rodina a kamarádi, tak v tomhle to bylo super, že mě podporovali.*“ Pomáhalo také mluvit o všem, co se děje aktuálně a co se bude odehrávat dál. Partnerky všech zadaných respondentů se s amputací dle samotných amputovaných smířily rychle,

přijaly postižení a samotná amputace se neprojevila jako aspekt, který by zhoršil kvalitu vztahu, spíše naopak.

Během uzdravování strávili všichni spoustu času na nemocničním lůžku, a tak když se objevila příležitost dostat se za objekt nemocnice, každý toho využil. Lukáš se smíchem vzpomíná: „*Dokonce mě takhle jednou vzali tajně kamarádi do auta a odvezli mě na vyhlídku na kopec, tam jsem si dal cigaretku a zase mě vrátili.*“ Celkově pro všechny bylo důležité **naplnit volný čas**. Ale jak již bylo řečeno v kategorii „zpracování události“, bylo zároveň pro všechny důležité dostat od blízkých klid a čas. S tím se pojila i změna prostředí, která všem přišla vhod.

Kromě sociální opory získané skrze blízké osoby lze využít podporu **psychologickou péčí**. K té se uchýlil Filip ve chvíli psychického selhání a strachu ze zhoršení zdravotního stavu. Není si jistý, jestli pomohl právě psycholog, ale zpětně je rád, že pomoci využil.

Co dalšího hodně pomohlo všem, byl okamžik, kdy nastoupili na rehabilitační kliniku, která se zaměřuje přímo na osoby po amputaci. Právě tam se dostali do kontaktu s lidmi, kteří si procházeli obdobnou životní etapou. Honza popisuje: „*Tam jsi se skupinkou těch amputovanejš, takže na psychiku dobrý, ty lidi tam jsou skvělý, fakt to funguje... Takže já jsem trošku viděl, že choděj, ty jo, pak koukam a on skáče na trampolíně!! Takže tam jako vidíš, že to jde.*“ **V dalších amputovaných viděli vzor** a zjistili, že to, jak se pohybují teď, neznamená, že to tak zůstane.

Ne vždy se však jednalo o pozitivní chování zvenčí, Filip pocítoval ze širšího okolí tlak a nepochopení jeho dlouhodobé nespokojenosti. Delší dobu mu trvalo se se situací vyrovnat a uvádí: „*Já jakože nevím, proč když je člověk po amputaci a teda má nějakou protézu, proč by měl bejt jako happy, protože jsou nějaký výhody protézy? To asi ne jako.*“

8.3 Představy a očekávání

Každý, koho potká v životě náhlá a výrazná změna jako amputace, si začne vyvářet různé představy a očekávání o tom, co a jak bude. Navíc v případě, že se jedinec v dané problematice neorientuje, mohou představy nabírat naprosto nereálný směr a později jejich nenaplnění může mít zdrcující dopad. Můžeme tedy shrnout představy a očekávání na ty, které se naplnily, a na ty, které ne.

Nejzásadnější představou, kterou si každý v průběhu rekonvalescence přál, bylo **uzdravení poničené končetiny**. Samozřejmě je tato představa nereálná v případě úplně rozdrčené nohy nebo nohy visící na části šlachy, avšak člověk, který se ocitne v tak

traumatickém okamžiku, nepřemýšlí zcela reálně. Pak také záleží, jak dlouho se člověk představy o možnosti uzdravení a navrácení končetiny drží.

Všichni účastníci výzkumu jsou denními uživateli protéz, a jelikož ji nikdo z nich nikdy před úrazem nedržel v ruce, ani neviděl, nemohl si být nikdo z nich jistý toho, co s ní dokáže. Po amputaci dostane každý pacient přibližně na rok prvovybavení, se kterým nelze dělat skoro nic. Na této protéze se postižení učí chodit a později teprve dostanou protézu, na kterou mají nárok a která odpovídá stanovenému stupni aktivity. V tomto prvním roce tak přichází **nespočet zklamání** o tom, co nelze zvládnout, a to je pro postiženého další rána. Navíc se účastníci setkávali s častým uklidňováním, které jim nebylo příjemné. Ve smyslu, že mají štěstí, protože s daným typem amputace jde dělat skoro vše a že ani nepoznají, že nohu nemají. Zpětně berou, že zdravotníci měli pravdu a jde dělat opravdu mnoho. Avšak v okamžiku, kdy si postižený není schopný sám například pro nic dojít, by utěšování od zdravých osob raději neslyšeli.

Když se stane nehoda, při které jedinec přijde o část svého těla, část sebe, je naprosto pochopitelné, že bude očekávat **starost či náhradu od okolí**. Co se týká starosti blízkých osob, to v případě účastníků tohoto výzkumu nebylo co vytknout. Avšak představy o starost ze strany institucí jako jsou pojišťovny či firma, ve které se stal pracovní úraz, zůstaly výrazně nenaplněné. Filip přiznává: „*Tak já jsem doufal, že se za mě firma postaví, a že mi tu protézu zaplatí, ale ne ... ty co by měli pomáhat, tak ty uplně ... no fakt jako nepomáhaj.*“ Honza, který přišel o nohu vinou motorkáře, se dlouhodobě s viníkem soudil. Nejenže Honza do dnešní doby nepochopil přístup viníka, který odmítal zaplatit odškodné, větší vliv však na Honzu měl viníkem projevovaný nezájem a netečnost vůči sobě jako oběti.

Další vizí bylo **přání „lepší“ amputace**. Všichni už nějakým způsobem přijali ztrátu končetiny a začali fungovat s protézou, ale stále uvažují nad tím, co by mohlo být. Zajímavé je, že všichni respondenti projevili přání mít amputaci na nižší úrovni. Oba respondenti s amputací ve stehně mluvili o vizi amputace v koleni. Ben podotýká: „*...celkově ty sporty moc nejdou, kdybych měl aspoň to koleno...*“ Druzí dva s amputací v koleni projevili přání mít amputaci v bérce. Lukáš říká: „*...bárec by byl o něčem jiným, to by bylo všechno snazší, takovej ten pohyb a tyhle srandy, ono rozběhnout se s tutim prostě tolik nejde.*“

V neposlední řadě samozřejmě úvahy, představy a **zamýšlení se nad budoucností**, to vše potkalo každého. Filip jako otec rodiny pociťoval vinu vůči synovi, se kterým každý den sportoval a byl jeho vzorem. Báł se, že jakmile on sám nebude moci vykonávat sporty jako dřív, jeho syn ztratí zájem a vzdá svoje dosavadní sportovní snažení. Společně s tím se obával o neschopnost naplnění role otce a živitele rodiny.

8.4 Prožívané strachy a ztráty

Život se získaným postižením je spjat s nespočtem strachů, které se objeví z čistého nebe, a najednou tak vystane mnoho otázek, na které člověk nezná odpověď. A pak je zde ještě mnoho dalších strachů, obav a komplikací, které se postupně vynořují, a jedinec proti nim musí bojovat. Kategorie zahrnuje prožívané strachy, které respondenti pociťovali/pociťují, a ztráty, jež nastaly.

