

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**ZVLÁDÁNÍ STRESU U OSOB SE SPINÁLNÍM
TRAUMATEM OPTIKOU KOMPLEXNÍHO
PŘÍSTUPU**

**COPING STRESS IN POST-SPINAL TRAUMA PATIENTS THROUGH A
HOLISTIC APPROACH VIEW**



Bakalářská práce

Autor: Mgr. Iva Kubánková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

2019

Prohlášení:

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací s názvem: *Komparace zvládnání stresových situací před a po úrazu u osob po spinálním traumatu optikou komplexního přístupu* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne..... Podpis

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala osobám, které mi pomohly při tvorbě této práce. Prvně děkuji svému vedoucímu práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za ochotné vedení, vřelou komunikaci a odbornou pomoc. Speciální poděkování patří Mgr. Zdeňce Veselé a Mgr. Evě Vostálové za nezastupitelnou pomoc při zprostředkování kontaktu s respondenty výzkumu. Prof. PhDr. Karlu Paulíkovi, CSc., PhDr. Michaele Holubové a PhDr. Kateřině Bartošové, Ph.D. za ochotnou pomoc s technickými otázkami výzkumu. Mgr. Lucii Viktorové, Ph.D. a PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za metodologické konzultace. A za podnětné postřehy, cennou podporu, a odbornou pomoc při dokončování práce děkuji MUDr. Jakubovi Vaňkovi a Tereze Penkalové.

Motto:

„Je-li člověk nespokojený se svým stavem, může jej změnit dvěma způsoby. Buď změni podmínky svého života, nebo svůj duševní postoj. První není vždy možné, to druhé je možné vždy.“

— Ralph Waldo Emerson, americký filozof, esejista a básník 1803 – 1882

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. Komplexní přístup	10
1.1. Základní vymezení komplexního přístupu	10
1.2. Psychosomatika	12
2. Spinální trauma	15
2.1. Páteř a mícha.....	15
2.2. Úraz páteře a míchy, léčba a následky.....	17
2.3. Psychologické aspekty spinálního traumatu	22
3. Stres a stresová situace	34
3.1. Stresová reakce	34
3.2. Stres v kontextu spinálního traumatu.....	35
3.3. Způsoby a strategie vědomého zvládnání stresu po úrazu.....	42
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	47
4. Výzkumný problém, cíle a výzkumné otázky	48
4.1. Oblast výzkumu, výzkumný problém a cíle práce.....	48
4.2. Hlavní výzkumná otázka	48
4.3. Specifické výzkumné otázky	49
5. Aplikovaná metodika a sběr dat.....	50
5.1. Smíšený výzkum.....	50
5.2. Polostrukturovaný rozhovor	51
5.3. Dotazník Brief COPE	54
6. Charakteristika zkoumané populace a výběrového souboru.....	57
6.1. Definice výzkumné populace.....	57
6.2. Výběrový soubor.....	57
6.3. Etika a ochrana soukromí	59
7. Analýza dat	61
7.1. IPA – Interpretativní fenomenologická analýza	61
7.2. Zpracování dat z Brief COPE dotazníku	63
7.3. Klíčové teoretické koncepty použité při analýze.....	63

8. Interpretace a výsledky	66
8.1. Respondent 1.....	66
8.2. Respondent 2.....	74
8.3. Respondent 3.....	80
8.4. Respondent 4.....	88
8.5. Respondent 5.....	95
8.6. Respondent 6.....	104
8.7. Respondent 7.....	111
8.8. Odpovědi na výzkumné otázky.....	119
9. Diskuze	130
10. Závěr	138
11. Souhrn.....	139
Bibliografie	143
Abstrakt	150
PŘÍLOHY.....	152
Příloha 1: Pozvánka k účasti na výzkumu	153
Příloha 2: Informovaný souhlas	156
Příloha 3: Návod k rozhovoru.....	157
Příloha 4: Brief COPE původní znění.....	160
Příloha 5: Instrukce a žádost k dotazníku Brief COPE.....	162
Příloha 6: Hrubé skóry Brief COPE dotazníku a retrospektivního dotazníku.....	164
Příloha 7: Shrnutí copingových strategií	165

Úvod

Cílem mé bakalářské práce s názvem *Zvládání stresu u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu* je přiblížit problematiku specifičnosti stresu a jeho zvládání u osob, které jsou trvale upoutány na invalidní vozík důsledkem úrazu.

V teoretické části je cílem stručně obsáhnout problematiku komplexního přístupu, stresu, zvládání stresu, a také teoretické ukotvení spinálního traumatu. Téma má kromě oboru psychologie přesah také do medicíny, nicméně práce není primárně určena lékařům ani studentům medicíny, proto pokládám za vhodné přizpůsobit jazyk práce a vysvětlivky tomu, že čtenář nemusí mít medicínské znalosti. Z tohoto důvodu text prokládám obrázky, protože pro pochopení tématu v celé jeho šíři je důležité, představit si určité věci konkrétně na lidském těle a jeho částech. Cílem práce je poukázat na vzájemnou propojenost systémů psychických, tělesných, duchovních a sociálních, které se na vzniku stresorů i na konstrukci strategií k jejich zvládání podílí.

Téma spinálního traumatu v důsledku úrazu jsem si pro svou práci vybrala, protože s ním mám zkušenost z odborné praxe, a také z dřívější bakalářské práce realizované na Masarykově univerzitě jako výstup ze studia oborů *Mediální studia a žurnalistika* a *Sociální práce*. V rámci předchozí bakalářské práce jsem natočila dokumentární film o aktivním životě lidí po úrazu míchy, kde jsem na problematiku stresu také narazila. Mezi lidmi s poraněním míchy mám i několik přátel, proto se mi dobře pracovalo metodou polostrukturovaných rozhovorů, kdy jsem při formulaci kostry rozhovoru mohla vyjít z témat, která mi přišla již dříve hodná hlubšího prozkoumání. Téma spinálního traumatu považuji za zajímavé a pozoruhodné také proto, že se jedná o specifickou traumatickou událost v životě jednotlivce, v němž má trauma charakter jak fyzický, tak psychický. Toto terminologické specifikum dvojího významu traumatu je rovněž v práci zohledněno. Spinální trauma s sebou nese radikální změny pro zasaženou osobu v mnoha oblastech jejího života. Osoba ztrácí schopnost fungovat v běžném životě způsobem, jakým fungují její vrstevníci, a to nezávisle na věku i sociálním statusu. V důsledku spinálního traumatu se zasažené osoby setkávají se zvýšeným stresem, jelikož jejich každodenní situace obsahují kromě běžných stresorů i stresory zcela specifické, se kterými se zdravá populace nesetkává. Cílem práce je tedy z psychologického hlediska prozkoumat a představit stresory a zvládací mechanismy osob na vozíku, které žijí se spinálním traumatem. Kladu si otázku, jaká je

zkušenost zasažených osob se stresory přítomnými v jejich životě a v čem mohou být tyto stresory i jejich zvládnání odlišné od doby před úrazem. Rovněž mě zajímá, co pomáhá ve zvládnání stresu právě osobám se spinálním traumatem.

Cílem praktické části práce je představit sedm důkladně rozpracovaných rozhovorů s osobami na vozíku. Každý z těchto rozhovorů byl podroben interpretativní fenomenologické analýze. V těchto dílčích analýzách rozebírám, jak se stresem bojuje a bojoval daný individuální člověk, kterého potkal úraz míchy a páteře. Tento způsob výzkumu jsem zvolila proto, že dle mého názoru dobře vyhovuje požadavkům psychologického výzkumu, přičemž pro hlubší prozkoumání problematiky copingu výzkum obohacuji ještě o metodu dotazníku Brief COPE. Zvolené metody mi umožnily co nejhluběji prozkoumat vybrané téma u konkrétních osob. Téma je sice pro všechny respondenty stejné, ale pro psychology je důležité i pod jednotností tématu vidět jedinečnost každého člověka. Tak jako individuálně přistupujeme k našim klientům v praxi, tak zachovávám určitou míru individuality i ve výzkumných analýzách. Také vedení polostrukturovaného rozhovoru vyžaduje z výzkumníkovy strany flexibilitu, podobně jako například v terapii. Vždy sledujeme konkrétní postupy, které jsou nám dány. Máme kostru, které se držíme. Ale zejména v psychologii bychom neměli zapomínat, že pokud zkoumáme nějaké zajímavé téma, tak to, co jej dělá nejzajímavějším, je právě ona individualita, se kterou nám respondent své zkušenosti sděluje. Cílem praktické části práce je tedy nejen přiblížit a objevit souvislosti v tom, jak „vozičkáři“ přistupují ke zvládnání stresu, ale především to, jak sedm individuálních osob přistupuje k tomuto tématu.

Rozhodla jsem se pro tento výzkum, protože by mohl přinést nové postřehy v oblasti zvládnání stresu u osob po úrazu. Odhalené mechanismy zvládnání stresu u těchto osob by mohly posílit a inspirovat i zdravé lidi, aby mohli nalézt své zdroje zvládnání stresu, které třeba sami doposud neobjevili. V neposlední řadě je mým cílem podkrýt kulturu vozičkářů a nabídnout pohled do světa problémů, které běžná populace řešit nemusí, nebo se s nimi běžně nesetkává. Mou ambicí je vyvolání zamyšlení nad životem lidí na vozíku i s jeho úskalími a zvláštnostmi. Ráda bych poukázala na to, že i když se osoby na vozíku mohou zdát na první pohled slabé a nesoběstačné, opak může být pravdou. Protože téma práce je široké a zkoumám jej optikou komplexního přístupu, je její rozsah větší. Zato však přináším všestranný náhled na danou problematiku v podobě, v jaké ještě dosud prozkoumána a prezentována nebyla.

TEORETICKÁ ČÁST

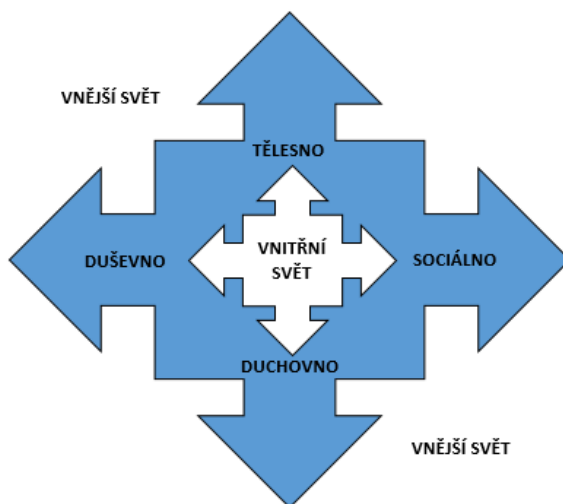
1. KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP

První kapitola předložené bakalářské práce je věnována vymezení pojmu komplexní přístup a odlišení tohoto pojmu od pojmu psychosomatika. Pojmy bývají často mylně ztotožňovány. Ačkoliv spolu úzce souvisí, nelze je zaměňovat.

1.1. Základní vymezení komplexního přístupu

Komplexní přístup se v poslední době dostává do povědomí mnoha disciplín, i když do některých méně ochotně. Proplétá se medicínou, psychologii, sociální prací, speciální pedagogikou a dalšími. Řada z těchto disciplín má potřebu při nahlížení na člověka ze své vlastní perspektivy, zohlednit také přidružené faktory. Právě na tom je založen komplexní přístup. Otevírá širší záběr, ve kterém člověka vidíme, a velikost úhlu, ze kterého se na něj díváme. Současná věda nám o člověku říká mnoho, i když stále nalézáme slepá místa či tajemství, která můžeme objevovat. Komplexní přístup je k tomuto objevování vhodným nástrojem, protože se neomezuje pouze na jednu rovinu bytí, ale zahrnuje více rovin zároveň.

Teorie komplexního přístupu je založena na **celostním nazírání** na člověka v jeho fungování, projevech, zdraví i nemoci (Orel, Facová et al., 2009). Komplexní přístup spočívá v tom, že člověka nevnímáme pouze jako biologický (tělesný) aparát, nemá pouze psychický (duševní) život, nežije jen sociálními (mezilidskými) vztahy, ani nezahrnuje jen to duchovní (přesahové). Všechny tyto oblasti se ovlivňují a interagují spolu navzájem (Orel, 2015). Názorně můžeme komplexní přístup zobrazit například takto:



Obr. 1 - Schéma znázorňující komplexní přístup ke člověku

(Orel, 2015, 10)

Z výše uvedeného schématu vyplývá, že o komplexitě můžeme hovořit, pakliže spojíme člověka v **bio-psycho-socio-spirituální komplex**, přičemž nesmíme opomenout **čas a prostor**, ve kterém se události v životě člověka dějí. Pokud tedy hovoříme o zdraví, nemoci, změnách atd. z komplexního pohledu, díváme se na ně v rovinách těla, psychiky, vztahů i ducha. Každá úroveň tohoto systému se pak podílí na udržování rovnováhy – stálosti celého systému (Orel, Facová et al., 2009).

Vašina (1985) definuje **psychosociální rovinu** jako vyšší, obsahující sekundární potřeby a s nimi související motivy, postoje, zájmy apod. Do této roviny řadí i vyšší emoce. Za nejdůležitější znak této roviny považuje její vědomě volní charakter. Z **časoprostorového hlediska** se zde prolíná parametr minulý s budoucím k optimalizaci přítomného. V průběhu života se tak v této rovině formuje řada sekundárních, psychosociálních potřeb. Autor rovněž podotýká, že **biopsychickou regulaci** lidské činnosti je zapotřebí chápat v celé její komplexnosti, jako činnost vnější – praktickou a zároveň jako činnost vnitřní – interiorizovanou. Centrálou všech těchto činností je **mozek**, protože právě v něm sídlí lidská psychika, která je zároveň jeho funkcí. Mozek je zároveň integrační a regulační centrálou pro všechny nervové impulsy evokované vnějším či vnitřním prostředím.

Na tomto místě si dovolíme vložit příklad relevantní k tématu této práce. Hovoříme-li o osobách, které prodělaly spinální trauma neboli poranění páteře a míchy, na první pohled vidíme, že zdroj nerovnováhy nacházíme v rovině tělesné. Nicméně, když se nad spinálním traumatem začneme hlouběji zamýšlet, a to zejména z dlouhodobé perspektivy, objevíme, že se nerovnováha může potenciálně rozšířit také do dalších rovin, které komplexní přístup popisuje. Nerovnováha v ostatních systémech je o to patrnější, má-li spinální trauma trvalé následky v důsledku porušení páteřní míchy, kdy zasažená osoba ztrácí některé zásadní fyziologické schopnosti. Spinálnímu traumatu a jeho trvalým následkům se věnujeme v následujících kapitolách. Zde bylo našim cílem demonstrovat, v čem spočívá komplexita tématu probíraného v této práci.

Když hovoříme o komplexním přístupu ke člověku, je důležité, že všechno, co se člověka týká, a co se týká jeho bytí, má **všechny výše uvedené rozměry**. Všechny uvedené roviny spolu **navzájem interagují**, někdy více, někdy méně. U každého člověka je to individuální proces. Plyne však z toho, že neexistuje „ryze tělesná nemoc“, která by neměla

vazby na psychiku nebo psychický proces, který by nějakým způsobem nepůsobil na naše tělo. Stejně tak vztahové okolnosti zasahují do našeho duševního života a ovlivňují naše tělo. Konflikt či nepohoda v jednom ze systémů vyvolá změny v celém systému (Orel et al., 2014).

Tělo dynamicky komunikuje s vnějším okolím. Cestou ke zlepšení zdraví je zmapovat také **sociální determinanty**. Pouze v synergii lze porozumět otázkám o zdraví a nemoci. Nestačí nemoc pouze diagnostikovat. Důležité je diagnostikovat také okolnosti, za kterých nemoc vznikla a prostředí, ve kterém se rozvinula a které mohlo mít na jejím vzniku podíl. Emocionální nerovnováhy poskytují živnou půdu fyzickým nerovnováhám. Sociální vztahy a stres pramenící z osobního života i z práce, jsou rovněž významnými faktory ve vzniku fyzických i psychických nemocí. Celostní přístup k pacientům a diskuse o vlivech na pacientův život mohou vést k celkovému zlepšení zdraví. Nestačí se omezovat na diagnostikování tělesných onemocnění, ale vyplatí se zabývat také okolnostmi a vlivy okolí. Nemoc nemůže být léčena pouze z perspektivy nefunkčního orgánu. Na vzniku onemocnění či zhoršení zdravotního stavu se může podílet také **chování** osoby. Zdraví a kvalita života jsou ovlivňovány **kontrolou**, kterou osoba má nad svým životem a její schopností fungovat ve společnosti. Pro změnu chování je důležitý rovněž aspekt času mezi příčinami a jejich efekty. Čím delší čas uplyne, než se efekt dostaví, tím je těžší změny v chování dělat. Z tohoto důvodu je významné průběžně vést diskuse o zdravotních návycích a celostních vlivech na zdraví a nemoc (Tomljenović, 2014).

1.2. Psychosomatika

V literatuře se často setkáváme s termínem **psychosomatika**. V kontextu komplexního nahlížení na člověka ve zdraví a nemoci je tento termín neúplný, protože zahrnuje pouze to duševní (*psychē*) a tělesné (*soma*). My se ale budeme krátce věnovat i tomuto termínu, protože bylo sepsáno mnoho literatury, která se k probíranému tématu vztahuje a hodí. Není to ale pouze tělo a duše, co člověka ovlivňuje. Stejně tak jej ovlivňují právě mezilidské vztahy a duch, jakožto přesahová rovina. Pojem „psychosomatický“ rovněž vyvolává dojem duality, toho, že existují také buď jenom psychická či jenom somatická onemocnění, což Fenichel (1945, in Danzer, 2001) vyvrací a tvrdí, že neexistuje somatické onemocnění, jež by nezahrnovalo také psychickou komponentu.

Pacient. či osoba trpící psychosomatickými obtížemi, občas nejsou schopni svému okolí vysvětlit, co je vlastně trápí. Psychosomatická onemocnění se proto setkávají s řadou **předsudků** jak ze strany laiků, tak ze strany lékařů. Ryze somaticky zaměřeni lékaři, pokud nenaleznou somatickou, tělesnou, příčinu pacientových obtíží, mají tendenci označit pacienta za simulanta, neurotika či dokonce někoho, kdo si své příznaky vymýšlí, aby se například vyhnul práci. Důsledkem těchto reakcí se řada osob, které trpí psychosomatickými obtížemi za své pocity a potíže stydí. I běžná zkušenost nás však může přesvědčit o vzájemné propojenosti systémů psýché a těla. Například málokdo se nesetkal s tím, že by se mu při velkém stresu nesevřel žaludek, při napětí by se nezačal potit, nerozbolela jej hlava, když má mnoho starostí, netrpělivé očekávání něčeho nepříjemného může způsobovat leckomu zažívací potíže, a podobně (Poněšický, 2002).

Podstatou komplexního přístupu v kontextu zdravotnictví je, že na etiopatogenezi, průběhu či udržování každého somatického onemocnění, se vždy nějakým způsobem podílí i ostatní složky celého systému. Stejně tak u potíží a poruch primárně psychických je v různé míře zasažena i složka tělesná a sociální. Hovoříme-li o **psychosomatických poruchách**, zahrnujeme do nich poruchy somatoformní, tedy tělesné potíže, které vznikají v reakci na psychosociální stresory, nejsou podloženy dostatečným patologickým nálezem, a které bývají označovány jako poruchy funkční. V širším kontextu lze zahrnout také psychosomatózy, tedy chronická psychosomatická onemocnění, která jsou již provázena též morfologickými, strukturálními, patologickými změnami (Poněšický, 2010).

Psychosomatickou propojenost dokládají například i některé výzkumy, které ukazují, že více než padesát procent lidí starších padesáti let má nějaké, většinou degenerativní onemocnění na páteři, ale pouze okolo 5 % vykazuje nějaké obtíže. To znamená, že k tomu, aby bolest propukla nebo byla pociťována, je zapotřebí i chronického duševního, a tím i svalového napětí, které zvyšuje napětí mezi úpony a tím i mezi obrali. Všechny orgány i jejich části jsou regulovány nervovými vlákny, a jejich stav je hlášen nervovými impulsy zpět do mozku. To znamená, že i míšňní a mozkové poruchy mohou mít za následek tělesné poruchy, jako to v extrémních případech vidíme například právě po úrazech, ale také po záchvatech epilepsie, u roztroušené sklerózy či nádorů apod. Mozková činnost může být narušena nejen strukturálně, ale i funkčními poruchami na základě siných traumatických zážitků, u některých úzkostí, zábran či tíhou nesnesitelnosti životních obtíží. Velkou nevýhodou psychosomatických poruch, které nejsou včas léčeny je **sklon k chronicitě** (Poněšický, 2002).

Téma této práce se úzce dotýká nervového systému. Nervový systém je jedním z řídicích systémů lidského organismu a zasahuje jak do roviny psychické, tak do somatické. Na dvojici oborů, které se nervovým systémem zabývají, na neurologii a psychiatrii, jde jasně vidět, jak má lékařství tendenci psychické a somatické oddělovat. Zatímco neurologie je zaměřena spíše na organickou část systému, psychiatrie se zabývá spíše částí neorganickou. Pro neurologii jsou směrodatné prokazatelné morfologické, strukturní změny systému, zatímco psychiatrie řeší změny funkcí i bez průkazných morfologických změn. Oddělovat psychické fenomény od fenoménů organických, ale nelze, podobně jako nelze oddělovat síly molekulární od sil atomových (Véle in Baštecký, Šavlík, & Šimek, 1993).

Tuto kapitolu zakončujeme citátem: „*Každá nemoc totiž potenciálně přináší nejen ztráty a omezení, ale i zisky a možnosti*“ (Orel et al., 2014, 31). Citát je vhodný pro tuto bakalářskou práci navzdory tomu, že zde nehovoříme o nemoci, ale o úrazu. Z komplexního pohledu je úraz významnou změnou, která se promítá do celého komplexního systému, a tak jako je různá jeho příčina, může spustit řadu různých reakcí. Následky úrazu sice skýtají mnohé ztráty a omezení, ale zároveň mohou člověku otevřít dveře k novým možnostem a nabídnout doposud neočekávané zisky. Náhled do této problematiky se snaží zprostředkovat právě výzkum v rámci této práce.

2. SPINÁLNÍ TRAUMA

Druhá kapitola bakalářské práce je zaměřena na definování spinálního traumatu. Definujeme stručně také anatomické a fyziologické základy pro páteř a míchu, protože je to důležité k pochopení mechanismu úrazu páteře a míchy i jejich následků. Pozastavujeme se krátce také nad terminologickým rozlišením traumatu a spinálního traumatu, a to v rámci podkapitoly o psychologických aspektech úrazu.

2.1. Páteř a mícha

V následující podkapitole uvádíme nejprve pár obecných informací k páteři a míše. Vzpřímený postoj je pro člověka charakteristický a umožňuje mu normálně fungovat ve společnosti. K tomu, aby se mohl člověk pohybovat ve vzpřímené pozici je stavba a správná funkce páteře a míchy stěžejní.

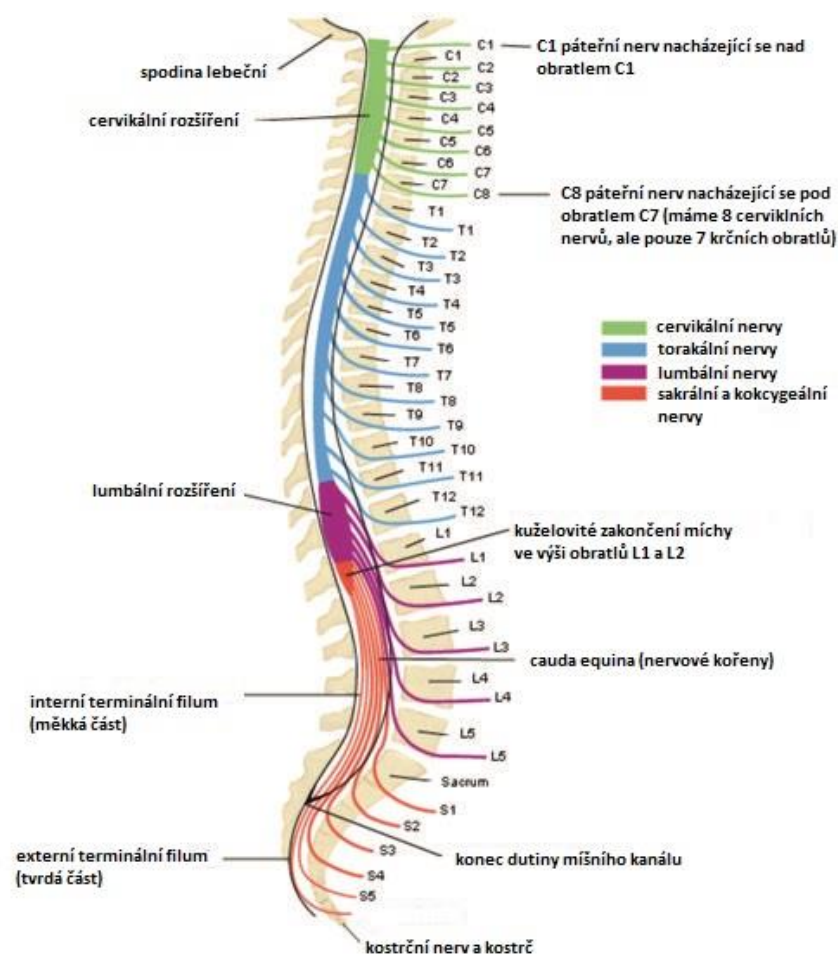
Páteř (*columna vertebralis*) je dutá kostěná konstrukce složená ze sedmi krčních obratlů (C1-C7), dvanácti hrudních obratlů (Th1-Th12), pěti bederních obratlů (L1-L5), pěti křížových obratlů (S1-S5) srostlých v kost křížovou a čtyři až pět obratlů kostrčních (Co1-Co4) srostlých v kostrč. Středem páteřního kanálu prochází **páteřní mícha** (*medulla spinalis*). Mícha společně s mozkem přináleží k centrální nervové soustavě. Jedná se o nervový provazec dlouhý asi 40-45 cm, vážící cca 35 kg. Na páteřní míše rozlišujeme pět oddílů, kdy každý oddíl dále členíme na jednotlivé míšní segmenty (Merkunová, & Orel, 2008).

Páteř prochází vývojovými změnami v průběhu dětství až do dospělosti. Ve stáří se pak dostávají změny degenerativní. Ač standardně mají lidé třiatřicet obratlů, mohou se vyskytovat individuální abnormality v jejich počtu, tvaru, uspořádání aj. Každý obratel má svůj tvar a stavbu. Oválné nebo kruhové obratlové tělo má houbovité střed, obklopený zhuštěným tvrdým obalem. Nad a pod obratlem jsou vrstvy chrupavky. Dva nejvyšší krční obratle jsou zvláštní. Jejich tvar podporuje držení lebky a otáčení krkem. Nejvyššímu obratli říkáme atlas. Bederní obratle jsou pevnější a robustnější, aby unesly váhu trupu. Obratle jsou odděleny podložkami, které nazýváme disky (Rogers, 2017).

Páteřní mícha propojuje periferní struktury s mozkem a nervové buňky v míše jsou také navzájem propojeny. Mícha v páteřním kanálu je chráněna trojím způsobem, tvrdou plenou, měkkou plenou a mozkomíšním mokem. I když máme jen sedm krčních obratlů,

nalézáme v této oblasti osm krčních nervů. Tato nervová spojení umožňují komunikaci s mozkem, orgány a umožňují další životně důležité funkce a pohyb (Rogers, 2017).

Jak je patno z obrázku č. 2, tak podobně jako u páteřních obratlů i na míše rozlišujeme segmenty krční (C1-8), hrudní (Th1-12), bederní (L1-5), sakrální (S1-5) a kostrční (Co1-3), přičemž v kaudální části páteřního kanálu, kam již mícha nezasahuje, jsou průběhy míšních kořenů, které utvářejí svazek připomínající koňský ocas (cauda equina). Mícha je na úrovni cervikálních a lumbálních segmentů rozšířená, což je podmíněno zvýšeným počtem neuronů potřebných k inervaci horních a dolních končetin (Rohan, Rohanová, 2017 in Kulišťák, 2017).



Obr. 2 – Míšňí oddíly a míšňí segmenty

(Páteř a mícha, nedat.)

2.2. Úraz páteře a míchy, léčba a následky

Justan (2000) uvádí, že **spinální poranění (trauma)** můžeme definovat jako **poranění páteřního úseku centrální nervové soustavy**, které je způsobeno různým úrazovým dějem a při kterém může, ale nemusí dojít k poranění páteře. Přičemž dodává, že izolované poranění míchy je spíše výjimečné, ale často jsou při něm poraněny další orgány a tkáň. Spinální trauma vede vždy k dočasné nebo trvalé poruše funkce a struktury míchy.

Jedlička a Nebudová (1989) zmiňují, že poranění míchy je daleko méně časté než poranění mozku, což je způsobeno jednak úrazovými mechanismy, které vedou častěji k poškození lebky, a právě také charakterem obalu mozku a míchy, protože mícha je lépe chráněna páteřním kanálem, než je mozek chráněn lebkou. Autoři uvádí, že k **nejčastějším příčinám** poranění míchy patří pád z výše, pád těžkého předmětu na záda, dopravní nehody, sportovní úrazy aj. Mícha může být poraněna v rámci poranění mozku, avšak daleko častěji dochází k poranění míchy v rámci těžkého poranění páteře – **vertebrospinální poranění**.

Obecně nejčastější příčinou úrazů míchy a páteře jsou v České republice autonehody, pády a skoky na hlavu. U mladších pacientů převažují vysokoenergetická poranění, u starších naopak nízkoenergetická. V období mezi lety 2000 a 2010 bylo v České republice ošetřeno 98 492 pacientů s onemocněním páteře, z toho 16 871 po úrazu. Z tohoto počtu operovaných úrazů připadlo 1559 (9,2 %) na horní krční páteř, 2518 (14,9 %) na dolní krční páteř a 12 794 (75,8 %) na thorakolumbální páteř. Nejčastější zlomeninou horní krční páteře je zlomenina dentu, v oblasti dolní krční páteře se jedná o obratle C5-C6 a v thorakolumbální části o obratle Th12-L1 (Štulík, 2016 in Čech, Douša & Krbec, 2016).

Ve Spojených státech Amerických jsou uváděny jako příčiny traumatického úrazu míchy kromě zmiňovaných autonehod (48 %), pádů (16 %) a úrazů při sportu (10 %) také úrazy spojené s násilím a nejčastěji se střelným zraněním (12 %). V Kanadě a západní Evropě nebývají traumatická poranění spojená s násilím tolik běžná. Ve Spojených státech se uvádí z celkového počtu operovaných okolo dvanácti procent zranění způsobených násilím, což je více než třeba počet úrazů způsobených při sportu. Častější příčinou je násilí u poranění míchy v rozvojových zemích a u vojáků na zahraničních misích (Hansebout, & Kachur, 2018).

Beneš (1961) píše, že mícha může být poškozena bez zranění páteře nebo při zranění páteře. Přičemž zranění bez poranění páteře je málo časté, jeho zvláštností je, že se nemusí

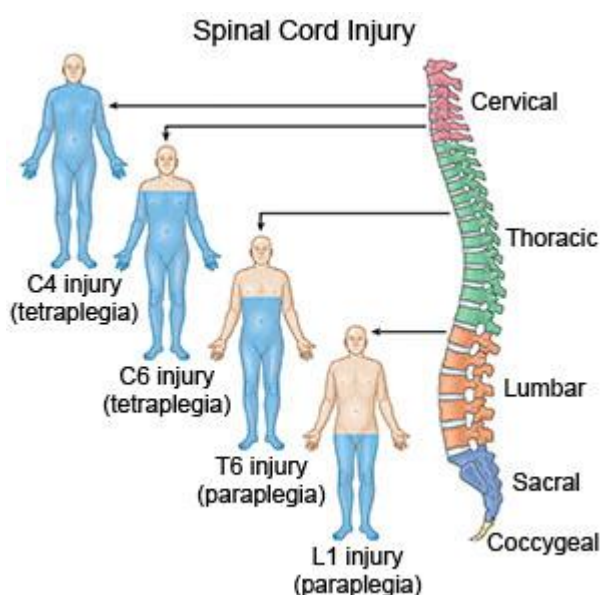
ukázat na rentgenových snímcích a dochází k němu např. vlivem bodného zranění, kdy ostrý předmět vjede mezi dva obratlové trny. Nejčastěji však dochází k poranění míchy spolu s poraněním páteře. U zlomenin páteře se setkáváme s odlišným **mechanismem úrazu**: *hyperflexe* – přehnané ohnutí vpřed, *hypertenze* – přehnané ohnutí vzad a *přímý úder na páteř*. Přičemž každý úsek páteře je k jednotlivým typům úrazů různě náchylný. Někdy je také kvůli komplikovanosti úrazu obtížné určit, jak přesně je páteř porušena.

Hansebout a Kuchur (2018) popisují, že poranění páteře, při kterém dojde ke zranění míchy je doprovázen jedním nebo více příčinami jako je roztříštění kostěného elementu či elementů, vykloubení jednoho či více kloubů, přetržení vazů či narušení meziobratlových disků. Tyto události následně způsobí nepřírozené ohnutí (flexi), otočení (rotaci), protažení (extenzi) a, případně nebo, stlačení (kompresi) páteře. Nejčastěji se jedná o zlomeniny či vykloubení. Rozlišujeme ještě poranění míchy primární a sekundární. **Primární mechanismy poranění** jsou takové, o kterých zde hovoříme v tomto a předchozím odstavci, tedy poranění způsobená zmiňovanými mechanismy poškození páteře či bodným, popř. střelným zraněním, kdy dochází k okamžitému ochrnutí. **Sekundární mechanismy poranění** míchy jsou taková jejichž účinek nastupuje 8-12 hodin po úrazu a souvisí s různými příčinami jako jsou otoky, nedokrevnost (ischémie), nedostatek kyslíku (hypoxie), zánět, odumření buněk (apoptóza) apod.

Zhmoždění míchy neboli **kontuze** může být různé. Podle rozsahu poškození pak vznikají **částečné či úplné míšní léze (poranění)**. Nejtěžším stupněm je **transverzální míšní léze** čili traumatické přerušení míchy. V tomto případě se jedná o zranění naprosto ireparibilní čili nenapravitelné. Plně reverzibilní (zvratné) postižení motoriky, senzibility a sfinkterů (svěračů) nazýváme **komoce míchy** a trvá minuty až hodiny (Jedlička, & Nebudová, 1989; Bednařík, 1999).

Renotierová (2002) popisuje, že příznaky poškození míchy odpovídají místu a stupni úrazu. Poruchy hybnosti, citlivosti a vegetativních funkcí se projevují okamžitě. Vzhledem k tomu, že páteřní mícha **nemá schopnost regenerace**, většina takových poranění je nenapravitelná. Následky podle místa postižení míchy se objevují dle Renotierové:

1. při poškození horní krční míchy (1. – 4. segment) – ve formě spastické **kvadraparézy**¹ až kvadruplegie s poruchou čítí dosahující po krk,
2. při poškození dolní krční míchy (5. – 8. segment) – ve formě spastická **paraparézy**² až paraplegie dolních končetin a chabé paraplegie horních končetin,
3. při poškození hrudní míchy – ve formě spastické paraparézy až paraplegie dolních končetin, hranice citlivosti se posouvá podle úrovně poranění hrudní míchy,
4. při poškození bederní a křížové míchy – ve formě chabé paraparézy až paraplegie dolních končetin.



*Obr. 3 – Názorné zobrazení rozsahu znečitlivění po poranění míchy v různých úrovních
(Zdroj: Spinal cord injury, nedat.)*

Na schématu (viz Obr. 3) vidíme rozsah znečitlivění po poranění míchy v různých úrovních. Modře je zde zaznačena část znečitlivění. **Paraplegií** nazýváme stav, kdy osobě zůstala zachována citlivost horních končetin, objeví se u poranění míchy v oblastech od nejnižších oblastí po torakální oblast páteře a důsledkem je paralýza nohou a spodních částí těla.

¹ kvadraparéza = paralýza čtyř končetin (Phillips et al., 1987)

² paraparéza = paralýza dvou končetin (Phillips et al., 1987)

Tetraplegií neboli **kvadruplegií** nazýváme stav, kdy byla poraněna cervikální oblast míchy, což způsobilo paralýzu dolních i horních končetin (Phillips et al., 1987).