Pocit bezmoci se v různých situacích objevil u všech probandů, kromě Lukáše, ten projevoval především vděčnost spojenou s přežitím. Ostatní respondenti zažívali bezmoc buďto neprodleně po amputaci, či v průběhu vyrovnávání se se situací. Honza sděluje: *„Další rok, nebo dva, mě každý ráno, fakt každý ráno napadla nějaká věc, kterou už nebudu nikdy dělat.“* Pocit bezmoci byl často spojován i se vznikem postižení, které si nepřáli, nezpůsobili si ho záměrně a ani ho nechtějí mít. Filip popisuje komplikace v každém kroku úředního zařizování, které bylo důležité obstarat. Říká: *„Fakt vám tohle nedodá, jste prostě po amputaci a najednou vám hází klacky pod nohy, chceš něco, tak bojuj ... ale jak máte asi jako bojovat, když máte psychiku v haj*lu? Je vám třicet osm a teď prostě šup, hotovo...“*

Komplikace v maličkostech poznamenal každý respondent vzhledem k náplni svého života. Jde především o aktivity, nad kterými se člověk v normálním případě nijak nezamýšlí a automaticky je vykoná. Všichni odhalili nespočet komplikací během fungování, které sice nejsou životně důležité, ale pro postižené můžou působit traumaticky, a zhoršovat tak kvalitu života. Filip jako otec dvou dětí poukázal na nemožnost bezstarostného hraní si s nimi. Honza říká: *„Prostě to jsou takový maličkosti, který si jako uvědomuješ a svět je na ho*no a na ho*no, a to se nabaluje a nabaluje.“*

Jelikož všichni účastníci výzkumu prožili nehodu, která způsobila ztrátu končetiny, byly s úrazem spojené i **další zdravotní komplikace**, které znemožňovaly bezproblémový průběh uzdravování a vyrovnávání se se situací. Filip během procesu zotavování dostal do pahýlu infekci a hrozila tak re-amputace, tedy opakovaná amputace, při kterém by přišel o další část nohy. Filip přiznal naprostý propad a neschopnost představy takové možnosti. Stejně tak se obával financí a toho, jak bude vypadat budoucnost jeho rodiny, pokud nedokáže být produktivní a schopný, jako byl. Obavy z budoucnosti napadly každého. Mimo jiné se jednalo o strach z nesamostatnosti a pracovní neschopnosti. Pro Bena znamenala amputace ztrátu zaměstnání a i přes veškerou snahu se k práci vrátit nemohl. Ben říká: *„To prostě nejde, jako já jsem to zkoušel třeba půl roku, ale nešlo to. Stát osm až deset hodin denně, to prostě nešlo.“* Filip přišel o nohu přímo ve svém zaměstnání, a jelikož bylo hodně fyzicky náročné, ihned věděl, že se nebude schopný vrátit. Doufal však, že by se našlo volné

místo ve firmě na jiné a fyzicky nenáročné pozici. To se však nestalo a Filip od té doby nepracuje.

Vzhledem k **důležitosti sportu** v životech všech respondentů každý poznamenal neschopnost dosažení aktivity, jak tomu bylo před úrazem. Samozřejmě to úzce souvisí s protetickým vybavením, které je finančně velmi náročné. Filip: „*Pro mě to byl velkej šok, fakt že jo. Fakt jsem z toho byl špatnej, že se nemůžu najednou hejbat. Už jsem to nějak přijal, je to tak nějak za mnou, ale i dneska, někdy večer si prostě řeknete, že je to takový pochmurný, prostě že vás to štve, že nemůžete prostě.*“

Je naprosto očekávané, že běžně člověk, který nepracuje v oboru nebo nemá ve své blízkosti člověka po amputaci, si neumí představit, co vše obnáší nejkvalitnější návrat člověka do života. Ani účastníci tohoto výzkumu před úrazem nevěděli dle svých slov vůbec nic ohledně kompenzačních pomůcek, rehabilitací a toho, na co mají nárok. Jejich **neznalost** způsobila představy a očekávání ohledně vizualizace protézy a její funkčnosti. Některé byly mylné, jiné se z části přibližovaly realitě. Což dalo vzniknout strachu z nesoběstačnosti a nesamostatnosti. Dle probandů se projevovala také **výrazná neznalost okolí**, což na ně samotné mělo vliv. V případě Filipa byla největší komplikací pojišťovna, se kterou se dlouhodobě soudí ohledně odškodného a proplacení kvalitní protézy. Filip mluvil o šestiletém soudním sporu, který se stále neblíží ke konci. On i jeho manželka jsou v neustálém napětí a přiznal, že už je z toho tak psychicky unavený, že už si přeje konec, ať už bude jakýkoliv. Honza si v soudním řízení zažil také mnoho a popsal, jak moc unavující a stresující to pro něj a jeho přítelkyni bylo.

Po určité velmi individuální době vzhledem k celkovému zdravotnímu stavu se všichni začínali postupně **učit chodit s protézou**. Kromě Lukáše všichni navštěvovali Rehabilitační kliniku Malvazinky. Ve škole chůze se kvalitně učili nejenom chůzi, ale i držení těla a vše podstatné pro co nejlepší schopnost lokomoce. Postupem času však přicházelo zklamání, kdy nedokázali tak dokonale každý pohyb, jak si přáli a jak znali. Pokoušeli se a neúspěšná snaha jejich zklamání prohlubovala a začínalo jim docházet, že stoprocentní návrat nenastane pravděpodobně nikdy.

8.5 Vlastní snaha

Ač se po amputaci o postižené jedince stará velké množství odborníků jako jsou lékaři, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, protetici, fyzioterapeuti a možná i další, velký podíl na celkovém výsledku má člověk samotný. To, jak sám jedinec bude chtít a snažit se, se projeví na kvalitě nově nabitých dovedností a schopností.

Prvotní snaha, zaznamenaná u respondentů přišla ještě před samotnou amputací. Jak již popisuje kategorie „zpracování události“ Lukáš a Honza se během nehody snažili svou nohu zachránit. Věděli, že není možnost zachránit celou končetinu, ale udělali co mohli, aby zachovali alespoň její zbytek.

Každý se zpočátku strachoval, že nebude dostatečně soběstačný a bude potřebovat v některých oblastech pomoc. Postupem času se však každý dokázal ve všech aktivitách zdokonalit a v běžném životě, kdy mohou mít protézu, **nenachází žádný respondent větší komplikace**. To však stálo velkou dřinu a ne každý pokus byl úspěšný. Ben popisuje: „*No a pak jsem se začal učit na protéze, ale jak byla zima, tak to venku moc nešlo. A jak jsem se učil, tak jsem několikrát spadnul na hubu, ale jako furt jsem to nějak prostě zkoušel.*“ Jak už bylo zmíněno, v tomto případě je velmi podstatný přístup postiženého a sebedůvěra, že situaci zvládne.

Postupně, kdy se amputovaní sžívali s amputací a protézou, **si sami začali zjišťovat podrobnější informace**. Začali objevovat různé podpůrné skupiny a akce, dále také zjistili, na co mají nárok a jejich znalosti ohledně problematiky amputací a protéz se začaly prohlubovat. Celkově se jejich snaha projevovala i v oblasti zaměstnání. Respondent Lukáš začal přibližně po roce od úrazu hledat zaměstnání a začal pracovat. Honza dle svých slov první dva roky nevěděl co se sebou, ale i tak se poté dokázal navrátit do pracovního života. Ben i přes náročnost svého zaměstnání zkoušel přibližně půl roku pracovat, a když zjistil, že to opravdu nelze, našel si práci novou.

8.6 Přínos

Ačkoliv se na první pohled může zdát, že je amputace silně negativní a náročná událost, která jedinci nemůže přinést nic pozitivního do života, na základě provedených rozhovorů lze jasně říci, že tomu tak není. Samozřejmě závisí na mnoha aspektech, které ovlivní, jestli v tak velké a razantní životní změně dokáže člověk najít něco významného a přínosného. Ale není to jen o přežívání a řešení neustálých komplikací, které postižení přináší, jak by si někdo mohl myslet. Tato kategorie zastřešuje oblasti, které jedincům po amputaci přinesly do života něco pozitivního.

Po prožití si traumatického zážitku, který ohrozil život všech respondentů, si každý z nich postupem času **uvědomil vážnost události** a došel k závěru, že nehoda, která se udála, mohla skončit také úplně jinak a pravděpodobně i hůř. **Změnili tak pohled na život a přehodnotili svůj žebříček hodnot**. Honza říká: „*Přestal jsem se miň rozčilovat a jako hodně věcí jsem začal brát s větším nadhledem, větším klidem...asi se i dívám trošku jinak*

na věci, jako to jo. V něčem mě to možná zklidnilo, zjistíš, že je vlastně zbytečný se nad některými věcmi rozčilovat a že jsou i horší věci.“ Lukáš dodává: „Pro mě ta amputace, ten úraz, byl takovej jako nějaký zlom, výraznej zlom, zdviženej prst no.“ Lukáš dokonce **vyjadřoval mnohokrát vděk**, nejenom směrem k lékařům, ale i situaci, typu amputace a péči.

Postupem sžití s postižením a naučením se všeho potřebného se probandi začínali vracet do svých životů a během rozhovoru projevovali **hrdost v dovednostech**, které před úrazem brali jako samozřejmost. Honza, který měl situaci po úrazu ztíženou zraněním druhé nohy, mluvil o okamžiku naprosté hrdosti, když si dokázal poprvé sám dojít na toaletu. Po prvním takovém, pro něj velkém úspěchu, si dal další metu. Tou bylo zvládnout se postavit zpátky na snowboard což po několika měsíčním snažení dokázal.

Lukáš a Honza poukazovali na **nové možnosti**, ke kterým se dostali právě díky amputaci. Honza uvádí: „*Jako díky tady tomu jsem se dostal do míst a k lidem, který bych bez toho nepoznal. Poznávám věci, který bych nevěděl asi tak stejně jako ostatní a mě to fakt baví. Je hrozně zajímavý jezdit do Německa jako figurant, fakt je to super se tady k tomu dostávat.*“ Lukáš se skrze své postižení dostal k nové práci, a to přímo v oboru protetiky. Uvádí: „*Když jsem docházel na protetiku a viděl jsem ty komponenty, z čeho je ta protéza složená, tak mě to hrozně zajímalo. Tak jsem si jako říkal, jako já bych to chtěl dělat a pak jsem prostě dostal nabídku tu dělat. Je to paráda. Je to úplně pro mě.*“

Všichni probandi, kteří v době úrazu měli vztah, tedy kromě Bena (který vztah neměl), se výrazně shodují na **zpevnění vztahu** a zlepšení komunikace v partnerství během rekonvalescence a i poté. Honza popisuje i mnoho situací, kdy se stal „vzorem“ pro okolí, například v prožívání různých zranění. Když kamarádi vidí, jak se Honza popral s tak velkým životním zlomem, berou obyčejné zranění tak, že mají štěstí, že se jim má co hojit.

Vzhledem k rozdílným situacím, tedy druhům nehod, které způsobily ztrátu končetiny, se každý respondent vztahuje k události jinak. Například Ben, který se podílel na zavinění své amputace rychlou jízdou a předjížděním, si úraz přebral jako „**ponaučení**“. Dodal, že od té doby už nejezdí tak rychle a spíše se vyžívá v samotné práci na motorce. Lukáš mnohokrát oplýval vděkem a spokojeností vzhledem k výsledku jeho úrazu. Je si moc dobře vědom, jaké měl štěstí, že mu doktoři dokázali zachránit druhou silně poničenou nohu. Vděk za aktuální stav projevil i Honza, který přiznal, že cesta ke smíření se a přijetí postižení byla náročná.

9 DISKUZE

Provedené výzkumné šetření objevilo aspekty, které jsou reálně využívané v procesu vyrovnávání se se získaným postižením ze strany respondentů. Stejně tak šetření poukázalo na individuální odlišnosti procesů smíření se a přijetí postižení. Samozřejmě nelze určit univerzální seskupení aspektů k dosažení vyrovnání se s traumatickým zážitkem. Avšak jsou tak zjištěny důležité oblasti, které jedinci napomáhají, či naopak stojí v cestě ke smíření.

Na začátku empirické části byla uvedena hlavní výzkumná otázka a tři dílčí. Nyní se budeme věnovat jejich zodpovězení.

1. Jak se osoba po amputaci vyrovnává s traumatickým zážitkem?
 - a. Co bylo nejdůležitější pro vyrovnání se s traumatickou situací?
 - b. Jaké jsou největší respondentem prožívané ztráty spojené s amputací?
 - c. Vnímá respondent nějaká pozitiva spojená s amputací?

Odpověď na hlavní otázku je poměrně široká. Účastníci, kteří si prožili traumatický zážitek, si na něj dodnes detailně pamatují, ač je to již mnoho let. Nelze stanovit obecný vzorec, jak se lze s takovým zážitkem vyrovnat, jelikož byl tento proces u každého respondenta naprosto individuální. Důležitým faktorem je psychika a pozitivní přístup k životu. Aspekt vyrovnání se výrazně závisí i na zkušenostech s různými komplikacemi v životě a snaze je zvládnout. Všichni respondenti poznamenali, že období po amputaci bylo velmi psychicky i fyzicky náročné, ale jakmile začali zjišťovat, jaké jednotlivé věci zvládnou, motivovali sami sebe a přistupovali k postižení tak, jaké je, a pochopili, že se s ním dá plnohodnotně žít.

První dílčí otázka se týká nejdůležitějších aspektů pro vyrovnání se s traumatickou situací. Dle účastníků výzkumu to je především rodina a také blízcí, kteří se snaží pochopit jedince a přiměřeně se mu snaží pomáhat. Dále snaha vyplnit volný čas nějakou aktivitou, kterou jedinec dřív rád vykonával. Ale není to jen o blízkých, každý přiznal, jak důležité bylo mít dostatek času a prostoru jen sám pro sebe a na utřídění svých myšlenek. A ještě jedním důležitým bodem, který silně ovlivňuje prožívání osob po amputaci, je kvalita kompenzační pomůcky, kterou získají. To se týká především produktivních a sportovně založených osob.

Odpověď na další dílčí otázku se vzhledem k rozdílnosti životních zkušeností a situací účastníků výzkumu poměrně lišila. Participantů se shodli, že největší ztrátou je však nedokonalý pohyb a nemožnost naprosto spontánního rozhodnutí o vykonání určité činnosti. S tím se každý respondent musel vyrovnat sám a přijmout, že už pohyb nikdy nebude

takový, jako byl před amputací. Jelikož byli všichni respondenti před amputací sportovně založeni, tuto ztrátu prožívali o to víc. U některých byla významně prožívanou ztrátou neschopnost vykonávat své původní zaměstnání. To se samozřejmě pojí se strachem o finance a vizi budoucnosti.