Léčba spinálního traumatu má řadu specifík. Osoba je nucena projít první fází obsahující řadu operací a je zapotřebí, aby tělo regenerovalo z prvního šoku. Tělesné uzdravení je v této oblasti však pojmem velmi relativním. Jak jsme uvedli výše, regenerace míchy není možná, poškození daného rozsahu je tedy trvalé. Nyní si postupně probereme léčbu a následky poranění v jednotlivých oblastech páteře. Je důležité se těmito tématům alespoň krátce věnovat, protože řada následků spojených s úrazem míchy patří k významným potenciálním stresorům v životě vozíčkáře a úzce tedy souvisí s tématem této práce.

Poranění krční páteře patří mezi nejzávažnější poranění, jehož následky jsou významné nejen pro jednotlivce, ale i pro rodinu, pojišťovnu a celou společnost. Kvadruplegie (viz výše) způsobuje rychlou devastaci organismu. Medicína však v této oblasti dosahuje velkého pokroku a často se při léčbě podaří opravit i to, co by dříve bylo jen sotva možné. Specifikum poranění krční páteře je, že je často spojeno s poraněním hlavy, což zhoršuje prognózu a může způsobovat komplikace. Nejčastější důsledky poranění krční páteře a kvadruplegie jsou různé deformity těla, bolesti a neurologické deficity v krční oblasti, obtíže s dýcháním, polykáním, kromě zmiňované a nejvíce viditelné pacientovy imobility se také objevují obtíže s vylučováním moči a stolice, erektilní disfunkce, poruchy termoregulace atd., s čímž jsou spojeny četné zdravotní komplikace a nutno je zmínit také vliv na psychický stav ochrnutého pacienta. **Úrazy hrudní a bederní páteře** představují dále úrazy velmi širokého spektra závažnosti. I poranění, které vypadalo na první pohled nevině může skončit ochrnutím, či smrtí pacienta. Nejzávažnějším následkem je paréza či plegie, doprovázená následky popsány u zranění krční páteře s rozdílem, že ochrnutí není tak rozsáhlé. Pacienti se spinálním traumatem jsou v horizontu dvou týdnů po úrazu překládáni na specializované spinální jednotky, kde spolupracují při jejich léčbě rehabilitační týmy složené z neurologů, psychiatrů, psychologů, sexuologů a sociálních pracovníků. Po 3-6 týdnech je pacient resocializován a připraven na přeložení do rehabilitačního ústavu. Nezřídka je zapotřebí opakovaných operací a stálé lékařské kontroly a konzultací (Štulík, 2016 in Čech, Douša & Krbec, 2016).

V závislosti na tom, ve kterém segmentu byla mícha přerušena dochází k narušení určitých funkcí těla a reflexů, což vede k **omezení hybnosti**. Čím výše na míše poranění

vznikne, tím širší rozsah sebou nese. Poranění položená nejvýše v sobě tedy nesou omezení u níže uvedených etáží čili úrovní. V etáži C jsou například zasaženy reflexy zvedání ramene, přitažení a zevní rotace paže, ohnutí lokte, natažení lokte, ramenní pohyby, pohyby prstů na rukou. (Pozn. aut.: závažnost některých zmiňovaných omezení může společně s danou postiženou etáží klesat, to znamená, že osoba je například schopna ohnout prsty na rukou alespoň v omezeném rozsahu.) V oblasti míchy Th, L a S se objevují poruchy reflexů u dolních končetin a s vyššími etážemi také v oblasti trupu. Kromě omezení hybnosti dle rozsahu poškození, je významným fyziologickým důsledkem míšní léze také **narušení normální funkce močového měchýře**. Mikce neboli močení je míšním reflexem, který sídlí v míšním segmentu S2-S4. Avšak ačkoliv je mikce míšním reflexem, tak působením vyšších mozkových center, prostřednictvím drah v postranních míšních provazcích, může tento reflex podněcovat nebo potlačovat, takže močení může být stále podřízeno volní kontrole. Mezi specifika močení u osob s transversální míšní lézí (viz výše) patří, že močení, pokud již jednou začalo je neodvratitelné, ale může být stále spouštěno vůlí. **Inkontinence** čili únik moči tedy může být přítomen, ale nemusí. Močení je někdy možno ovládat například i zevní manipulací. Problematické bývá přepřehování močového měchýře a náchylnost k močovým infekcím a zánětům. Těmto komplikacím se dá bránit pravidelným cévkováním, přičemž v současné době je trendem samocévkování (vozičkář si provede cévkování sám). Mezi další významné komplikace u osob na vozíku patří také zvýšené riziko vzniku **dekubitů** neboli proleženin či otlaků, v důsledku kterých může dojít k odumírání tkáně a různým zánětlivým infekcím. Důležité je tedy pravidelné polohování (Mumenthaler, & Mattle, 2001).

Mezi další důsledky úrazu míchy patří zejména u poranění ve vyšších úrovních páteře **obtíže s dýcháním**, poněvadž poranění v oblastech páteře C a vyšších úrovních Th zasahuje funkci dýchacích svalů. Závažnost zasažení funkčnosti dýchacích svalů závisí na závažnosti poranění. V důsledku dýchacích obtíží, např. ztíženým vykašláváním, jsou pacienti vystaveni zvýšenému riziku některých dýchacích onemocnění jako zápal plic. Zápal plic jsou pacienti nejvíce ohroženi v prvním roce po úrazu, avšak riziko onemocnění v dalších letech neklesá. Rizikovým faktorem je rovněž vyšší věk pacienta.

U pacientů také dojde následkem úrazu k **narušení tělesného schématu**. Tělesné schéma je vlastní vnímání těla, které můžeme rozdělit na tři složky: kognitivní, emocionální a behaviorální. Kognitivní složkou rozumíme představu o tělu jako celku (např. rozměrech jeho částí apod.), emotivní složka zahrnuje vztah k vlastnímu tělu a behaviorální zahrnuje aktivity vedoucí k udržování tělesného vzhledu a péči o stav našeho těla (Stackeová, 2007).

Do behaviorální složky můžeme například řadit i kouření, kde u vozíčkářů vědci zkoumali zajímavost, že navzdory tomu, že prevalence kouření se u osob se spinálním traumatem zvyšuje, tak v prvních šestnácti měsících, kdy se osoba se spinálním traumatem vypořádává, tak je zaznamenán signifikantní pokles kouření, což pokazuje na velké behaviorální změny, které můžeme s úrazem páteře a míchy spojovat (Krause, Cao, & Saunders, 2015). Narušení tělesného schématu s sebou nese také odlišnosti ve vnímání vlastní bolesti. Stejně jako je tomu například u amputací, také vozíčkáři popisují fantomovy bolesti, které jsou důsledkem změněného vnímání vlastního těla. V důsledku fantomových bolestí je i v necitlivých částech subjektivně popisováno brnění, pálení, změna teploty kůže aj (Rokyta, & Höschl, 2015).

Jedním z následků úrazu míchy je rovněž **snížení délky života**. U osob se spinálním traumatem se očekávaný věk dožití snižuje, a to někdy poměrně významně. Úmrtnost je nevyšší v prvním roce po úrazu. Pacienti, kteří první rok přežijí, se dožívají devadesátiprocentního věku oproti normě. Faktory, které přispívají ke snížení délky života oproti normě jsou vyšší věk pacienta, zranění ve vyšších úrovních páteře a závažnost celkového zranění. Nejčastější příčinou smrti jsou nemoci v oblasti dýchacího systému a kardiovaskulárního systému. V minulosti byly velmi častou příčinou smrti také močové infekce. U pacientů je také zvýšené riziko sebevraždy (Abrams, & Wakasa, 2014).

2.3. Psychologické aspekty spinálního traumatu

Řada tělesných a psychických obtíží se u osob po spinálním traumatu doplňuje a doprovází. Jedny mohou vyvolávat druhé a naopak. V předchozí podkapitole jsme zmínili některé tělesné obtíže, v této podkapitole navážeme a zmíníme oblasti obtíží a potenciálních stresorů, které často mohou z tělesné stránky pramenit, ale velkou měrou se promítají právě do psychické roviny. Zmíníme i ryze psychologické dopady poúrazového stavu.

Nejprve samostatně definujme pojem **trauma**. Jedná se o pojem homonymní čili nesoucí ve svém plném znění vícero významů. Pro téma, které zde probíráme, jsou důležité oba významy tohoto výrazu. Odlišnost významu výrazu „trauma“ spočívá v tom, hovoříme-li o traumatu fyzickém či psychickém.

Vágnerová specifikuje **psychické trauma** a uvádí, že jej lze definovat jako „*náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození*

nebo ztrátě“ (Vágnerová, 2004, 52). Trauma se projeví potížemi v emoční oblasti, kdy osoba ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost, obavy o budoucnost a také smutek, který lze chápat jako truchlení nad ztrátou něčeho důležitého. Principiálně lze definici Vágnerové vztáhnout rovněž na **trauma fyzického charakteru**. V lékařské terminologii se setkáváme s definicí traumatu, která se dá interpretovat spíše právě jako trauma fyzického charakteru bez psychické roviny, tedy ve smyslu úraz, poranění, poškození.

Ač nacházíme terminologické rozdíly v tom, o jakém typu traumatu hovoříme, zda o více hmatatelném či více niterním, je dobré si uvědomit, jak tenká hranice je mezi psychickým a fyzickým traumatem, a že jedno nemusí být daleko od druhého, což koresponduje s výše definovaným principem komplexního přístupu. Když hovoříme o traumatu v kontextu této práce, vnímáme obě roviny. Úraz, který osoba utrpěla, byl traumatem psychického i fyzického charakteru.

Traumatické události jsou nejviditelnějším **zdrojem stresu**. Nolen-Hoeksema, Fredickson, Loftus & Wagenaar (2012) uvádí, že traumatické události můžeme chápat jako situace, které se vymykají běžné lidské zkušenosti a bývají spojeny s krajním nebezpečím. Oběti traumatické události si často zpočátku neuvědomují nebezpečí ani svá zranění, následuje stádium dochází k funkční paralýze, kdy osoba není schopna komunikovat s druhými, ani vykonávat jednoduché úkoly. Ve třetím stádiu začne traumatizovaná osoba pociťovat úzkost a neklid, mohou se dostavovat i flashbacky ve kterých jedinec traumatickou událost znova prožívá. Pocity traumatizovaných osob se mohou stupňovat, nežádka se objevují deprese, úzkosti, intenzivní strach či další známky emočního strádání. U některých tyto stavy časem odezní, u jiných mohou přetrvávat dlouhou dobu.

Vraťme se nyní konkrétně k traumatu spinálnímu a k jeho psychologickým dopadům. „*Prožíval jsem se svými pacienty jejich postupné duševní přeměny, stýkal jsem se s nimi i po propuštění z nemocnice, potkával jsem je v rehabilitačních ústavech, besedoval s nimi a vím, jak žijí. Někteří intenzivně, s chutí, jiní s trvalým zoufalstvím*“ (Beneš, 1961, 7). Tuto citaci staršího data zmiňujeme ze dvou důvodů. Autor popisuje **duševní proměny**, které pozoroval na svých pacientech a jejich další **vývoj v čase** po úrazu. Ačkoliv je citace více než padesát let stará, i tak je její obsah platný. Osoby po úrazu, které jsou stíženy spinálním traumatem i dnes prožívají podobné pocity jako pacienti před padesáti lety. Dnešní možnosti však pomáhají snižovat počet těch, kteří žijí se zmiňovaným trvalým zoufalstvím. Péče a možnosti pro osoby po úrazu se rychle rozvíjí a zdokonalují.

Je rozdíl, pokud se úraz stane člověku v moderních podmínkách střední Evropy nebo například v Africe. Fuseini, Aniteye & Alhassan (2019) popisují životní zkušenosti osob se spinálním poraněním ve vybraném městě v Ghaně. Co se týče lidského rozvoje je na tom Ghana významně hůř než Česká republika. V žebříčku HDI (index úrovně vzdělání, zdraví a příjmu) zaujímá Ghana 140. pozici, zatímco Česká republika 28. pozici. Přesto je Ghana jednou z nejrychleji se rozvíjejících zemí Afriky (Surová, 2016). Pro aktuálnost výzkumného článku o životě vozíčkářů v Ghaně, používáme informace vytěžené právě těmito výzkumníky k ilustraci oblastí, které jsou v současnosti pro vozíčkáře nejvíce problematické. Autoři přehledně uvádí, že jejich závěry korespondují se závěry ostatních studií dříve provedených v ostatních zemích, pouze v Ghaně jsou některé důsledky více viditelné vzhledem ke ztížené dostupnosti řešení. Mezi zjištěné nejčastější **zdravotní komplikace** u osob na vozíku patřily močové infekce, inkontinence, chronické bolesti a neurologické komplikace se zásadním dopadem na kvalitu života jednotlivce (Fuseini et al., 2019).

Mezi známé a nejvíce obtěžující komplikace patří **spasticita**. Je nejen psychicky nepříjemná, protože vyvolává často nežádoucí pohledy okolí, ale bývá spojena i s bolestmi, sníženou mobilitou, kontrakcemi a svalovými křečemi. Tyto obtíže ovlivňují spánek i aktivity denního života. Ač je spasticita nepříjemná, může mít pro ochrnuté tělo i některé pozitivní důsledky jako zvýšení průchodnosti žil díky aktivaci svalového tonu, což může přispět k prevenci hluboké žilní trombózy (Abrams, & Wakasa, 2018).

Stejně tak korespondovalo s předchozími studiemi to, že participanti ghanského výzkumu popisovali jako jeden z nejvíce obtěžujících symptomů **dlouhotrvající bolest**, která přetrvávala alespoň pět let po zranění. Přítomnost fyzické bolesti zmiňovali v tomto smyslu všichni participanti výzkumu. Tady se autoři pozastavují nad tím, že tento údaj by se procentuálně mohl lišit v jiných zemích. V závislosti na geografické lokaci participantů jiných výzkumů uváděná takto dlouhotrvající bolest klesne u zúčastněných průměrně na šedesát procent participantů. Ve Švýcarsku, jakožto v zemi s jednou z nejvyšších životních úrovní, je prevalence této komplikace dokonce méně než třicet procent. Z toho můžeme soudit, že se stoupající životní úrovní v dané zemi, klesá počet vozíčkářů, kteří po úrazu dlouhodobě pociťují konstantní bolest. Většina účastníků ghanského výzkumu uvedla bolest jako nejvíce devastující faktor působící na jejich běžné fungování a mobilitu. Tento výzkumný závěr přidává ke stále živé vědecké debatě o tom, jakou roli hraje právě bolest v celkovém fungování osob po úrazu míchy. Několikero dalších studií uvádělo signifikantní

vztah mezi intenzitou bolesti a kvalitou běžných denních aktivit postiženého člověka. Některé výzkumy hovoří o tom, že signifikantní vztah prokázat nemůžeme, ale autoři ghanského výzkumu upozorňují, že tyto rozdíly ve výzkumných závěrech by mohly být způsobeny odlišnými designy výzkumu i výběrem jiné demografické skupiny zkoumaného vzorku osob. Pro upřesnění toho, jak bolest může ovlivňovat fungování osob po úrazu míchy, proto autoři doporučují provedení výzkumu na vzorku napříč kulturami i věkem (Fuseini et al., 2019).

Mezi další závažné komplikace významně ovlivňující zdravotní i psychický stav osob po úrazu je fenomén **autonomní dysreflexie**. To je život ohrožující akutní stav, který je popisován u osob po úrazu míchy. Zanedbání léčby může vést ke krvácení do mozku, krvácení do sítnice, srdečnímu selhání i smrti. Autonomní dysreflexie se projevuje zvýšeným krevním tlakem, silnou pulsující bolestí hlavy, zarudnutím a pocením v místech nad úrovní poranění míchy, úzkostí, srdeční arytmii nebo potížemi s dýcháním. Objevuje se u více než poloviny pacientů s poraněním nad šestým hrudním segmentem. Jedná se o velmi nepříjemnou komplikaci jejímž spouštěčem může být například i sexuální aktivita. Může jí být komplikováno i těhotenství nebo porod (Kříž, & Rejchrt, 2014; Abrams, & Wakasa, 2018).

Mezi další komplikace popisované participanty výzkumu, opět korespondující se závěry z jiných výzkumů z námi bližšího kulturního prostředí, byla snížená či absentující odpověď osoby na bolest tišící léky, jinak řečeno **farmakologická rezistence**. Řadě osob po úrazu míchy nefungují správně léky tišící bolest tak, jako by fungovaly u zdravé populace. To je příčinou hledání alternativních způsobů léčby jako akupunktury nebo copingových strategií ke zvládnání stresu, což se ukázalo v řadě případů jako efektivní (Fuseini et al., 2019).

V důsledku farmakologické rezistence a dlouhotrvajících bolestí se diskutuje také **zvýšené riziko vzniku závislostí** u osob po úrazu. Kupříkladu alkohol i léky od bolesti (např. benzodiazepiny) působí podobným způsobem na GABA receptor, kdy výsledkem této vazby je utlumení centrálního nervového systému. Požití alkoholu tedy může mít úlevný efekt i v případě, že léky nezabírají nebo jsou pro osobu z různých důvodů nedostupné (Lincová, & Farghali, 2007).

Mezi další zmiňované komplikace, které ovlivňují tělesnou i psychickou stránku člověka patří **močová a střevní inkontinence**. Velká část participantů výzkumu uvádí, že

kvůli této komplikaci se nemohla účastnit společenských událostí nebo náboženských obřadů, kterých chtěli. Zábrany v sociálním životě v důsledku těchto komplikací uvádí rovněž i předchozí výzkumy. V tomhle ohledu je na tom Ghana oproti vyspělým zemím špatně, protože většina účastníků výzkumu řeší tyto obtíže používáním plen. Ve vyspělejších zemích se používají digitální rektální stimulační, klystýr, břišní masáže, Valsalvův manévr a katetrizace, jako nejrozšířenější a nejúčinnější přístupy k léčbě inkontinence močového měchýře a střev. Zmiňované tělesné obtíže jsou spojeny s působením na psychiku (Fuseini et al., 2019).

Pouřazový stav je spojen s **psychosociálními komplikacemi** jako je zmiňované riziko závislosti, ale také například zvýšené riziko sebevraždy, deprese a rozpadu manželství. Jako nejrizikovější je uváděno prvních pět let po úrazu, kdy se depresivní symptomy objevují v závislosti na závažnosti zranění u 20-45 % osob. U pacientů s poraněním míchy mladších 55 let je sebevražda dominantní příčinou smrti (Abrams, & Wakasa, 2018).

Další oblasti nesnáží, které participantů výzkumu hojně popisovali byly také **přímé psychologické komplikace**. Jednalo se zejména o úzkostné stavy, subjektivně vnímanou neschopnost a sníženou osobní zdatnost a soběstačnost. Pocity úzkosti souvisely s náhlým charakterem zranění, doprovodnými symptomy i vědomím nezvratnosti imobility. Vysoké úrovně úzkostných pocitů se také objevovaly v dřívějších výzkumech (Fuseini et al., 2019).

Jak jsme naznačili, další významnou oblastí komplikací jsou **sociální vztahy**. Sociální základna je pro osoby po úrazu míchy velmi důležitá a nepomáhá, když je osoba po úrazu společností odmítána či znevýhodněna. V různých kulturních prostředích se liší míra odmítnutí osoby na vozíku. Potíže se mohou objevit v oblasti rodinné, přátelské, pracovní, manželské atd. Předchozí výzkumy ukazují, že rodinná podpora a podpora blízkého okolí hraje stěžejní roli při adaptaci na pouřazový stav (Fuseini et al., 2019).

Psychické zdraví a celková kvalita života závisí podle nejnovějších výzkumů také na tom, jak vysokou úroveň **naděje** si je osoba schopná po úrazu zachovat. Míra této „nadějeplnosti“ se zdá být jedním z klíčových faktorů, které motivují osoby po úrazu v rehabilitačních centrech. Úraz páteře a míchy je rizikovou situací pro vznik stresu, úzkosti a deprese. Výzkumy uvádí, že 11-30 % lidí po úrazu míchy splňuje diagnostická kritéria pro závažné depresivní onemocnění (Brazeau, & Davis, 2018).

Podle kognitivně-motivačního modelu (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002) je naděje viděna jako dispoziční víra osoby, v to, že je schopna, a má motivaci k tomu, aby dosáhla svých cílů. V tomto modelu vidíme naději jako motivační status založený na vzájemné interakci dvou kognitivních komponent: cílevědomé myšlení (pathway thinking) a činné myšlení (agency thinking).

- **Cílevědomé myšlení** – „komponenta hledání cest“ – je založeno na subjektivním vnímání osobní kapacity generovat užitečné a efektivní cesty k dosažení cíle. Umožňuje jedinci vymyslet a následovat praktický plán k dosažení vytyčeného cíle, a zároveň umožňuje vymyslet alternativní plán či plán, jak překonat překážky.
- **Činné myšlení** – „komponenta zvažování agendy“ – je vnímaná schopnost sebevědomě jednat, započít a následovat vytyčené cíle. Činné myšlení dodává člověku potřebnou motivaci k vymýšlení nových cest a podporuje chování orientované na dosažení cíle, i když se v průběhu objeví překážky (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002).

Naděje hraje ve zpracování následků úrazů míchy stěžejní roli ze dvou důvodů. Zaprvé ti, kdo věří, že mohou dosáhnout svého cíle a jsou k tomu motivovaní navzdory výzvám to mohou dokázat spíše než ti, kterým tato víra chybí. Zadruhé ti, kdo mají vysokou míru naděje se umí spíše adaptovat nebo jsou schopni revidovat své životní cíle tak, aby i po úrazu byly dosažitelné. Zatímco ti, kteří mají úroveň naděje nízkou nejsou schopni opustit své staré životní cíle, které nyní už nemusí být po úrazu dosažitelné (Brazeau, & Davis, 2018).

V úvodních fázích po úrazu i později je důležitá pomoc okolí. Nejdůležitějšími zdroji podpory bývají **rodina a vrstevníci**. Zejména pokud se úraz stane v mladším věku, uvádějí osoby po úrazu jako nejklíčovější zdroje zvládnutí emocionální a instrumentální podporu druhých. Neztratit podporu přátel a rodiny hraje významnou roli ve zvládnutí poúrazové situace. Instrumentální podpora je uváděna jako velmi důležitá, a to zejména z hlediska mentorské pomoci druhých při překonávání nových překážek a přejímání modelových vzorů u druhých (Augutis, & Anderson, 2012).

Mezi moderní možnosti pomoci patří například „**peer support**“, což je pomoc osobám po úrazu prostřednictvím pracovníků, kteří sami úraz utrpěli, na vozíku žijí a prošli si stejnou nebo velmi podobnou situací. Tato spolupráce je v současné době zařazována

v rámci multidisciplinárních týmů. Pracovníci jsou pro osoby na vozíku krátce po úrazu cenným zdrojem informací, partnerem pro nácvik v úvodních fázích období těsně po zranění, a dále také průvodci jakýmkoliv komplikacemi, se kterými přijde osoba do styku. Kromě osob na vozíku samotných je tento typ podpory užitečný rovněž pro rodiny a přátele, kterým také může pomoci porozumět tomu, co jejich blízcí cítí, i tomu, jak jim mohou pomoci (O'Dell, Earle, Rixon & Davies, 2018).

Osoby, které „peer“ podporu vyzkoušely, na ní nejvíce oceňují emocionální podporu (pro jejich psychické zdraví), informační podporu (pro každodenní aktivity, např. zavádění katetru), dále také pomáhají „peer“ konzultanti s napojením na síť kontaktů s dalšími osobami ve stejné situaci nebo na potřebné instituce apod. Osoby, které už tento typ pomoci využily si chválí i zapojení své rodiny, ale uvádí, že v této oblasti by stálo za to „peer“ podporu rozšiřovat (Chemtob et al., 2018).

Mezi další potenciální oblasti vzniku stresu patří oblast **intimity a sexuálního života**, které jsou mezi vozíčkáři problematickým a často diskutovaným tématem. V dokumentárním filmu *Čtyři kolečka navíc*, popisujícím život lidí s mobilitou na vozíku, lékařka věnující se péči o pacienty po spinálním traumatu uvádí, že jí bylo pacienty sděleno, že jim mnohem více než to, že nemohou chodit, vadí představa, že by nemohli žít se svou partnerkou intimním životem. Přičemž lidé s mobilitou na vozíku mohou žít dále intimním životem, mohou z toho mít radost a požitek, a pokud chtějí, mohou mít se svým partnerem i děti (Kubánková, 2015).

Lidskou sexualitu ovlivňují tři skupiny faktorů: *biologické* (genetické, fyziologické – hormonální, funkčnost orgánů), *psychologické* (osobnost, sebevědomí) a *sociální* (vlivy prostředí, stereotypy, sexuální práva aj.). Úraz míchy má významný vliv na všechny tyto oblasti. Kvůli změnám ve funkčnosti sexuálního orgánu, i změnám ve funkčnosti řady jiných orgánů a systémů, stejně tak jako změna sebeobrazu po úrazu, stereotypy atd, to vše působí obtíže při vedení normálního sexuálního života. Sexuální potřeby lidí na vozíku se však neliší od potřeb zdravých lidí. Sexuální život je považován stále za důležitou součást jejich života. Na výzkumnou otázku „Kterou tělesnou funkci byste chtěli získat zpět?“, odpovídali paraplegici nejčastěji, že tu sexuální, u tetraplegiků byla sexuální funkce na druhém místě za schopností hýbat rukama. Ve společnosti je však běžný mýtus, že lidé po úrazu míchy nežijí sexuálním životem. Sexuálním životem ve většině případů žít mohou, má to však svá specifika a omezení (Cencora, & Pasiut, 2012).

Ženy po úrazu míchy uvádí, že se musejí vyrovnat s celou řadou nepříjemných změn. Některé nepříjemnosti v této oblasti plynou z fyzické kondice čili například ze snížené, chybějící či změněné citlivosti, z obtíží dosáhnout orgasmu, potíží s močovým měchýřem a střevy aj. A další komplikace plynou z psychologické podstaty, kdy se cítí méně atraktivní, chybí jim sebevědomí a zdráhají se navazovat nové sexuální a partnerské vztahy. Z toho vyplývá, že rehabilitace v této oblasti vyžaduje komplexní přístup, který zohledňuje fyziologický, psychologický i interpersonální svět pacienta. Dnes jsou popisovány způsoby, jakými si ženy kompenzují ztrátu citlivosti v genitální oblasti, a jak mohou pokračovat v intimním životě navzdory jeho snížené kvalitě. Mezi prostředky, kterými si ženy pomáhají vylepšit sexuální zážitek patří nejvíce hovoření o tom s partnerem, pochopení a trpělivost partnera, pohodlí, dále také experimenty, fantazie, polohování, vibrátory, masáže, delší předehra, dostatečný časový prostor, podložení polštáři, užití olejů, dostatečné vyprázdnění před aktem, orální sex, pornografie, vidět uspokojení partnera aj. (Kreuter, Taft, Siösteen & Biering-Sørensen, 2011).

U mužů je prediktivním faktorem uspokojivého sexuálního života především erektilní funkce. Velká část mužů po úrazu ve výzkumech uvádí, že je se svým sexuálním životem nespokojená nebo není vůbec sexuálně aktivní. Velmi to ale záleží na jejich věku, stupni postižení, době od úrazu, na tom, zda mají partnera, a právě dobré erektilní funkci (Gomez et al., 2017).

Statistické údaje říkají, že erekce je po úrazu schopno dosáhnout 54-75 % mužů, 55-65 % žen je schopno dosáhnout lubrikace vaginální oblasti, 37-59 % žen a 42-72 % mužů je schopno dosáhnout orgasmu. Významné je také to, zda je mícha přerušena úplně nebo jen částečně. Pokud je přerušena částečně, je dosažení sexuálního uspokojení i orgasmu pravděpodobnější. Problematictější oblast je oplodnění ženy mužem po úrazu. Muži s kompletním přerušением míchy jsou schopni jen v 15 % případů vypustit semeno, při částečném přerušení v 55 %, k přirozenému oplodnění však dojde jen v 10 % případů kvůli retrográdní ejakulaci, což je komplikace způsobená nedostatkem kontrakce vnitřního svěrače. Ženy problémy s otěhotněním po úrazu nemívají, pouze šest měsíců po úrazu bývá běžné, že se nedostavuje menstruace, což se časem přirozeně obnoví (Cencora, & Pasiut, 2012).

S tématem sexuality jsme zmínili už i oblast **atraktivity**. Po úrazu nepřestává být fyzická atraktivita pro lidi důležitá. Tělesný vzhled bývá přehlíženým tématem, když

hovoříme o poúrazových stavech. Je důležité věnovat tomuto tématu pozornost, protože může vést k depresi podmíněné právě nespokojeností s tělesným vzhledem. Někteří lidé po úrazu míchy uvádí, že s jejich tělem bylo během léčby nakládáno trochu jako s objektem. To je těžké přijmout zejména pro ty lidi, kteří si na svém tělesném vzhledu zakládali už před úrazem (Bailey, Gammage, van Ingen, & Ditor, 2016). Na toto téma se pokoušela upozornit například herečka Ellen Stohl jako první žena na vozíku, která kdy pózovala pro časopis Playboy (Cencora, & Pasiut, 2012). Ellen Stohl napsala ve své biografii, že krása je něco, čím chce oplývat každý, ale společnost to dělá složitým úkolem, a to zejména lidem s nějakým znevýhodněním. Po autonehodě a diagnóze kvadruplegie musela aktivně niterně zpochybnit ideál krásy společnosti a redefinovat a znovuobjevit smysl krásy sama podle sebe (Slanger, 2013).

Dalším psychologickým pojmem, který se spinálním traumatem v rámci této kapitoly spojíme, je **krize**. Křivohlavý (1985) uvádí, že zhoršený zdravotní stav se projevuje nejen změněným anatomickým a fyziologickým obrazem, ale zároveň změněným psychickým stavem, a to u některých osob zcela radikálním způsobem. V oblasti psychiky dochází k **psychické krizi**. V této krizi prochází osoba celkem **pěti fázemi**: úvodní výkřik, snaha o popření, fáze vtíravých myšlenek (intruze), fáze vyrovnávání se a fáze smíření. Pro přehlednost roztrídíme Křivohlavého dělení pěti fází krize do vlastní tabulky:

Tab. 1 – Fáze krize (Křivohlavý, 1985)

Název fáze	Projevy
Výkřik	Silná citová reakce, panika, zděšení, zmatek, extrémní vyhocení obav, kolaps všech mechanismů zvládnání. Může se projevit silnou emotivní reakcí, křikem, pláčem nebo naopak otupením, mdlobami, paralýzou aj.
Popření	Citový útlum a snaha o potlačení krizové situace. Apatie. Snaha vytěsnit veškeré pocity spojené s krizovou situací. Odmítnutí přijmout nepříznivá fakta. Odmítnutí přijmout, že se to děje právě mně, a ne někomu jinému.
Intruze	Vtíravé nutkání, obsese. Vtíravá vzpomínka na kritickou událost. Obtížnost obrany vůči těmto myšlenkám citům, které se opakovaně vynořují. Mívá často podobu nočních můr.
Vyrovnávání	Období hledání jiné cesty. Zvažování možností a alternativ. Nejde o jednorázový čin, ale o sérii pokusů. Zvykání si na novou životní situaci.
Smíření	Vnitřní smíření se s novou situací. Osoba je schopna myslet na traumatickou událost, aniž by ji to deprimovalo a zároveň je schopna na traumatickou událost nemyslet, když na ni myslet nechce. V praxi samozřejmě nemusí vždy osoba dojít smíření. Může nastat pasivní adaptace, rezignace či úplné nesmíření.

Z výše uvedené tabulky vidíme, že spinální trauma je psychickou krizovou situací. Spouštěčem krize je v našem případě úraz a krizovou situací stav, kdy se osoba musí vyrovnat a smířit se situací, že už zůstane nadosmrti na invalidním vozíku. Paraplegici se smiřují s tím, že nebudou už nikdy chodit. Kvadruplegici navíc i s tím, že už se nikdy sami nenajedí, neumyjí, nezajdou si na toaletu, nepotřesou si rukou na pozdrav a mnoho dalšího. Aby mohl člověk po úrazu míchy dojít smíření se svým stavem, je významné, jakým způsobem probíhá fáze vyrovnávání. Jak jsem zmiňovala výše, jedná se o období hledání

jiné cesty, jak dál žít svůj život. Tuto cestu nemusí člověk jít sám. V dnešní době existuje řada podpůrných institucí, neziskových organizací, které poskytují lidem s poraněním míchy **pomoc, poradenství a podporu** (např. Centrum Paraple v Praze, ParaCENTRUM Fenix v Brně, Liga vozíčkářů v Brně, Ostravská organizace vozíčkářů aj.). „*Naším cílem je, aby každý, kdo utrpěl úraz, mohl žít co možná nejvíce podle svých představ a byl co nejméně závislý na pomoci okolí,*“ (Muladi, 2017, odst. 1). Uvedená citace vystihuje poslání výše zmíněných organizací.

Fáze smíření bývá spojována s **vnímaným posttraumatickým růstem**. Osoby se spinálním traumatem popisují po odeznění prvních fází krize krom úlevy také určitý typ osobního zranění. Tento růst je podrobován výzkumu. Zůstává otázkou, zda se skutečně jedná o posttraumatický růst nebo zda tento pocit není do určité míry klamný, což naznačuje slabé prokazatelné spojení se skutečnými pozitivními změnami. Tento fenomén byl v podobném smyslu pozorován také u osob, které se potýkají s rakovinou nebo i jinými traumatickými zkušenostmi. Nově je předmětem zkoumání také **vnímaná posttraumatická devalvace**, kdy výzkumníci zjišťují, v jakém vztahu je se skutečnými negativními změnami po traumatické události typu úrazu páteře. Vycházejí podobné výsledky, které naznačují, že posttraumatická devalvace by mohla být klam, podobně jako zmiňovaný růst. Co ale jednoznačně signalizuje špatné přizpůsobení a způsobuje zpomalování smíření s následky úrazu, je pesimistický pohled na posttraumatické změny po úrazu (Kunz, Joseph, Geyh, & Peter, 2019). Faktory, které mohou s postupem času ovlivňovat popisovaný posttraumatický růst mohou být podle výzkumníků vyšší věk, nižší odhadovaný premorbidní IQ, vítání výzev, schopnost pozitivního přerámování situace a náboženské zvládací strategie. Tato zjištění ukazují, na které oblasti by se mohla soustředit rehabilitace, aby se zvýšila šance posttraumatického růstu. Výzkumníci na základě svých zjištění doporučují využití například kognitivně behaviorální terapie, kognitivně behaviorálního řízení stresu (*cognitive behavioral stress management*), nebo jiné na řešení zaměřené postupy (Goldberg, McDonald, & Perrin, 2019).

Posledním pojmem, který spojíme s psychologickými aspekty spinálního traumatu je **utváření smyslu** (meaning-making). Tato oblast je rovněž velmi důležitou pro adaptaci člověka na následky úrazu. Smysluplnost je významná pro zvládnání náročné poúrazové situace a absence smysluplnosti může výrazně zhoršovat fyzický i psychický stav a negativně ovlivňovat zvládnání stresujících poúrazových situací. Spinální trauma je hrozbou pro cíle, očekávání a předpoklady o tom, kam má směřovat život dotyčné osoby. Zpracování

následků spinálního traumatu tedy často musí zahrnovat přehodnocení životních cílů, hodnot a přesvědčení, a celkovou představbu života jednotlivce. Tento proces vyžaduje přítomnost smyslu, který může vycházet z toho, v co daná osoba věřila a kam se její život ubíral už před úrazem, ale často je zapotřebí, aby našla smysl nový. Škodlivé hladiny stresu jsou spojovány s obdobím postrádání smyslu a také jeho hledáním, s nalezením smyslu, a to zejména ve své vlastní schopnosti někam směřovat, škodlivé hladiny stresu se sníží. Autoři vybízí k hlubšímu prozkoumání procesu utváření smyslu, tedy toho, jak je smysl utváření a čímž pádem, jak je možno k jeho utváření přispět a podpořit jej (Davis, & Novoa, 2013).

Utváření a znovunalezení životního smyslu může souviset mimo jiné také s pojmem **spirituality**. V zahraničních výzkumech kupříkladu z prostředí spojených států uvádí osoby po úrazu téměř až v polovině zkoumaných případů, že náboženství, víra nebo nějaká jiná forma spirituality je pro ně velmi důležitá a je pro ně jedním ze zvládacích mechanismů v náročných poúrazových situacích (Chlan, Zebracki, & Vogel, 2011).

Spiritualita i nalézání smyslu života se rovněž objevuje v literatuře v kontextu **kvality života** po úrazu v rámci *psychologických aspektů*. Na kvalitě života se dále podílí *fyzické zdraví*, a to zejména v možnostech provozuschopnosti aktivit běžného denního života, závislosti na medikamentech, energičnosti a únavy, možnostech mobility, přítomnosti bolesti a diskomfortu, dobrém spánku a odpočinku a pracovní aktivitě. Dále kvalitu života ovlivňují *sociální vztahy*, a to osobní vztahy s druhými lidmi, sociální podpora a sexuální aktivita. A pak jsou to také *vlivy prostředí* jako finanční zdroje, svoboda a bezpečí, zdraví a dostupnost sociální péče, domácí prostředí, přístup k novým informacím, přístup k aktivitám volného času, životní prostředí a doprava. Toto jsou kategorie, které se zjišťují kupříkladu dotazníkem WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), kdy se ještě přidávají otázky zjišťující subjektivně vnímanou kvalitu života a spokojenost se svým zdravím. Výzkumy týkající se osob po úrazu míchy využívají tento dotazník, protože jde vidět, že úraz ovlivní všechny kategorie. Vzhledem tomu, že všechny aspekty určující kvalitu života bývají zasaženy, je to právě předmětem sociální rehabilitace působit na tyto oblasti a pomáhat ji osobám po úrazu opět zvýšit. Výzkumníci zjistili, že velkým pomocníkem ke zvýšení kvality života je kupříkladu pravidelná **fyzická a sportovní aktivita**, a to nejvíce kolektivní, protože sportovní kluby bývají dobrým zdrojem podpory ve všech oblastech, které kvalitu života ovlivňují (Zelenka, Kudláček, & Wittmannová, 2017).

3. STRES A STRESOVÁ SITUACE

Pojem stres, podobně jako pojem trauma, v sobě nese několik rozličných definic v závislosti na tom, kdo pojem vykládá, zda lékař, vědec, psycholog, umělec, laik, odborník apod. Vágnerová (2004) definuje pojem stres z psychologického hlediska jako **stav nadměrného zatížení či ohrožení** a dodává, že psychologické pojetí stresu je širší než pojetí biomedicínské.

Třetí kapitolu uvedeme stručnou podkapitolou o stresové reakci, a dále se blíže zaměříme na stres v kontextu spinálního traumatu. Vzhledem k tomu, jak jsme si definovali spinální trauma v předchozích kapitolách, vyjadřujeme se i zde k tělesné, duševní, duchovní i vztahové stránce.

3.1. Stresová reakce

Lazarus (1966) uvádí, že stres je univerzálním lidskými i zvířecím fenoménem, který způsobuje intenzivní a rozrušující zkušenost a zdá se, že má obrovský **vliv na chování**. Velkou roli hraje stres také v efektivnosti procesu adaptace.

Orel a kol. (2016) specifikují, že za původce stresu označujeme **stresor**, jehož příčinou se spouští **stresová reakce** – stres. Stresory a stresová reakce jsou součástí běžného života. Dále upřesňuje, že zatímco stresová reakce má takřka uniformní průběh a vychází z geneticky předem daných programů, tak valná většina stresorů nese individuálně odlišné významy. To znamená, že každý člověk reaguje na stejný stresor jinak a s různou intenzitou. *„Jak stresory, tak stresové reakce zahrnují celé bio-psycho-sociálně-spirituální spektrum. Mohou se promítat do prožívání, chování i tělesného a sociálního fungování člověka“* (Orel a kol., 2016, 99).

Stres může být dle Nakonečného (1997) chápán jako silná frustrace vzniklá dlouhodobým působením silného podnětu nebo přítomností nesnesitelné situace, jíž se nelze vyhnout. *„Situace psychické zátěže, stresu, má za následek nadměrné vzrušení, na něž organismus odpovídá nejprve poplachovou reakcí, která po určité fázi resistance přechází v pokus o adaptaci, a nepodaří-li se ve vyčerpání“* (Selye, 1956 in Nakonečný, 1997, 40).

Nakonečný (1997) popisuje, že **poplachová reakce** vyvolává významné fyziologické změny jako zvýšenou srdeční činnost, zvýšený krevní tlak, pokles teploty kůže,

řadu hormonálních změn apod., a je doprovázena emocemi neklidu, ohrožení a dalšími negativními pocity dle charakteru situace. Tyto pocity jsou charakteristické pro reakci **boj nebo útek**, která je označována jako **fyziologická reakce na stres**.

Vágerová (2004) podotýká, že stres nemusí být vždy chápán v negativním smyslu, vzhledem k tomu, že přiměřená míra stresu může člověka aktivizovat, stimulovat jej ke hledání řešení a tím rozvíjet jeho kompetence. Vágnerová podotýká, že někteří lidé mohou stresové situace vyhledávat úmyslně, kvůli navození příjemných pocitů vlivem vyplavení endorfinů do mozku, a překonání takových zátěžových situací, např. u extrémních sportů, může následně posílit jedincovu sebedůvěru.

Nolen-Hoeksema et al. (2012) jmenuje kromě zmíněné fyziologické reakce útok nebo útek ještě **psychické reakce na stres**. Jsou jimi úzkost (u některých lidí se vyvine tzv. posttraumatická stresová porucha), vztek a agrese, apatie a deprese (u některých lidí se může jednat o naučenou bezmocnost, neschopnost vidět možnosti, jak ovládnout své prostředí), oslabení kognitivních funkcí (ztráta schopnosti logického uvažování), ale třeba také veselí. Psychické reakce jsou spojeny s tím, že stresová situace vyvolává v člověku silnou emocionální reakci.

3.2. Stres v kontextu spinálního traumatu

Stresová situace v této práci je pojímána ve smyslu nadměrného zatížení či ohrožení, které je pro člověka nepříjemné a které nevyhledal za účelem pobavení. Ačkoliv je tedy zapotřebí zmínit, že stres je přirozenou reakcí lidského organismu a nemusí mít pro člověka vždy pouze negativní význam, když zde hovoříme o stresové situaci, máme na mysli takovou, kde je míra stresu více než přiměřená a není vyhledávána za účelem zábavy.

Traumatické události jsou nejviditelnějším **zdrojem stresu**. Úraz, v jehož důsledku spinální poranění vzniklo, takovým zdrojem stresu je. Když se díváme na spinální trauma optikou teorie stresu, musíme zmínit koncept homeostázy. Spinálním traumatem byla homeostáza čili stálé vnitřní prostředí, narušena. Křivohlavý (1985) uvádí, že s obnovováním homeostázy a adaptací organismu na stresovou situaci se setkává osoba nejvýrazněji ve fázi výkřiku (viz první tabulka). V této fázi totiž organismus zažívá stav paniky, což bychom mohli přirovnat ke zmiňovanému ohrožení, tak jak stresovou reakci chápe a popisuje Selye (1956 in Nakonečný, 1997).

Vystavení dlouhodobé zátěži a určitým životním událostem, mezi které mohou patřit právě **traumata** (zážitky překračující běžnou lidskou zkušenost) a **stresující faktory** (stresory vedoucí ke spuštění stresové reakce ovlivňující všechny oblasti člověka), se může významně podílet na vzniku duševních onemocnění. Mezi vlivy působící na psychické zdraví člověka patří i rodina, vrstevnická skupina i jiné vztahové konstelace. Mezi další ovlivňující a spolupůsobící faktory patří také sociální ztráty, sociální konflikty, frustrace, deprivace a jiné (Orel et al., 2016).

To, že je spinální trauma významnou stresovou situací, dokládá také fakt, že úraz páteře s poraněním míchy bývá častým spouštěčem **posttraumatické stresové poruchy**. Mezi participanty různých výzkumů vychází naplnění diagnostických kritérií posttraumatické stresové poruchy od sedmi až po šedesát procent. Což je významně více než v běžné populaci. Studie opakovaně potvrzují, že posttraumatická stresová porucha je významným problémem u osob po úrazu míchy. Současné výzkumy naznačují i zajímavé rozdíly v naplnění diagnostických kritérií u osob různých etnik. Americké studie ukazují, že největší prevalence posttraumatické stresové poruchy je u Hispánců, pak u Afroameričanů a naposledy u bělochů. Studie se ale nezaměřují na faktory, které mohou tyto rozdíly způsobovat, jako například diskriminace, problematické sousedství, zvládací strategie, zdroje podpory apod (Cao et al., 2017). Jiné studie rovněž uvádí, že významným prediktorem posttraumatické stresové poruchy, i jiných psychických komplikací, je **událostní centralizace** (*event centrality*), což je ulpívavá a zabíhavá soustředěnost na traumatickou událost. Výzkumníci zjistili, že pokud osoba ulpívá na traumatické události a vnímá ji jako jeden ze sebedefinujících faktorů a jádrovou část své identity, pak to může významně ovlivňovat psychologické i funkční faktory. Soustředěnost na traumatickou událost může mít dle autorů vliv na zvládnání celé stresové situace i těch, které jsou spojeny s obdobím po úrazu (Boals et al., 2017).

Odolnost vůči stresu a potenciálním rizikům vypuknutí duševních chorob nazýváme **resilience**. Jaké faktory nejvíce působí a ovlivňují resilienci vystihuje Masonský nový model resilience (Hopler, 2016), který vyvinuli studenti a vyučující na George Mason University ve Virginii (viz dále):



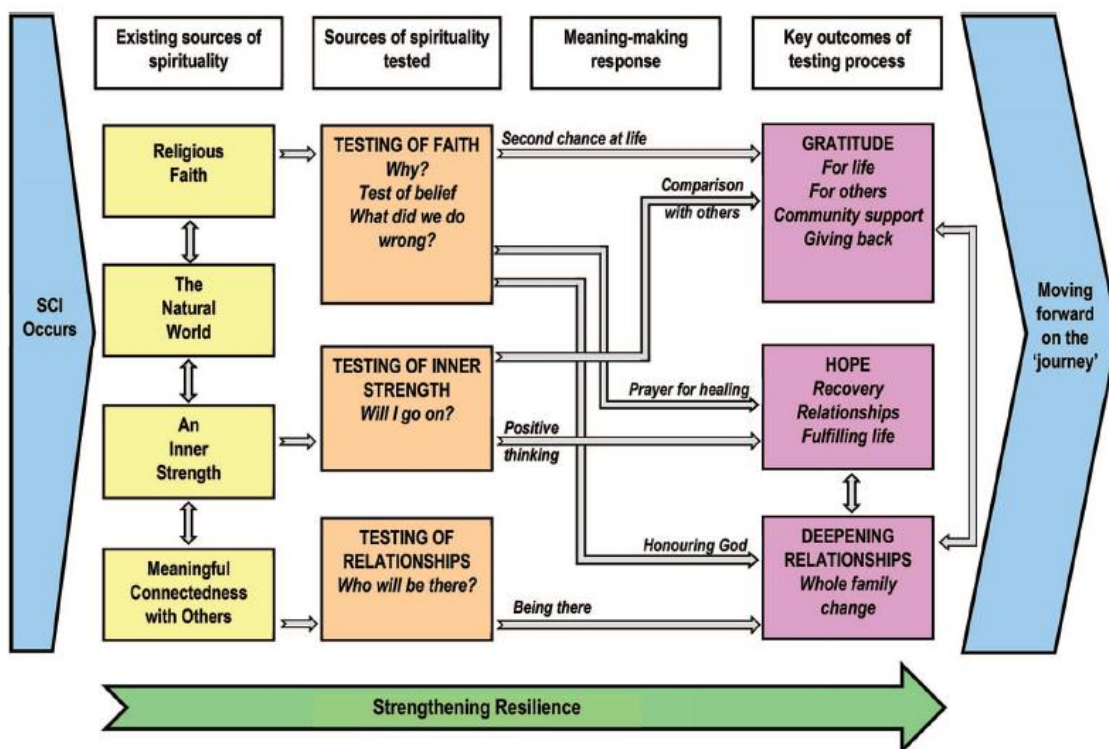
Obr. 4 – Masonský nový model resilience (Hopler, 2016)

Čerstvé výzkumy v této oblasti se zaměřily na psychosociální faktory, které resilienci ovlivňují u osob po spinálním traumatu. Bhattarai, Maneewat, & Sae-Sia (2018) zkoumali tento fenomén u osob s poraněním páteře po zemětřesení v Nepálu v roce 2015, po kterém zůstalo upoutáno na invalidní vozík 173 obyvatel. Zaměřili se na odolnost zejména vůči nejčastějším komplikacím, kterými jsou úzkost, deprese, sociální izolace, nízké sebevědomí, posttraumatická stresová porucha, sebevražedné myšlenky a sebevražedné pokusy. Tyto komplikace zhoršují rehabilitaci a celkové zdraví. Osoby, které po zemětřesení zůstaly odkázány na invalidní vozík uváděly výrazně vyšší hladiny škodlivého stresu než obyčejní přeživší zemětřesení, kteří úraz s trvalými následky neutrpěli. A právě resilience neboli také schopnost jedince prosperovat navzdory nepřízni osudu, hraje stěžejní roli v tom, aby se se zvýšeným stresem osoba po úrazu mohla úspěšně potýkat. Mezi faktory, které resilienci nevíce ovlivňují patří vnímaná osobní zdatnost (*self-efficacy*), depresivní nálada, dále ale také sex, místo k životu, zaměstnanost a sociální podpora. Vnímaná osobní zdatnost se opakovaně ukazuje jako jeden z nejkritičtějších faktorů, které ovlivňují schopnost jedince uspět v ozdravném procesu těla i mysli, ale také jeho odolnosti vůči stresovým situacím.

Překvapivě se podle výzkumníků Bhattarai et al. (2018) neprokázalo žádné spojení mezi resiliencí a **spiritualitou** u zkoumaných osob, ačkoliv to očekávali. Na spojení mezi spiritualitou a resiliencí se soustředili například i výzkumníci Jones, Dorsett, Simpson & Briggs (2018), kteří se jako první zaměřili na to, jak může spiritualita facilitovat resilienci v rámci rodiny osoby, která utrpěla úraz s poraněním míchy. Tento výzkum naznačuje, že spiritualita hraje důležitou roli pro oba, jak pro zraněného, tak pro jeho rodinné příslušníky. Rodiny i osoby po úrazu uvedly, že mají možnost sáhnout po možnostech své spirituality, a to jim umožňuje společně se posouvat dál. Respondenty tohoto výzkumu byly popsány a výzkumníky zachyceny čtyři základní **zdroje spirituality**, a to, jakým způsobem jsou zdrojem síly k překonání náročné životní situace spojené s úrazem míchy. Těmito zdroji jsou:

- náboženská víra (nezávisle na typu vyznání, vztah k bohu jako zdroj síly),
- svět přírody (příroda jako zdroj síly),
- vnitřní síla (vnitřní odhodlání, vlastní já jako zdroj síly),
- smysluplné spojení s druhými lidmi (vztahy s ostatními jako zdroj síly).

Jones et al. (2018) dále uvádí, že tyto zmiňované zdroje spirituality jsou následně testovány. Náboženská víra je testována otázkami „Proč? Co jsem udělal špatně?“, vnitřní síla je testována otázkou „Dokážu se posunout dál?“ a smysluplné spojení s druhými je testováno otázkou „Kdo mi pomůže?“. Testování světa přírody autoři neuvádí. Následuje odpověď utváření smyslu (meaning-making, více jsme se utváření smyslu věnovali v kapitole 2.3.). A následuje klíčový výstup testovacího procesu, kterým je u náboženské víry *vděčnost* (za život, za druhé, podporu komunity, návratnost), u vnitřní síly *naděje* (v uzdravení, ve vztahy, v plnohodnotný život) a u smysluplného spojení s druhými lidmi je to *prohloubení vztahů* (změna celé rodiny). Dále by mělo následovat posunutí se dál na cestě uzdravení a resilience by měla být posílená. Autoři přikládají ke článku přehledné schéma, jak se jednotlivé faktory ovlivňují (viz dále):



Obr. 5 – Model vlivu spirituality na resilienci u osob po úrazu míchy i jejich rodinných příslušníků (Jones et al., 2018, 526)

Co se týče přírodního světa jako zdroje resiliencie, ten autoři předchozího výzkumu více nerozpracovávají a ani nezařazují do schématu modelu vlivu spirituality na resilienci u osob po úrazu míchy a u jejich rodinných příslušníků. Ochiai, Song, Ikei, Imai, & Miyazaki (2017) se zabývali vlivem přírodní terapie na hladiny stresu a vlivem bonsají na odolnost vůči stresu u osob po úrazu míchy v Japonsku. jejich výzkum ukázal, že interakce osoby a bonsaje významně potlačí aktivitu levé prefrontální mozkové kůry, významně zvýší parasympatickou nervovou aktivitu a sníží sympatickou nervovou aktivitu, významně zvýší komfortní, relaxované a přirozené pocity za použití upravené metody sémantického diferenciatu, významně sníží negativní a zvýší pozitivní skóry ve škále POMS, což je měření psychologické odpovědi na vizuální stimulaci. Výsledky studie jsou dle autorů využitelné pro osoby po úrazu v jejich přírodním prostředí, kdy interakce s přírodou dle výběru a preference může působit tímto způsobem a přispět k odolnosti vůči fyzickému i psychickému stresu.

Ke snížení resiliencie, sebevědomí a ke truchlení za ztrátu pro osobu významných skutečností, schopností či možností, mohou přispívat překážky prostředí a jejich společný vliv na participaci. Současné studie potvrzují potřebu souhrnně zhodnocovat psychosociální

faktory, což naznačuje potřebu holistického biopsychosociálního přístupu při poskytování zdravotní péče a rehabilitaci osob s poraněním míchy k maximalizaci účasti, reintegraci do komunity a psychosociálnímu zdraví. Bariéry prostředí mohou pramenit ze zásad, práce či školy, postojů nebo podpory, služeb a pomoci a mohou být fyzické či strukturální (Locatelli, Etingen, Miskevics, & LaVela, 2017).

Další oblastí, ve které se setkáváme s terminologií stresu v kontextu spinálního traumatu je **oxidační stres**. V tomto slova smyslu se jedná o sloučeniny kyslíku uvolňující se do těla právě z důvodu prožívaného stresu, ale také z důvodu nemoci, přetížení, vyčerpání, znečištěného prostředí a některé zdroje uvádí jako důvod i konzumaci určitého typu potravin obsahujícího konzervanty. Oxidačnímu stresu také prospívá nezdravý životní styl, kouření či nadužívání alkoholu. V důsledku oxidačního stresu vznikne v našem těle silná nerovnováha, kterou má tělo tendenci vyrovnat pomocí antioxidantů. Při dlouhém vystavení oxidačnímu stresu se objevují různá chronická zánětlivá onemocnění a řada dalších zdravotních komplikací mezi které patří i zhoršený psychický stav, deprese apod., ale také nádorová onemocnění, autoimunitní onemocnění, kardiovaskulární choroby nebo neurodegenerativní onemocnění (Šácha, 2017).

Oxidační stres ve formě volných kyslíkových radikálů byl u pacientů s poraněním míchy často pozorován, což je užitečnou informací pro porozumění patofyziologii u těchto osob. V případě osob po úrazu je vhodné dodávání antioxidantů, zejména vitamínů C a E, jako prevence vzniku oxidačního stresu. Tato opatření jsou vhodná proto, že hladiny zvýšeného oxidačního stresu mohou souviset i s chronickou bolestí, která patří mezi nejzávažnější komplikace po úrazu (chronické bolesti jsme se více věnovali v předchozí kapitole). Oxidační stres je popisován i u jiných stavů, často u těch, které skýtají nežádoucí tělesné změny a omezení jako právě úraz míchy a páteře. Přítomnost oxidačního stresu může dle výzkumů významně ovlivňovat patogenezi u osob po úrazu míchy a páteře, a může tak souviset i s řadou dalších nežádoucích důsledků se kterými se potýkají, a to po fyzické i duševní stránce. Je to tedy oblast specifická oblast související se stresem, které je potřeba věnovat pozornost (Fatima, Sharma, Das, & Mahdi, 2015).

Stres se kromě psychofyzické oblasti objevuje rovněž v oblasti sociální. Vztahová oblast soukromá i pracovní skýtá řadu stresorů. Tyto pak ovlivňují kvalitu života. **Pracovní stres** dle výzkumů prokazatelně ovlivňuje kvalitu života. Návrat do práce či získání nového zaměstnání je pro mnoho osob po úrazu míchy velmi důležité. Zaměstnání je po úrazu nejen

možné, ale je považováno i za jeden z ochranných faktorů zdraví (Hilton, Unsworth, & Murphy, 2018). U osob po úrazu míchy a páteře kvalita života silně variuje v závislosti na tom, jak stresující zaměstnání vykonávají. Výzkumníci zjistili, že ve vyspělých zemích míra tohoto stresu nesouvisí se socioekonomickým statutem, jak se předpokládalo. Zvýšený stres a snížení kvality života osob po úrazu může být ovlivňováno tím, že více pozornosti je věnováno reintegraci do pracovního prostředí, ale už ne tolik udržení zdravého pracovního prostředí (Fekete, Wahrendorf, Reinhardt, Post, & Siegrist, 2014).

Pro shrnutí tedy uvádíme do vlastní tabulky přehled nejrizikovějších stresových faktorů, které ovlivňují vznik posttraumatické stresové poruchy a deprese, a mají vliv na celkovou duševní, tělesnou, sociální i duchovní pohodu jednotlivce stíženého úrazem míchy a páteře (Schönenberg et al., 2012).

Tab. 2 – Rizikové stresové faktory (Schönenberg et al., 2012)

Riziková oblast	Rizikové faktory
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie

3.3. Způsoby a strategie vědomého zvládnání stresu po úrazu

Poslední podkapitolu věnujeme zvládacím strategiím stresu. Začneme obecným úvodem o tom, co jsou to zvládací strategie a plynule přejdeme k tomu, jak se tyto strategie liší u vozičkářů, a jaká specifika zvládnání stresu u lidí po úrazu míchy má či může mít.

Když hovoříme o zvládnání stresových situací, setkáváme se často s anglickým termínem **coping**. Coping je termín odkazující ke strategiím, pomocí kterých se vypořádáváme s nějakou hrozbou. Když jedinec zjistí, že nějaký důležitý motiv či hodnota v jeho životě jsou v ohrožení, mobilizuje copingovou aktivitu. Nejčastěji jsou **copingové strategie** vyprovokovány ohrožením zdraví, života, majetku nebo mezilidských vztahů. A pokud hovoříme o termínu coping jedná se o **aktivní a vědomý** způsob zvládnání stresu. Pokud bychom hovořili o spíše **neuvědomovaných** způsobech zvládnání, museli bychom se bavit o tzv. **obranných mechanismech**, které rozpracoval Sigmund Freud, a ještě podrobněji jeho dcera Anna Freudová, mezi nejznámější patří například vytěsnění do nevědomí (Paulík, 2017; Lazarus, 1966).

Paulík (2017) shrnuje problematiku psychologie lidské odolnosti a podrobně se věnuje také copingu, ke kterému uvádí, že z terminologického hlediska bychom měli důsledně rozlišovat mezi adaptací a copingem. Souvisí to s rozlišením zátěže a stresu. **Adaptace** se vztahuje ke zvládnání zátěže jako takové, zatímco coping se uplatňuje v situacích, kdy je zátěž vzhledem k odolnosti osobnosti nadlimitní nebo podlimitní. Coping tedy představuje zvládnání náročných či stresových situací.

Lazarus (1966 in Paulík, 2017) rozlišuje čtyři kategorie copingových strategií:

- **útok** na obtěžující a rušivý fenomén (noxa),
- **aktivity** vedoucí k posilování obranyschopnosti vůči noxám,
- **vyhýbání** se noxám
- **apatie** (pocit beznaděje, deprese, bezmoci).

Později Lazarus (1993, 1994 in Paulík, 2017) určil dva základní obecné typy copingu podle jejich působení: **coping zaměřený na problém** (snaha vlastním úsilím změnit situaci k lepšímu) a **coping zaměřený na emoce** (snaha dostat své emoce pod kontrolu, aby nenarušovaly integritu ani vztahy s okolím). Lidé mají tendenci používat zvládací strategie ve všech situacích. Účinné zvládnutí vlastních emocí umožní člověku celkové zklidnění a dosažení odstupu od problému.

Lazarus (1966) poznamenává, že čím vyšší stupeň hrozby zaznamenáváme, tím máme větší tendenci sáhnout po primitivních a neadekvátních řešeních. Typickým příkladem copingové reakce na vysoký stupeň hrozby je právě zmiňované vyhýbání. Specifickým příkladem těchto defenzivních copingových mechanismů může být také **popření**. Za primitivní formu obrany by se dal považovat například i **humor**. Vtipkování o vlastních nedostatcích, které často u lidí pod stresem zaznamenáváme, kupříkladu u studentů při zkoušení. Humor však neužíváme v situacích, kdy je stupeň hrozby příliš vysoký, ale spíše v situacích, kdy se zas až tolik v ohrožení necítíme. Při vyšších stupních hrozby se setkáváme ještě i s opačnou reakcí k vyhýbání se tomu, co je nám nepříjemná, a to je výše zmíněný útok.

Nolen-Hoeksema et al. (2012) shrnují používané strategie u jednotlivých forem zvládání následovně, tabulku vytváříme vlastní:

Tab. 3 – Formy zvládání stresu (Nolen-Hoeksema et al., 2012)

Forma zvládání	Používané strategie
zvládání zaměřené na problém	Přesná definice problému – vytvoření variant řešení – zvažování kladů a záporů – rozhodnutí pro jedno řešení. (Lidé, kteří ve stresových situacích tíhnou k této formě zvládání, vykazují nižší míru deprese.)
zvládání zaměřené na emoce	Snaha zvládnout negativní emoce. Behaviorální strategie – cvičení, pohyb, alkohol, drogy, hledání podpory u přátel aj.; Kognitivní strategie – přehodnocení situace, odložení problému aj. (Některé jsou adaptivní, jiné stres prohlubují.)

S ohledem na časovou perspektivu můžeme dále rozlišovat coping proaktivní a reaktivní (Paulík, 2017):

- **Reaktivní** je zaměřen na stres, který už nastal a proaktivní je zaměřený na potenciální stresové situace.
- **Proaktivní** coping můžeme chápat jako pozitivní, protože se spíše než na hrozby zaměřuje na dosažení cíle.

- Pokud se proaktivní coping zaměřuje na nějakou bezprostřední hrozbu, můžeme hovořit také o copingu **anticipačním**.
- Pokud se jedná o hrozby ve vzdálené budoucnosti, nacházíme pro tento typ copingu v terminologii výraz **preventivní**, čímž rozumíme kognitivní, emocionální a volní přípravu včetně cílevědomého tréninku.

Na copingové strategie, jejich formování a volbu u osob po úrazu míchy a páteře mají vliv specifické faktory jako: jaké zvládací strategie osoba využívala napříč časem a faktory působící na osobu před úrazem. Výzkumníci na základě těchto specifík vyvíjejí speciální nástroje k měření těchto copingových strategií u osob po spinálním traumatu jako např. Brief COPE Inventory nebo Spinal Cord Lesion – Coping Strategies Questionnaire aj. Na copingové strategie u osob po úrazu míchy působí také léčba a specifické intervence. A v neposlední řadě také to, jak osoba stres a stresory individuálně posuzuje. Coping u osob po spinálním traumatu se soustředí zejména na oblasti: sociální kognice, smyslu pro soudržnost, místa kontroly, smyslu života, bolesti a sociální participace (Chevalier, Kennedy, & Sherlock, 2009).

Mezi nejužívanější copingové strategie mezi osobami s chronickými nemocemi a znevýhodněními, což zahrnuje i úraz míchy a páteře, patří: **angažovaný coping** (posun, „bojovný duch“, „pozitivní“), **neangažovaný coping** (vyhýbání, únik, rezignace, „negativní“) a **hledání sociální podpory**. Studie zaměřená na pozitivní strategie zvládnání, tedy na angažovaný coping a hledání sociální podpory popisuje vnitřní zdroje, které osoby k tomuto zvládnání obvykle využívají, a to vnímaná osobní zdatnost, osobní schopnost dosáhnout cíle, nadějný výhled do budoucna, optimismus, vnímaná kontrola, vnitřní místo kontroly, nalézání smyslu a smysl pro vnitřní soudržnost (Livneh, & Martz, 2014). Z pozitivních typů copingu pro přehlednost vytváříme vlastní tabulku (viz dále):

Tab. 4 – Rozbor vybraných pozitivních strategií zvládání stresu pozorovaných u osob s chronickým omezením (Livneh, & Martz, 2014)

Copingová strategie	Způsob zvládání	Prediktorem, čeho je daná strategie
Angažovaný coping (<i>engagement coping</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • řešení problémů • plánování • aktivní akceptace • kognitivní restrukturalizace 	<ul style="list-style-type: none"> • posttraumatický růst • snížení pocitů deprese a úzkosti • zlepšení psychosociálních potíží
Hledání sociální podpory (<i>seeking social support</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • mobilizace sociální, emocionální, instrumentální a hmotné podpory u členů rodiny, přátel a profesionálů 	<ul style="list-style-type: none"> • lepší psychosociální adaptace po úrazu • pohoda a životní spokojenost
Smysl pro vnitřní soudržnost (<i>sense of coherence</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • generalizované zdroje resistance • sebevědomá orientace na životní kontext jako na něco srozumitelného, zvládnutelného a smysluplného 	<ul style="list-style-type: none"> • pohoda a životní spokojenost • dobrý psychický stav, nižší pocity úzkosti a deprese • „bojovný duch“
Naděje (<i>hope</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • na cíl zaměřený motivační proces • nastavení osobních individualizovaných cílů • očekávání úspěchu, kladného konce • vytváření cest k dosažení vytyčených cílů 	<ul style="list-style-type: none"> • sebevědomí • úspěšnost ve vytyčených cílech • funkční životní dovednosti a schopnosti

Výzkumníci Torregrosa-Ruiz, M., & Tomás-Miguel (2017) se zabývali rovněž **genderovými rozdíly** mezi tím, jaké strategie zvládání využívají ženy a jaké muži. Zajímali se o nalezení rozdílů ve využívání zvládacích strategií a zjistili, že neexistují rozdíly v používání copingových strategií jako takových mezi pohlavími. Muži i ženy využívají stejně často podobné či stejné zvládací strategie. Výzkumníci ale našli u žen odlišnosti ve využívání strategií zvládání v minulosti před úrazem a po úrazu, ale tyto rozdíly nenalezli u mužů. Domnívají se, že to může být způsobeno dynamikou osobnostního vývoje, ale i sociodemografickými nebo sociokulturními činiteli a doporučují další výzkum v této oblasti. Lequerica et al. (2010) se posuzováním stresu u žen se spinálním traumatem zabývali a podrobně zkoumali zkušenosti padesáti žen se stresem a copingem. Ukázalo se, že unikátní vliv na životní spokojenost má na problém zaměřený coping. Čím efektivnější copingová strategie, tím lepší má žena hladinu vnímané osobní zdatnosti a pocit kontroly. Tyto strategie zaměřené na problém zlepšují schopnost žen vypořádat se s již známými stresory, ale i se stresory v budoucnu.

Pozitivní strategie zvládání souvisí, jak jsme uvedli s vnitřním místem kontroly. Terminologicky rozlišujeme **místo kontroly** na vnitřní a vnější. Takzvaní **internalisté**, kteří mají místo kontroly uvnitř, věří, že jejich subjektivní dispozice mají vliv na dosažení zvolených cílů a věří, že řešení mají ve svých rukou a je jejich volbou, zda dosáhnou úspěchu. Naopak **externalisté** věří, že jejich život a štěstí jsou ovlivňovány vnějšími silami, osudem, náhodou či vyšší mocí. Jsou přesvědčení, že jejich schopnosti a chování nijak zvlášť neovlivní, jakých posílení se jim dostane (Plháková, 2008).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V následující kapitole definujeme problém, který chceme výzkumem vyřešit a uvádíme cíle práce a hlavní výzkumnou otázku, kterou si klademe.

4.1. Oblast výzkumu, výzkumný problém a cíle práce

Nejobecnější oblastí odborného pole, ve kterém se pohybujeme, je **oblast výzkumu**, a tou je zde „zvládání obtížných životních situací u osob trvale upoutaných na invalidním vozíku v důsledku úrazu“. Oblastí výzkumu jsou tedy zátěžové situace a mechanismy k jejich zvládání, což s sebou nese u osob po úrazu míchy spoustu specifik oproti obdobným situacím a jejich zvládání zdravou populací. Zátěžové situace, které zajímají nás jsou z oblasti stresu a jeho zvládání. **Výzkumným problémem**, zúženým z této široké oblasti výzkumu jsou tedy: „zvládací strategie ve stresových situacích u osob s posttraumatickou míšní lézí“.

Cílem výzkumné části práce je prozkoumat a analyzovat, jak vybrané osoby se spinálním traumatem a následnou trvalou míšní lézí zvládají stresové situace po úrazu, a v čem jsou tyto situace a jejich zvládání specifické. Toho docílíme předložením sedmi unikátních výpovědí osob se spinálním traumatem o tom, jak zvládají stres a jaké copingové strategie z komplexního pohledu používají. Jednotlivé výpovědi poslouží k nalezení stresorů, copingových strategií a zdrojů resilience vůči stresu, které nám pomohou z komplexní perspektivy explarovat zvládání stresu u těchto osob. Zajímá nás tedy odhalení stresorů i zvládacích strategií v rovině těla, duše, ducha i vztahů. Formulovaný cíl jsme se rozhodli zkoumat kvalitativní metodou polostrukturovaného rozhovoru a pro validizaci výpovědí jsme vybrali dotazníkovou metodu Brief COPE.

4.2. Hlavní výzkumná otázka

Vzhledem k výzkumným cílům hlavní výzkumnou otázku formulujeme následovně:

- ***Jaká je zkušenost osob se spinálním traumatem se zvládáním stresových situací?***

Otázku jsme formulovali v souladu s tím, že ve výzkumu využíváme metodu IPA – interpretativní fenomenologickou analýzu (viz dále) a zajímá nás tedy, jak jednotlivec nebo skupina, vnímá či prožívá danou zkušenost, s níž je konfrontován a jaký jí přikládá smysl. Proto byla otázka našeho výzkumu formulována tak, že zjišťuje zkušenost osob po úrazu

míchy, se zvládáním stresových situací, tím pádem i zkušenost s těmito běžnými i specifickými stresovými situacemi. Zajímáme se o jejich žitou zkušenost, a o to, jak zvládání těchto situací vnímají.

4.3. Specifické výzkumné otázky

Dominantní status v našem výzkumu zaujímá **kvalitativní výzkum**, se kterým korespondují specifické výzkumné otázky:

1. *Jaká jsou specifika stresových situací po úrazu u vybraných osob se spinálním traumatem?*
2. *Jaké strategie zvládání stresu používají vybrané osoby se spinálním traumatem?*

Mezi cíle výzkumu patří zodpovědět výzkumné otázky z komplexního úhlu pohledu. Tedy zahrnout všechny roviny komplexního přístupu. To je také důvodem, proč byl stres a jeho zvládání s respondenty probíráno ze všech těchto pohledů. Na základě toho byly formulovány otázky do rozhovoru (viz příloha 3).

Kvantitativní přístup byl zvolen k obohacení a validizaci výsledků toho, jaké zvládací strategie respondenti užívají. Zajímalo nás, jak ověřit, že copingové strategie, které jsme vykódovali z rozhovorů, korespondují s copingovými strategiemi, které zjišťuje Brief COPE dotazník. Použitím dotazníku jsme chtěli ověřit, zda námi odhalené současné i minulé strategie zvládání korespondují se standardizovanými kategoriemi z dotazníku. V rámci naší kvantitativní části výzkumu tedy **nestanovujeme hypotézy**, které bychom chtěli statisticky ověřovat, protože to na našem vzorku nemá smysl. Zajímáme se pouze o hrubý skóre u jednotlivých čtrnácti kategorií copingu, které nám Brief COPE řekne a kvalitativní způsobem tento výsledek porovnáváme s výsledky rozhovorů. Výsledky Brief COPE dotazníku tedy neslouží ke zpracování hypotéz, ale **ke zodpovězení hlavní výzkumné otázky**, kterou jsme stanovili platnou jednotně pro oba typy metod, a k validizaci a rozvinutí odpovědi na druhou specifickou výzkumnou otázku.