Poslední otázkou jsou vnímaná pozitiva, a zda vůbec nějaká jsou. Rozhodně lze říci, že pozitiva jsou. Jedinci tohoto výzkumu zmiňovali mnoho oblastí, na které mělo postižení příznivý dopad. V partnerství se zlepšila komunikace a celkově se vztah zpevnil. Pro participanty se objevilo mnoho nových příležitostí, které by se bez amputace rozhodně nenaskytly, a to dalo vzniknout navázání nových kontaktů a přátelství. Tím pravděpodobně nevyraznějším pozitivem byla změna pohledu na život. Jedinci přiznali, že díky prožití takové události si uvědomují, co opravdu stojí a nestojí za stres. A že existují i větší problémy a komplikace, než si představovali dříve.

Co se týče srovnání výsledků tohoto výzkumu s výzkumy jinými, shodu lze nalézt v oblasti pozitivního přínosu do života. Výsledky obou výzkumů poukazují na změnu postoje k životu a lepší přístup k zvládnání dalších náročných situací. (Galagher & MacLachlan, 2000) Stejně tak se výsledky mého výzkumu shodují se studií z roku 2011, která prokázala odraz úrovně vlastních schopností po amputaci na psychickém stavu jedince a ovlivnění prožívání dalších událostí. (Senra, Oliveira, Leal & Vieira, 2011) V čem se ovšem liší výsledky mého výzkumu, jsou poznatky ohledně zpracování události. Dle Kohoutka a Čermáka se u osob po prožití traumatu často objevují vtíravé myšlenky a pocity, které navozují znovuprožívání události. To se v mnou provedeném výzkumu neprokázalo i přes detailní vzpomínky, které respondenti ohledně úrazu mají. (Kohoutek & Čermák, 2009) Odlišnost lze samozřejmě přisoudit malému vzorku tohoto výzkumu.

Mezi limity této práce řadím především již zmíněný malý výzkumný vzorek, který se skládal ze čtyř respondentů. Přestože je prevalence traumatických amputací vysoká, tak jen malé procento z nich končí pouze unilaterální amputací bez jiných tělesných omezení. To ztížilo získání výzkumného souboru. Dalším limitem je také fakt, že jedinci, kteří se výzkumu zúčastnili, lze považovat za motivované a o traumatickém zážitku a svém postižení nemají problém promluvit. Nezanedbatelným limitem mé práce je nemožnost zobecnění získaných výsledků, který se však týká všech kvalitativních výzkumů.

10 ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala problematikou aspektů důležitých pro vyrovnávání se s traumatickou amputací. Práci jsem rozdělila na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsem se zaměřila na nejvýznamnější poznatky v oblasti amputace, traumatu a aspektů, které mají vliv na proces vyrovnávání se se vzniklým postižením. Dále jsem pozornost jsem věnovala sociální opoře, zpracování události, body image a také existenčním strachům, které mohou jedince doprovázet nejen v období smířování se s postižením, ale i po zbytek jeho život. Všechny tyto kapitoly byly tematicky propojeny, a vznikl tak dostatečný teoretický podklad pro empirickou část této práce.

Empirickou část jsem zpracovala formou kvalitativního výzkumu. Stanovila jsem si výzkumné otázky a kladla si za cíl odhalit důležité aspekty, které napomáhají mužům po traumatické amputaci dolní končetiny vyrovnat se s traumatickým zážitkem a vznikem postižení. Dalším cílem bylo prozkoumat pozitivní či negativní dopady amputace na život jedince. Tyto cíle se během výzkumu podařilo naplnit pomocí hloubkových rozhovorů se čtyřmi muži. Výsledky se z velké části shodovaly s teoretickými poznatky v této oblasti. Nelze jednoznačně říci, které aspekty pomohou představovat univerzální pomoc jedincům nastalou situaci zvládnout, avšak mohou posloužit pro větší porozumění a pochopení prožívání osob po vzniku postižení.

Dle mého názoru má tato práce velký přínos především pro odborníky pracující se skupinou osob po amputaci. Zdravotnická a rehabilitační péče se v práci s jedinci po amputaci posouvá kupředu, ale často se zapomíná na psychickou stránku člověka. Pokud jedinec své postižení nepřijme a bude stále doufat, že se jeho stav změní, tak i přes vynaložení veškerého úsilí ze stran odborníků nebude mít rehabilitace a celková péče nikdy takový účinek, jaký by mohl nastat.

11 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Schéma rozhovoru

Struktura připravených okruhů pro polostrukturovaný rozhovor s účastníky výzkumu.

A. Obecně

1. Věk
2. Stav, děti
3. Povolání – před a teď

B. Amputace

1. Jak došlo k úrazu?
2. Kdy se to stalo?
3. Typ amputace?
4. Omezení?
5. Psychologická péče, byla?
6. Protéza ihned?

C. Trauma

1. Pamatujete si na ten den?
2. Na co si pamatuje?
3. Co si vybavíte, když se vás vůbec zeptám na tu událost?
4. Uvědomění si vážnosti situace?
5. Další zdravotní komplikace?
6. Psychologická péče, byla?

D. Aspekty

1. Podpora – blízcí, instituce?
2. Zpracování události?
3. Nezávislost a soběstačnost?
4. Finanční kompenzace?
5. Práce?
6. Budoucnost?
7. Kvalita protézy?
8. Vzhled?
9. Naplnění volného času?

Příloha č. 2 – Přepsaný rozhovor s probandem Honzou

Já: Tak jestli můžeme začít, tak asi úplně od začátku, co se vlastně stalo?

H: Jo, no srazil mě motorkář a je to 10 let zpátky necelejch. Když se jede ze Švihova na Klatovy. Tam je takovej železniční most a zatáčka do leva. No a já jsem stál u toho pilíře železničního mostu a nějaký pán s motorkou, tak vylítl z té zatáčky, položil tu motorku a trefil mě tou motorkou. Já jsem byl zády, já tam lepil nějaký plakáty a jak jsem byl zády, tak jsem to vůbec neviděl, jen jsem se otočil, jak jsem něco zaslechl a ta motorka byla už tak blízko, že jsem stačil jenom nadskočit a vzalo mi to levou nohu. Vzalo mi to motorem a tím mě přitiskl jako k tomu betonovému pilíři a ten motor mi ještě mezi kolenem a kotníkem tu nohu úplně rozšlehal jako nožema. Takže, záchranka, vrtulník, rovnou do fakultky sem na Lochotín, rovnou na sál a rovnou uříznout. Já jsem se ráno probudil, protože se to stalo večer, a probudil jsem se bez nohy. Bylo to, no bylo to takový hodně rychlý...

Já: A když tě srazil, tak to jsi byl ještě při vědomí?

H: Jojo, byl jsem při vědomí, až na sál.

Já: Aha ... takže motorkář taky někam odletěl a pak někdo volal záchranku?

H: Ne ne hele, motorkář byl úplně v pohodě, tomu se nic nestalo. Záchranku volala asi moje bejvalka, ta tam byla se mnou, ta stála vedle mě a ta stačila uskočit za roh toho pilíře a já už ne. Jo to šlo fakt o 20 centimetrů nebo 2 vteřiny, aby se mi nic nestalo, nebo aby mi třeba jen zlomil nohu. Nebo tak jako ... prostě na blbým místě v blbou dobu, hele motorkář úplně v pohodě, ten nějak vstal a viděl mě tam ležet. Já vim, že jsem se nějak držel za tu nohu někde jako pod kolenem, že jsem hrozně nadával a řval bolestí, nadával jsem, že nemam nohu a hele mozek mi vytěsnil jakoukoliv krev. Já vůbec nevím, jak to vypadalo přitom jsem to měl úplně před obličejem ... Jsem ležel v takový schoulený pozici a byl jsem zkroucenej a vůbec nevím jako jestli nějaká kapka krve, nic. Vim všechno co se dělo, vim jakože jsem neměl nohu, ale vůbec nevím jak to vypadalo. Ten pán, co jsem pak zjistil, je pan doktor farmacie, tak si sundal pásek, provlíkl mi ho jako nad kolenem, jo, dal mi ho do ruky a řekl mi „drž si ho“, takže já jsem si tam jako zaškrcoval nohu a on pak někam odešel a toho už jsem pak nevnímal. Shodou okolností tam pak jeli policajti, takže ty se šli podívat co se děje. To mi pak říkala bejvalá co se dělo, že jsem tam ležel a že se ten policajt volným krokem přišel kouknout a pak šel do auta a přišel s obvazem a pak šel řídit dopravu. Takže docela jako zajímavý, ale jako o policajtech já vůbec nevím. Pak tam zastavovali auta že jo, tak vim, že pak tam byl jeden pán, kterej vyskočil z auta, přiběhl, vzal ten pásek a tu nohu mi zaškrtl, a to jsem fakt cítil, jak to zabral. Čímž mi asi zachránil život, protože ta krev už pak netekla jako tolik. Záchranka tam byla asi během 8 minut, něco takovýho. Ty mi dali tu nohu

do takový tý nafukovací dlahy, píchli mi něco proti bolesti, protože to bylo první, co jsem po nich chtěl. Protože to bolelo jako svi*ě, naložili mě do tý sanitky a odvezli mě sto metrů na pole, kde přistál vrtulník a rovnou teda do nemocnice. Tam si ještě pamatuju na takový to šokový dejchání, jak dejcháš, ta hyperventilace, že mi říkali at' se uklidnim, at' jim tam ještě nezkolabuju v tom šoku. (smích) No pak teda na sál, to si pamatuju že říkali, že teda uříznout. To si pamatuju po narkóze, jak ze mě vyťahovali tu intubaci. A pak říkali, že do mě ještě nalili asi 3 litry krve, že jsem jim tam málem vykrvácel, a že jsem se jim tam dvakrát na sále zastavil. Tak mě jako nahazovali. Haha, a to jsem se shodou náhod dozvěděl asi až před dvěma rukama od známýho, kterej dělá tady ve fakultce (smích). Takže tak, pak jsem ležel nějakých 14 dní v nemocnici, 3 dny jsem byl na JIP, pak mi přeložili na soukromej pokoj a pak jsem ještě byl vlastně 4 dny, kdy mi operovali druhý koleno, meniskus, protože to bylo, jak mě tam jako připlácl, takže jsem ještě meniskus a křížovej vaz mi ještě brali, jsem měl celou pravou půlku těla černou. Takže osm dní do mě pumpovali morfin, to jsem byl jako v pohodě. A po čtrnácti dnech mě pustili pryč. Haha, takže to na morfinu bylo fajn (smích) pak mi to změnili, abych si na to moc nezvyknul.

Já: Tebe pustili po 14 dnech?

H: No, jo.

Já: To jsem teda myslela, že bude trvat dýl.

H: Hele ono to bylo takový celý zvláštní, do teďka mi jako to přijde ... Pravou nohu jsem měl v ortéze kvůli tomu kolenu vlastně od kotníku až po kyčel a tadytu jsem měl že jo zafáčovanou a to ještě prosakovalo, nebo to už asi jako ne, ale stehy jsem tam furt měl. Takže mě na vozíku pustili domů do domácího ošetření. Vlastně nedali mi v tý době žádný injekce na ředění krve, žádný prášky nic. Jsem měl jako bolesti, obě dvě nohy mě bolely jako kráva. Takže jako takhle mě pustili do domácího ošetření.

Já: Tak to úplně nezní...

H: No vůbec, v tý době se to ještě nedělalo, takže nepřišel ani žádný protetik, nic. Jako víš co, ten pahejl se musí bandážovat prakticky pár dní hned po tý amputaci, hned jak sroste ta jízva, tak se to má bandážovat, do nějakýho toho tvaru, aby se to dalo dobře oprotézovat a to se prostě nedělalo! Není to tak dávno, ale vlastně cokoliv, co jsem si zjistil, jsem si zjistil sám na webu. Nic o tom ty lidi nevěděli. Takže mě teda pustili do domácího ošetření. No a po měsíci jsem se jim tam vrátil s plicní embolií no ... Já jsem byl 6 tejdnu na vozejku, takže bez jakýhokoliv pohybu, takže mně se začali dělat krevní sraženiny jak v tom pahejlu, tak v kotníku, že jsem se prostě nehejbal. Natekl mi kotník, píchlo mi tady jako v žebrech. Tak to jsem si ještě řekl okej. Pak jsem ale začal i blbě dejchat a bolela mě i druhá část hrudníku. A pak jsme shodou okolností měli jet na kontrolu na ortopedii, a to ráno už jsem

se nezvedl z postele, normálně jsem nemohl dechat, měl jsem teplotu, takový povrchový dechání. A my jsme byli na chatě, asi 50 kilometrů od Plzně, takže přijela obvodářka doktorka ze mnou, ta mi píchla nějakou injekci na uvolnění, abych se byl schopnej dostat na vozíku do auta a do nemocnice. Tam mi chtěli dát kapačku a pak, že si mě tam nechaj, tak jsem šel na cétéčko, a oni úplně hlavu v dlaních a najednou, mi říkaj: „Kdybyste přijel zejtra, tak už jste to nerozdýchal.“ Masivní plicní embolie, plicní infarkty tyjo, (smích) takže jako ihned injekce a rok jsem si normálně musel ředit krev práškama, než se mi rozpustily všechny ty krevní sraženiny, a to tělo je odplavilo ven. Takže jako ten začátek byl skvělejší, takže takhle jsem k tomu přišel.

Já: Tak to teda, ještě když se hned po tom stane další takhle velká věc ...

H: No, jako bylo to no ... Ještě potom třeba, když jsem byl na interním oddělení, tak třeba pátej den jsem se zeptal, že když mi přinesli prášky, a teda jako injekci mi píchali a přinesli mi nějaký dva prášky a pátej den jim říkám, co to je jako za prášky? A sestřička, že to jsou prášky na dobrou náladu, tak jim říkám: „Jako antidepressiva?“ ne, prášky na dobrou náladu prej, tak znova říkám: „Takže antidepressiva?“ A ona nooo, a proč mi je dáváte se ptám. A ona, no vy jste se nám zdál smutnej ... beze srandy ... (smích) tadyto ti řeknou v nemocnici ... Takže to jsem řekl, že jako fakt nechci. Takže to jsou takový historky z nemocnice, teď už se tomu směju, to jo. Pak zpětně jsem se vlastně ptal, proč, když jsem tu nohu měl rozsekanou pod kolenem, proč mi tu nohu vzali až v půlce stehna. A to mi jako nedokázali vysvětlit, protože přece existuje i exartikulace v kolenním kloubu, a dokonce mi řekli, že tu nohu mohli dát dohromady, ale že by se mi to asi nezahojilo a stejně by mi ji museli za tři až čtyři roky uříznout. Tak to jsem jako na něj koukal teda a ptal jsem se, proč mi nenechali aspoň to koleno. A to mi teda řekli, že v tom bylo hrozně špíny. Jako chápu, skoro jsem jim tam vykrvácel, asi jako potřebovali to rychle řešit, ale myslím, že to mohli udělat trošku jako líp, že mi mohli zachovat víc.