5. APLIKOVANÁ METODIKA A SBĚR DAT

V následující kapitole probereme, jaký design výzkumu jsme zvolili, abychom našli odpovědi na hlavní výzkumnou otázku i na otázky specifické. Uvedeme zvolené výzkumné metody. A popíšeme, jak probíhal sběr dat.

5.1. Smíšený výzkum

Pro naše téma jsme zvolili smíšený výzkum. Přičemž design našeho výzkumu je konkrétně **kvalitativně-kvantitativní** neboli paralelní či souběžný. V tomto typu výzkumu jde o validizaci výsledků nebo o to, abychom dospěli k vícezahrnujícím výsledkům. K validizaci můžeme dospět triangulací kvalitativních a kvantitativních výsledků. Tento design můžeme nazvat také jako konvergentní a jeho cílem je srovnávat a integrovat výsledky a validizovat je (Vlčková, Lojdová, 2016).

Smíšený výzkum (mixed method research) nám umožňuje kombinovat výhody obou přístupů. Pomocí této kombinace můžeme výsledky porovnávat, doplňovat a přístupy mohou vzájemně eliminovat své nevýhody. Obyčejně se používá smíšený výzkum například, když chceme získat měkká data, abychom mohli lépe interpretovat tvrdá data (Creswell, Plano Clark, 2011). U nás je důvod opačný. Prioritní význam v našem výzkumu hrají měkká data, do kterých chceme vnést očištný a rozvíjející efekt pomocí dat tvrdých.

Metodami, které jsme použili pro sběr dat, jsou **polostrukturované rozhovory** a **dotazník Brief COPE**. V následujících podkapitolách se každé z metod věnujeme zvlášť. Polostrukturované rozhovory ve smíšeném designu výzkumu reprezentují část kvalitativní a Brief COPE dotazník část kvantitativní.

Smíšený výzkum za využití polostrukturovaných rozhovorů v kombinaci s Brief COPE, tak jak jsme se rozhodli my, je v českém prostředí unikátní. Nepodařilo se nám dohledat žádnou podobnou studii, která by kombinovala tyto dvě metody v oblasti spinálních traumat, a to ani v systému Theses mezi závěrečnými pracemi studentů. V zahraničních zdrojích jsme tuto kombinaci našli ve výzkumu copingových strategií u mladých dospělých, kteří utrpěli úraz míchy mezi 11-15 lety (Augutis, & Anderson, 2012).

5.2. Polostrukturovaný rozhovor

Hlavní metodou, kterou byla získávána data, je metoda polostrukturovaných rozhovorů. Tuto metodu jsme zvolili pro její flexibilitu. Polostrukturovaný rozhovor nám umožňuje určit si okruhy otázek, na které se budeme ptát, ale je možno v průběhu zaměřovat pořadí nebo modifikovat znění dle kontextu, ve kterém se v průběhu rozhovoru zrovna nacházíme. Některé pasáže mohou mít pevnou strukturu, jindy je možnost nechat formulaci a pořadí více na tazateli. Pokračujeme většinou do chvíle, než naplníme očekávaný časový limit nebo nenabýdeme dojmu, že téma bylo dostatečně vyčerpáno (Miovský, 2006). Znění otázek jsme si tedy mohli přizpůsobit dle potřeby a byla zde po pilotáži otevřená možnost návodu k rozhovoru rozvinout. Doplnující otázky jsme rovněž mohli v průběhu využívat a modifikovat podle toho, jak se konkrétní rozhovor ubíral. Plné základní znění návodu k rozhovoru uvádíme v přílohách (viz příloha 3).

Zde zmíníme, že **hlavními okruhy zjišťovanými v rozhovoru** byly:

- kasuistický úvod, kdo je respondent, jaké jsou jeho demografické a anamnestické údaje, jak přišel k úrazu, jaké časové horizonty u něj můžeme sledovat, mapování historie a současnosti atd.;
- subjektivní vnímání stresu a stresových situací;
- postupné prozkoumání vnímání stresu a stresových situací v rovině těla, duše, ducha a sociálních vztahů, a to před i po úrazu;
- zařadili jsme navíc také diskusi nad tím, ve které z rovin komplexního přístupu vidí respondent těžiště svého copingu a zamýšlení nad tím, proč to jiní lidé ve stejné situaci mohou mít jinak;
- celý rozhovor jsme dle terapeutických zásad otevřeli a uzavřeli otázkami „S jakými pocity teď přicházíte?“ a „S jakými pocity nyní odcházíte?“, protože se jednalo o témata, kdy se mohlo narazit na citlivé vzpomínky či citlivá místa v životě respondentů a studenti psychologie a budoucí psychologové bychom měli dbát na ošetření našich respondentů, když s nimi psychologická témata otevíráme.

Fáze sběru dat polostrukturovanými rozhovory proběhla v období od března 2018 do září 2018. Uskutečnili jsme celkem sedm rozhovorů. Logisticky bylo jejich domlouvání poměrně komplikované, protože cílová skupina výzkumu podléhá už z principu některým omezením, která kladla na výzkum speciální nároky. A to zejména na výběr bezbariérového

místa pro rozhovor, na volbu termínu, na dopravu na zvolené místo, které muselo být pro respondenta maximálně dostupné.

Výzkumné subjekty jsme hledali mimo jiné v organizacích, které se zaměřují na pomoc lidem po úrazu míchy a páteře. Autorka práce hledala respondenty právě v těchto organizacích z důvodu, že s nimi měla osobní předchozí zkušenost v pozici stážisty a diplomanta, při příležitosti předchozího studia. S oslovováním respondentů a domlouváním schůzek, významným způsobem pomohli zaměstnanci organizací zaměřených na sociální rehabilitaci osob po úrazu míchy. O probíhajícím výzkumu bylo vždy uvědomeno vedení.

Pilotní rozhovor proběhl 13. března 2018 s prvním respondentem, od kterého jsme si brali zpětnou vazbu na funkčnost návodu k rozhovoru. Rozhovory proběhly vždy na místě dle přání respondenta. **Poslední rozhovor** se uskutečnil 1. října 2018.

Charakteristice výběrové populace se více věnujeme v následující kapitole. Nyní pouze uvedeme, za jakých podmínek byla u jednotlivých sedmi respondentů sbírána data, a zda se u sběru objevily nějaké komplikace.

Stručná souhrnná charakteristika realizovaných rozhovorů s respondenty (první fáze sběru dat):

- **Prvním respondentem výzkumu** byl mladý muž, se kterým byla provedena i **pilotáž**, protože se jednalo o respondenta, se kterým se výzkumnice znala nejlépe a věděla, že si od něj může vyptat zpětnou vazbu na rozhovor. Schůzka s respondentem proběhla v kavárně poblíž rehabilitačního centra, kam jezdí pravidelně cvičit a mohli jsme si být jisti, že prostředí bude příjemné a dostupné. Jedná se o respondenta s největším pohybovým omezením, který se pohybuje na elektrickém invalidním vozíku, který ovládá pomocí bradového ovládání. V průběhu rozhovoru bylo tedy zapotřebí dělat pauzy k asistenci, např. když se chtěl respondent napít kávy apod., což způsobilo přerušovanost rozhovoru. Zpětná vazba od respondenta byla vyptána hned po ukončení rozhovoru a bylo zjištěno, že rozhovor je v současné podobě, jak byl připraven funkční.
- **Druhou respondentkou**, byla jediná žena, která souhlasila s účastí na výzkumu. Pro rozhovor byla vybrána klidná místnost v zaměstnání respondentky, kdy tato místnost slouží obvykle k psychologickým intervencím, proto jsme si mohli být jisti, že se jedná o opravdu vhodné a bezpečné prostředí.

- **Třetím respondentem** byl muž, se kterým jsme si domluvili schůzku ve stejné budově jako s druhou respondentkou, pouze byla použita jiná terapeutická místnost. Prostředí bylo bezpečné a klidné. Domluva na osobní schůzce byla bez problému, větší komplikace byly u tohoto respondenta s návratností dotazníku. S prosbou jsme jej museli kontaktovat opakovaně, ale nakonec jsme byli úspěšní. Důvody k pozdní odpovědi nebyly respondentem uvedeny, ale nejednalo se o nesouhlas s účastí na výzkumu.
- **Čtvrtým respondentem** byl mladý muž, se kterým proběhla schůzka v předem domluvené kavárně. Kavárna byla pro obě strany známým prostředím, proto jsme mohli přistoupit na takto veřejné prostředí beze strachu z narušení soukromí a přítomnosti bariér. Kavárna nabízela dostatečný výběr prostoru tak, aby se respondent cítil v bezpečí. Rozhovor byl zahájen krátkou neformální konverzací na úvod, aby respondent ztratil úvodní ostych.
- **Pátým respondentem** byl mladý muž, se kterým proběhl rozhovor ve stejném prostředí jako se čtvrtým respondentem. Tento respondent byl velmi komunikativní a rozhovor s ním byl časově ze všech nejdelší. Některé pasáže z rozhovoru byly při transkripci vyřazeny, protože byly na úplně jiné téma. Délka rozhovoru byla však způsobena hlavně zájmem respondenta o téma, proto nemuselo docházet k přerušování linie rozhovoru nebo vynechávání přepisu příliš často.
- **Šestý rozhovor** proběhl v úplně jiném prostředí než předchozí rozhovory, protože jsme za tímto respondentem jeli do jiného města. Respondent však pro rozhovor zprostředkoval klidné a bezpečné venkovní prostředí v organizaci, kde pracuje. Tento rozhovor byl z hlediska vedení nejnáročnější, protože respondent nebyl přirozeně komunikativní. Počáteční ostych se však podařilo překonat. Nejvíce respondentovi vyhovovalo, když si vzal do ruky návod k rozhovoru a sám si jej pročítal.
- **Sedmý rozhovor** proběhl s respondentem v jeho domácnosti. Z hlediska volby prostředí k rozhovoru bylo tohle nejpříjemnější, jak pro respondenta, tak pro výzkumníka. Respondent se mohl opravdu uvolnit a udělat si pohodlí. V domácnosti nebyly přítomny žádné další osoby, takže rozhovor proběhl v naprostém soukromí.

Časový limit na rozhovor jsme neměli předem stanovený, ale předchozí výzkumné zkušenosti a délka návodu k rozhovoru nám napovídaly, že by se mohlo jednat zhruba o hodinu. Tento předpoklad potvrdila pilotáž a následné rozhovory se opravdu pohybovaly

v průměru okolo šedesáti minut. Po uděleném souhlasu, byl každý rozhovor **nahráván** na diktafon. Nikdo z respondentů nahrávání neodmítl.

Všechny rozhovory byly průběžně před započítím analýzy **přepisovány** do programu Microsoft Word a následně se širokým řádkováním vytištěny.

5.3. Dotazník Brief COPE

Doplňkovou metodou byl po sérii konzultací s metodology a odborníky na téma copingu, zvolen mezinárodně uznávaný dotazník **Brief COPE Inventory**. Autoři zahraničních výzkumů (např. Geyh et al, 2016; Livneh, & Martz, 2014; Peter et al., 2015, Kunz et al., 2019), kteří se zabývají tématem spinálních poranění, tento nástroj často používají a osvědčuje se, a to jak samostatně, tak v kombinaci s jinými nástroji. Na smíšený design výzkumu jsme v různých podobách při rešerši literatury také narazili (např. Chlan, Zebracki, & Vogel, 2011; Goldberg et al., 2019), nejčastěji se ale jednalo o kombinaci primárně kvantitativních dotazníkových metod (např. Brief COPE) se strukturovaným rozhovorem.

Použitý dotazník je zkrácenou verzí dotazníku **COPE – Coping Orientation to Problems Experienced**, který navázal na Lazarusův transakční model stresu (Lazarus, 1984) a behaviorální samoregulační model Carvera a Scheiera (Carver, & Scheier, 1989), přičemž v obou případech se jedná o standardizované metody měření k identifikaci povahy strategií zvládnání u konkrétního člověka (Holubová, 2017). COPE umožňuje zvolit si, zda budeme měřit univerzální copingové styly nebo způsoby zvládnání konkrétní situace, a to v závislosti na výzkumných záměrech, čímž převyšuje ostatní metody. Původní dotazník obsahuje 15 škál reprezentujících 15 copingových strategií (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Zkrácená verze **Brief COPE – The Brief Coping Orientation to Problems Experienced** obsahuje 28 položek rozdělených do 14 škál reprezentujících 14 zvládacích strategií (Carver, 1997). Anglický originál dotazníku přikládáme do příloh (viz příloha 4).

Z technických důvodů jsme se rozhodli pro použití zkráceného dotazníku Brief COPE, protože jsme potřebovali, aby respondenti vyplnili škálu dvakrát. Poprvé tak, jak to mají nyní, a podruhé tak, jak se domnívají, že by odpovídali před úrazem. Ve druhém případě byly položky převedeny do minulého času. Retrospektivní převedení je podle autora dotazníku bez problému možné.

Český překlad metody bývá někdy v odborných pracích používán, ale není oficiálně dostupný. Celkově se nám podařilo v období od roku 2009 dohledat v systému Theses méně než třicet výskytů použití české verze dotazníku Brief COPE vyloženě použité pro výzkum v závěrečných pracích studentů. Někteří autoři uváděli, že provedli dvojitý zpětný překlad, ale o použitelnou českou verzi dotazníku se v přílohách nikdo nepodělil. Pátrali jsme tedy po překladu z důvěryhodného zdroje a pro náš výzkum český překlad Brief COPE dotazníku poskytl, a laskavé svolení k použití udělil prof. PhDr. Karel Paulík, CSc. (osobní sdělení 21. února 2019). Z tohoto poskytnutého materiálu přepisujeme a uvádíme oněch 14 škál v tabulce s přehledem, kterými položkami v dotazníku jsou syceny.

Tab. 5 – Škály dotazníku Brief COPE

	Strategie	Syceno položkami
Rozptýlení	Self distraction	1; 19
Aktivní coping	Active coping	2; 7
Popření	Denial	3; 8
Užití návykových látek	Substance use	4; 11
Využití citové podpory	Use of emotional support	5; 15
Využití instrumentální podpory	Use of instrumentál support	10; 23
Behaviorální vzdání se	Behavioral disengagement	6; 16
Ventilování	Venting	9; 21
Pozitivní reinterpretace	Positive reframing	12; 17
Plánování	Planing	14; 25
Humor	Humor	18; 28
Přijetí	Acceptance	20; 24
Obrácení k náboženství	Religion	22; 27
Sebeobviňování	Self-blame	13; 26

Fáze sběru dat dotazníky proběhla v lednu 2019. Dotazník byl respondentům rozeslán 21. února 2019, hned po získání svolení k využití české verze. Vytvořili jsme elektronickou českou verzi dotazníku v aplikaci Google Forms a rozeslali formulář online. Zvací úvod a pokyny k vyplnění dotazníku přikládáme do příloh (viz příloha 5). Pět respondentů dotazník vyplnilo do druhého dne, dvěma jsme museli zaslat opakovanou prosbu a získali jsme odpovědi do dvou týdnů.

Elektronická podoba dotazníku v Google Forms obsahovala dvakrát 28 položek. Jednou se jednalo o znění dotazníku v přítomném čase a podruhé v minulém čase. Retrospektivní dotazník sloužil k tomu, abychom zmapovali to, zda se využívání copingových strategií změnilo po úrazu. Výhodou smíšeného výzkumu je, že pokud se změna prokáže, můžeme porovnat položku s tím, co jsme vytěžili v rozhovorech a interpretujeme, zda může tato změna souviset s úrazem nebo s úrazem souviset nemusí a jedná se kupříkladu o přirozený vývoj, ke kterému by došlo i bez úrazu. Při administraci dotazníku jsme nejprve použili položky směřované na současnost a v dalším sektoru byly položky retrospektivní. Toto pořadí jsme zvolili, aby retrospektiva nezkreslila výsledky v současnosti. Google Forms nám umožňuje snadné stažení dat v tabulce Microsoft Excel, kde s nimi dále můžeme přehledně pracovat v rámci analýzy dat.

6. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉ POPULACE A VÝBĚROVÉHO SOUBORU

Cílem této kapitoly je definice populace, popis procesu výběru, uvedení velikosti výběrového souboru, ozřejmění kritérií výběru a popis výsledných charakteristik výběrového souboru. Na závěr kapitoly uvedeme etická hlediska výzkumu.

6.1. Definice výzkumné populace

Populací, které se zkoumaná problematika týká, rozumíme **osoby po úrazu míchy a páteře s trvalými následky**. Nezávisle na tom, jak dlouho od úrazu uplynulo.

Zobecnění výsledků výzkumu na populaci zde není možné. Nám jde ve výzkumu o hloubkové prozkoumání jednotlivých specifických případů. Naším primárním cílem nebylo dojít k zobecňujícím výsledkům. Nicméně definici populace uvádíme, aby bylo jasno, na jakou populaci bylo výzkumné téma zaměřeno a na jakou populaci mohou být směřována případná doporučení pro další výzkum, která se z našeho výzkumu krystalizují.

6.2. Výběrový soubor

Výběrovým souborem jsou všichni jedinci z populace, kteří byli zařazeni do výzkumu a se kterými jsme přímo pracovali.

Velikost výběrového souboru byla zvolena v počtu sedm respondentů, což je v souladu s principy kvalitativního výzkumu a se zvolenou metodou interpretativní fenomenologické analýzy, kdy preferujeme bohatost dat jednotlivých případů a 3-6 respondentů je považováno za optimální počet (Řiháček et al., 2013). Bylo dbáno na homogenitu vzorku a na to, aby respondenti byli nositeli daného jevu. Jediné, u čeho se homogenity nepodařilo dosáhnout, bylo zastoupení pohlaví, což zhodnotíme v diskusi.

Proces výběru respondentů byl záměrný a přesně definovaný. **Kritérii výběru** byly požadavky, které jsme zahrnuli již do pozvánky (viz příloha 1), a vždy jsme kritéria ještě jednou ověřili při podpisu informovaného souhlasu. Pozvánku obdržel každý zájemce.

Těmito kritérii byly:

- **PLNOLETOST:** Myšleno v době výzkumu, nikoliv úrazu. Věk v době úrazu byl libovolný. Náš výběr jsme cílili na dospělé osoby, abychom nemuseli žádat svolení zákonných zástupců a také proto, aby výzkumný soubor byl konzistentně zacílen na dospělé osoby. Rozebírání tématu u dětí by jistě mělo mnohá specifika, která nezahrnujeme.
- **PŘÍSLUŠNOST K CÍLOVÉ VÝZKUMNÉ POPULACI:** Muselo se jednat o osobu s poraněním míchy po úrazu. Úraz byl důležitým kritériem výběru, protože ne každá osoba s mobilitou trvale na invalidním vozíku je po úrazu. Některé osoby mohou být po nemoci nebo byly obětí násilí apod.
- **PŘÍTOMNOST TRVALÝCH NÁSLEDKŮ:** Poranění páteře a míchy muselo mít pro osobu trvalé následky. V našem případě se jednalo o jakoukoliv úroveň ztráty mobility, která sebou nese trvalé upoutání na invalidní vozík.

Výsledné charakteristiky výběrového souboru, se kterým jsme ve výzkumu pracovali, uvádíme pro přehled v tabulce 6 (viz dále).

Osloveno bylo celkem patnáct osob, které odpovídaly kritériím a u kterých jsme měli vlastní předpoklad či doporučení, že se budou chtít výzkumu zúčastnit. Doufali jsme, že alespoň pět osob se výzkumu zúčastní. Více než patnáct osob jsme neměli ambice do rozsahu bakalářského výzkumu zahrnout. Z oslovených svolilo k rozhovoru devět osob, ale dvě nakonec svou účast odřekly. Výsledný počet respondentů je proto sedm osob. V tabulce respondenty označujeme zkratkou R s číslem v rozmezí 1-7. Čísla byla přidělována chronologicky, dle data schůzek s respondenty. Pohlaví je označeno zkratkami M pro muže a Ž pro ženu. Rozsah postižení v rozsahu paraplegie je označen písmenem P a v rozsahu kvadruplegie písmenem K. V tabulce lze sledovat u každého respondenta důsledné naplnění všech stanovených kritérií. K uvedenému přidáváme do tabulky ještě věk a údaje o poranění jako místo poškození na páteři, dobu uplynulou od úrazu v počtu let a stručnou příčinu úrazu.

Tab. 6 – Struktura výzkumného souboru

Respondent	Pohlaví	Věk	Poškození obratle	Rozsah postižení	Doba	Příčina úrazu
R1	M	33	C4	K	14	Nehoda na motorce
R2	Ž	57	Th6	P	11	Pád na kole
R3	M	41	Th12-L1	P	21	Náraz na lyžích
R4	M	28	C6-C7	K	13	Náraz na kole
R5	M	31	(C1)C6-C7	K	10	Nehoda na motorce
R6	M	28	C5-C6	K	12	Skok do vody
R7	M	42	C5-C6	K	19	Autonehoda

6.3. Etika a ochrana soukromí

Podívejme se, jak byla ve výzkumu ošetřena etická východiska a ochrana soukromí respondentů. Nejsme si vědomi žádného etického pochybení. Veškeré požadavky na etiku byly dodrženy.

S každým účastníkem výzkumu byly sjednány podmínky, za kterých pro něj bude účast bezpečná. Byl prodiskutován a podepsán **informovaný souhlas**, který byl respondentovi přečten vždy před započítím nahrávání. Plné znění informovaného souhlasu přikládáme do příloh (viz příloha 2). Případné dotazy byly zodpovězeny a respondenti byli vyzváni a podpořeni k jakýmkoliv doplňujícím dotazům v průběhu rozhovoru i po jeho skončení. Všichni respondenti dostali na autorku práce kontakt a byli poučeni, že jej mohou využít jak k dotazům, tak k dodatečnému upravení své výpovědi ve výzkumu. Respondenti byli poučeni, že mají kdykoliv možnost z výzkumu odstoupit. Všem respondentům byla nabídnuta **autorizace rozhovoru**, čehož nikdo nevyužil.

Veškeré údaje, které by mohly vést k určení identity respondenta, byly **anonymizovány**. Otázky výzkumu byly formulovány s ohledem na etická pravidla a účastníci byli ujištěni, že nemusí odpovídat na otázky, se kterými by byli v rozporu. Téma výzkumu nebylo kontroverzní, proto nevyžadovalo zvláštní schválení etické komise.

Všem respondentům bylo také nabídnuto, zda chtějí obdržet **výslednou práci** k nahlédnutí, o což všichni projevili zájem, ale nevyslovili podmínku, že by to mělo být před vytištěním či obhajobou. Bylo tedy slíbeno zaslání po obhájení.

7. ANALÝZA DAT

V následující kapitole představíme, jak byla analyzována nasbíraná data pomocí zvolených a popsanych výzkumných metod.

7.1. IPA – Interpretativní fenomenologická analýza

Pro vytěžení nashromážděných kvalitativních dat jsme zvolili metodu **IPA – interpretativní fenomenologickou analýzu**, jejímž cílem je **teoretická transferabilita** čili umožnění propojení výsledků s existující literaturou nebo výzkumy, nejde nám tedy o zobecnění výsledků na populaci (Řiháček, Čermák, & Hytych, 2013). Tato teoretická transferabilita je přesně tím, o co usilujeme. Chceme podrobně prozkoumat sedm unikátních výpovědí respondentů. A následně tyto výpovědi analyzovat a srovnat naše zjištění s tím, co jsme se dočetli v literatuře a nejnovějších výzkumech.

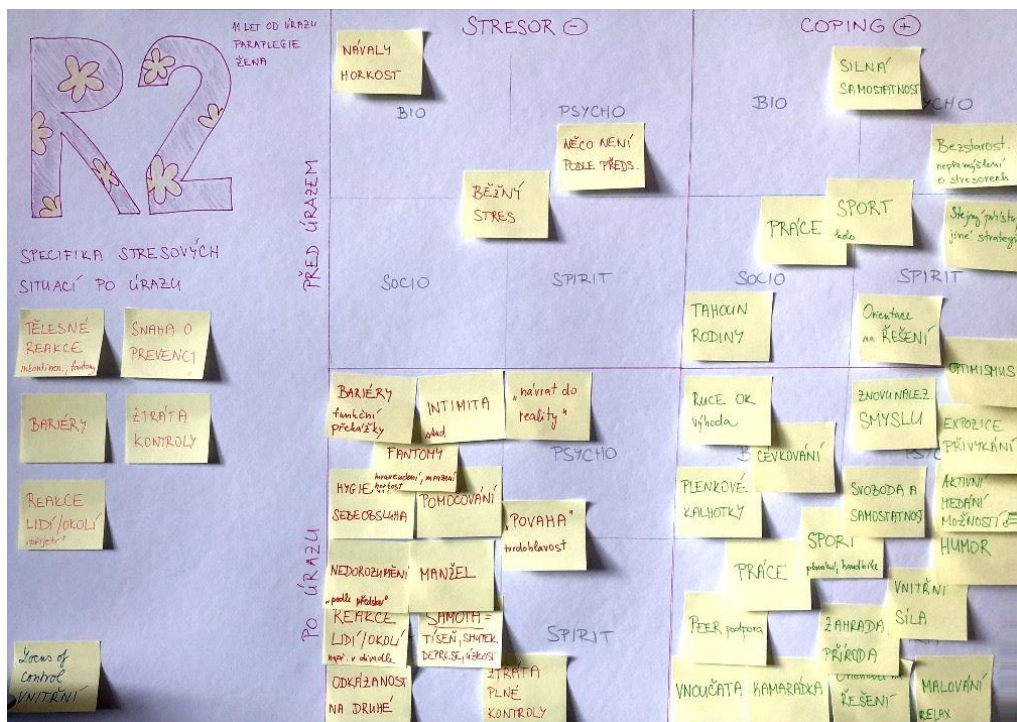
Už fázi transkripce můžeme považovat za první předstupeň analýzy v tom smyslu, že si děláme první poznámky a přípravu k tomu, jaký materiál budeme analyzovat. K samotné analýze polostrukturovaných rozhovorů jsme zvolili metodu **IPA – Interpretativní fenomenologickou analýzu**.

Tento přístup jsme zvolili jakožto původní psychologický přístup k analýze dat, který umožňuje detailní prozkoumání toho, jak člověk utváří význam své žité zkušenosti, což nám umožňuje této události nebo procesu dobře porozumět. Tato metoda nám také poskytuje prostor pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu. Analýza textu touto metodou je vždy zároveň interpretací. Výzkumníkovy prekoncepce jsou vnímány jako nezbytné ke zformulování významu, který pro respondenta jeho zkušenost má. Subjektivita zkušeností, které zkoumáme, je v tomto typu analýzy předností (Řiháček et al., 2013).

Z tohoto krátkého popisu je patrné, že pro naše výzkumné záměry je tento typ analýzy vhodný. Jedná se nám o hloubkové prozkoumání toho, jak respondenti subjektivně vnímají své stresující zkušenosti a jak je subjektivně řeší, jaké strategie oni sami využívají. Tento typ analýzy nás neomezuje ani v prozkoumání retrospektivy.

Před analýzou jsme zpracovali rozhovory do podoby psaného textu, kdy přepisy trvaly standartní čas 10 minut rozhovoru přepsáno za cca 1 hodinu, což znamená, že tato fáze probíhala cca 42 hodin.

V dalších krocích jsme postupovali tak, jak doporučuje metodologický manuál (Řiháček et al, 2013). Nejprve jsme zpracovali všechny rozhovory zvlášť, kdy bylo k analýze použito metod „tužka papír“. Poznámkový aparát byl vepisován na vytištěný materiál a následně na principu hermeneutické spirály byly ze starého celku, který jsme rozložili, složeny nové celky, které jsme vytvořili analýzou. Čili cílem bylo **formulování témat**, která zachycují esenci zkoumaného fenoménu. K tomuto kroku jsme využili velkých papírových tabulí, na které jsme umísťovali lepící štítky. Pro ilustraci zde uvádíme příklad zpracování u jednoho z respondentů (v následující kapitole jsme těchto podkladů využili k interpretaci dat a věnujeme se jim podrobněji).



Obr. 6 – Ukázka z procesu analýzy

Abychom mohli zodpovědět hlavní i specifické výzkumné otázky, potřebovali jsme zjistit také specifika stresových situací po úrazu čili co je na stresových situacích po úrazu jiné než u stresových situacích, které běžně zažívá zdravá populace. Zaměřili jsme se tedy na stres způsobený s tím, že je osoba na invalidním vozíku. A zmapovali jsme také stresory před a po úrazu a copingové strategie před a po úrazu, které jsme se, jak je patrné na obrázku, ještě pokoušeli rozmístit do rovin, které určují komplexní přístup, nazvali jsme si je bio, psycho, socio a spirit, reprezentující roviny těla, duše, vztahů a ducha.

7.2. Zpracování dat z Brief COPE dotazníku

Ve druhé fázi analýzy jsme potřebovali zpracovat data z dotazníků Brief COPE. K tomu jsme použili program **Microsoft Excel**, kam jsme si data exportovali z Google Forms a uspořádali jsme si je do dvou přehledných tabulek reprezentujících Brief COPE se zaměřením na současnost a Brief COPE retrospektivní. Respondenti odpovídali na stupnici Likertovy škály od jedné do čtyř, kde hodnoty znamenají:

1 = nikdy to nedělám, nikdy se tak nechovám

2 = někdy to dělám, někdy se tak chovám

3 = dost často to dělám, dost často se tak chovám

4 = velmi často to dělám, velmi často se tak chovám

U retrospektivních dotazníků pak byly instrukce převedeny do minulého času. Zadání instrukcí k dotazníku přidáváme do příloh.

Každá ze čtrnácti vyhodnocovaných copingových strategií dotazníku je sycena dvěma faktory. Vypočítali jsme proto pro každou z nich **hrubý skór** jako **součet hodnot** jednotlivých položek, které je sytí (viz tab. 5). Tím jsme docílili přehledu toho, jak silná tendence k používání těchto strategií u jednotlivých respondentů je. Totéž jsme provedli pro retrospektivní variantu Brief COPE. Následně jsme sledovali, jak výsledné kategorie z dotazníku korespondují s výsledky analýzy, ale také zda se v dotazníku projevil nějaký zajímavý rozdíl mezi používáním některých strategií v minulosti a v současnosti. Tabulku výsledných hrubých skóru, kterou používáme v interpretační části pro validizaci a obohacení výsledků analýzy přikládáme do příloh (viz příloha 7).

7.3. Klíčové teoretické koncepty použité při analýze

Jak uvádí Koutná Kostínková a Čermák (in Řiháček et al., 2013), dobrá IPA využívá pro prezentaci výsledků, jak perspektivu témat, tak perspektivu jednotlivých případů. To znamená, že čtenář by se měl dozvědět o obecných tématech vzešlých z analýzy, ale také o světě konkrétních respondentů, kteří nám vyprávěli svůj příběh. Výsledky budeme prezentovat v narativní podobě, kdy identifikovaná témata doplňujeme našimi komentáři a přímými citacemi respondentů dokreslujeme naše tvrzení.

Analýzu strukturujeme tak, že vždy představíme životní situaci respondenta, následně analyzované stresory, copingové strategie, model resilience a vygenerovaná specifika. Pro lepší a jednotnější strukturaci témat jsme z teoretických konceptů vybrali některé, které jsme použili pro rozřídění témat za využití terminologie jiných autorů. Nyní upřesníme, které teoretické koncepty jsme využili.

Při analýze témat v oblasti **stresorů** používáme rizikové stresové faktory (Schönenber et al., 2012), které jsme v teoretické části uváděli v tab. 2. Tuto tabulku, kterou jsme vytvořili, jsme dále upravili pro uspořádání nalezených stresorů v životech jednotlivých respondentů. Nerovnováha a stres vzniká při narušení nebo nedostupnosti zdrojů v některé z rizikových oblastí. My k těmto oblastem přiřazujeme konkrétní témata, která jsme v případě objevili. V tabulce jsme vždy vyškrtali oblasti, ve kterých se nenacházejí žádné stresory. Původní tabulku jsme však museli rozvinout ještě o jeden řádek. Při naší analýze jsme hledali stresory ve čtyřech rovinách komplexního přístupu. V rovině těla (zde odpovídá klinickým faktorům), rovině psychologické či rovině ducha (zde jako psychologické faktory), rovině sociální (zde sociodemografické faktory) a v rovině spirituální, duchovní. **Spirituální rovinu** Schönenberg et al. (2012) v případě stresorů nezahrnuje, my ano a za rizikové faktory označujeme náboženství a duchovní uspokojení. Náboženstvím chápeme zdroje pramenící z víry v jakoukoliv božskou podstatu nezávisle na vyznání a do duchovního uspokojení zahrnujeme faktory související se spiritualitou, ale nesouvisející s náboženskou vírou.

Jako typologii copingových strategií jsme v teoretické části použili: **angažovaný coping** (posun, „bojovný duch“, „pozitivní“), **neangažovaný coping** (vyhýbání, únik, rezignace, „negativní“) a **hledání sociální podpory** (Livneh, & Martz, 2014). Tyto kategorie si rovněž vypůjčíme a uspořádáme do tabulky, kde ke každé z kategorií přidělíme témata, která jsme u respondentů našli. Autoři uvedeného dělení se zaměřovali u pozitivních strategií zvládání na vnitřní zdroje, které osoby k tomuto zvládání obvykle využívají, a to vnímaná osobní zdatnost, osobní schopnost dosáhnout cíle, nadějný výhled do budoucna, optimismus, vnímaná kontrola, vnitřní místo kontroly, nalézání smyslu a smysl pro vnitřní soudržnost. Těch jsme si také všimli a některé jsme i našli a popsali. Snažíme se však co nejvíce používat jedinečná témata, která jsme v rozhovorech objevili a můžeme je přiřadit do příslušných kategorií. U každého z respondentů jsme vyznívali, kde by mohlo ležet jeho **místo kontroly** „locus of control“, proto tuto kolonku do naší tabulky přidáváme. Také uvádíme, zda jsme zaznamenali **coping zaměřený na problém** nebo **zaměřený na emoce**

(Nolen-Hoeksema et al., 2012). Plus popisujeme **spirituální zdroje zvládání**, k čemuž využíváme dělení: náboženská víra, svět přírody, vnitřní síla a smysluplné spojení s druhými lidmi (Jones et al., 2018) nebo uvádíme specifické projevy, které takto zařadit nešly.

Pro komplexní završení analýzy zvládání stresových situací využíváme **Masonský nový model resilience** (Hopler, 2016), který kromě copingu, který podrobně popisujeme výše zmíněnými technikami, popisuje ještě úrovně: sociální podpora (naše sociální rovina), fyzická pohoda (naše tělesná rovina), smysl života (naše spirituální rovina) a pozitivní emoce (naše psychická rovina). Do tohoto modelu umístíme zbytek témat, která jsme při rozhovoru našli, abychom přehledně znázornili strukturu zdrojů resilience daného respondenta. Tento pohled nám umožní opravdu komplexní nahlédnutí na to, jak daná osoba zvládá své stresové situace a odkud k tomu čerpá sílu.

8. INTERPRETACE A VÝSLEDKY

V následující kapitole postupně představíme výsledky, které jsme získali pomocí vybraných výzkumných metod. Presentujeme sedm výstupů z analýz rozhovorů a výsledky Brief COPE dotazníku. Výsledky prokládáme naší interpretací. Na závěr kapitoly zodpovídáme výzkumné otázky, které jsme si ve výzkumu položili.

8.1. Respondent 1

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru s prvním respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru. Uvádíme také doslovný přepis vybraných výpovědí tak, abychom použili přesná vyjádření respondenta. Tyto doslovné přepisy uvádíme u všech respondentů.

Tab. 7 – Respondent 1

Pohlaví	muž
Věk	33 let
Úraz obratle/ obratlů	C4 – krční
Rozsah postižení	kvadruplegie
Od úrazu uplynulo	14 let
Příčina	nehoda na motorce

Životní situace R1 a historie úrazu

První respondent (R1) utrpěl úraz na motorce před 14 lety, ve svých 19 letech. Jednalo se o nešťastnou náhodu v terénu. Před úrazem dokončoval střední školu a sportoval. Aktivně a úspěšně se věnoval sjezdovému lyžování. Měl vždy dobré vztahy s vrstevníky a s rodinou. Při úrazu si poranil krční páteř. Je ochrnutý od krku dolů. Svůj elektrický vozík ovládá bradovým ovládáním. Na bradové ovládání má i telefon a počítač. Pracuje ve firmě, kde rýsuje technické výkresy. Ve volném čase jezdí třikrát týdně na rehabilitace a trénuje na paralympijské úrovni sport, který nebudeme blíže specifikovat, protože se jedná o unikátní

disciplínu a jejím uvedením by mohlo dojít k ohrožení odhalení identity respondenta. Ve sportu je totiž R1 úspěšný, opakovaně reprezentuje Českou republiku i v zahraničí, umísťuje se na předních příčkách a dostal se i na paralympiádu. Rád jezdí na výlety, setkává se s přáteli, hraje online hry a baví jej i samotná práce na počítači. K zajištění péče o vlastní osobu v mnoha ohledech potřebuje asistenci. Asistenci mu poskytuje rodina nebo profesionální asistenti. Asistenci potřebuje také ke zprostředkování svých volnočasových aktivit, zejména u svého sportu.