...

H: Jako teď je to fakt už jiný, teď tam přijdou s letákama, nebo fyzioterapeut a už tomu člověku říká ... co a jak ... je to ... nevíš, ty prostě nevíš, vůbec nevíš, co je za možnosti, normální lidi se k tomu nedostanou a neví nic, jo, neví o tom nic a je to naprosto logický, že jakmile to není v jejich blízkým okolí, tak se o tom nijak extra nezajímaj že jo. Jako teď je to dobrý, jakmile se zahojí ta jizva, tak už můžou mít protézu a jako je to dobrý i na tu psychiku člověka, já právě když jsem byl na tý chalupě, kde jsem strávil skoro tyjo 3 měsíce, tam je to bezbariérový ... domů to mam 30 schodů, takže jsem odjel tam, příroda, klídek, jo ... mohl jsem si tam nad tím v klidu přemýšlet a jak jsem byl na tom vozejku, tak jsem si dal jako první metu, abych zvládl záchod ve stoje jo. Bažant, prostě jo to fakt nechceš (smích)

... což bylo tou druhou nohou ztížený. Takže jsem s tím meniskem chodil na rehabilitace, abych to rozhejbal. Pak mě oprotézovali, dostal jsem prvovybavení a o berlích jsem chodil kolem baráku, takže už to bylo hned jako, samozřejmě jako nevíš, máš tam jako kus nějakýho železa, nevíš jak to ovládat, nevíš co s tím, mozek má pořád nějakou mapu tý naučený chůze, což teď jako úplně nefunguje, takže to musíš přizpůsobit. Takže jsem párkrát upadl a pak mi díky bohu dali lepší koleno, jinak bych rok chodil na tom prvovybavení. To neumí nic, buď je zamčený nebo odemčený na sezení a je to na chození naprosto nebezpečný, hodně opatrně, fakt hodně pomaličku. Fakt se na to hodně soustředil. Samozřejmě tím, jak je ta chůze fyziologická, tak člověk získává úplně špatný návyky, kroutí se tělo, všechno je tam špatně. Pak jsem šel na měsíc na Malvazinky, a tam mě učili chodit, denně trénink, nějaký rehabilitace, plavání, škola chůze, fyzioterapie. A tam jsem přišel s dvěma francouzskými holema jak pavouček a odcházel sem bez berlí po měsíci, že jsem fakt jako chodil. Fakt jako dril pořádně. Tam jsi s tou skupinou dalších amputovaných, takže na psychiku dobrý, ty lidi tam jsou skvělý, i doktoři i sestry, fakt to funguje. Tam mě naučili chodit a pak už to šlo víc a víc. Jakmile zjistíš, že můžeš chodit, že můžeš dělat další věci, tak to ti pomáhá asi jako nejvíc. Když víš, že můžeš být trošku samostatný, že nepotřebuješ kvůli každé kravině někoho. Schod tyvole, jak ho asi přejedu že jo.. jak si jako donesu hrnek, a tak prostě. Pak už tě i štve, i když víš, že to ty lidi pro tebe udělaj, tak je nechceš otravovat a chceš to udělat sám. Tak je důležitý se prostě na to postavit co nejdřív a co nejdřív tě musí někdo na tom naučit chodit. Je to jiný že jo prostě. A fakt, že když jsem se na to poprvé postavil a vyčůral se, tak prostě jako „jééé“ (smích) , tak jsem si dal další metu a to bylo, že znovu začnu jezdit na snowboardu, což teda trvalo dýl, ale podařilo se. Teďka jezdím každé víkend na Javor a tam můj bratránek dělá instruktora, takže ten mi zas driluje tam, takže tak. Jo a já jezdím do Německa k XY brigádě, jim tam dělat demo pacienta, což je prostě úplně super, naučil jsem se spoustu věcí o tom, poznáváš tam lidi, je to fakt jako luxusní záležitost. A teď zrovna čekam na nový kolenní kloub, konečně!

...

H: takže jsem šel řešit ty doplatky na protézu, a tam maj všechny posudky znalecký, tak jsem chtěl vědět, jak to bude, když já jsem si tu nohu nezpůsobil, proč bych měl jako platit něco co jsem si neudělal, to já nechci přece ne ... a ta paní mi teda říká že to tak je, že si to musím zaplatit já a pak si to můžu soudně nárokovat na něm (motorkář-viník nehody). Tak jako co? proč prostě? nesmysl ale takhle to prostě je.

Já: A teda alespoň na začátku byla nějaká finanční kompenzace od toho člověka, co to způsobil?

H: Ne, hele s tím jsem se soudil, nebo teda s jeho pojišťovnou. Tam proběhl nejdřív jako trestní řízení, to asi bylo po roce, co on se odvolával. Jo a ten člověk je prostě doktor farmacie, vlastní asi osm firem, je to zazobenej zm*d, jako opravdu jo. Pán okolo 60, a hele neozval se mi. Ozýval se jen když probíhalo to trestní řízení, což probíhalo vlastně hned jak se to stalo. Stalo se to v červnu, tak to probíhaly nějaký jednání. Tak vždycky se ozval ne mě (s důrazem) ale mojí bejvalý přítelkyni a jenom sms a vždycky jen 2-3 dny před tím soudním jednáním, protože mu jeho právník řekl, že musí projevit nějaký zájem, jo... Skončilo soudní jednání, a už jsem o něm nikdy neslyšel, nikdy, ten člověk nikdy nezavolal, máte se? nepotřebujete něco? Vůbec nic, skončilo to tak, že on se vlastně odvolával, a když bylo první jednání, tak dostal 2 roky podmínku.

...

H: Jo prostě, no a pak teda právníčka, že zkusíme ještě ušlejt zisk, protože jsem měl nastupovat do práce na nějaký školící firmy, jako koordinátor, teambuildingy a tak, takže to jsem nenastoupil, takže to se soudíme do teď

Já: Ale teda soudit se deset let ...

..

Já: Ty jsi říkal, bejvalá, že to řešila

H: jojo, no, jako teď mam už někoho jinýho

Já: A teda bydlíte spolu nebo sám, to se ptám hlavně kvůli tý soběstačnosti

H: No tak jako nějak, ale jako zvládnú všechno, když jsem tam sám, takže jako jo, já jsem naprosto soběstačnej.

Já: Což asi taky dělá hodně na psychiku

H: No to rozhodně, já jako nepotřebuju u ničeho, že bych potřeboval pomoc, zvládnú cokoliv. Ale zase jako někdy se chci šetřit, takže použiju vozejk, ale nepotřebuju ho, i tu druhou, relativně zdravou. Přece jenom dělá 80 % všeho, takže jako nechci, aby za 20 - 30 let byla v takovym stavu, že mi jí ufiknout taky, tak se snažim jí šetřit, protože když jako vim, že nemusim nic dělat, tak si prostě tu nohu sundam, a je to i pohodlnější.

Já: No a jaký to bylo úplně zpočátku, když sis řekl že ta noha tam prostě není?

H: Hele ono dlouhou dobu jsem měl, jako když si zlomíš něco, nohu a máš jí v sádře, okej 6 tejdnu prostě nechodíš, nebo o berlích. A ty víš, že ti jí sundaj a ty to za další 2 měsíce na rehabilitacích rozhybeš a budeš chodit. No a já jsem měl dlouhou dobu pocit toho, jakože, no že to jako doroste, že to je prostě na měsíc, na dva a pak to bude dobrý. To jsem si po nějakym měsíci uvědomil, že to vlastně dobrý nebude (smích) a to jsem se zrovna dostával z postele na vozejk, to jsem měl totiž ještě tu ortézu na druhý, a to jsem se nějak blbě chytil, a nějak jsem padal, tak jsem chtěl šlápnout tou levou nohou a ona tam nebyla... takže to jsem

si uvědomil, že tam není, a že tam nebude. Takže to jsem se jako rozbřečel jako malej kluk tyvole a v té chvíli jsem si to jako uvědomil a pak jsem si za další rok, nebo dva a každý ráno, fakt každý ráno mě napadla nějaká věc, kterou už nebudu nikdy dělat ... A to trvalo nevim ... rok a půl, dva ... a pak se z toho nějak dostaneš, jako hůř se s tím smíříš, zjistíš že můžeš dělat spoustu věcí, prostě si na to zvykneš a je to fakt všechno jako o zvyku. Jako do teďka mě jako sere, že prostě sem tam, že prostě ty*ole jsem nasranej prostě jakože, ty*oleee, dop*dele, pí*ovina, nemůžu se rozběhnout a skočit do vody, prostě jako to jsou takový maličkosti, který si jako pomalu uvědomuješ a svět je na ho*no a na ho*no, a to se nabaluje a nabaluje. Chvíli jsem měl jako nějaký ne úplně deprese, ale nebyl jsem na tom úplně dobře a pak se z toho prostě nějak dostaneš ... časem, někdo možná ne, ale naprostá většina lidí s tím začne fungovat úplně normálně ... ale tak jako jsou nějaký no co prostě ne ... No a jak jezdím do toho Německa, tak tam jezdí jeden starší pán, třeba 65 mu je a ten nemá nohu fakt třeba 43 let a jako v pohodě, samozřejmě s tím funguje, ale on třeba ... ono se dělá takový kosmetický krytí, přes ty protézy, což má tvar jako nohy a on to třeba má a já si myslím, že to lidi mají proto, že úplně nejsou jako, jako smířený s tím, že „jako nevim jestli to má pro ten pocit, že tam má ten tvar, protože takhle to prostě vypadá, to prostě není noha (ukazuje na svojí) ale s tím kosmetickým krytím, to fakt vypadá jako ta druhá noha víc. Jako nevim, je to můj osobní názor, že to má asi proto, že s tím není úplně smířenej, i když je to 43 let, takže musí, ale samozřejmě možná, že jako nějaká jeho malá část s tím smířená není že jo.

Já: A ty jsi s tím teda vizuálně neměl problém?

H: Neeee hele, vůbec, mě to baví tadyto, ono to vypadá dobře (smích) s tadytim jako vůbec nemám problém. Podle mě se s tím mladý lidi dokážou smířit rychle, potom už starší třeba ne, ale myslím si že to zrovna není problém. Jinak se dost často setkávám, s tím, že lidi nemají absolutně jako představu. No nedávno zrovna jsme byli na nějaký svatbě a potkal jsem známý, který jsem neviděl už nějakou dobu a teď jsme se bavili že jo a lidi to vždycky zajímá že jo, samozřejmě jak to jako je.. a prakticky každé s kým se o tom začnu bavit, kterej o tom jako neví, tak říká: „tak jako, ty to máš napojený na ty nervy ne? A normálně s tím hýbeš ne?“ Tak jako říkám že fakt neee (smích) podle mě to mají asi z filmů, nebo nevim.

...

Já: A třeba ti blízcí, byli jako hodně důležitý?

H: Hmm, hm.. (souhlas hlavou) musím uznat, že bratranec Petr (kouč) mi v tom pomohl asi nejvíc, ten třeba byl za mnou každé den v nemocnici a beze srandy fakt každé den. Na chalupu za mnou jezdil, dvakrát za tejdén, on to prostě umí, takže ten mě z toho dostával

jako hodně, přítelkyně bejvalá samozřejmě taky, ta se mnou byla na tý chalupě celý ty tři měsíce potom jako, ta jako u toho byla, což bylo taky důležitý. Rodiče, okej taky, to jako všechno fungovalo, že prostě podporovali, i jako spousta kamarádů a známých, takže to bylo, v tomhle ohledu to bylo jako super. Pomohlo to hodně, pomohlo to hodně, ale stejně se s tím v tý hlavě prostě musíš vypořádat sám, jo. Protože to už, to je potom už i v takový fázi, že jako každej jako je k tobě hrozně pozitivní, tak pak už se jako občas jako úplně zatvrdíš úplně, a v tý hlavě si to jedeš jako úplně jinak. Takže vim, že v tu chvíli, jsem je fakt musel s*át, protože jsem byl jako nepříjemnej a prostě se z toho pak jako dostaneš. Ale prostě v tý hlavě si to musíš nějak přehodnotit ...

Já: A nabouralo ti to teda nějaký představy o práci, nebo osobním životě?

H: Hm... jako na nějakou chvíli jo ... na nějakou chvíli jo ... potom jsem vlastně 2 roky nevěděl jako co ... pak s tou bývalou jsme se třeba po 4 letech rozešli, ale vem si, že kdyby nebylo tý nehody, že bysme se rozešli mnohem dřív. Asi jo, jakože nás to fakt hodně spojilo a pak to prostě, ten vztah nějak vyšuměl, že jo, pak jsme se nějak rozešli a bez toho, by to bylo fakt o rok, o dva dřív ... no ale nabourat, nabourat... nabouralo, ale to zas nemůžu říct, teď jsem někde, a nevím kde bych byl kdyby ... nemůžu říct ... je spousta věcí, který bych teď nedělal, spoustu lidí, který bych nepoznal, je to úplně ... takže jako ono všechno špatný je k něčemu dobrý ... takže jako díky tady tomu jsem se jako dostal do míst, a k lidem, který bych bez toho nepoznal. Poznávám věci, který bych nevěděl asi tak stejně jako ostatní lidi a mě to baví. Je hrozně zajímavý jezdit do toho Německa, fakt jako super se tady k tomu dostávat.

Já: A i tě přitom nějak napadlo, nebo uvědomil sis, že si tady vlastně nemusel bejt?

H: Hele, nejsem si jistej jestli se mi tohle hlavou honilo, nejsem si tím vůbec jistej ... Jediný, nebo jako jediný... Možná jsem se přestal jako míň rozčilovat a jako hodně věcí jsem začal brát s větším nadhledem, větším klidem, to asi v tomhle jo. Ale asi se dívám trošku jinak na věci, na který jsem dřív ... no to jako jo, to jo. Jako mě to v něčem asi možná zklidnilo, zjistíš, že je vlastně zbytečný se nad některějma věcma rozčilovat (smích) a že jsou horší věci ... Ale jako i u ostatních lidí, že třeba nějakěj známej přijde a začne mi vyprávět co se mu stalo a tak na mě kouká a „tobě to asi vlastně nemam co říkat vid“ nebo jako bratranec, si loni udělal něco na motorce, s kolenem, jakože dlouhou dobu ortéza, rozhejbává to ještě teď, že tam měl něco našťíplýho v kolenním kloubu, a taky říká, hele vždycky když něco, tak si vzpomenu na tebe a řeknu si že mně se má co hojit, takže je to dobrý. Tady v těch věcech, tak to se dívám na spoustu věcí jinak ...