Stresory v životě R1

Mezi stresory v životě R1 patřila v minulosti škola, a to hlavně v kontextu zkoušek a psaní testů, ale také cestování. Nevybavuje si však, že by stres nějak zvlášť prožíval, ale má pocit, že to bylo jiné než nyní.

- *„Tak stejný to asi není, asi si úplně nevybavím, co konkrétně jsem míval předtím za stres, asi ta škola, nebo když se mělo někam jet.“*

V současné situaci zažívá největší stres v práci, a to v kontextu časového presu. I vzhledem ke své tělesné kondici potřebuje na některé úkony více času a nemá rád, když se cítí pod tlakem. Tento stresor souvisí i s oblastí cestování. Stres u něj nejvíce vyvolává cestování letadlem a městskou hromadnou dopravou. Nemá rád pocit odkázanosti na druhé, kterému se ale ve své situaci nemůže vyhnout. S cestováním souvisí také stresor, který se dá souhrnně nazvat jako přesuny. Jedná se o manipulaci s tělem, která je u cestování z místa na místo nezbytná.

- *„Před úrazem to u toho cestování nebylo tak intenzivní jako teď, protože teď řeším přesuny a tak. Teďka, když jsme jeli do zahraničí, tak už dopředu řeším, ježiš, co ty přesuny, jak to tam bude (říká ustaraně). Když jsem cestoval před úrazem, tak jsem byl nervózní, ale tohle jsem neřešil, že se budu muset někde přesunovat. Teď to řeším.“*

Situace, která byla stresující i před úrazem se tedy v tomto případě znásobila o stresor, který normálně zdravý člověk neřeší, protože je samozřejmostí jej zvládat. Ve stresu pociťuje R1 pocity chladu a ztuhlost za krkem, přičemž tyto pocity si vysvětluje tím, že cítí pouze horní polovinu těla a kvůli nepohyblivosti těla má potíže s termoregulací. Za psychicky nejpálčivější stresor považuje ztrátu svobody a nesoběstačnost. Tento stresor

může být podpořen potřebou asistence a závislosti na ní. Když se nemůže na svého asistenta spolehnout nebo jsou problémy s dopravou na trénink, zase se dostává do časového presu, a to tvoří další stres, který následně spustí nepříjemné tělesné příznaky. Nejhorší je pro R1 bezmoc, kterou v těchto situacích pociťuje.

- *„Jo, že předtím (před úrazem) jsem měl stres z toho, že něco nestihnu, ale mohl jsem si to přizpůsobit, teď nemůžu zrychlit, a když mi třeba i ten asistent přijde pozdě, tak v tom je to teď jiný. Když nepřijde včas, vznikne pak další stresová situace.“*

Například v takovéto situaci pak R1 začne cítit pocity chladu a ztuhlost krku. Stává se také, že se v těchto chvílích častěji objevují spastické reakce. Tento respondent však tělesné reakce na stres neuvádí jako samostatný stresor, přijímá je jako fakt.

Nyní nalezené stresory představíme v přehledné tabulce, abychom demonstrovali, které oblasti jsou u R1 při stresu zasaženy. Faktory, ve kterých jsme žádné stresory neobjevili, vyškrtáváme, ale ponecháváme je pro přehlednost v následující tabulce.

Tab. 8 – Stresory R1

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta 1
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • přesuny • práce • cestování letadlem • cestování MHD • nestíhání tréninku • časový pres
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • tělo/ kondice • nesoběstačnost • závislost na asistenci
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta svobody • bezmoc
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • nenalezeno

Nejvíce stresorů u R1 tedy nacházíme v sociodemografické oblasti.

Copingové strategie v životě R1

R1 si na stresory ze svého života před úrazem špatně vzpomíná. Domníváme se, že důvodem může být, že R1 byl zvyklý žít aktivním, ale ne nijak divokým způsobem života, který byl pro něj naplňující. Byl vždy obklopen rodinou a přáteli, sportoval, v zimních sportech byl obzvláště dobrý. Jeho tělo bylo v perfektní kondici. Prožíval bezstarostné období, kdy byl zvyklý fungovat samostatně a nezávisle. V povaze měl i před úrazem neodkládání plnění povinností a kladný vztah ke vzdělání a práci. Své úkoly si vždy potřeboval plnit včas, nikdy nebyl typ, který doháněl domácí úkoly na poslední chvíli. Tohoto nastavení se drží stále.

- „Občas se to stalo, že jsem to dělal na poslední chvíli, ale spíš jsem ten, co si to udělá hned. Třeba teďka taky, když máme závody, tak mi pošlou přihlášku a hned když mi pošlou přihlášku, tak já ji hned vyplním a pošlu.“

Tento přístup pomáhá eliminovat stresory spojené s časovým presem, což byl jeden z nejvýraznějších stresorů tohoto respondenta. Má rád své záležitosti vyřízené. Jeho přístup je v mnoha ohledech velmi důsledný. Nabízí se spojitost s technickým zaměřením respondentova zaměstnání. Rýsování technických výkresů vyžaduje přesnost, důslednost, pozornost a včasné plnění termínů zadavatele. Respondent uváděl, že je se svou prací spokojený a dělá ji rád. Což napovídá, že tento způsob fungování mu v životě pomáhá a vyhovuje. Respondent má rovněž silnou rodinnou a přátelskou základnu, využívá služeb sociální asistence, což je vzhledem k jeho fyzickým možnostem po úrazu nutné.

Po úrazu musel copingové strategie přizpůsobit novým stresorům, ale také současnému zdravotnímu stavu. Na tělesné úrovni se snaží stresory eliminovat pravidelným cvičením a rehabilitací, aby udržoval své tělo v co možná nejlepší kondici. Třikrát týdně dochází na profesionální rehabilitace. K udržování tělesné kondice přispívá i sport, nejedná se však o příliš pohybový sport, proto je jeho význam více v rovině sociálních vztahů a posiluje psychiku. V boji proti stresu mu pomáhá připravenost a prevence případných komplikací. Má rád pocit, že má nad situací kolem sebe kontrolu. Ve zvládnutí stresorů v práci mu pomáhá samotný charakter práce, která je flexibilní a také je velkým pomocníkem psychické nastavení R1, kdy je nastaven na přirozenou preciznost, je organizovaný a rád plánuje věci dopředu, je výrazným způsobem orientován na řešení. Zmiňovaný pocit kontroly vnímá R1 na takřka psychicko-spirituální rovině, dodává mu pocit vnitřní síly a jeho optimismus a pozitivní vnitřní naladění bylo cítit v celém rozhovoru z toho, že všude, kde to bylo možné, používal nadsázku a humor. Bylo poměrně obtížné z tohoto respondenta vůbec dostat něco, co jej v životě vlastně stresuje. Svůj současný stav bere jako fakt a řeší praktické otázky každodenního dne. V jeho výpovědi se nevyskytovaly žádné sebevčítky ani nic podobně negativního.

Tab. 9 – Copingové strategie R1

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• neodkládání povinností• kladný vztah k práci• cvičení a rehabilitace• sport• připravenost• prevence komplikací• pocit kontroly• preciznost• organizovanost• efektivní orientace na řešení• optimismus• humor
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• nevyužívá tyto strategie
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none">• rodina• přátelé• asistenti• sport
Locus of control	VNITŘNÍ
Zaměření copingu	NA PROBLÉM
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none">• vnitřní síla• smysluplné spojení s druhými lidmi

Model resilience u prvního respondenta

Nyní shrneme, jak konstruuje R1 svou odolnost vůči stresu. Jaké složky mu pomáhají komplexně zvládat jeho stresové situace.

Tab. 10 – Odolnost vůči stresu u R1

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R1
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	R1 pravidelně cvičí a dojíždí na rehabilitace. Dbá o to, aby jeho tělo bylo v dobré kondici. Ačkoliv je ochrnut od krku dolů a jeho stav je doprovázen mnoha sekundárními zdravotními obtížemi, nepovažuje svůj tělesný stav za zdroj stresu. Snaží se cítit v pohodě v rámci možností, které má.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Výrazným zdrojem psychické odolnosti je u R1 optimismus, nadsázka a humor. Stresory si prakticky nepřipouští, a to zejména díky své orientaci na řešení a prevenci stresových situací. Jeho stresory nejvíc vznikají nevíce v oblastech práce a cestování, které jsou zároveň pro něj i oblastí, která vede k něčemu příjemnému.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	R1 neklade vyloženě důraz ve své výpovědi na oblast sociální podpory, ale zmiňuje se, že využívá podpory rodiny a asistenci k tomu, aby mohl v životě fungovat. V tomto ohledu tedy k resilienci sociální podpora přispívá. Rovněž pravidelný sociální kontakt s přáteli je cenným zdrojem sil.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	R1 se věnuje aktivitám, které jej těší a naplňují. Navzdory překážkám se snaží vrcholově sportovat. Sport je pro něj zároveň zdrojem odpočinku a nových možností. Dělá práci, která jej baví. Díky těmto aktivitám si udržuje R1 smysl života a vidinu otevřené budoucnosti. Svou budoucnost rád plánuje.
	Coping	R1 je zaměřen nejvíce na angažovaný coping. Vůbec nevyužívá neangažovaný. Velkou podporu nachází zejména z důvodu svého závažného stavu v sociální oblasti. Je u něj patrné vnitřní místo kontroly. Kdyby to

jeho fyzické možnosti umožňovaly, jeho potřeba copingu v sociální oblasti by se zúžila a nepotřeboval by tolik funkční pomoci. Je dobře schopen zaměřit své strategie zvládnání na problém, a to efektivním adaptivním způsobem. Z tohoto je nám jasné, proč tento respondent uvádí jako zdroj své spirituální duchovní složky vnitřní sílu a proč za zdroj spirituálna můžeme považovat také smysluplné spojení s druhými lidmi.

Specifická stresových situací po úrazu u R1

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika ve stresových situacích po úrazu. Tato specifika prožívaných stresových situací v kontextu spinálního traumatu, které by R1 nezažíval, pokud by byl zdravý jsou:

- závislost na asistenci (přičemž asistent může být zdrojem stresu, pokud přijde pozdě nebo je s ním jiným způsobem těžká domluva)
- nutnost řešit přesuny (plánování a technická stránka přesunů z místa na místo, ať už v rámci běžného fungování, tak při cestách)
- nestandardní tělesné reakce (objeví se potíže s termoregulací, tenze na neobvyklých místech a spastické křeče)
- časová náročnost zvládnutí stresujících událostí (nutnost pečlivého plánování a organizace, potřeba mít věci více pod kontrolou, časově náročné jsou i běžné činnosti)
- potíže s dochvilností v důsledku kondice (souvisí s časovou náročností všech doprovodných aktivit, pro člověka na vozíku je obtížnější chodit včas, což generuje stres obzvláště pečlivým typům jako je R1)
- zvýšený důraz na prevenci (potřeba více než za normálního zdravotního stavu přemýšlet o stresorech dopředu a promýšlet strategie k jejich zvládnání)

8.2. Respondent 2

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru s druhým respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 11 – Respondent 2

Pohlaví	žena
Věk	57 let
Úraz obratle/ obratlů	Th6 – hrudní
Rozsah postižení	paraplegie
Od úrazu uplynulo	11 let
Příčina	pád na kole

Životní situace R2 a historie úrazu

Respondentka 2 (R2) utrpěla úraz před 11 lety na dovolené s manželem, ve svých 46ti letech. Sjížděli strmý kopec a jejímu horskému kolu selhaly brzdy. R2 si poranila bederní páteř. Zůstala tedy ochrnutá od pasu dolů, hybnost rukou jí zůstala zachována. Před úrazem pracovala jako živnostník ve firmě svého manžela. Po úrazu tedy nemusela řešit návrat do práce ani ztrátu zaměstnání. Nyní pracuje v organizaci, kde pomáhá jako „peer podpora“ osobám v podobné životní situaci, kterou zažila sama a také pracuje v oblasti personalistiky. S prací je spokojená, cítí se pracovně vyčerpána, ale doma by zůstat nedokázala. Když byla v období po návratu domů sama, popadaly ji různé stesky a padala na ni depresivní nálada. R2 je velmi aktivní jak v pracovním, tak osobním životě. Postupně si rozebereme, jaké stresory zažívá a jaké zvládací strategie používá. R2 uvádí, že prvních pět let po úrazu bylo pro ni fází vyrovnávání a učení se fungovat v nové životní situaci. Své ochrnutí přijala jako fakt, ale musela zjistit, jak za nových okolností může v životě fungovat. K tomu jí pomohlo, když se začala vracet ke svým oblíbeným aktivitám, začala jezdit na kurzy s „peer podporou“ a nakonec si sama našla zaměstnání. Chvilí ale trvalo, než došla do bodu, ve kterém se po psychické stránce nachází nyní.

Stresory v životě R2

V minulosti před úrazem zažívala R2 největší stres v běžných zátěžových situacích, a to nejvíce, když nebylo vše podle jejich představ. Ať už v práci nebo doma. Po úrazu se tento stres znásobil. Respondentka to sama nazývá svou povahou.

- *„Největší stres, no tak je to v mé povaze, asi to má každý jinak, že prostě pořád mám snahu se o sebe postarat sama. Strašně mi dělá zle, když musím někomu něco říct, aby mi udělal, aby mi pomohl.“*

Tento stresor souvisí se sníženou soběstačností, ztrátou plné kontroly sama nad sebou a odkázaností na druhé. R2 vyjadřuje emotivně lítost nad tím, že jí stres působí i nedostatek porozumění ze strany manžela, který jí pomáhá se o sebe postarat. Manžel opakovaně nechápe její pokyny, a to zejména v oblasti osobní hygieny a působí jí svým chováním stres. Už i samotná situace udržování hygieny je pro R2 stresující, protože je to jedna z oblastí, kde je na druhé lidi opravdu odkázána. Tento stresor souvisí s narušením intimity, což je pro R2 velmi choulostivé téma. Nejraději by se ve všem obsloužila sama, ale nejde to.

Mezi tělesné reakce, se kterými se R2 u stresových situací setkává, a které ji dále stresují, patří inkontinence moči, která je jí velmi nepříjemná. Tuto tělesnou reakci má spojenou vyloženě s obdobím, kdy prožívá zvýšený stres.

- *„Takže jsem zjistila, že když se člověk vnitřně tak nějak..., když prostě přichází ten stres, tak se prostě počůrá. Jako malé dítě (nervózně se zasměje).“*

S touto reakcí jsou spojeny pocity studu. Další tělesnou reakcí jsou tzv. „fantomy“. Nepříjemné pocity brnění, mrazení či horkosti v končetinách, ve kterých by z lékařského hlediska tyto pocity neměla cítit. Nezkoušela se ptát lékařů, co může být důvodem těchto obtíží, protože konzultace s lékaři by jí působila další stres v tom, že by zkoumali příčiny. Vyšetření se tedy záměrně vyhýbá, aby lékaři nepátrali po tom „proč a nač a aby nezkoumali ten problém do hloubky“.

Stresorem, se kterým se dostávala do styku hlavně po „návratu do reality“ z rehabilitačního ústavu byly bariéry. Faktické technické překážky, které jí znemožňovaly fungovat ve vlastním přirozeném prostředí. V domácím prostředí se setkala také se stresorem, který pojmenovává jako samota. V této samotě zažívala pocity smutku, deprese, úzkostí a tísně. V tomhle bylo nejtěžších prvních pět let po úrazu. Pak se to už začalo lepší.

Při začleňování do společenského života se setkala, a stále setkává, také se stresory v podobě reakcí okolí na to, že třeba jako vozíčkářka vyjede do divadla. Ze začátku pro ni pohledy okolí a občasné trapné komentáře byly velmi těžké. Lidé podle R2 nejsou zvyklí na vozíčkáře ve společnosti. Je to pro ně něco nevidaného a ojedinělého.

Tab. 12 – Stresory R2

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • snížení soběstačnosti • ztráta kontroly • samota • reakce okolí • manžel
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • inkontinence moči • hygiena • intimita • fantomy • prvních pět let po úrazu • odkázanost na druhé • konzultace s lékaři
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • povaha • nenaplněnost představ
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • nenalezeno

Nejvíce stresorů u R tedy nacházíme oblasti klinických faktorů, těsně následovanou sociodemografickými faktory. Klinické faktory jsou však R2 vnímány palčivěji.

Copingové strategie v životě R2

V oblasti copingových strategií muselo dojít k určitým modifikacím a přizpůsobení strategií současným stresorům. V podstatě se ale zdá, že principiálně byly strategie a přístup ke

zvládání stresu podobné. R2 byla zvyklá na to být „tahoun rodiny“. Zastat spoustu činností a zastat je sama. Silný smysl pro samostatnost a touha po samostatnosti jsou společné stavu před i po úrazu. Dříve se R2 cítila více bezstarostná a nepřikládala stresorům velkou váhu, dříve šlo zvládání náročných situací samo a nyní je potřeba pro to vynaložit větší úsilí. R2 se v životě řídí mottem:

- *„Problémy jsou tu od toho, aby se řešily.“*

Určitým druhem copingu je pro R2 také práce. V zaměstnání se cítí užitečná a uplatněná. Říká, že je důležité po úrazu nepřestat aktivně vyhledávat nové možnosti. Tento aktivní přístup je pro ni cestou ke znovunalezení smyslu života. Dospět k tomuto postoji chvíli trvalo a po úrazu jí ve zvládání náročných stresových situací nejvíce pomohlo, když využila pomoci organizací nabízejících „peer“ podporu.

Když se zrovna něco nedaří, R2 se snaží najít řešení. Přistupuje k situaci optimisticky a tam, kde to nejde a rozčílí se, používá strategie uvolnění a relaxace. K relaxaci nejčastěji využívá pobyt na zahradě, kde zahrádkaří nebo relaxuje tak, že si maluje. Oslovily ji techniky malby pravou mozkovou hemisférou, které si nemůže vynachválit. Sílu čerpá také v přírodě, na výletech, velkým zdrojem pozitivní energie jsou pro ni vnoučata. Ráda jezdí i na speciálně upraveném kole ovladatelném na ruční pohon. Kolo jí dává ztracený pocit volnosti a svobody. Sílu ke zvládání stresu potřebuje hledat sama v sobě, ve své vnitřní síle.

- *„Více méně se uklidňuju zase nějakým takovým, že mám zahrádku a prostě kytičky, že si zase řeknu tak, a je tady na světě dobře a musíme tady toto smazat a zase se začne znovu.“*

Řada jejích stresorů pochází z tělesné roviny. I tyto se snaží řešit sama. Nejvíce ji uspokojí, když si na řešení přijde sama a je s ním spokojená. Uznává, že to třeba nemusí být nejlepší řešení ze všech, ale je její a ona je s ním spokojená. Tento postoj potvrzuje tvrzení obrácení se k vnitřní síle. Ze stresorů, které nám svěřila řeší úniky moči plenkovými kalhotkami. Naučila se cévkovat sama sebe, což jí také dodává více sebejistoty, že se umí o své základní potřeby postarat. Nezapomíná také zdůraznit, že podstatnou roli u ní hraje to, že má po úrazu v pořádku ruce, čehož se snaží maximálně využívat.

Specifický stresor, který jsme nazvali jako reakce okolí, nastává například v situaci, kdy si R2 vyjede do divadla a stane se to, že lidi na ni civí, šuškájí si, odvrací pohledy nebo ji litují. To bylo hlavně ze začátku velmi nepříjemné. Nyní tyto stresory řeší R2 cíleným

vystavením se těmto situacím. Snaží se na reakce okolí zvyknout a podotýká, že veřejnost si na vozíčkáře nezvykne, pokud se budou bát chodit ven. Takže se snaží co nejvíce situacím na veřejnosti vystavovat a dává se s lidmi do řeči. Má zkušenost, že když se začne bavit s jedním, ostatní, kteří se prve odvraceli, najednou ztratí ostych a také se třeba dají do řeči. Je jí milé, když se zvědavě ptají a vůbec jí nevádí komunikovat o svém stavu.

Tab. 13 – Copingové strategie R2

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none"> • samostatnost • úsilí • orientace na řešení • preference vlastních řešení • optimismus • aktivní přístup • smysl života • relaxace (malba, příroda, zahradničení) • kolo • expozice sociálním situacím
Neangažovaný coping	<p>Strategii vyhýbání jsme zaznamenali v oblasti lékařské pomoci. Raději zvolí vlastní řešení, než aby se lékaři zabývali tím „<i>proč a nač, a moc to zkoumali</i>“.</p>
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none"> • „peer“ podpora • vnoučata • práce • komunikace
Locus of control	VNITŘNÍ
Zaměření copingu	NA PROBLÉM
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none"> • vnitřní síla

Model resilience R2

Nyní opět shrneme, jak konstruuje R2 svou odolnost vůči stresu. Jaké složky jí pomáhají komplexně zvládat její stresové situace.

Tab. 14 – Odolnost vůči stresu u R2

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R2
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	R2 se snaží udržovat v dobré tělesné kondici, věnuje se sportům a stará se o své zdraví tím, že se učí nové dovednosti, které jí v tom pomáhají jako cévkování. Stresory v tělesné oblasti řeší aktivně, např. inkontinenci plenkovými kalhotkami.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Naladěná je velmi optimisticky, z jejího přístupu je patrná lehkost a humor. Umí odlehčit i pro ni stresující témata.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	Sociální podpory se jí dostává, manžel, který je zároveň zdrojem stresu je pro ni ale také pomocníkem, který přispívá k tomu, aby se o sebe mohla sama postarat. Zdroje odolnost vůči stresu v této rovině čerpá zejména z práce, trávením času s vnoučaty a s přáteli.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Smysl života nachází R2 aktivně v čase stráveném s vnoučaty a v aktivitách, kterým se věnuje ve volném čase jako malování a zahrada. Také její práce ji naplňuje. Její životní postoj je takový, že pozitiva si musí člověk aktivně vyhledávat, protože pouze negativa přichází sama.
	Coping	Copingové strategie R2 jsou výrazně zaměřeny na problém, který chce zvládnout sama a projevuje až určitou míru tvrdohlavosti v tom, že na řešení chce najít bez cizí pomoci. Tento postoj vypovídá o silném vnitřním místě kontroly.

Specifika stresových situací po úrazu u R2

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika stresových situací po úrazu, kterým by za normálních okolností nebyla vystavena. Patří mezi ně:

- nežádoucí tělesné reakce v důsledku úrazu (inkontinence moči a fantomy jsou nepříjemnými a volně neovlivnitelnými stresory, které musí R2 řešit)
- potřeba prevence (souvisí s tělesnými obtížemi, ale i běžnými provozními problémy, kterým je zapotřebí účinně předcházet a které zdravý člověk řešit nemusí)
- bariéry (nutnost překonat bariéry, přizpůsobit si prostředí k životu atd., je právě jednou z oblastí, kde je také zapotřebí prevence a efektivní řešení)
- ztráta kontroly (nad svou soběstačností, objevují se stresory v oblasti péče o vlastní osobu, kterým zdravý člověk není vystaven)
- reakce okolí (stresor v podobě reakcí okolí, které není zvyklé reagovat na osoby na vozíku ve společnosti, může vést k pocitům studu a nepřijetí či vyčlenění)

8.3. Respondent 3

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru s třetím respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 15 – Respondent 3

Pohlaví	muž
Věk	41 let
Úraz obratle/ obratlů	Th12, L1 – hrudní, bederní
Rozsah postižení	paraplegie
Od úrazu uplynulo	21 let
Příčina	úraz na lyžích

Životní situace R3 a historie úrazu

Respondent 3 (R3) utrpěl úraz před 21 lety při lyžování, ve svých 20 letech. S bratrem a otcem si vyjeli na výlet zalyžovat a R3 při jednom ze sjezdů narazil do stromu. Poranil si hrudní a bederní obratle, následně zůstal ochrnutý od pasu dolů. Před úrazem se vyučil zedníkem a stihl zažít vojnu. Úraz se mu stal v zimě právě po návratu z vojny. Před úrazem měl R3 úplně odlišnou povahu než po úrazu. Popisuje, že v něm proběhly bezprostředně po úrazu radikální změny. Ze stydlivého zakřiknutého kluka se stal otevřený a upovídaný. Úraz bere jako něco, co mu otevřelo nové možnosti. Kdyby se mu úraz nestal, uvádí, že by zřejmě žil mnohem obyčejnější život. Po úrazu se cítil plný sebevědomí, začal komunikovat se ženami, čehož se předtím ostýchal, našel si cestu ke sportu, ve kterém začal být dobrý a získal si také publicitu v novinách a televizi. V současné době popisuje opadání tohoto nabytého sebevědomí, protože hodně přibral. Příbytek váhy byl způsoben alkoholem. R3 se potýkal s alkoholismem v důsledku medicínsky nevysvětlitelných bolestí v končetinách, na které se nedařilo najít lék. Až v poslední době užívá tlumivé prášky na bolest, které mu pomáhají, a prý přestal pít ze dne na den.

Povahová proměna v respondentově životě nám přišla zajímavá a pro naše téma podstatná, protože sebevědomí a ostych se může na stresorech i jejich zvládnání podílet. Uvažovali jsme, co ji mohlo způsobit. Zjišťovali jsme, zda respondent neutrpěl při nárazu do stromu například i úraz hlavy. Při čelních nárazech může být ohrožena prefrontální mozková kůra, která se podílí na projevech osobnosti. K takovým poškozením však nedošlo. Nabízí se tedy vysvětlení, že respondentovi pomohlo a pomáhá, když je středem pozornosti okolí. Úrazem získal něco, díky čemu se o něj druzí lidé začali zajímat. Před úrazem se cítil nezajímavý, byl obklopen kluky, kteří nebyli v jeho věku, a parta vrstevníků jej nepřijímala. Tohle se po úrazu změnilo.

- *„No já to vezmu tak, že jsem si to užil. Jo, protože já do té doby, do těch devatenácti jsem byl, jak se to dá říct, nepolíbený. Ale po tady tomhle jsem se začal bavit, začal jsem jezdit ven, začali mě i kluci brávat ven, a to tak šlo samo. Jo, vypadal jsem dobře, choval jsem se dobře, byl jsem dobře vychovaný, takže to chování jsem měl dobré, řekněme. A naráz ti kamarádi a přátelé začali chodit, začali přibývat a naráz jsem furt byl někde. Jo a kdybych ten úraz neměl, tak bych byl vyučený zedník a byl bych tam na té naší vesničce a asi brzo rodina prostě, děti a zůstal bych prostě ve (vesnici) a nic bych v životě neviděl.“*

Nyní se R3 stává opět méně sebevědomý, protože přibral, tím pádem nechodí moc ven mezi lidi, tráví více času doma u televize, a to může být důvodem, proč necítí tolik pozornosti jako dříve.

Stresory v životě R3

Mezi největší stresory před úrazem patřilo u R3, když se na něj křičelo nebo byl vystaven hádkám. To souvisí s nejstresovějším obdobím na vojně, kde zažil šikanu od starších vojáků. V civilním životě patřila mezi stresory stydlivost, která mu bránila v seznamování. Stydlivý byl už od dětství, mezi vrstevníky se cítil nejistě, protože doma měl možnost hrát si jen s mladšími dětmi a mezi vrstevníky se cítil nepřijatý. Stresorem pro něj tedy bylo vyčlenění.

Po úrazu se situace změnila a stresory zcela změnilý svůj charakter. To, co jej stresovalo před úrazem, rázem řešil nově nabytým sebevědomím. Největší stres mu začaly působit nepříjemné bolesti v nohou, které by však medicínsky neměly být pociťovány. Tyto bolesti si vysvětluje R3 různými způsoby. Bylo znát, že nad důvodem přemýšlel a trvá na tom, že bolesti jsou způsobeny neúplně přerušenu míchou. Jeho mícha je přerušena z 95 % a R3 se domnívá, že pokud by mu lékaři míchu přerušili celou, ulevilo by se mu. Zkoušel lékaře přesvědčit, ale ti s jeho návrhem nesouhlasili.

- *„No a oni, že by se mohlo něco pokazit. Co by se mohlo pokazit říkám. Tam jakoby nic nefunguje, tak co se jim tam může pokazit jako jo.“*

Lékaři jsou pro R3 samostatně vnímaným stresorem z důvodu, že mu nepodali dostatek informací o jeho zdravotním stavu. Domnívá se, že o některých aspektech svého stavu by měl být informován mnohem lépe, ale nebyl. Například dlouhou dobu netušil, že jeho tělo je zpevněno šrouby.

Z důvodu silných bolestí upadl R3 do závislosti na alkoholu. Alkohol mu přinášel úlevu od bolesti, ale způsobil, že se rapidně zvýšila jeho váha a změnil se jeho vzhled, což velmi těžce nese a je to pro něj zdrojem stresu a zažívá pocity deprese. Se zvýšením hmotnosti jsou spojeny i další zdravotní obtíže jako dekubity. Potíže mu vyvolává i špatná strava. Vysledoval, že nejbouřlivější reakce začne jeho tělo mít, když má zároveň střevní obtíže nebo se mu zvýší teplota. Pak dostane silné spastické křeče, nohy jej bolí a nekontrolovatelně poskakují. Celý stav je velmi nepříjemný a nejčastěji se objevuje v naprostém klidu. Tyto popisované projevy by mohli souviset s oxidačním stresem,

kterému jsme se věnovali v teoretické části. Popisovali jsme, že nezdravý životní styl a nadužívání alkoholu může vést ke zvýšení hladiny oxidačního stresu (Šácha, 2017) a oxidační stres je u osob se spinálním traumatem pozorován jako původce nežádoucích důsledků jak fyzických, tak psychických (Fatima et al., 2015).

Zdrojem stresu jsou pro R3 také relaxační a meditační techniky. Zkoušel některé z nich používat jako copingové strategie, ale zjistil, že jej spíše více stresují. Nemá rád klidné aktivity tohoto typu.

Tab. 16 – Stresory R3

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • křik • hádky • vojna • šikana • vyčlenění
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • bolest • neúplně přerušná mícha • lékaři • nedostatek informací • reakce těla na špatnou stravu
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • stud • váha • vzhled
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • relaxační a meditační techniky

Nejvíce stresorů u R3 tedy nacházíme v oblasti klinických faktorů. Stresory v sociodemografické oblasti, kterých je zhruba stejné množství, pocházejí z období před úrazem. Z toho můžeme vidět, že těžiště stresu bylo pro respondenta před úrazem v jiné oblasti než po úrazu.

Copingové strategie v životě R3

V době, kdy byl největším stresorem pro R3 stud, využíval jako copingovou strategii stažení do sebe a stranění se. Vždycky rád utíkal do denního snění. „Snílkovství“ využívá dodnes. Rád si vytváří v hlavě fantazie, kam může ve vypjatých chvílích unikat. Jak v minulosti, tak nyní se může obracet na svou rodinu, která je mu velkou oporou.

Když z něj po úrazu vyprchal stud, popisuje také jistou emoční otupělost. Byl svědkem ožívání spolubydlícího přímo na pokoji a popisuje, že u toho v klidu jedl oběd a nic necítil. V průběhu také často dělá vtipy, které jsou spíše sarkastického ladění. Sarkasmem se vypořádává například se svými zážitky s lékaři a se stresory souvisejícími s nedostatkem informací o jeho těle.

- *„A ten doktor mě promáčkával a já říkám, pane doktore, mě tady stále bolí. A doktor, že, no to ještě Vás bude chvílku bolet, my jsme Vám tam sebrali jedno žebro. (Valí oči.) A to mám čekat nějakou Evu nebo co? Ne, nic prostě.“*

V lékařském prostředí se musel vypořádat také se stresem, který jsme si výše popisovali jako klid. Vadil mu klid na lůžku, stejně jako mu vadí klidné aktivity ve formě meditací apod. V rehabilitačním ústavu, kam byl přijat před víkendem byl například vystaven situaci, kdy mu zaměstnanci nechťeli povolit volný pohyb, dokud jej v pondělí neprohlédne lékař. To pro něj bylo velkým problémem. Překonal jej díky tomu, že mu máma sehnala diskmen a CD s hudbou. Mohl si dát polštář na hlavu a oddávat se úniku do fantazie. Muzika je jeho velkou zvládací strategií. Pustí si na plno svůj oblíbený žánr, agresivní „skřeky“ v podobě hardcore techna. Celkově mu pomáhá, když nemusí nad věcmi přemýšlet. Pomocí muziky si umí vyčistit hlavu.

- *„Jo a můžu říct, že tady tahle muzika mě hodně a hned vyhrabe ze všeho, takže když bych měl psychické problémy, tak mě z toho dostane muzika.“*

Než nabral na váze, aktivně se věnoval sportu. Hrál na vozíku basketbal a florbal. Byl vyhlášen i sportovcem roku ve svém městě. Říká, že velmi dobře mu dělá také publicita, tu si umí užít. Rád někde vystupuje a rád dává rozhovory. Je rád středem pozornosti, což je něco, co mu vlastně zprostředkovaly následky úrazu. Méně sportoval, když se zhoršily jeho bolesti, z čehož měl velký stres, který řešil alkoholem. Pil, aby zmírnil své bolesti. Pít alkohol přestal, až když mu lékaři předepsali léky od bolesti, které pomohly. Jak jsme

zmiňovali v teorii, léky, které R3 užívá, mohou mít podobný účinek jako alkohol ve smyslu utlumení kognitivních funkcí. To by mohlo vysvětlovat, proč dokázal po šesti letech intenzivního pití alkoholu přestat „ze dne na den“. Navíc jsou to léky, které se pro svůj tlumivý účinek obvykle užívají navečer a R3 popisuje, že večer v klidu či v noci, se dostavovaly popisované záchvaty nejčastěji. Ve chvílích, kdy na něj přijdou bolesti a spastické křeče, pomáhá mu také, když si zvýší v krvi hladinu adrenalinu. Což dělá cíleně a aktivně různými bušivými pohyby, vrčením, zadržováním dechu apod. Pokud se potíže stupňují pomůže mu adrenalin nabudit hněv a nadávky.

V důsledku dlouholetého užívání alkoholu nabral na váze. Navíc přiznává, že ne vždy se mu daří jíst zdravě. Příbytek váhy jej ale velmi trápí, proto se nevzdává a snaží se hubnout.

Za současné situace, kdy v důsledky zvýšené váhy a změny vzhledu ztrácí sebevědomí, pomáhá mu vypořádat se s nepříjemnými pocity televize, kde sleduje pořady různých žánrů a navštěvování kina.

- *„No a kino, to je taky takový docela dobrý ventil. Protože jak mám ten rozsah těch filmů (co mám rád), tak se tam dá vždycky něco vybrat. To mám už takový rituál, že tam dojdu, (koupím si) velký popcorn, pít a není nic lepšího na světě. (smích)“*

Tab. 17 – Copingové strategie R3

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• sport• publicita• hubnutí• sarkasmus/humor• zvýšení adrenalinu
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• stažení do sebe• denní snění• emoční otupělost• únik do fantazie• muzika• alkohol• léky od bolesti• televize• kino• hněv• nadávky
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none">• rodina• sport• střed pozornosti
Locus of control	VNĚJŠÍ
Zaměření copingu	NA EMOCE
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none">• smysluplné spojení s druhými (jejich zájem)

U R3 výrazně převažují strategie neangažovaného copingu, kdy se snaží různými způsoby uniknout od svých stresorů. Angažovaný coping používá, aby získal zpět zájem okolí, který je jeho cestou ke zvládací strategii „být středem pozornosti“. Když pozornost ztrácí nebo má pocit, že by ji mohl ztratit (vzhled, váha), zvyšuje se jeho stres, který řeší častěji únikem. Angažovaný coping se tedy objevuje, ale pohnutky jsou spíše vnější.

Model resilience R3

Nyní opět navážeme na rozebraný coping a shrneme, jak konstruuje R3 svou odolnost vůči stresu. Jaké složky mu pomáhají komplexně vzdorovat jeho stresorům.

Tab. 18 – Rozbor odolnosti vůči stresu u R3

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R3
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	Zdrojem fyzické odolnosti R3 je sport. Má vyvinuté vlastní strategie zvládnání fyzické nepohody, a to strategie ke zvýšení adrenalinu v krvi. Snaží se dostat zpět do kondice tím, že přestal pít alkohol a hubne. Jeho fyzické pohodě přispívají účinné léky tlumící bolest.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Pozitivní emoce si R3 sytí sarkastickým a humorným přístupem a různými strategiemi úniku od reality do fantazie a denního snění. Tlumí své emoce a snaží se nepřemýšlet.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	Sociální podporu čerpá R3 ve vztazích s rodinou a členstvím ve sportovním klubu. Sport je jeho prostředkem k dosažení publicity a zájmu z okolí, které jsou silným zdrojem jeho odolnosti.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Smysl života R3 leží hodně v pozornosti, které se mu začalo dostávat po úrazu od druhých lidí. Publicita a zájem okolí jej naplňují a posilují.
	Coping	Místo kontroly R3 je vnější své stresory si vysvětluje působením vnějších vlivů, které sám nemůže ovlivnit. Spíše, než na řešení problému je zaměřený na emocionální coping.

Specifika stresových situací po úrazu

Specifika ve stresových situacích, které řeší R3 a jsou typické pro situaci po úrazu, jsou zde zejména tyto (viz dále):

- nevysvětlitelné bolesti (silné a obtěžující bolesti, kterým lékaři nedávají žádné medicínské vysvětlení, respondent odmítá, že by byly psychického charakteru)
- riziko závislosti (s bolestmi souvisí riziko vzniku závislosti na tlumivých látkách typu alkohol či léky od bolesti)
- souvislost se stravou (zhoršení stresorů v tělesné oblasti při špatném stravování, střevních obtížích apod.)
- estetické tělesné změny (náročnější redukce váhy a udržení kondice, než u zdravé populace)

8.4. Respondent 4

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru s čtvrtým respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 19 – Respondent 4

Pohlaví	muž
Věk	28 let
Úraz obratle/ obratlů	C6, C7 – krční
Rozsah postižení	kvadruplegie
Od úrazu uplynulo	13 let
Příčina	srážka s autem na kole

Životní situace R4 a historie úrazu

Respondent 4 (R4) utrpěl úraz před třinácti lety při nárazu na kole, ve svých 15 letech. Byl s bratrem na cyklistickém táboře a při chvílce nepozornosti u sjezdu se srazil s kamionem. Poranil si krční páteř a ochrnul od hrudi dolů, se zasažením části horních končetin. Jeho zranění je tedy v rozsahu kvadruplegie, ale hybnost horních končetin je částečně zachovaná. Před úrazem byl studentem základní školy a po prázdninách, kdy se událost stala, měl

nastupovat na střední školu. Na střední škole dostal odklad a po zotavení na tuto školu nastoupil. R4 uvádí, že pro něj bylo důležité, že mohl nastoupit na vysněnou školu. Bylo pro něj snazší vyrovnat se s poúrazovou situací, když věděl, že bude moci dále pokračovat v dráze, kterou si zvolil už před úrazem. I v jeho současné životní spokojenosti hraje důležitou roli, že šel dál na vysokou školu, kterou by šel studovat i zdravý a nyní je zaměstnán ve stavební firmě, ve které by chtěl být zaměstnán, i kdyby se mu úraz nestal. Práce je pro něj velmi důležitá a baví jej. Ve svém životě si velmi zakládá na vztazích s rodinou a přáteli. Po úrazu pro něj bylo nejtěžší vyrovnat se s tím, že se svými přáteli nemůže trávit čas tak, jak byl zvyklý předtím. Nemohl hrát fotbal nebo běhat s dětmi v přírodě a „po potoku“. S přáteli ale kontakt neztratil a od dětství dodnes udržují blízké vztahy. Ve volném čase rád s přáteli cestuje nebo podniká různé jiné aktivity, občas sportuje, ale sport jej baví tak „napůl“.

Stresory v životě R4

Před úrazem by R4 ještě mladý chlapec. Stres si proto tolik nepřipouštěl. Uvádí, že mezi největší stresory patřily školní testy. Stres při nich nebyl ale nijak závažný. Později se tento stresor umocnil na vysoké škole, kde zažíval doposud největší stres ve svém životě, a to ve zkouškovém období. V současné době zažívá největší stres v práci. Práce jej naplňuje, ale hodně časově vytěžuje. Říká o sobě, že je workoholik a perfekcionista, což jej také stresuje, protože se obává, že tyto vlastnosti způsobují, že jeho práce není tolik efektivní jako práce kolegů. Obecně je stresorem pro R4, když musí podat nějaký pracovní výkon „naostro“ (ať to bylo ve škole nebo v práci). Ještě více jeho stres v těchto situacích umocňuje, pokud je nad ním kontrola a cítí tlak na výkon.

- *„Jo třeba když jsem, teď jsem si vzpomněl, co mě dokáže vykolejit, tak my, když většinou v práci vypracováváme něco a přijde šéf a stoupne si za mě a dívá se mi přes rameno, co tam dělám, tak to mě dokáže hodně vykolejit.“*

Tyto skutečnosti souvisí s tím, že jeho velkým stresorem je časový pres. Ví o sobě, že nedokáže pracovat pod tlakem. Pod tlakem má jeho tělo větší sklon ke spasticitě.

Z mimopracovních stresorů uvádí R4, že jej nejvíce stresuje samostatné cestování. Chvilu, kdy se musí spolehnout sám na sebe například v zahraničí. Má strach z technické dostupnosti, to je například problém u využívání MHD. Obecně překážkou při samostatném

cestování jsou pro něj přesuny. Ale také jej stresuje komunikace s cizími lidmi, a zvláště v cizím jazyce. Komunikační stresory zažívá také v oblasti seznamování s novými lidmi.

R4 zažívá také stresory v tělesné oblasti, kdy si občas dělá starosti ohledně svého dojmu na druhé v nové neznámé společnosti, vzhledu a např. problémy s akné.

V domácím prostředí pro něj bylo stresorem, že rodiče jej začali zahrnovat příliš velkou péčí, což způsobuje, že se cítil nesamostatný.

- *„Nejvíce to změnilo asi to chování u rodičů, protože ti jsou teďka takoví hrozně přestarostlivější. Já bych asi nedokázal být sedm dní v týdnu doma, to bych asi nedal s mamkou. Jako ona je hrozně starostlivá pořád, a nechceš tohle a nechceš tohle a nechceš udělat kafe a pořád uklízí. Jako nevím, ono je to na jednu stranu fajn a na druhou stranu už mě to začíná iritovat a na jednu stranu nevím, přijde mi, že když jsem doma tak jsem takový více nesamostatný.“*

Tab. 20 – Stresory R4

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • práce • testy a zkoušky • workoholismus • perfekcionismus • kontrola • tlak na výkon • časový pres • „přestarostlivělost“ rodičů • komunikace s druhými lidmi • komunikace v cizím jazyce
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • akné • spastické křeče • samostatné cestování • MHD • přesuny • omezená samostatnost
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • dojem na druhé • vzhled • výkon
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • nenalezeno

Nejvíce stresorů u R4 tedy nacházíme v sociodemografické oblasti a pramení z práce. Poměrně málo stresorů u R4 souvisí s poúrazovým stavem a upoutáním na vozík.

Copingové strategie v životě R4

Součástí copingu R4 je naplňující zaměstnání, které bylo jeho dlouhodobým snem a cílem. V povaze má píli a pečlivost, kterou zúročuje právě při přípravě v zaměstnání. Je šťastný i v pracovním prostředí. Líbí se mu prostředí moderních budov a pracovní zázemí. Má dobré vztahy s vedením i kolegy. Celkově bychom to mohli u R4 označit jako copingovou strategii pracovní spokojenost. To, že po úrazu mohl pokračovat v dráze, kterou si vysnil už před úrazem, přispělo k brzkému dosažení smíření. Smiřoval se postupně a velkou oporou mu byla rodina a přátelé.

Píle a pečlivost se R4 hodí také v soukromém životě, kde se snaží intenzivně a aktivně dosáhnout samostatnosti. Vystavuje se situacím, kterých se obává. Exponuje se cestování MHD, hovoří cizím jazykem apod. Jeho aktivní přístup podporuje i přirozený optimismus a nadsázka. I v průběhu rozhovoru se projevovalo, že ihned, jakmile řekl něco negativního, okamžitě k tomu přidal nějaké pozitivum. I samotný úraz nevnímá úkorně a označuje jej za „nový začátek“. Tento přístup svědčí o schopnosti výhledu do budoucnosti.

V úvodních fázích po úrazu i nyní pomáhá R4 „peer“ podpora. Dojíždí na pravidelná cvičení a schází se s lidmi ve stejné nebo podobné životní situaci. R4 vzpomíná, že „peer“ podpora pro něj byla vůbec nejdůležitější ze začátku.

- *„Byl jsem smířený s tím, že chodit asi nebudu, a navíc jsem tam viděl i nějaké pacienty, kteří neměli tu míchu přeřatou úplně, ale měli ji třeba jenom stlačenou, ale taky prostě nechodili, třeba jenom hýbali nohama, ale nechodili.“*

S těmito lidmi se setkal rehabilitačním ústavu a pomohlo mu to v tom, že se smířil s tím, že nemá smysl dělat si plané naděje na zotavení, ale má smysl začít se orientovat v nové situaci. S tímhle přístupem koresponduje to, že R4 se považuje za technický typ, který je zaměřený na výkon a na řešení. To mu také pomáhá stresující situace překonat.

Své tělesné projevy stresu mírní pravidelným cvičením. Má zkušenost, že když přestane cvičit, začne se špatně stravovat a nedbá o svou životosprávu, začne se více trápit spastickými křečemi. Když ale přijdou, má preventivně připravená opatření, jak může tyto projevy mírnit.

V řadě situací ví, že se může spolehnout na pomoc rodiny a přátel. O samostatnost se snaží, ale v současné době je ještě hodně naučen, že je mu k dispozici podpora druhých. Stres způsobovaný v práci rovněž kompenzuje udržováním vztahů s druhými lidmi. Ve

vztazích je jeho velké těžiště jistot a bezpečí. Stres z cestování a hovoření cizím jazykem rovněž řeší skrze vztah s bratrem. Neznámé skupiny lidí příliš nevyhledává, nevystavuje se tedy situacím, ve kterých by se musel stýkat s neznámými lidmi.

Tab. 21 – Copingové strategie R4

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none"> • cesta za profesním snem • pracovní úsilí • píle a pečlivost • pracovní spokojenost • smíření • trénink samostatnosti • expozice obávanému • aktivní přístup • optimismus a nadsázka • nadějný výhled do budoucna • „technický typ“ – orientace na řešení • cvičení
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none"> • vyhýbání se seznamování • vyhýbání se komunikaci v cizím jazyce
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none"> • rodina • dlouholetí přátelé • cestování ve skupině • výlety s přáteli • v zahraničí hovoří místo něj bratr • zabezpečení se ve známé skupině • kolegové • vedení • „peer“ podpora
Locus of control	VNĚJŠÍ/ VNITŘNÍ
Zaměření copingu	NA PROBLÉM
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none"> • smysluplné vztahy s druhými lidmi

Model resilience respondenta

Nyní opět rozebereme, jaké složky pomáhají R4 komplexně zvládat jeho stresové situace.

Tab. 22 – Rozbor odolnosti vůči stresu u R4

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R4
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	Odolnost vůči stresu v rovině těla udržuje R4 cvičením, příležitostným sportem a pro případ spastických křečí má připravený způsob, jak projevy mírnit.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Pozitivní emoce těží R4 ze svého optimismu. Veškerá negativa ihned přetáčí na pozitiva, má schopnost pozitivně přerámovat situace a řešit je s nadsázkou.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	Sociální podpora a udržování vztahů s druhými lidmi je pro R4 významným zdrojem odolnosti. Ve vztazích nachází podporu a může rozvíjet svou samostatnost.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Smysl života R4 je především ve vysněné práci a v trávení volného času s přáteli. Díky své práci si udržuje vidinu otevřené budoucnosti. Díky přátelům a rodině se nebojí cestovat a aktivně trávit volný čas.
	Coping	V oblasti pracovního života se zdá, že místo kontroly R4 je spíše vnitřní. V soukromém životě a v běžném fungování však zaznamenáváme spíše vnější místo kontroly. Například u cestování, kdy přemýšlí nad tím „kdo mi pomůže“, spíše než nad tím „jak já to vyřeším“. To souvisí i s tím, že jeho duchovní potřeby jsou syceny díky smysluplným vztahům s druhými lidmi.

Specifika stresových situací po úrazu u R4

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika.

- přehnaná péče druhých (kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu a omezené mobilitě, má okolí tendenci R4 více pomáhat, což mu vytváří pocit nesamostatnosti)
- přesuny (úzkost a stres způsobuje vidina, že bude potřeba logisticky vyřešit dopravu z místa na místo, větší stres působí R4 neznámé prostředí)

- stresory nesouvisející s vozíkem (pokud dráha člověka po úrazu nenabere výrazný obrat, nemusí jeho stresory po úrazu tak výrazně souviset s vozíkem, R4 měl přechod zpět do reálného prostředí běžného života usnadněn i tím, že byl dítě a rodiče řešili řadu překážek za něj, on se tak může soustředit na svou dráhu a na to, co chce v životě dosáhnout spíše než na to, jak v životě musí fungovat, v tom má výraznou podporu okolí, z toho důvodu je logické, že největší těžiště stresu se soustřeďuje v práci, protože to je místo, kde se s ním musí vypořádat sám, bez sociální podpory na kterou je zvyklý v ostatních oblastech)

8.5. Respondent 5

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru s pátým respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 23 – Respondent 5

Pohlaví	muž
Věk	31 let
Úraz obratle/ obratlů	C1, C6, C7 – krční
Rozsah postižení	kvadruplegie
Od úrazu uplynulo	10 let
Příčina	nehoda na motorce

Životní situace R5 a historie úrazu

Respondent 5 (R5) utrpěl úraz před deseti lety při rychlé jízdě na motorce, ve svých 21ti letech. Poranil si krční obratle. Měl štěstí, že poranění obratle C1 nebylo smrtelné. Zůstal ochrnutý od hrudníku dolů. Podobně jako R4 je tento respondent kvadruplegik, ale hybnost horních končetin má částečně zachovanou. Tento respondent má potíže se sezením na vozíku, protože se mu páteř hroutí. Tyto potíže přikládá tomu, že nedopatřením po úrazu

zanedbal kontroly u lékaře. Nevěděl, že se má na kontrolu dostavit a přišel na to až po letech. Teď řeší situaci, že bude zapotřebí podstoupit nějaké dodatečné operace, protože šrouby, které páteř drží se „vymotaly“. Před úrazem žil R5 velmi aktivním způsobem života. Měl rád adrenalinové sporty, nedokázal zůstat chvíli v klidu. Raději vystoupil z MHD dříve a bavil se tím, že zkoušel do cílové stanice běžet zkratkou a být tam dřív, než kdyby tam dojel. Věnoval se pouličnímu parkuru a tancoval. Byl zvyklý denně trénovat a pracovat na své kondici. S úrazem se jeho životní situace rapidním způsobem změnila a rázem přišel o všechno, na čem jeho životní hodnoty stály. R5 popisuje v důsledku úrazu velkou duševní proměnu.

- *„Já jsem si ničeho nevážil, ale o to víc jsem si začal vážit všeho, co mi zůstalo, od té doby, co jsem o to ostatní přišel. Plus, jak říkám, já jsem sportoval, tancoval, měl jsem sílu a lusknutím prstu jsem o všechny ty dovednosti přišel. A musel jsem se učit zase něco jiného, ale o hodně věcí z toho života jsem přišel. Ale to mi strašně posílilo psychiku.“*

Po úrazu se nyní věnuje kolektivnímu sportu, rád jezdí na kole a miluje cestování. Oženil se a s manželkou se pokouší o dítě. Vystudoval vysokou školu a nyní se živí jako živnostník grafikou a fotografováním.

Stresory v životě R5

V období před úrazem uvádí, že kromě běžného školního stresu z testů a zkoušek nepocíťoval žádné zvláštní stresory. Život mu šel tak nějak sám a s lehkostí. Dnes mu stres působí například nejistota v zaměstnání. Je živnostník a je závislý na tom, aby měl zakázky.

Větší stresory začal zažívat až po úrazu, a to nejvíce v souvislosti se zdravotními problémy. Má problémy s hroucením páteře, rychle se unaví z důvodu ztíženého sezení. Důvodem současného stresu ve zdravotní oblasti je také zanedbané poúrazové vyšetření. Se špatným posedem souvisí i sekundární potíže s hemeroidy, dekubity, nesprávnou peristaltikou či obtížemi s vylučováním. Mezi velký samostatný stresor, který se objevuje v kontextu s dalším zvýšeným stresem, jsou spastické křeče.

V kontextu zdravotních komplikací nyní R5 stresují také pokusy o početí dítěte s manželkou. Jeho zdravotní stav skýtá velké riziko autonomní dysreflexie. Při pokusech o početí zažil R5 už i velmi nepříjemné a bolestivé situace. Vzhledem k tomu, že při dosažení

orgasmu dochází přirozeně ke zvýšení krevního tlaku, zvyšuje se zároveň i riziko dysreflexie. R5 se tedy obává, že by při pokusech o početí mohl potenciálně ohrozit svůj život.

Ze všeho největší stres R5 působí, když má pocit, že svým stavem omezuje druhé lidi. A zejména mu vadí omezování manželky. Nepřeje si, aby doplácela na jeho stav a chce, aby mohla žít normální život. Stresuje jej, když nemůže být samostatný a neobejde se bez pomoci druhých. S tímto jsou spojeny i pocity viny za to, že za něco, co si způsobil sám, platí lidé okolo něj.

- *„Nejzásadnější je úplně to, že je omezený moje okolí kvůli mně. To vidím jako nejzásadnější. Vidím to na manželce, ta je už docela dost hotová po těch deseti letech. S tím se člověk nikdy nevyrovná, že jo. To se ti vráží do všeho. Manželku to potkává mnohem více než mně. Protože já jdu jenom tam, kam můžu. Ona jde i tam, kam já nemůžu a vidí ten rozdíl, že se mnou by tam nemohla.“*

S manželkou souvisí i stresory, které vznikají v souvislosti s neutišitelnými tělesnými reakcemi nebo tělesnými obtížemi. Pomáhá mu, když se snaží zvýšit hladinu adrenalinu, k tomu ale už někdy nepomáhá pouhé zatínání a vrčení (demonstruje podobné techniky jako R3), ale občas dojde už do fáze hněvu a klení, u čehož jej mrzí, že to manželka vidí a nedělá jí to dobře.

Tab. 24 – Stresory R5

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • omezování druhých • omezování manželky • nejistota zaměstnání
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • rozsáhlé zdravotní komplikace • spastické křeče • pokusy o početí • autonomní dysreflexie • ztráta svobody • zanedbané vyšetření
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • pocity viny
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • nenalezeno

Nejvíce stresorů u R5 tedy nacházíme v oblasti klinických faktorů, tyto stresory se však vzájemně doplňují nebo přímo spolu vyskytují se sociodemografickými stresory.

Copingové strategie v životě R5

V minulosti měl R5 coping zaměřený hodně automaticky a nemusel nad ním moc přemýšlet. Žil životem bezstarostného kluka, který měl všechno, byl aktivní, v perfektní fyzické kondici, svému okolí dělal jen radost, byl obklopen přáteli. Byl oblíbený v kolektivu a popisuje se spíše jako lehkovážný „frajírek“, co se příliš nezajímal o své okolí a byl sobecký. To, že měl vždy hodně přátel a byl v kolektivu oblíbený, se mu zúročilo hned po úrazu a díky podpoře druhých překonal první období po úrazu. Měl každodenní pravidelné návštěvy. Uvádí, že nikdo neměl více návštěv než on. Jezdila za ním na návštěvu třeba celá třída. Jeho

okolí jej zahrnulo podporou. On se musel vystavit tomu, že opakovaně vyprávěl, co se mu stalo, a i to mu pomohlo si událost zpracovat. Se svým stavem byl navzdory ztrátám mnoha dovedností a schopností rychle smířený. Jako svou přednost uvádí, že je realista, což mu pomáhá zátěžové situace řešit. Popisuje, že tohle rychlé vyrovnání se se situací se setkalo u lékařů v nemocnici se skeptickým přístupem a vzpomíná na to s úsměvem.

- *„Já jsem mu říkal (doktorovi), ale já to (prášky) nechci, já jsem realista, já vidím, jaký mám teď kom možnosti, přišel jsem o ty možnosti, který jsem měl, teď mám jiný, takovýhle možnosti, tenhle svět. Zavřelo se mi devadesát procent světa, já to tak беру. Svět je o budoucnosti, minulost byla, jsou to zkušenosti. Takhle jsem to vzal a on na mně, no ne, to Vám přijde ještě, to si tady popíráte. Už jsem potom žádnýho psychiatra nikdy neměl. Mluvil jsem s psychologama, ti jsou skvělí. Mluvení je skvělý. Rozkládání toho problému na více dílů, to je boží. To funguje, je to stejný jako se vyzpovídat faráři.“*

Oblíbenou copingovou strategií R5 je komunikace. Rád o svých pocitech komunikuje, a to třeba i v situacích, kdy řeší problémy s manželkou. Preferuje uzavírání kompromisů.

R5 je dřič. Je zvyklý na sobě intenzivně pracovat, a to po všech stránkách. Pěstuje vztahy s druhými, odjakživa dbal o svou tělesnou kondici, po úrazu se začal zajímat o pěstění své duchovní a podporu psychické stránky. Co se týče tělesné stránky, přirovnává R5 období těsně po úrazu k tréninku vrcholových sportů. Cítil se vždy dobře, když může vydat energii. Nejhorší pro něj je nečinnost. Vnímá, že když se nemůže hýbat, nedostatek pohybu negativně ovlivňuje celé jeho tělo, ale také psychiku, chuť k jídlu apod. Celkově je jeho vnímání tělesné a psychické pohody přirozeně komplexní.

- *„A v tom ležení to bylo ještě extrémněji vidět. Když ty svaly nevydávaly tu energii, neměl jsem potřebu jíst, a proto jsem šel úplně dolů zdravotně a psychicky. Takže když jsem pak zas začal cvičit, tak jsem se cítil mnohem zdravěji, chodil jsem spokojeně a unaveně spát a nemáš to, že se milionkrát vzbudíš atd.“*

Začal pravidelně cvičit. Postupně pak sportovat. Zvýšení hladiny adrenalinu mu pomáhá překonávat nepříjemné spastické křeče. Když nemůže zrovna adrenalin vhnět aktivitou, používá vlastní techniky zatínání svalů, vrčení, „vypouštění páry“, když to nezabírá, tak pak kleje a hněvá se. Už od začátku zaujal aktivní postoj k rehabilitaci a dal si

motivační cíl, že se každý den musí naučit něco nového. Ve své povaze má silného „bojovného ducha“, který jej žene k tomu, aby se nevzdával a řešil stresové situace aktivně.

V oblasti tělesných stresorů se snaží o co největší prevenci. Krom zmiňovaného cvičení se snaží o svém stavu co nejvíce vědět. Čte literaturu, učí se o tom, jak funguje jeho tělo. Tvrdí, že vozíčkáři, kteří to nedělají, si zkracují život. Důvěřuje lékařům a konzultuje s nimi, kam by své tělo mohl posouvat, aby mu bylo lépe, ale zároveň, aby se vyvaroval dalším invazivním zákrokům. Udržuje si naději, že když své tělo nechá co nejvíce ve „vratném stavu“, může mu medicína v budoucnu nabídnout ještě nějaké možnosti, jak zlepšit tělesný stav a zmírnit stres v této oblasti. Autonomní dysreflexii se snaží eliminovat pomocí sexuální rehabilitace. Ostatní nežádoucí tělesné projevy řeší správnou životosprávou a dbá také o péči o močové cesty a střeva.

- *„Já třeba vím, že nejlepší vyprazdňování přes klystýr. Já teda umím přes čípky, a to už je pak těžký se přeučit na klystýr, ale kdybych mohl, tak se přeučím na klystýr. Čím jsi na vozíku dýl, tím je to horší. Sice si tou procedurou na záchodě ubírám čas, ale zase si tělo pročišťuju. Mně můj dobrý urolog upozornil, že zemřu buď, že mě zabije močák nebo střeva.“*

Při zvládání stresorů v současnosti dbá o svou psychickou stránku. Vozík je pro něj „posilovač psychiky“. Před úrazem dle svých slov neměl silnou psychiku. Tuto sílu považuje za velký dar, který mu úraz dal. Přehodnotil své životní postoje a začal se jinak chovat ke svému okolí. Zároveň se po úrazu naučil velké trpělivosti, kterou předtím rozhodně neměl. Pociťuje, že prošel i duchovní proměnou, kdy se začal zabývat a zamýšlet nad tématy, nad kterými se před úrazem nezamýšlel a domnívá se, že pokud by neproběhly změny v oblasti psychiky, ani by k tomu bez úrazu nedošlo. Díky úrazu dospěl k pokoře, kterou předtím neměl a která mu pomáhá ve vztazích s druhými. Nemyslí už tolik na sebe, ale vnímá i své okolí. Věří, že život má nějaký vyšší cíl a že lidé jsou součástí planety, se kterou by se měli snažit být v souladu. Začal čerpat sílu a energii také v přírodě. Snaží se vracet také k vědomostem předků. Hodně čte a zamýšlí se nad životem. Pozastavoval se také nad úvahami o smrti. Ví, že délka jeho života je pobytem na vozíku ohrožena, je s tím smířený a podporuje debatu o smrti a umírání jako něco, co by nemělo být tabu. Líbí se mu úvahy o

životním stylu, který pojmenovává „předsmrtný úklid“³. Tento zájem o duchovno se objevil po úrazu a pomáhá najít R5 duchovní rovnováhu v oblastech, kterých se obává nebo kterých se lidé obecně obávají, jako právě smrt a umírání.

³ Švédí označují tuto filosofii jako „döstädning“ a spisovatelka Margareta Magnusson jej proslavila jako „životní úklid“ (Magnusson, 2018).

Tab. 25 – Copingové strategie R5

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• udržování kondice• realismus• komunikace• hledání kompromisu• výdej energie• sport a cvičení• zvyšování hladiny adrenalinu• klení• hněv• prevence obtíží• studium a četba• životospráva• sexuální rehabilitace• silná psychika• trpělivost
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• „frajírkovství“
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none">• přátelé• rodina• manželka• pozornost druhých• podpora okolí
Locus of control	VNITŘNÍ
Zaměření copingu	NA PROBLÉM/ NA EMOCE
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none">• vnitřní síla• svět přírody• vnitřní motivace• transcendentální úvahy• naděje• pokora• vědomosti předků• vyšší cíl života

Model resilience R5

Nyní se podíváme, jaké složky pomáhají R5 komplexně zvládat stresové situace.

Tab. 26 – Rozbor odolnosti vůči stresu u R5

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R5
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	K fyzické pohodě R5 přispívá prevence tělesných obtíží, konzultace s lékaři a důvěra v medicínu. Hledání aktivních strategií k péči o vlastní osobu. Pravidelný sport, cvičení a zvyšování hladiny adrenalinu. R5 dbá na dodržování správné životosprávy.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Má v sobě přirozený smysl pro humor. Dbá o svou silnou psychiku, kterou získal s pobytem na vozíku. Vozík jej učí trpělivosti a ohleduplnosti vůči druhým.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	Sociální podporu čerpá v rodině, u manželky a u přátel. Manželka je významným středem jeho vztahového vesmíru.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Po úrazu začal hledat zdroje odolnosti hodně také v duchovní stránce. Čte a zajímá se o přesahová témata, smysl života, smrt, umírání atd. Prošel duchovní proměnou a získal pokoru. Svou odolnost se snaží posilovat také studiem vědomostí předků.
	Coping	Komplexní smýšlení o stresu, stresorech i o strategiích jejich zvládnání celkově svědčí o vnitřním místě kontroly R5. Je orientován jak na problém, tak na emoce. Snaží se sám nacházet řešení, ale důležitým těžištěm jsou pro něj i vztahy, a to zejména ten s manželkou.

Specifika stresových situací po úrazu u R5

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika.

- vozík jako „posilovač psychiky“ (přehodnocení životních priorit, vztahu k sobě a k druhým lidem, získání náhledu a životní trpělivosti)

- důraz na prevenci a samostudium (snaha nashromáždit co nejvíce informací nápomocných v boji proti stresorům)
- specifické zdravotní komplikace (zdravotní komplikace, které dravá populace řešit nemusí a žádají si speciální zřetel a opatření, např. autonomní dysreflexie)
- pocity viny (odpovědnost za úraz a současnou životní situaci, pocit, že životy druhých jsou omezeny kvůli chybě, kterou R5 udělal z vlastní nerozvážnosti, zpytování svědomí, snaha druhým nebýt na obtíž)
- finance a náklady (řada stresových situací po úrazu je spojena s velkými finančními výdaji, R5 pochází z dobře finančně zajištěné rodiny, finanční zabezpečení přispívá pozitivně ke zvládnání stresorů a k dostupnosti lepších copingových možností v hmotné sféře)

8.6. Respondent 6

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru se šestým respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 27 – Respondent 6

Pohlaví	muž
Věk	28 let
Úraz obratle/ obratlů	C5, C6 – krční
Rozsah postižení	kvadruplegie
Od úrazu uplynulo	12 let
Příčina	skok do vody

Životní situace R6 a historie úrazu

Respondent 6 (R6) utrpěl úraz před dvanácti lety, ve svých 16 letech, když skočil po hlavě do neznámé vody. Dopadl na nerovný povrch a poranil si krční páteř. Zůstal ochrnutý

v rozsahu kvadruplegie, přičemž hybnost horních končetin zůstala částečně zachována. Před úrazem studoval čerstvě střední školu, věnoval se atletice a velmi si zakládal na budování kondice a vzhledu. Byl rád středem pozornosti. Po úrazu se uzavřel do sebe. Dělalo mu potíže znovu se začlenit mezi vrstevníky. Přišel o pár přátel, někteří však zůstali. Tři až čtyři roky procházel obdobím bilancování a vyrovnávání se s následky úrazu. Uzavřel se do sebe a potřeboval si nejprve vyřešit sám v sobě, jak nyní povede život. Přemýšlel i nad ukončením života, tyto myšlenky však postupně odezněly. Postupem času se osmělil, pomohla mu „peer“ podpora v návratu do aktivnějšího života. Dnes je ženatý, začíná aktivně cestovat. Je zaměstnaný jako „peer“ podpora, je instruktorem soběstačnosti.

Stresory v životě R6

Před úrazem si nevzpomíná na výraznější stresory. Maximálně ve vztazích, když se styděl oslovit nějakou dívku nebo zažil odmítnutí. Případně nějakou drobnou šikanu od starších spolužáků. Výrazné stresové období začalo až po úrazu.

Mezi největší stresory patří změna tělesná, ale také psychická. Následky úrazu označuje jako „fatální“. Po úrazu ztratil sebevědomí, uzavřel se do sebe a do svého studu. Stresorem byla rovněž ztráta přátel a pohybování se na veřejnosti. Pochází z maloměsta a tam mu vadily pohledy a reakce okolí. Stres mu působil například i oční kontakt.

Ve vztahu ke druhým lidem řeší odpovědnost vůči nim. Například ve vztahu k manželce řešil, zda má právo si ji vzít a ohrozit její život tím, že je v situaci, v jaké je.

Řadu jeho stresorů spojuje strach ze selhání. Ve vztazích i v praktickém životě. Nejvíce jej stresuje, když se ocitá v nových situacích, které má vyřešit sám. Spoléhání se sám na sebe je něco, co je pro něj po dlouhé době nové. Chtěl by získat samostatnost, ale zároveň jej to stresuje.

- *„Jo, no určitě spoléhám víc na druhé než dřív. Měl jsem teď situaci, kdy jsem se musel spolehnout sám na sebe a bylo to něco nového, bylo to zvláštní.“*

Mezi nejvýraznější stresory spojené s návratem do aktivního života byly stresory spojené s tělesnou kondicí a zdravotním stavem. Musel se naučit znovu poznat své tělo. Strach z chození na veřejnost jej svazoval a když si nebyl jistý tím, že má pod kontrolou své zažívání, tak raději nikam nešel a zůstal doma. Dnes už je to lepší, ale není to pryč úplně.

Tělesné obtíže je stále stresují. Inkontinence moči a stolice je pro něj důvodem, proč zůstane v izolaci.

Mezi zvláštní stresory, které R6 zmiňoval patří obdivné reakce okolí.

- *„No tak třeba se mi stávají situace, že za mnou chodí cizí lidi, třeba i na festáku a začnou mi říkat, že mě strašně obdivujou a mně to strašně sere. Protože to slyším strašně často. Už mě to nebaví. Nebaví mě na to odpovídat, jo díky, chtěl bych odpovědět, jo jděte do prdele.“*

Tyto reakce si jednoznačně spojuje s vozíkem a stresují jej. Chtěl by více přijetí ve společnosti, nechce obdiv. Cítí se jako by druhým lidem nebyl roven. V tomto ohledu jej stresuje i to, že „sedí níž“ než ostatní, a to jej často v komunikaci už ze startu degraduje.

Tab. 28 – Stresory R6

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta přátel • maloměsto • oční kontakt • obdiv okolí • odpovědnost ke druhým • omezování druhých
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • tělesné změny • tělesná kondice • zdravotní stav • inkontinence • samostatnost • první 3-4 roky po úrazu
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta sebevědomí • nerovné postavení • strach ze selhání
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • nenalezeno

Nejvíce stresorů u R6 tedy nacházíme v sociodemografické a klinické oblasti.

Copingové strategie v životě R6

Před úrazem si uvědomuje používání zvládacích strategií spíš ve formě bezstarostnosti a strhávání pozornosti na sebe, ať už v kolektivu přímo nebo nepřímou péčí o vzhled.

Bezprostředně po úrazu potřeboval využít samoty jako zvládací strategie.

- „Jo, myslím si, že mi k tomu pomohla samota. Taková ta, že člověk furt s někým je, ale stejně se cítí sám a musel jsem si to prožít sám.“

Je zvyklý si věci „řešit v hlavě“. Do samoty unikál i na maloměstě. Schovával se za černé brýle, které mu pomáhaly vyhnout se očnímu kontaktu. Ve velkoměstě, kam dojížděl, mu vyhovovala ke zvládnání anonymita.

Má kolem sebe velkou podporu okolí a je zvyklý, že se může hodně spolehnout na druhé. Jeho velkým pomocníkem v zátěžových situacích je i manželka. Ačkoliv jej situace, kdy musí být sám za sebe stresují, snaží se s tím bojovat strategií, kterou nazývá „chlapskost“, pod čímž se skrývá právě samostatnost.

- *„Jo snažím se někdy k těm situacím stavět trochu chlapsky, i když někdy je to fakt náročný.“*

Se zvládnáním tělesných stresorů mu pomáhá poznávání vlastního těla a učení se odhadu, kdy potřebuje na toaletu apod. V tomto ohledu je důležitý také trénink. Využívá rovněž lékařských konzultací a snaží se řídit radami lékaře.

Po úrazu dle svých slov objevil v sobě duchovní rovinu, začal uvažovat o smyslu života, bilancoval. Nakonec úvahami dospěl k tomu, že jeho „bohem“ je láska. Láska mu pomáhá zvládat náročné stresové situace v mnoha oblastech.

- *„Jo je to taková ta všeobecná láska jakoby, nejen jako partnerská, ale i v rodině nebo přátelská.“*

Tab. 29 – Copingové strategie R6

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• „chlapskost“• poznávání vlastního těla• trénink• lékařské konzultace• bilancování
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• samota• černé brýle• anonymita velkého města
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none">• podpora okolí• manželka
Locus of control	<ul style="list-style-type: none">• VNĚJŠÍ
Zaměření copingu	<ul style="list-style-type: none">• NA EMOCE
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none">• smysluplné vztahy s druhými lidmi (láska)

Model resilience respondenta

Dál rozebereme, jak konstruuje svou odolnost vůči stresu R6.