Já: To je super, a hlavně kdyby se něco podobnýho stalo někomu blízkýmu, tak aspoň takhle vidí, že to prostě jde, že jde fungovat.

H: No jasně, a hlavně teda to bylo důležitý na těch Malvazinkách, tam se dostat, tak tam byli pacienti amputovaný, který tam byli přede mnou, takže já jsem už trošku viděl, že prostě choděj! A tyjo, on skáče na trampolíně!! Takže i tam jako vidíš, že to jde. Jo, takže když vidíš, že to jde těm lidem, že chodí, to pomáhá hodně, tehdy to nebylo tolik, ale teď má i velkou zásluhu, že jsou udělaný webovky „moje protéza“ a jsou tam videa, takže teď ty lidi, když se jim to stane, tak už mají kam se podívat a mají z čeho čerpat a můžou vidět, že to není úplně v prdeli prostě ...

Já: To je asi všechno, co mi napadá, děkuju mockrát!

Příloha č. 3 – Příklad kódování

KATEGORIE	KÓDY
Zpracování události	Blížkost smrti
	Cizí zavinění
	Dlouhodobé nepřijetí reality
	Důraz na důležitost psychiky
	Hledání smyslu
	Jistota v sebe
	Podrážděnost
	Pojmenování vlastního postižení
	Postupné smíření se s realitou
	Potřeba času pro pochopení
	Prostor na přemýšlení
	Prvotní nepochopení reality
	Překonání strachu
	Přijetí vzhledu
	Přístup k postižení
	Self-motivace
	Úraz jako varování
	Uvědomění vážnosti situace
	Vědomí ztráty končetiny
	Vlastní záchrana
Zhroucení	
Sociální opora	Kamarádi
	Komunikace
	Kvalita protézy
	Náplň času
	Podpora
	Přijetí partnerkou
	Psychologická péče
	Rodina
	Starost druhých
	Vzor v jiných amputovaných
	Změna prostředí
Představy a očekávání	Nenaplněná očekávaná starost
	Představy o funkčnosti protézy
	Úvahy o budoucnosti
	Vidina v uzdravení nohy
	Vize lepší amputace

Prožívané ztráty a strachy	Bezmoc
	Blížkost smrti
	Cizí zavinění
	Doživotní omezení
	Komplikace s pojišťovnou
	Narušení plánů
	Nechtěnost postižení
	Neznalost druhých
	Pocit nesamostatnosti
	Pocit viny
	Komplikace v maličkostech
	Sportovní omezení
	Strach o zaměstnání
	Strach z bezmoci
	Strach z budoucnosti
	Strach z dalších zdravotních komplikací
	Strach z re-amputace
	Vlastní prvotní neznalost
	Zklamání z neúplné schopnosti
Ztráta zaměstnání	
Vlastní snaha	Hrdost ve vlastních dovednostech
	Hledání smyslu
	Přístup k postižení
	Snaha pracovat
	Snaha zlepšovat chůzi
	Soběstačnost
	Uklidňování druhých
	Zjišťování informací o amputaci
Přínos	Celková spokojenost po smíření se
	Hrdost ve vlastních dovednostech
	Nové možnosti
	Nový pohled na svět
	Objevování vlastních schopností
	Ponaučení
	Poznávání lidí
	Splnění přání
	Úraz jako varování
	Vděk
	Vzorem pro ostatní
	Zamyšlení se nad hodnotami
	Zpevnění vztahu

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Baštecká, B. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
2. Breakey, J. W. (1997). Body image: the lower-limb amputee. *JPO: Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9 (2), 58-66.
3. Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Routledge.
4. Desmond, D. M., Coffey, L., Gallagher, P., MacLachlan, M., Wegener, S. T., & O'Keefe, F. (2012). 20 Limb Amputation. *The Oxford handbook of rehabilitation psychology*, 351.
5. Dungl, P. (2005). *Ortopedie*. Praha: Grada.
6. Ephraim, P. L., Wegener, S. T., MacKenzie, E. J., Dillingham, T. R. & Pezzin, L. E. (2005). Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(10), 1910-1919.
7. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
8. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum.
9. Gallagher, P. & MacLachlan, M. (2000). Positive meaning in amputation and thoughts about the amputated limb. *Prosthetics and Orthotics International*, 24(3), 196-204.
10. Geertzen, J. H., Van Es, C. G. & Dijkstra, P. U. (2009). Sexuality and amputation: a systematic literature review. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 522-527.
11. Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
12. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
13. Ide, M., Watanabe, T., & Toyonaga, T. (2002). Sexuality in persons with limb amputation. *Prosthetics and orthotics international*, 26(3), 189-194.
14. Janíková, E. & Zeleníková, R. (2013). *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada.
15. Klein, L. & Ferko, A. (2005). *Principy válečné chirurgie*. Praha: Grada.
16. Kohoutek, T. & Čermák, I. (2009). *Psychologie katastrofické události*. Praha: Academia.
17. Kolář, P. (2009). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
18. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.

19. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
20. Látalová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Osciková, M., & Praško, J. P. (2015). Poruchy přizpůsobení. *Med. praxi*, 12(4), 184-88.
21. Lejčko, J. & Skála, M. B. (2002). Fantomová bolest. *Lékařské listy. Příloha zdravotnických novin*, 51(25), 18-20.
22. Lepore, S. J. & Revenson, T. A. (2006). Resilience and Posttraumatic Growth: Recovery, Resistance, and Reconfiguration.
23. Mareš, J. (2008). Posttraumatický rozvoj: nové pohledy, nové teorie a modely. *Československá psychologie*, 52(6), 567.
24. Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada.
25. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
26. Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál.
27. Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
28. Praško, J. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
29. Pugliesi, K. & Shook, S. L. (1998). Gender, ethnicity, and network characteristics: Variation in social support resources. *Sex Roles*, 38(3-4), 215-238.
30. Půlpán, R. (2011) *Základy protetiky*. Praha: Epimedia Publishing.
31. Raboch, J. & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
32. Rybarczyk, B. D., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Schulz, R., Alioto, R. J., & Blair, C. (1992). Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputations. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 73(12), 1169-1173.
33. Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical Rehabilitation*, 26(2), 180-191.
34. Schiraldi, G.R. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: a guide to healing, recovery, and growth*. Los Angeles: Lowell House.
35. Singh, R., Ripley, D., Pentland, B., Todd, I., Hunter, J., Hutton, L., & Philip, A. (2009). Depression and anxiety symptoms after lower limb amputation: the rise and fall. *Clinical rehabilitation*, 23(3), 281-286.
36. Slaměník, I. & Výrost, J. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada.
37. Smutný, M. (2009). *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Praha: Federace ortopedických protetiků technických oborů.

38. Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M. & Pokorný, D. (Ed.) (2001). *Základy ortopedie*. Praha: Triton.
39. Šolcová, I. & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 43(1), 19-38.
40. Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 3., rozš. a přeprac). Praha: Portál.
41. Vágnerová, M., Hadj-Mousová, Z. & Štech, S. (2004 dotisk). *Psychologie handicapu* (2., přeprac. vyd). V Praze: Karolinum.
42. Vizinová, D. & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.
43. Vodáčková, D. (2012). *Krizová intervence* (Vydání třetí). Praha: Portál.
44. Zeman, M. & Krška, Z. (2011). *Chirurgická propedeutika* (3., přeprac. a dopl. vyd. [i.e. 4. vyd.]). Praha: Grada.