Tab. 30 – Rozbor odolnosti vůči stresu u R6

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R6
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	Fyzické pohody se snaží docílit konzultacemi s lékaři, tréninkem a poznáváním svého těla.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Pozitivní emoce čerpá ze vztahů s druhými lidmi a také z cestování.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	Sociální podpora je velkým centrem jeho odolnosti. Je na ní funkčně závislý a objevování odolnosti ve vlastní samostatnosti je pro něj něčím novým, co teprve objevuje.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Smysl života nachází ve smysluplných vztazích s druhými lidmi. Odolnost čerpá z jejich lásky.
	Coping	Je hodně zaměřený na podporu z okolí. Samostatnosti se teprve učí. Okolí je jeho velkým zdrojem odolnosti. Svou „chlapskost“ teprve objevuje.

Specifika stresových situací po úrazu u R6

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika.

- obdiv cizích osob (obdivné reakce na veřejnosti jsou pro R6 něčím vyčleňujícím a obtěžujícím, vadí mu a chtěl by, aby je lidé neměli)
- degradace sníženým posedem (to, že sedí níže než většina lidí, s kterými se ve zdravé populaci setkává, v něm vyvolává nepříjemné pocity méněcennosti)
- sociální izolace (zvýšené riziko sociální izolace v důsledku studu a nezpracovaných obav z tělesných obtíží)

8.7. Respondent 7

Nyní představujeme výsledky analýzy rozhovoru se sedmým respondentem. V následující tabulce jsou uvedeny jeho základní charakteristiky. Dále pokračuje prezentace výsledků tohoto rozhovoru.

Tab. 31 – Respondent 7

Pohlaví	muž
Věk	42 let
Úraz obratle/ obratlů	C5, C6 – krční
Rozsah postižení	kvadruplegie
Od úrazu uplynulo	19 let
Příčina	autonehoda

Životní situace R7 a historie úrazu

Respondent 7 (R7) utrpěl úraz před 19 lety při autonehodě, ve svých 23 letech, kterou způsobil sám rychlou neopatrnou jízdou. Poranil si krční obratle a zůstal ochrnutý od krku dolů, přičemž hybnost rukou zůstala částečně zachována. Před úrazem byl vyučený truhlář, ale zaměstnán byl jako ochranka a vyhazovač nočního klubu. Měl rád pozornost lidí, kteří jej díky tomuto zaměstnání znali a poznávali. Miloval box, vyhledával adrenalin a rychlou jízdu v autě. S následky úrazu se nikdy nevyrovnal. Fázi smířování dělí na „pětiletky“, kdy se od úplného zoufalství, kdy bilancoval nad životem a smrtí, dostal k návratu do funkčního života, vystudoval školu a získal zaměstnání. Našel si nové koníčky. Podotýká však, že u něj nikdy nedošlo k úplnému smíření.

- *„Naučil jsem se s tím žít. Jako zvykl jsem si na to, nesmířil jsem se s tím, ale když je to čistě moje blbost, tak co s tím asi tak můžu dělat, nic moc no. Jako házet si mašli to už jsem si rozmyslel, když už to jde...“*

Za svůj stav cítí pocity viny, považuje to za něco, co si „navaril“ a musí „sníst“. V současné době pracuje jako právník. Jeho největším koníčkem je nyní cestování a tanec.

Zdravotní stav mu znemožňuje jezdit na kole, ale to také dělá rád a snaží se k tomuto koníčku vrátit. Žije single životem, s rodinou má dobré vztahy, žije ale v bytě sám a využívá služeb sociální asistence.

Stresory v životě R7

Největším stresorem je pro R7 ztráta svobody. Byl zvyklý na absolutní volnost, stále se hýbal a miloval boxování. To, že se nemohl dál věnovat aktivitám, které ho bavily je pro něj dle jeho slov horší, než jako kdyby nemohl mít sex, protože ten mít může. Dalším velkým stresorem bylo tedy omezení pohybu a ztráta koníčků, se kterou se potýká dodnes. Je ho koníčky, které si našel jsou stále v ohrožení, z důvodu zhoršeného zdravotního stavu. Nesmířil se s životem vozíčkáře, cítí vinu za to, že je ve své situaci.

Svoboda je pro něj nejvyšší hodnotou a další z výrazných stresorů, který do určité míry se všemi ostatními souvisí je odpor k omezování svobody. Cokoliv tímto omezováním zavání, je přijímáno negativně a v této kategorii se objevují jeho stresory, např. žije sám a má problém snést se v jedné domácnosti s partnerkou. Partnerské vztahy jsou pro něj ohrožením jeho svobody.

- *„Ale ze vztahů mám to je pravda trochu stres. To není o těch holkách, ty jsou v pohodě, ale najednou, je tady někdo jiný (ukazuje na byt), kdo mi začne uzobávat z mého talíře jako Joeymu Tribbianimu⁴, který se o jídlo nedělí, tak jsem ve stresu. A najednou to беру jako to omezování té osobní svobody. A svoboda je pro mě fakt ten over top. Není větší hodnota než svoboda.“*

To souvisí také s dalším stresorem, kterým je závislost na druhých. Špatně snáší péči a starost druhých, např. matky, protože se pak cítí na obtíž a pod kontrolou, což je opět omezování svobody.

Mezi další stresory a v mnoha ohledech ty nejvýznamnější patří zdravotní komplikace, které opět přispívají k omezování svobody, tentokrát pohybu a běžného fungování. Se zdravotním stavem R7 je spojena spousta sekundárních tělesných obtíží, které jej stresují a obtěžují a se kterými musí bojovat. Přál by si dojít k smíření s těmito obtížemi jako jsou dekubity, močové infekce, bolesti apod., ale není toho schopen, protože má

⁴ Fiktivní postava z amerického seriálu Přátelé.

výbušnou povahu a tyto doprovodné jevy jej rozčílí. S tím souvisí také nesmíření se s novým tělesným schématem. V minulosti byl hrdý na své tělo, na to, jakou měl kondici, a nyní, ať vynaloží jakékoliv úsilí, tak některé věci nezmění, což jej rozčiluje a mrzí.

Specifickým stresorem u R7 je smír.

- *„Když chci něco řešit, tak nesnáším smír, ale jsem ultimátista. Buď ano nebo ne. Když jsem v soudním sporu se soudkyní uzavřel smír, tak jsem čtrnáct dní nespál. Protože mi to prostě nedělá dobře já to vím, já sem ten konfrontační typ. Nemám rád smír. Buď win nebo lose, nic mezi tím není.“*

Se smířcím řešením se setkává jak v práci právníka, tak v soukromém životě a ani v jedné oblasti mu nedělá dobře. Tento postoj souvisí i se stresorem, který by se dal souhrnně nazvat jako chybování. Od dětství se považuje za „stresaře“ a uvádí, že to zřejmě zdědil po rodičích a je to dáno i výchovou, kde nebyly přípustné chyby a za všechny se tvrdě pykalo. Z toho plyne jeho životní přístup, který jej doprovázel před úrazem i po něm, že „nesmí udělat chybu“ a pokud ji udělá, bude z toho trest, který si zaslouží odpykat. Také je to ultimátistický postoj, kdy buď dělám věci naprosto správně a je všechno v pořádku, vyhraji, nebo chybuji a prohraji, a budu si nést následky, přičemž na tyto následky musím být sám, protože je to „moje chyba“.

Tab. 32 – Stresory R7

Riziková oblast	Rizikové faktory	Stresory respondenta
Sociodemografické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • sociální podpora • zaměstnanost • mobilita (řízení vozidla apod.) • trávení volného času a koníčky 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta a omezení koníčků • omezování osobní svobody • partnerské vztahy • péče a starost druhých • smír
Klinické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • závažnost poranění • čas uplynulý od úrazu • zdravotní komplikace • funkční nezávislost 	<ul style="list-style-type: none"> • ztráta svobody • omezení pohybu • zdravotní komplikace • tělesné schéma • „pětiletky“
Psychologické faktory	<ul style="list-style-type: none"> • psychiatrická diagnóza před úrazem • předchozí a následná traumata • negativistické sebepojetí a vnímání okolí • copingové strategie 	<ul style="list-style-type: none"> • nesmíření • pocit viny • výbušná povaha • chybování • „stresář“
Spirituální faktory	<ul style="list-style-type: none"> • náboženství • duchovní uspokojení 	<ul style="list-style-type: none"> • smír

Stresorů u R7 nacházíme poměrně rovnoměrně rozložené do všech oblastí. Koresponduje to s jeho tvrzením, že je od dětství „stresář“, čili náchylný ke stresorům ve více oblastech.

Copingové strategie v životě R7

V minulosti využíval R7 aktivních copingových strategií, a to zejména těch, které zahrnovaly adrenalin. Takže se věnoval boxování, čímž dosáhl dobré tělesné kondice a atraktivního vzhledu. Byl rád středem pozornosti. Tyhle strategie zvládnutí se snaží kompenzovat a používat i po úrazu, s tím rozdílem, že boxování musel vyměnit za dostupné koníčky. Vyhovuje mu například tanec, kde se cítí také středem pozornosti. Dělá mu dobře, když si s ním chtějí ženy zatancovat. Sice není spokojen se svým tělesným schématem, ale

přiznává, že si je vědom toho, že atraktivitu a „osobní kouzlo“ neztratil, čehož umí využít. Jako „boříč ostychu“ u R7 funguje také samotný vozík. Díky němu nabyl více sebevědomí při seznamování.

- *„Ješitnost a strach z odmítnutí. To je asi největší brzda seznamování. Ted', když víš, že nemáš co ztratit, protože máš pod prdelí tu židli, která sama o sobě může působit jako faktor pro odmítnutí, tak jsi s tím natolik smířený, že to bereš úplně v pohodě.“*

V průběhu zmiňovaných „pětiletých“, kdy se proměňoval i charakter stresorů, prošel R7 i proměnou copingových strategií. V prvních letech po úrazu bilancoval nad životem, překonal to díky tomu, jak jej rodiče vychovali ke smyslu k povinnosti a odpovědnosti sám k sobě. Nesnese vržení zpět do závislosti na pomoci druhých. Snaží se být co nejvíce samostatný. To se mu postupně začalo dařit, objevil způsoby, jak může po úrazu fungovat a myšlenky na sebevraždu jej opustily. Postupem času pak nastoupil na vysokou školu, která jej hodně posunula otevřela mu nové obzory v uvažování. Díky vysoké škole se začal zajímat o duchovno. Hodně čte a zajímá se o veškerou problematiku spojenou s filosofií a duchovnem. Inspiruje jej řecká filosofie, propojení těla a duše. Vyhledává inspirativní přednášky Dalajlámy, Jaroslava Duška nebo Tomáše Halíka. Studuje náboženské texty různých náboženských směrů. Studium duchovna mu dělá dobře a zajímá jej. Střed duchovní síly hledá v přírodě, kde se cítí uvolněný.

- *„Já mám strašně rád přírodu, takže spíše, než v Boha tak já věřím v to přírodně, v lůno Matky přírody a někdo mi říkal nebo jsem to někdy slyšel, že jít do lesa je jako jít s Bohem na kafe.“*

Uvádí, že k této problematice se dostal rozhodně díky úrazu, protože kdyby jej neutrpěl, nešel by na vysokou školu, která jej tímto způsobem přiměla přemýšlet. Přemýšlivost měl vždycky v sobě, ale nevyužíval ji, protože řešil život více povrchně. Spiritualita je však copingovým mechanismem, který aplikuje na svou duševní pohodu ve volném čase. Nepropojuje duchovno a stresory každodenního dne. Tyto copingové strategie mají tedy pro R7 potenciál, který ne zcela využívá.

- *„Duchovno je něco výš, něco, co se vznáší nad tím, co právě prožíváme. Tím se zabývám ve volných chvílích, když nežiju ten běžný život. I když duchovno by asi mělo být součástí běžného života, ale kdo na to má sakra čas. Duchovno, to je fakt vysoký level, duchovno v běžném životě neřeším.“*

Ztrátu svobody se snaží kompenzovat si pomocí cestování. Podnikl opatření směrem ke znovunabytí soběstačnosti. V ohledech soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých je k sobě velmi přísný, což je mechanismus, který se naučil výchovou v dětství. Pořídil si vhodné auto, ve kterém může podnikat dlouhé cesty a využívá služeb asistence. Asistence je součástí jeho zvládacích mechanismů na cestách i v běžném životě. Maximum činností se ale snaží dělat samostatně. Jeho silnou stránkou je, že se nebojí cokoliv, kdekoliv vykomunikovat, a to i když si není jistý jazykovou vybaveností. Udržovat s co nejvyšší pocit svobody mu pomáhá také single život. Ten mu vyhovuje, protože eliminuje vztahové stresory a může dle libosti „upouštět páru“, když se zrovna něco nedaří. Pomáhá mu občas zaklít a dát volný průchod hněvu. Jistým druhem zvládacího mechanismu ve stresových situacích je také zmiňovaný ultimatismus, který motivuje R7 k tomu, aby vynaložil úsilí a zvítězil. Sám sebe také označuje jako „řešitele“, je silným způsobem orientován na to, aby přišel na řešení problematické situace. Pouze s tím omezením, že toto řešení musí odpovídat jeho ultimátní filosofii, tudíž pro něj neexistují prostřední řešení. Je to vždy buď, anebo.

Tab. 33 – Copingové strategie R7

Dimenze copingu	Respondentova témata
Angažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• adrenalin• box• přísnost na sebe• ultimatismus• tanec• „osobní kouzlo“• vozík jako „bořič studu“• smysl pro povinnost• odpovědnost k sobě• samostatnost• svobodomyšlnost• cestování• single život• soběstačnost• hněv• klení
Neangažovaný coping	<ul style="list-style-type: none">• nepropojování duchovna a běžného života
Hledání sociální podpory	<ul style="list-style-type: none">• střed pozornosti• asistence
Locus of control	VNITŘNÍ
Zaměření copingu	NA PROBLÉM/ NA EMOCE
Zdroj spirituálního copingu	<ul style="list-style-type: none">• vnitřní síla• svět přírody• vysokoškolské uvažování• studium duchovna• inspirativní duchovní vůdci• přemýšlivost

Model resilience respondenta

Nyní si ukážeme model odolnosti vůči stresu u R7.

Tab. 34 – Rozbor odolnosti vůči stresu u R7

Rovina	Masonský model	Rozbor resilience R7
BIO (tělo)	Fyzická pohoda	Fyzické pohody se snaží docílit R7 tréninkem soběstačnosti a pohybem. Když nemůže jezdit na kole, snaží se pravidelně tancovat.
PSYCHO (duše)	Pozitivní emoce	Pozitivní emoce čerpá z cestování a rovněž z koníčků, kterým je v současnosti nejvíce tanec. Také zájem o spirituální stránku a pobyt v přírodě mu pomáhá vyvolat pozitivní emoce.
SOCIO (vztahy)	Sociální podpora	R7 není příliš orientovaný na sociální podporu. Využívá ji v minimální míře ve formě asistence. Jeho odolnost stojí na svobodě a samostatnosti.
SPIRIT (přesah)	Smysl života	Smyslem života R7 je snaha o dosažení maximální svobody a volnosti. K tomu mu nejvíce pomáhá cestování. Svou duchovní stránku kultivuje i bohatým zájmem o duchovno, ale to konstruuje jeho odolnost pouze v dimenzích mimo běžný každodenní život.
	Coping	R7 je hodně zaměřen na řešení a ve velké míře na své vlastní řešení. Brání se pomoci z okolí. Nalezli jsme u něj silné vnitřní místo kontroly. Některé copingové strategie ale nejsou příliš adaptivní, jako hněv a prudká povaha, proto je coping u R7 smíšeně zaměřen na emoce a na problém.

Specifika stresových situací po úrazu u R7

U tohoto respondenta jsme narazili na následující specifika.

- zvýšení zájmu o duchovno (úraz přiměl R7 přemýšlet nad otázkami, nad kterými před úrazem nepřemýšlel a vyhledávat duchovní uspokojení u lidí, které by předtím pravděpodobně nevyhledal)

- nesmíření se s následky (řada stresových situací u R7 obecně pochází z nepřijetí následků a současné situace jako faktu, nad kterým nemá smysl se rozčilovat, R7 by si to přál, ale nedosahuje smíření)
- nepřijetí nového tělesného schématu (R7 si před úrazem hodně zakládal na svém životním stylu a kondici, s úrazem ztratil to, na čem mu záleželo a svou novou situaci nikdy kompletně nepřijal, ač se snaží stresující nedostatky kompenzovat, není plně spokojen)

8.8. Odpovědi na výzkumné otázky

Následující kapitola slouží k zodpovězení výzkumných otázek. Interpretujeme některé nalezené souvislosti v rozhovorech a použijeme výsledky Brief COPE dotazníku, které dáme do souvislosti s výsledky analýzy. Nejprve postupně zodpovíme specifické výzkumné otázky a následně hlavní výzkumnou otázku.

Specifická výzkumná otázka 1: Jaká jsou specifika stresových situací po úrazu u vybraných osob se spinálním traumatem?

Stresové situace se u osob po spinálním traumatu umocní v běžných oblastech, ve kterých zažívaly stres i před úrazem. Většina oslovených respondentů si stres před úrazem neuvědomovala nebo uvědomovala jen v omezené míře, až na R7, který uvádí, že je odjakživa „stresář“. Respondenti byli před úrazem schopni stresory zvládnout převážně sami, rychle a bez větších obtíží. Po úrazu si stres začali všichni respondenti uvědomovat více, protože zažívají nové, zcela specifické stresory, které jsou spojené vyloženě s poúrazovou situací.

Mezi základní specifika, která jsme v různé formě objevili při probírání stresových situací se všemi respondenty, patří situace spojené přímo s vozíkem a jeho obsluhou, situace spojené se sekundárními zdravotními problémy, stresory spojené se sníženou mobilitou, situace spojené se vztahy v nejbližším okolí.

Důležitá specifika, která se neobjevovala tak jednotně, byla časová náročnost potřebná ke zvládnutí situace, dále nepřijímající reakce z neznámého okolí a také bilancování o životě v prvních fázích po úrazu, kdy byly hladiny stresu největší. Specifika objevená u konkrétních respondentů uvádíme pro přehlednost v následující tabulce.

Tab. 35 – Specifika stresových situací nalezených u respondentů výzkumu

R1	<ul style="list-style-type: none">• závislost na asistenci• přesuny• nežádoucí tělesné reakce• časová náročnost ke zvládnutí stresových situací (nutnost plánování)• potíže s dochvilností v důsledku bariér• důraz na prevenci
R2	<ul style="list-style-type: none">• nežádoucí tělesné reakce• důraz na prevenci• bariéry• ztráta kontroly nad soběstačností• nepříjemné reakce okolí
R3	<ul style="list-style-type: none">• medicínsky nevysvětlitelné bolesti• zvýšení rizika závislosti• souvislost stresorů se životosprávou a stravováním• estetické tělesné změny
R4	<ul style="list-style-type: none">• přehnaná péče druhých• přesuny• redukce stresorů spojených s vozíkem při vysoké sociální podpoře
R5	<ul style="list-style-type: none">• vozík jako „posilovač psychiky“• důraz na prevenci a samostudium• specifické zdravotní komplikace (autonomní dysreflexie)• pocity viny• finanční nákladnost poúrazové situace
R6	<ul style="list-style-type: none">• obdiv cizích osob• degradace v důsledku sníženého posedu• sociální izolace
R7	<ul style="list-style-type: none">• zvýšený zájem o duchovno• nesmíření se s následky úrazu• nepřijetí nového tělesného schématu• pocity viny

Specifická výzkumná otázka 2: Jaké strategie zvládnání stresu používají vybrané osoby se spinálním traumatem?

Pro zodpovězení následující specifické výzkumné otázky použijeme kombinaci výsledků analýzy rozhovorů a dotazníku Brief COPE. Konkrétní zvládací strategie jsme představili podrobně v dílčích podkapitolách u jednotlivých respondentů. Nyní shrneme, které byly nejpoužívanější a které naopak méně. Tabulky, které nám pomohly ke zodpovězení této výzkumné otázky přikládáme do příloh (viz příloha 7). V těchto tabulkách jsou přehledně vedle sebe shrnuty copingové strategie, které jsme v jednotlivých kategoriích objevili.

Nejpoužívanější zvládací strategie mezi vybranými respondenty jsou strategie, které jsme přiřadili ke kategorii angažovaného copingu. Všichni respondenti používají alespoň nějaké strategie angažovaného copingu. Nejméně angažovaných strategií jsme našli u R3 a R6.

Neangažovaný coping naopak nenacházíme u všech respondentů. Někteří jej využívají velmi málo (R2, R5, R7) nebo vůbec (R1). Nejvíce využívá neangažovaný coping R3. U R3 dominují únikové neangažované strategie nad adaptivními angažovanými.

Všichni respondenti využívají nějakou formu sociálního copingu. Nejčastěji hledají podporu v rodině, u přátel nebo kolegů. Výrazně nejvíce sociálních zvládacích strategií využívá R4. Z rozhovorů však vyplynulo, že R6 na sociální copingové strategie spoléhá, a to více než na svůj aktivní coping. Nejvíce se sociálnímu copingu brání R7.

Spirituální copingové strategie používají v nějaké formě také všichni respondenti. Avšak pouze R5 a R7 se v této oblasti aktivněji rozvíjí. R7 však spiritualitu nepoužívá jako copingový mechanismus pro běžný život.

Nyní se postupně podíváme na to, jak výsledky analýzy copingových strategií, korespondují s výsledky Brief COPE dotazníku, které prezentujeme v tabulce v příloze 6. Pro srovnání strategií z dotazníku a strategií z rozhovorů používáme vykódované kategorie angažovaný coping, neangažovaný coping, sociální podpora a spiritualita, protože to jsou kategorie, které můžeme přiřadit strategiím v Brief COPE dotazníku. Zde uvádíme ještě v tabulce klíč k tomu, jak jsme postupovali při rozhodování, které ze čtrnácti strategií dotazníku odpovídají námi uváděným kategoriím copingu.

Tab. 36 – Klíč přiřazení copingových strategií z Brief COPE ke kategoriím copingu kódovaným z rozhovorů

Strategie	Kategorie copingu	Strategie	Kategorie copingu
1 Rozptýlení	Angažovaný	8 Ventilování	Neangažovaný
2 Aktivní coping	Angažovaný	9 Pozitivní reinterpretace	Angažovaný
3 Popření	Neangažovaný	10 Plánování	Angažovaný
4 Užití návykových látek	Neangažovaný	11 Humor	Angažovaný
5 Využití citové podpory	Sociální podpora	12 Přijetí	Angažovaný
6 Využití instrumentální podpory	Sociální podpora	13 Obrácení k náboženství	Spiritualita
7 Vzdání se	Neangažovaný	14 Sebeobviňování	Neangažovaný

Respondent 1

Výsledky Brief COPE dotazníku u R1 nám říkají, že jeho nevyužívanější copingové strategie jsou 1, 2, 9, 10 – všechny náleží do kategorie angažovaného copingu a 5, 6, které náleží do sociálního copingu. Nejméně využívá strategie neangažovaného copingu 3, 4, 7, 14 a náboženství 13. Toto rozložení koresponduje s tím, co jsme v rozhovoru zjistili. Naším zjištěním u R1 se vymyká položka 11 v dotazníku, na které respondent skóruje nízko. Jedná se o copingovou strategii **humor**, kterou jsme kvalitativním rozhovorem našli, ale dotazník ji neprokazuje. Nízko nám respondent skóruje rovněž v položce **přijetí** 12, což je angažovaný coping, ke kterému se vztahovaly položky „Přijímám fakt, že se to stalo.“ a „Učím se s tím žít.“ K této zvládací strategii se respondent v průběhu rozhovoru nevyjadřoval, je proto možné, že je to právě proto, že ji nevyužívá. Ze zjištění v dotazníku

vyplývá, že se nám R1 mohl zdát navenek optimističtější, než ve skutečnosti je. Rozložení využívaných copingových strategií nyní a v minulosti se nijak výrazně nezměnilo.

Respondent 2

Výsledky Brief COPE dotazníku u R2 nám říkají, že nejpoužívanější strategie zvládnání jsou z angažovaných 1, 2, 9, 10, 11, 12. Vyšší skóre nacházíme poměrně překvapivě u neangažovaných strategií 3 a 14. Strategie 3 **popírání**, může do jisté míry korespondovat s námi nalezenou strategií „vyhýbání se lékařům“, kdy R2 popře problém a raději sama tvrdohlavě hledá řešení. Strategie 14 **sebeobviňování** je pro nás však překvapením, protože na tuto strategii jsme nenarazili a neměli jsme na ni ani podezření. Mezi nejméně používané strategie patří v souladu s našimi zjištěními v rozhovoru náboženství a užití návykových látek. Střední hodnoty korespondují s námi nalezenými strategiemi. Jde například hezky vidět, že potřeba sociální podpory je u této respondentky menší než například u R1, a to koresponduje s tím, co jsme zjistili v rozhovoru.

Respondent 3

U tohoto respondenta se ukázaly nejvyšší skóre u strategií 11 **humor** a 1 **rozptýlení**, v těsném závěsu s instrumentální sociální podporou. To koresponduje s našimi zjištěními. Zajímavé je na výsledcích Brief COPE dotazníku, že tento respondent skóroval ve většině strategií ve střední hodnotě, to může částečně korespondovat s tím, že my jsme u tohoto respondenta odhalili dominantní **únikové strategie**. Styl odpovídání na dotazník mohl být tedy do jisté míry těmito únikovými a úhybnými tendencemi ovlivněn. Tento předpoklad může potvrzovat i nízký skór v položce 4 **užívání návykových látek**, k čemuž se respondent v rozhovoru otevřeně přiznává, ale v dotazníku jsou jeho odpovědi vyhýbavé. Nejnižší respondent skóroval v položkách náboženství a sebeobviňování, což také sedí k našim zjištěním.

Respondent 4

Jako nejpoužívanější zvládací strategie se zde objevilo **vzdání se**. My jsme zejména v oblasti pracovního života narazili u R4 na pravý opak, na motivaci, pracovitost, píli. Další strategií, která se v dotazníku projevila jako používaná je 1 **rozptýlení** a 9 **pozitivní reinterpretace**,

což už se nám v rozhovoru projevilo více ve formě optimismu. Objevilo se nižší skóre v oblasti **sociální podpory**. Významný skok mezi minulostí a současností po úrazu vidíme u užívání návykových látek, což má u tohoto respondenta jasnou interpretaci, protože před úrazem byl nezletilý. To, že tento výsledek koresponduje s jeho výpovědí a s realitou však vrhá dobré světlo na validitu respondentových odpovědí.

Respondent 5

Na velký rozdíl jsme narazili v položce **vzdání se**. Vysoké skóre bylo dle očekávání v položkách 9,10,12, následované 2, 3, 11. Tato struktura vypovídá o množství angažovaných strategií, které jsme také odhalili. S našimi zjištěními koresponduje také snížení využívání instrumentální podpory, protože to souvisí se respondentovým osamostatňováním. Navzdory tomu, že Brief COPE pokrývá spiritualitu jen velmi omezeně, dokázal dotazník odhalit, že tento respondent dosahuje jiného skóre než ostatní respondenti v položce **náboženství**. To jsme odhalili i v rozhovoru. R5 byl jediný respondent, který opravdu aktivním způsobem zapojuje duchovní stránku do komplexního copingu.

Respondent 6

U respondenta 6 se projeví největší rozdíly mezi využíváním copingových strategií v minulosti a nyní. Exkurz do retrospektivy se v tomto případě vyplatil. Objevili jsme významný rozdíl v položkách 2 **aktivní coping** jehož využití rapidně vzrostlo, stejně tak u položky 5 **citová podpora**, vzrostlo také využívání **pozitivní reinterpretace** 9 a **plánování** 10. Velké zvýšení nacházíme také v položce **humor** 11. Snížení jsme objevili v dotazníku u položky **vzdání se**, což koresponduje s tím, co jsme si popisovali jako snahu o „chlapskost“. Z neangažovaných strategií zaznamenáváme zvýšení u sebeobviňování, což jsme zaznamenali rozhovorem stejně jako používání citové podpory. Řada těchto výsledků je však poměrně překvapivá. U tohoto respondenta jsme bojovali s velkým ostychem u rozhovoru. Bylo těžké s ním rozhovor vést a on cítil velký ostych, ke kterému se přiznal. To, že se nám nepodařilo tato témata úplně rozkrýt, může být způsobeno těmito podmínkami. Kombinace rozhovoru a dotazníku se tedy pro výzkumné účely u tohoto respondenta ukázala jako velmi užitečná.

Respondent 7

U R7 vyšly výsledky dotazníku v souladu s tím, co jsme zjistili rozhovorem. Dotazník odhalil navíc zajímavé hodnoty v oblasti využití **sociální podpory**. Jeho zaměření na soběstačnost, samostatnost a svobodomyšlnost však potvrzuje nejvyšší skóre v oblasti aktivního copingu a plánování, přijetí a nárůst využívání ventilace. Nepřekvapuje nás ani nízké skóre v oblasti vzdání se, protože R7 má vysoce bojovného ducha a navzdory zájmu o duchovno nás nepřekvapuje nízké skóre v položce náboženství, protože jsme rozhovorem zjistili, že duchovno je pro R7 důležitá nástavba ve volném čase, ale není to pro něj copingová strategie v běžném životě.

Hlavní výzkumná otázka: Jaká je zkušenost osob se spinálním traumatem se zvládáním stresových situací?

Nyní z komplexního pohledu shrneme, jaká je zkušenost osob se spinálním traumatem se zvládáním stresových situací.

Když jsme se podívali na stresové situace, specifické stresové situace a na strategie zvládání stresu u našich respondentů, ukázalo se, že jejich zkušenosti se zvládáním stresu jsou bohaté. Všichni respondenti měli k tématu co říci. Nejtěžším obdobím pro zvládání stresu je pro osoby po úrazu míchy doba těsně po úrazu. V prvních letech po úrazu se musí adaptovat na novou životní situaci, která s sebou nese řadu překážek, které zdravý člověk řešit nemusí. V tomto období je respondenty uváděna jako klíčová podpora rodiny a následně „peer“ podpora osob, které podobnou situaci zažily.

Řada stresových situací po úrazu je spojena s tělesnými problémy. Důležitá je tedy také funkční spolupráce s lékaři a informovanost o zdravotním stavu. V oblasti těla se nachází velké množství stresorů, které způsobují nerovnováhu v celém těle a silně působí na psychiku. Těmito stresory jsou ovlivněny i vztahy s nejbližším i vzdáleným okolím. Specifické stresory v pouhrazové situaci jsou spojené také s bilancováním nad životem a s přehodnocením životních priorit. Zvládání stresových situací se tedy promítá i v rovině duchovní.

Zkušenost R1 se zvládáním stresových situací po úrazu je taková, že nejcitelněji prožívá nedostatek možností tyto stresory ovlivnit. Tato omezení se snaží kompenzovat, ale ve svém stavu, kdy je odkázán na elektrický vozík, musí využívat služeb asistence a pomoci

svého okolí, aby mohl stresové situace zvládnout. Tato odkázanost na druhé paradoxně někdy generuje další stres, protože R1 je velmi pečlivý a má rád věci udělané dobře a včas. Pokud tedy jeho pomoc zvenčí selže, on nemůže těchto cílů dosáhnout a je více ve stresu. Tento stres nemá často možnost zvládnout jinak než uvnitř své hlavy, kde hledá vnitřní sílu k překonání stresové situace. I když R1 vynakládá úsilí ke zvládnutí stresové situace z hlediska psychiky, vztahů i své duchovní stránky, nemá často možnost ovlivnit, jak na stres reaguje jeho tělo. Největším činitelem v generování stresu je u R1 časový přes. Ten je také důvodem, proč je R1 hodně zaměřen na prevenci stresu. Snaží se svou připraveností a neodkládáním povinností zvyšování hladiny stresu bránit. Dochvilností, dodržováním termínů a precizností si R1 udržuje svou samostatnost v oblastech, ve kterých může. Z výsledků výzkumu máme pocit, že R1 nás nepustil tolik do hloubky svého stresu jako jiní, i když při rozhovoru se zdálo, že byl otevřený. V dotazníku vyšly najevo i strategie, které respondent nezmínil a objevili jsme i strategie ve formě sníženého ventilování, což může být důvodem, proč si některé aspekty, např. stres v oblasti tělesné roviny, nechal pro sebe. Jako jeden z mála respondentů se R1 nevyjádřil příliš do hloubky ani k potřebě sociální podpory. Styl odpovídání i zpracování stresu může korespondovat s tím, že R1 je „technický typ“, který je orientovaný na pragmatická a strukturovaná řešení, příliš o své situaci nefilosofuje a hledí dopředu na překážky, které je potřeba překonat.

R2 má zkušenost se zvládáním stresu po úrazu takovou, že klíčová je pevná vůle a snaha zvládnout situace sama a po svém. Stres jí nejvíce generuje to, když si není schopná pomoci a osoby, na které se obrátí o pomoc nejsou schopné situaci vyřešit tak, jak by si představovala. V takovém případě jí pomáhá obrátit se ve stresových situacích sama k sobě, do svého nitra. Věnovat se aktivitám, které jí těší a uvolňují jako kreslení nebo zahrádkaření. Sílu ke zvládnutí stresu hledá také ve vztazích s vnoučaty, kolegy a přáteli. Její životní strategií je, že problémy jsou od toho, aby se řešily, což aplikuje i na stresové situace. Tato svéhlavost a hrdost ji žene kupředu a pomáhá při dosahování vlastních řešení, může se však také na genezi stresu podílet, protože touha řešit situaci vždy sama a po svém, nemusí být vždy tím nejefektivnějším způsobem, jak stres zvládat. Tvrdohlavost R2 například brání konzultovat své tělesné obtíže s lékaři, ona o tom ví, že konzultace by mohla vést k tomu, že se problém prozkoumá, ale nechce. Důležité však je, že R2 se ve svých vlastních řešeních cítí dobře, i když nemusejí být ideální. Jediná oblast, kde R2 přiznává, že si nechala poradit od druhých byla zejména v počátečních fázích po úrazu „peer“ podpora. Jezdila na setkání s osobami, které zažily podobnou životní situaci jako ona sama, a to jí pomohlo se opět vrátit

do plnohodnotného života, byť s určitými omezeními. Na tato omezení si však je nyní schopna sama hledat řešení a na „peer“ podporu stále dá. R2 zdůrazňuje, že pozitiva a smysl života po úrazu je zapotřebí aktivně vyhledávat a jít jim naproti.

Zkušenost R3 se zvládáním stresu po úrazu je, že nejlepším způsobem, jak situace řešit je, najít nějaké zlehčení. Pomáhá mu poslech tvrdé muziky a sledování televize nebo chození do kina. Největší těžiště stresu je u něj v oblasti bolesti, což zvládal v minulosti tím, že užíval alkohol. Nyní bere léky od bolesti, které zabírají a pomáhají mírnit stres z prožívané bolesti. Stres ze změn vzhledu a příbytku váhy se snaží řešit cvičením a dietou, ale změny mu působí takový stres, že se necítí na to, aby chodil do společnosti. Příbytek váhy je důsledkem užívání alkoholu, které bylo zase důsledkem bolestí. Celý kruh stresorů je tedy vzájemně propojený. Bludný kruh u R3 spočívá v tom, že bolest spustí v určité situaci tělesnou reakci, které se snaží R3 zabránit. Když se mu to nedaří technikami zatínání a vrčení, které se mu občas osvědčí, přikloní se k využití tišícího přípravku, kterým byl kdysi alkohol, nyní jsou to léky, což mu dočasně pomůže bojovat s bolestí, ale vedlejším důsledkem je přibírání na váze a opětovný sklon zůstat v izolaci jako před úrazem. Kvůli zdravotním obtížím a příbytku váhy se necítí atraktivní, nevykonává tolik aktivit jako dřív a ztrácí pozornost druhých lidí. Na tomto kruhu vidíme, že hledá-li R3 zdroje svého copingu spíše vně sebe, má tendenci uzavírat se do izolace, když o ně přichází. To je v protikladu se zkušenostmi, které jsme získali např. od R2 nebo R5 a R7, kteří kladou velký důraz na hledání zdrojů uvnitř sebe samých.

Zkušenost R4 se zvládáním stresových situací po úrazu je, že klíčovou roli hraje u něj rodina a skupina přátel, o které se může opřít a kteří mu pomohou. Zároveň se snaží řešit stres sám a zdokonalovat se v řešení stresových situací svépomocí. Tento respondent má kolem sebe natolik funkční podporu okolí, že téměř nezmiňuje, že by jeho stresory souvisely s vozíkem a poúrazovým stavem. Uvádí, že nyní žije životem, kterým by zřejmě žil, i kdyby se mu úraz nestal, až na pohybová omezení. Jeho největší stresory vycházejí z práce, kde je řeší píli a workoholismem. Ze samostatného běžného života zmiňuje mezi největšími stresory přesuny. Aktivně se snaží těmito situacím vystavovat a zkouší cestovat i sám. Podobně stresově reaguje i na cesty do zahraničí, kde jej ale ujistí přítomnost ostatních, kterou se může zabezpečit. Nejvíce stresorů se může nacházet v práci právě proto, že zde se spoléhá pouze sám na sebe a své schopnosti. Snaží se osamostatňovat i v ostatních aspektech života a přílišná péče blízkých mu umí způsobit specifický stres. I dobře míněné „přepečování“ je tak vnímáno jako negativum. Má zkušenost s tím, že velkou roli sehrává

i „peer“ podpora, a to zejména v úvodních fázích po úrazu, ale i později. Velkou výhodou R4 je, že je od dětství obklopen i stabilní základnou přátel, se kterými měl blízké vztahy před úrazem i po něm. Tato přátelství mu pomáhají zvládat mnoho stresových situací.

R5 má zkušenosti se zvládáním stresových situací takové, že je zapotřebí mít co nejvíce informací, komunikovat o tom, co jej trápí a hledat kompromisy. Nejvíce jej stresuje, že omezuje druhé lidi a zejména manželku, zde jsou pro něj prioritní právě kompromisy. Zároveň je R5 zaměřen na trénink a tvrdou práci na sobě. Ve stresových situacích je pro něj důležité je řešit sám a přemýšlet o nich. Velmi přemýšlí o řešeních i o prevenci stresu. Zejména v oblasti tělesných stresorů se snaží hodně nastudovat, aby zmírnil stres z tělesných příznaků nebo hrozeb ohrožení zdraví a života. R5 má i tu zkušenost, že mu studium duchovní problematiky pomáhá mírnit stres spojený s tělesnou i psychickou rovinou. V některých ohledech působí zvládací strategie tohoto respondenta téměř jako sebeobětování. Zaznívá zde přijetí viny za to, co si svým nerozvážným chováním způsobil a přijímá odpovědnost za svůj stav, který řeší co největším úsilím o samostatnost. Chce docílit toho, aby na jeho stav nedopláceli lidé okolo a zejména manželka. Manželka je důležitým aspektem, na kterém leží těžiště respondentovy odolnosti. Pomáhá mu, že při něm stála před úrazem i po něm a podotýká, že aby vztah takto vydržel, je v jeho okolí spíše vzácnost. Vztahová situace mu generuje v současné době stres kromě omezení pro manželku, ještě i v oblasti intimního života, kdy se pokoušejí o dítě, což může být kvůli autonomní dysreflexii pro respondenta nebezpečné. Těmto rizikům se opět snaží bránit samostudiem, konzultacemi s lékaři, ale třeba také sexuální rehabilitací.

Zkušenost R6 se zvládáním stresu po úrazu je, že nejdůležitějším bodem je vnitřní vyrovnanost a nácvik ztracených funkčních dovedností. Ve zvládání mu pomáhá nácvik a vztahy s rodinou a manželkou. Ve zvládání stresových situací je pro R6 pomocí také anonymní prostředí, kde se se svým stresem může vyrovnat bez přítomnosti druhých. Sílu však významně čerpá v rovině vztahů, kdy mu duchovní sílu dodává láska druhých lidí. Pro zvládnutí stresových situací po úrazu je pro něj důležité také to, že se snaží poznávat své tělo, protože mnoho stresorů začíná právě v tělesné rovině a následně ovlivňuje všechny roviny ostatní. Při eliminaci stresu v tělesné rovině tedy dochází ke snížení stresu v rovinách ostatních. Zajímavé srovnání má R4 ve zvládání stresových situací na malém městě a ve velkoměstě. Na malém městě je to pro něj obtížnější, protože se cítí více na očích. Měl tendenci se dříve před pohledy druhých chránit černými brýlemi. V současné době to již nedělá. Vadí mu ale, když jej cizí lidé oslovují a bezdůvodně obdivují. Netouží po tom být

středem pozornosti díky vozíku. Snaží se druhým lidem v podobné situaci předávat své zkušenosti jako „peer“ podpora. S některými obavami vyvolávajícími stres se stále potýká, ale snaží se cvičit. Probíhá u něj také psychická transformace, kdy se osamostatňuje nejen prakticky, ale i myšlenkově. Říká, že si znova zvyká na pocit, že by se člověk měl spoléhat sám na sebe.

R7 má zkušenost se zvládnutím stresových situací takovou, že je často náročné zvládnout své emoce a smířit se s tím, že pouhý stav je spojen s řadou nepříjemných následků. R7 uvádí, že u něj ke smíření nedošlo, proto má se zvládnutím některých, zejména tělesných, stresorů problém. Ve zvládnutí mu pomáhá pocit co největší samostatnosti a svobody. Stresuje jej, když jeho svobodu v jakékoliv oblasti cokoli ohrožuje a snaží se vymezit. Pomáhá mu, když může mít ve svých jasná řešení a odpovědi. Nemá rád, když něco není jasné nebo se nachází někde uprostřed. Tyto ultimativní a svobodomyšlné názory se projevují tím, že své situace zvládá také single stylem života, co nejmenším využíváním podpory druhých jen tam, kde je to nezbytně nutné a cestováním, které mu dává pocit volnosti. R7 má velmi svéráznou povahu, která mu možná do určité míry brání přiznat, že využívá sociální podporu o něco více, než je ochoten připustit. Popisuje se jako „stresář“ a vysvětluje si to výchovou a genetickými předpoklady po rodičích. Velmi se zajímá o duchovno, ale nevyužívá jej ke zvládnutí stresu v běžném životě, ač sám podotýká, že duchovno by součástí běžného života být mělo, ale on na to nemá čas.

9. DISKUZE

V následující kapitole je naším cílem diskutovat výzkumná zjištění vzhledem k tomu, co říkají odborné zdroje. Cílem práce bylo prozkoumat, jak zvládají stres osoby po úrazu míchy a páteře, a to z pohledu komplexního přístupu. Nyní srovnáme to, co jsme vyzkoumali, s tím, čemu jsme se věnovali v teoretické části práce. Soustředíme se na rozvedení dosažených výsledků a zaměříme se také na doporučení pro další výzkum. Nepomineme otázku limitů práce.

Stresové situace osob po spinálním traumatu jsou výrazně ovlivněny tím, že po úrazu osoba zůstala na invalidním vozíku. Stresorem jsou četné tělesné obtíže související s poúrazovým stavem (Mumethaler, & Mattle, 2001).

To, co ale osloveným osobám na těchto tělesných obtížích často nejvíce vadí, nejsou potíže samotné, ale spíše neschopnost proti nim samostatně bojovat. Tato „bojeschopnost“ je tím vyšší, čím méně závažné následky úraz má. Ti respondenti, kteří mají funkční hybnost rukou, zvládají tělesné stresory mnohem lépe a mnohem častěji vlastní silou. Větší stres působí tělesné obtíže těm osobám, kterým působí tyto komplikace stres ve více komplexních rovinách. Nejen v rovině těla, kdy pociťuje osoba fyzickou bolest či kdy něco není funkční, ale také v rovině psychické a sociální, kdy je osoba odkázaná na cizí pomoc, a ještě v situacích, které jsou pro ni choulostivé. V důsledku této kombinace cítí stres v rovině fyzické nepohody, psychického trápení i závislostních vztahů ve smyslu závislosti na pomoci druhých.

Fuseini et al. (2019) popisují problematické oblasti, ve kterých dochází u vozíčkářů ke vzniku největšího stresu. Pozastavují se také nad sociální izolací v důsledku úrazu. Močová a střevní inkontinence je uváděna jako důvod pro vynechání společenských událostí. Na to jsme narazili i v našem výzkumu, kdy R6 uvádí, že při střevních obtížích radši zůstane doma a nejde do společnosti. V této oblasti se však musíme pozastavit nad tím, co je v tomto kontextu izolace dobrovolná a co nedobrovolná. V zemích, kde není péče o vozíčkáře ještě na tak dobré úrovni jako u nás v České republice, může být sociální izolace v důsledku inkontinence do značné míry nedobrovolná, protože tito lidé nemají reálně dostatek možností, aby tyto potíže vyřešili. V tom je rozdíl v zemích typu České republiky, protože zde vozíčkáři možnosti řešení mají, tudíž zde nenarážíme tolik na fyzické překážky, ale více psychické.

Mezi specifické stresující reakce těla patří dlouhodobě přetrvávající bolesti (Fuseini et al., 2019). Výzkumy uvádí, že ve vyspělých zemích tyto stresory mají tendenci opadat. Tomu nasvědčuje to, že se nám výrazně projevily pouze u jednoho respondenta (R3), ale zato mu působí velké potíže. Bolest v ochrnutých částech těla je pro osoby na vozíku frustrující. Zejména pokud jsou tyto osoby orientovány ve svých zvládacích strategiích více na emoce než na problém (Nolen-Hoeksema et al., 2012). Primární je pro ně bolesti se zbavit a zbavit se nepříjemných emocí a pocitů s bolestí spojených. Proto řada respondentů popisuje, že v případě, kdy jej například přepadnou spastické křeče, mají své techniky na mírnění tohoto stavu. Nezřídka jsou tyto techniky doprovázeny hněvem, hlasitými zvukovými projevy a pomáhá zvyšování hladiny adrenalinu. S příchodem bolestí a křečí souvisí, že mají tendenci objevovat se nejvíce v klidu, kdy má osoba čas nad svými stresory více přemýšlet. Těmto typům respondentů, kterým pomáhá zvyšování hladiny adrenalinu, dělá většinou klidový stav zle. Proto cítí potřebu „vybít se“, „čistit si hlavu“, aby nemuseli přemýšlet nad tím, co je stresuje. Od přemýšlení pomáhá také alkohol a jiné návykové látky, které fungují na stejném tlumivém principu, jak uvádí Lincová, & Farghali (2007).

Tato spojitost mezi tlumením bolesti pomocí návykových látek souvisí i se zvýšeným rizikem vzniku závislosti. Dále se v důsledku tohoto přístupu můžeme setkat s narušením zdravé životosprávy, kdy právě nadužívání alkoholu může způsobit hromadění oxidačního stresu (Šácha, 2017) a může mít za následek vyvolání dalších zdravotních obtíží psychického i fyzického charakteru, nebo i ohrožení délky života (Fatima et al., 2015). Z toho, co jsme doposud u R3 vysledovali, bychom mohli na základě odborných zdrojů (Šácha, 2017; Fatima et al., 2015) doporučit obohacení dietního jídelníčku o antioxidanty (např. potraviny či doplňky stravy bohaté na vitamín C a E). Pokud by jeho potíže se zažíváním, nežádoucími tělesnými projevy, příbytkem na váze a zhoršením nálady do deprese mohly být způsobeny hromaděním oxidačního stresu, mohly by tyto stresory být přísunem antioxidantů a změnou životosprávy zmírněny. Vidíme velký potenciál v propojenosti životosprávy u vozíčkářů a zvládání stresorů v rovině těla, duše, ducha i vztahů. Doporučujeme další výzkum v oblasti vlivu oxidačního stresu na život osob po úrazu míchy.

Augutis a Anderson (2012) uvádí, že instrumentální a citová podpora okolí je důležitá zejména v prvních měsících po úrazu, a to především u osob, kterým se úraz stane v mladém věku. Z našich respondentů utrpěli úraz v mladém věku R1, R3, R4, R5, R6 a R7. Kromě R7 všichni kladou na sociální podporu ve svých výpovědích velký důraz. R7 se jí brání, ale

jeho výsledek z Brief COPE dotazníku nám ukazuje, že jeho orientace na zvládací strategie v oblasti sociální podpory jsou vyšší, než je ochoten přiznat. Předchozí výzkumné závěry v tomto ohledu tedy nijak nevyvrácíme. Nicméně vysledovali jsme, že opravdu silná a funkční sociální podpora může způsobit, že těžiště stresu a stresorů v životě vozíčkáře nemusí souviset tolik s vozíkem a statutem „vozíčkáře“. Tento efekt jsme pozorovali u R4, který je zahrnut od doby úrazu stabilní silnou sociální podporou, která mu pomáhá pokračovat životem prakticky způsobem, kterým by pokračoval i zdravý. Více stresorů se tedy v tom případě krystalizuje v oblastech běžného života. Což je rozdíl oproti ostatním respondentům, protože u nich nesilnější stresory souvisí převážně s následky úrazu.

Doporučujeme pro následující výzkumy zaměřit pozornost také na oblast „peer“ podpory, která se často objevovala u všech respondentů jako klíčová pro překonání poúrazové situace a nalezení cesty ke zvládacím mechanismům v mnoha oblastech. Menší pozornost je věnována „peer“ podpoře v oblasti rodinných příslušníků. V literatuře jsme našli doporučení, že by mohlo být dobré „peer“ podporu rozvinout i na rodinné příslušníky osob po úrazu (Chemtob et al., 2018) a k tomuto návrhu se přikláníme. Zjistili jsme, že sociální podpora je velmi důležitá, ale může být také silným zdrojem stresu. Respondenti našeho výzkumu shodně uvádí, že i sociální okolí může generovat stresory. Některým by se dalo účinně předcházet právě „peer“ podporou, kdy by rodiny vozíčkářů po úrazu, nebo samy osoby po úrazu, mohly radit rodinným příslušníkům, jak se ke svým příbuzným chovat, jak jim nejlépe pomáhat a jak jim přehnanou pomocí neubližovat.

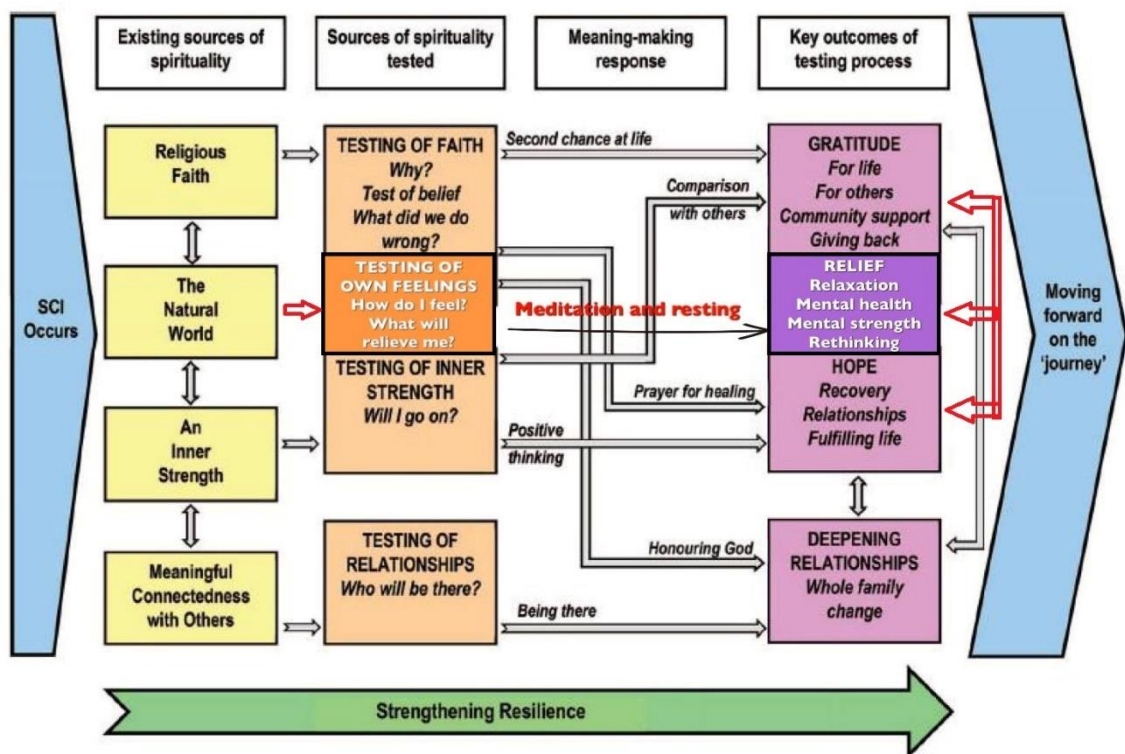
K významným zjištěním jsme dospěli také na poli intimity a sexuálního života, kde můžeme na základě našeho výzkumu doporučit také zvýšenou pozornost rizikům autonomní dysreflexie. Tato významná zdravotní komplikace je u R5 uváděna jako silný zdroj stresu v oblasti sexuálního života. R5 se obává, že by při pokusech o početí dítěte mohl ohrozit svůj život. Proto využívá sexuální rehabilitace a hodně konzultuje svůj stav s lékařem. Psychologický vliv autonomní dysreflexie je však oblastí, která by stála za to více prozkoumat a upozornit na rizika z ní plynoucí. Hovoříme-li z osobní i profesní zkušenosti za české prostředí, tak oblast sexuality osob po úrazu míchy je stále poměrně tabuizována, a to jak na veřejnosti, tak mezi samotnými vozíčkáři. Jedná se o choulostivé téma, které je ale v dnešní době vhodné otevírat, protože moderní doba nabízí řadu nových způsobů, jak je možno sexuální a intimní život lidí po úrazu míchy zkvalitňovat. R5 sám uvedl, že je důležité, aby lidé po úrazu měli dost informací, které často nemají. Stálo by tedy za to vymyslet, jak tyto informace lidem předat.

V oblasti zvládání stresu jsme narazili také na zajímavý fenomén, kdy jsme si všimli, že důležitou roli hraje, zda a kdy došlo u respondenta k dosažení fáze smíření (Křivohlavý, 1985). Vypozorovali jsme, že někteří respondenti popisují, že ke smíření došlo ještě v nemocnici, tedy bezprostředně po úrazu (R3, R5), jindy došlo k postupnému smíření v rehabilitačním ústavu (R2, R4) a u některých stále probíhá (R6, R7). Toto smíření ovlivňuje postoj respondentů ke stresorům a ovlivňuje i typ stresorů. Zamýšleli jsme se nad tím, co může bránit dosažení fáze smíření. Našli jsme spojenci v tom, jak k úrazu u respondentů došlo. Zjistili jsme, že tam, kde je přítomen pocit viny a hněv na sebe za vlastní nerozvážnost, tam je cítit větší hořkost vůči sobě samému a tendence trestat se za to, co jsem druhým svým chováním způsobil. Toto pojítka jsme našli u R5, R6 a R7, kteří všichni popisovali, že úraz zavinili vlastním „floutkovstvím“. Cítíme zde rozdíl ve vzniku úrazu u R1 a R4, kteří si úraz způsobili svou nepozorností. A u R2 a R3, kde se stal úraz opravdu nešťastnou náhodou. U nešťastné nehody si lze říci, že „co se stalo, stalo se“ a dojít fáze smíření. U nepozornosti je odpuštění sám sobě o něco těžší, ale stále není tak problematické jako u úrazů, kde osoby cítí vinu za to, co se stalo. Zde vidíme jeden z možných limitů výzkumu, kdy se nám kritérium úraz rozpadá na dvě podkategorie: „s vlastním zaviněním“ a „bez vlastního zavinění“.

Kunz et al. (2019) se věnovali ve výzkumu vnímanému posttraumatickému růstu a posttraumatické devalvací. I na toto téma jsme u respondentů narazili. V kontextu se stresem se jednalo o lepší a efektivnější volbu zvládacích strategií, když jsme zaznamenali růst, velký například u R5, který popisuje extrémní změny v oblasti psychiky, která posílila. R3, R5, R6 a R7 uvádí, že je úraz přiměl změnit životní styl a postoj. R5 a R7 se začali zajímat o otázky, o které by se dle svého názoru za plného zdraví nezajímali. Jedná se především o otázky spirituálního charakteru. R2, R6 a R7 popisují, že v prvních fázích po úrazu v rozmezí čtyř až pěti let se museli vyrovnat se silnou devalvací. Tu překonali až objevením vlastních možností v aktuální životní situaci. V této fázi bylo důležité znovunalezení smyslu života. K tomu posloužila dobře právě „peer“ podpora a postupný návrat ke koníčkům nebo nalezení nového uplatnění.

Znovunalezení smyslu se pojí rovněž se zmiňovanou spiritualitou. Ač je tato otázka pro mnoho respondentů abstraktní, zdroje spirituality jsme objevili u všech respondentů. Spiritualitu jsme objevovali také v rámci konstrukce modelu resilience dle Hopler (2016). Vliv spirituality na resilienci jsme v literatuře našli u Jones et al. (2018, 526). U tohoto modelu nás zarazilo, že zde byly rozpracovány zdroje spirituality jako náboženská víra,

vnitřní síla a smysluplné spojení s druhými lidmi, ale svět přírody byl pouze zmíněn. Avšak nebylo rozpracováno, jaké zdroje spirituality testuje, jaká je odpověď utváření smyslu, ani klíčový výstup testovacího procesu, který má vyústit v „posunutí se dál na cestě“ za posílením resilience. Vzhledem k tomu, že respondenti R2, R5, R6 a R7 zmiňovali přímo anebo okrajově mezi možnými zdroji spirituality i přírodu, výlety a cestování, rozhodli jsme se vytvořit návrh na doplnění tohoto modelu resilience. Jako testovaný zdroj spirituality jsme zde uvedli „testování vlastních pocitů“, osoba hledá odpověď na to, jak se v nové situaci vlastně cítí, a především se ptá, co jí uleví. Odpověď utváření smyslu je meditace ve smyslu hlubokého zamyšlení a odpočinku, jehož prostředkem je kontakt s přírodou. Klíčový výstup z tohoto spojení s přírodou je dosažení úlevy formou relaxace, posílení mentálního zdraví, mentální síly a přehodnocení. R7 uvedl, že je pro něj pobyt v přírodě jako „*jít s Bohem na kafe*“. To znamená, že pro něj příroda může mít podobný význam jako pro někoho jiného náboženství. Zde vidíme propojení s klíčovým výstupem dosažení vděčnosti a naděje. V přírodě také respondenti čerpají zdroje pro vnitřní sílu jako např. R2 a R5, pro které je odpočinek v přírodě zdrojem životního naplnění a znovunabytí sil pro zvládnání stresu. Do následujícího obrázku jsme přikreslili, jak bychom si představovali dopracování modelu vlivu spirituality na resilienci a doporučujeme tento návrh jako námět pro další výzkum. Šipky, které jsme doplnili jsou namalovány červeně a text nových polí je kontrastně odlišen od ostatního textu.



Obr. 7 – Návrh na doplnění modelu vlivu spirituality na resilienci

Co se týče užívání copingových strategií, které jsme analyzovali dle terminologie Livneh, & Martz (2014), narazili jsme na to, že R3 a R6 využívají oproti ostatním respondentům méně angažovaných strategií. Důvodem může být, že R3 využívá výrazně více neangažovaný coping, a to zejména různé podoby únikových a vyhýbavých strategií, kdežto u R6 jsme tyto strategie neobjevili. Lepší světlo nám do copingových strategií v případě R6 vnesl dotazník Brief COPE, kde jsme se dozvěděli mnohem více o tom, jak R6 konstruuje svůj coping. Smíšený výzkum se nám tedy v tomto ohledu opravdu vyplatil. Slabina kvalitativního výzkumu zde spočívá v tom, že R6 byl nervózní a málomluvný během rozhovoru. V oblasti sociálních strategií podpory jsme narazili na nečekané výsledky v dotazníku u R4 a R7, kde z kvalitativních rozhovorů se zdálo, že R4 využívá sociální podporu mnohem dominantněji, než vyšlo v dotazníku. A naopak R7, který sociální podporu v rozhovoru popírá, seč může, v dotazníku skóroval vysoko. Tento efekt si vysvětlujeme tím, že s R4 jsme hodně řešili i dobu těsně po úrazu, kdy byl mladý dospívající chlapec a sociální podpora byla tedy zvýšená i z toho důvodu. Proto se může zdát, že dominuje. Pokud se ale striktně zaměříme na současnost a na stresory v práci, které R4 nejvíce trápí, tak v této oblasti sociální podporu jako copingovou strategii opravdu využije méně. Anomálie u R7 může být zase způsobena tím, že respondent je dle svých slov vysazen na svobodomyšlnost.

Je tedy možné, že nám v průběhu rozhovoru nepřiznal, jak doopravdy sociální podporu využívá, protože by tím ukázal slabost.

Brief COPE dotazník byl užitečný v odhalení strategií, které lidi mají tendenci zatajit nebo se za ně stydí, což jsou nejčastěji ty neangažované nebo neadaptivní. U mlčenlivých respondentů (zejména R6) pomohl rozkrýt strukturu copingu. Z rozhovoru se zdálo, že struktura copingu u R6 není příliš dobře rozvinutá, ale výsledky dotazníku svědčí o opaku. Velmi překvapivým výsledkem v dotazníku byl u R5 větší skok mezi minulostí a současností u položky vzdání se. Dalo by se to interpretovat tak, že nyní se respondent vzdává víc než před úrazem, což je v naprostém rozporu s tím, co jsme zjistili rozhovorem. Během rozhovoru referoval o trpělivosti a silné psychice rozvinuté po úrazu. Tento výsledek je pro nás tedy neočekávaný.

Mezi limity výzkumu, kterých jsme si vědomi, patří zejména menší výzkumný soubor, který jsme se snažili kompenzovat důkladným vytěžením dat. Dále nevyrovnanost ve vzorku. Přáli jsme si lepší genderovou vyrovnanost mezi respondenty, ale ženy se nepodařilo k výzkumu získat. Je možné, že pro ženy je toto téma citlivější. Nicméně v této oblasti můžeme doporučit rozvinout další výzkum. Domníváme se, že u žen by mohly být objeveny jiné stresory například v oblasti intimního života apod. Vzhledem k bakalářskému výzkumu také reflektujeme, že rozsah práce je poněkud nestandardní. Je to ale způsobeno komplexností tématu a použitím podrobných výzkumných metod. Za limit výzkumu můžeme v tomto kontextu tedy spíše považovat menší velikost výzkumného týmu. Měli-li bychom k dispozici více pomocných výzkumníků, mohla být analýza ještě důkladnější. Mezi významné limity dále řadíme ještě lidský faktor z hlediska pravdivosti uváděných informací v rozhovoru i v dotazníku. Nemůžeme zcela vyloučit, že některý z respondentů informace zkreslil či zamlčel.

Přínosem práce je zejména přednesení sedmi propracovaných unikátních výstupů z rozhovorů s osobami po úrazu míchy a analýza jejich jedinečného pohledu na zvládání stresu po úrazu. Pomocí těchto výpovědí se nám podařilo navrhnout rozšíření teoretického konceptu modelu vlivu spirituality na resilienci. Prozkoumali jsme také danou problematiku kombinací metod, které v této oblasti nebyly použity, a zjistili jsme, že ke komplexnímu prozkoumání zvládacích strategií je tato kombinace smíšeného výzkumu vhodná, protože prokazatelně pomohla pokrýt vzájemné nedostatky jednotlivých metod a o respondentech jsme se dozvěděli mnohem více. V neposlední řadě přinášíme touto prací přínos rozboru

tématu z pohledu komplexního přístupu, na což apelovala i některá doporučení v předchozích výzkumech jiných autorů. Zasazení do komplexního přístupu přineslo hloubkovou expertizu copingových strategií a konstrukce odolnosti vůči stresu u osob po úrazu míchy. Z prezentovaných zjištění mohou těžit osoby po úrazu míchy, které se mohou inspirovat příběhy lidí v podobné situaci. Přínosná mohou být zjištění i pro jejich blízké okolí, pro profesionály pracující v příbuzných oborech, kde se s osobami po úrazu setkáváme. V neposlední řadě i pro akademickou obec, která v práci může čerpat inspiraci pro další výzkumy. Předkládáme kromě unikátních výpovědí i aktuální přehled zajímavé literatury, což může zmíněným skupinám rovněž přinést obohacení a inspiraci.

Doporučujeme dále věnovat pozornost „peer“ podpoře pro rodinné příslušníky, která by mohla přispět lepšímu a snadnějšímu dosažení soběstačnosti pro osoby po úrazu, ale mohla by pomoci i rodinným příslušníkům samotným. Mezi naše další doporučení patří další hlubší prozkoumání vlivu oxidačního stresu na zdraví osob po úrazu míchy. Dále zvýšená pozornost na rizika autonomní dysreflexie. Užitečné by mohlo být například zmapovat aktuální možnosti, které by mohly přispět ke zvyšování kvality života a pocitů bezpečí u osob po úrazu. Rozvinutí informovanosti v oblasti sexuální rehabilitace jak u osob po úrazu, tak u širší veřejnosti. Mezi naše další doporučení může patřit také téma viny ve smyslu zavinění úrazu. Zajímavým výzkumem by mohlo být, jak vina ovlivňuje proces smířování a další přístup k životu po úrazu i v jiných aspektech, než je stres. Doporučujeme ověření námi navrženého rozšíření schématu vlivu spirituality na resilienci.

10. ZÁVĚR

V bakalářské práci *Zvládání stresu u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu* jsme objasnili, jaké jsou zvládací strategie ve stresových situacích u osob s potraumatickou míšní lézí.

V sedmi analytických výstupech jsme zjistili, jakou zkušenost mají vybrané osoby se spinálním traumatem po úrazu se zvládáním stresových situací. Analyzovali jsme, jaké unikátní stresové situace mohou osoby v této životní situaci zažívat a jak je řeší. Tyto stresové situace se ve valné většině případů ukázaly jako související s následky úrazu. Zdravá populace se tudíž s řadou těchto stresorů nepotýká. Cenné je proto rozebrání těchto stresorů, aby jak cílová, tak ostatní populace mohla zjistit, kde mohou stresory u těchto osob vznikat a zda k tomu sami nějakým způsobem nepřispívají svým chováním.

Zjistili jsme, že velké množství stresorů leží u osob se spinálním traumatem v oblasti tělesné, avšak stresory se nacházejí i v oblasti psychiky a vztahů, méně často pak ve spirituální oblasti. Stres u osob po úrazu se však krystalizuje jako kombinace působení na tyto roviny, kdy se stresory vzájemně ovlivňují a mohou přítomnost jeden druhého umocňovat nebo přímo vyvolávat.

Podrobně jsme se věnovali rozboru zvládacích copingových strategií a analýze modelu resilience vůči stresu u zkoumaných osob. Také zde se potvrdilo, že strategie a zvládací mechanismy pocházejí ze všech oblastí komplexního přístupu. Tímto rozbohem jsme docílili možných nových zjištění, zejména na poli spirituality, kde se nám podařilo vytvořit návrh na doplnění modelu vlivu spirituality na resilienci.

Zjistili jsme, že pro výzkum copingových strategií z komplexního úhlu pohledu je vhodná kombinace polostrukturovaného rozhovoru s dotazníkem Brief COPE, protože metody vzájemně redukovaly své nedostatky a pomohly k hloubkovému poznání jednotlivých případů.

Podařilo se nám odhalit zajímavá témata a v mnoha oblastech navrhnout podněty pro další výzkum života lidí po úrazu míchy. Zde zdůrazňujeme za všechny návrh k rozšíření výzkumu vlivu oxidačního stresu na kvalitu života osob po úrazu míchy a prozkoumání psychologických aspektů problematiky autonomní dysreflexie.

11. SOUHRN

Bakalářská práce *Zvládání stresu u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu* zodpovídá výzkumné otázky, „Jaká je zkušenost osob se spinálním traumatem se zvládáním stresových situací?“, „Jaká jsou specifika stresových situací po úrazu u vybraných osob se spinálním traumatem?“ a „Jaké strategie zvládání stresu používají vybrané osoby se spinálním traumatem?“ A to vše optikou komplexního přístupu.

Komplexní přístup nahlíží člověka v jeho fungování, projevech, zdraví i nemoci. Zohledňuje u toho roviny tělesnou, duševní, duchovní a vztahovou. Všechny tyto roviny utváří člověka jako bio-psycho-socio-spirituální komplex v určitém prostoru a čase. Důležité je neopomenout, že všechny tyto systémy vzájemně interagují a konflikt nebo změna v jednom ze systémů vyvolá změny v celém systému.

Spinální trauma je poranění míchy buďto s nebo bez poranění páteře. Mícha jakožto dlouhý nervový provazec prochází dutou kostěnou páteřní konstrukcí a stejně jako páteř, i míchu dělíme na segmenty. Tyto segmenty hrají důležitou roli při určování etáže neboli úrovně míšního poranění. Rozlišujeme segmenty krční (C1-8), hrudní (Th1-12), bederní (L1-5), sakrální (S1-5) a kostrční (Co1-3). Paraparézou či paraplegií nazýváme stav, kdy zůstala zachována hybnost horních končetin, kvadruparézou či kvadruplegií nazýváme stav, kdy je zasažena hybnost všech čtyř končetin. Spinální poranění s sebou nese řadu nepříjemných následků, a to zejména v tělesné rovině, kdy se osoby potýkají s chronickou bolestí, močovou a střevní inkontinencí, obtížemi v oblasti sexuálního a intimního života mezi které patří i život ohrožující autonomní dysreflexie. Další komplikace jsou často vznikající dekubity, spastické křeče a jiné. Spinální trauma ovlivňuje osobu také v rovinách vztahových, je spojeno s řadou psychických obtíží jako deprese a úzkosti, a je také příležitostí, kdy dochází ke změnám a bilancování na duchovní úrovni. Při vyrovnávání se s traumatem prochází osoba fázemi výkřiku, popření, intruze, vyrovnávání a smíření. Na cestě za dosažením smíření je důležitá sociální podpora a také podpora osob, které si podobnou situaci již prošly, tzv. „peer“ konzultantů.

Spinální trauma, podobně jako jiná traumata, je významným zdrojem stresu. Původcem těchto zátěžových stavů je stresor, jehož důsledkem je spuštění stresové reakce. Stresové reakce u osob po úrazu míchy mohou souviset kromě běžných stresorů také se stresory zcela specifickými, které plynou z poúrazové situace. Osoby se spinálním traumatem jsou nezdědkou ohroženy vznikem posttraumatické stresové poruchy a potýkají se

s unikátními stresory v oblasti sociodemografických faktorů (souvisejících se sociální podporou, zaměstnaností, mobilitou a trávením volného času), klinických faktorů (závislých na závažnosti poranění, času uplynulém od úrazu, zdravotních komplikacích a funkční nezávislosti) a psychologických faktorů (čímž rozumíme psychiatrickou diagnózu před úrazem, předchozí a následná traumata, negativistické sebepojetí a vnímání okolí, a copingové strategie).

Odolnost vůči stresu se nazývá resilience a skládá se ze složek sociální podpora, pozitivní emoce, smysl života, fyzická pohoda a coping. Odolnost také souvisí s působením spirituality na člověka. Spiritualita může pocházet z různých zdrojů a těmi zdroji zpravidla bývají: náboženská víra, svět přírody, vnitřní síla a smysluplné spojení s druhými lidmi. Specifickou oblastí ovlivňující vznik stresorů a oslabení resilience je oxidační stres. Oxidační stres může významně ovlivňovat patogenezi a řadu dalších psychických i fyzických nežádoucích důsledků.

Zvládací neboli copingové strategie, které používáme pro zvládnutí stresových situací a posilování resilience, jsou strategie zaměřené na problém nebo strategie zaměřené na emoce. Rozlišujeme pozitivní a negativní strategie. Mezi pozitivní patří angažovaný coping a hledání sociální podpory, a mezi negativní patří neangažovaný coping (vyhýbání, únik, rezignace).

Vybranou problematiku v bakalářské práci zkoumáme pomocí smíšeného designu výzkumu, metodami polostrukturovaných rozhovorů a kvantitativního dotazníku Brief COPE. Výzkumu se zúčastnilo sedm osob. Výběr zkoumaného vzorku byl záměrný.

Výzkum o zvládání stresových situací u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu navazuje na podobné výzkumy, a to zejména ty z oblasti zvládání stresu čili copingových strategií (Chevalier, Kennedy, & Sherlock, 2009; Livneh, & Martz, 2014). A dále také z oblasti resilience (Bhattarai et al. 2018; Jones et al., 2018; Ochiai et al., 2018), protože coping je součástí resilience. Vzhledem k tomu, že jsme pojali výzkum optikou komplexního přístupu, zajímáme se o zvládací mechanismy v rovině těla, duše, ducha i vztahů. Těmito rovinami jsme se také zabývali a pro náš další výzkum zohledňujeme například i oblast pracovního zařazení, která může být zdrojem stresu i pramenem odolnosti (Hilton et al., 2018; Fekete et al., 2014) a zaměřujeme se také na zachycení rizikových oblastí vzniku stresu (Schönenberg et al., 2012).

V některých případech jsme narazili i na to, že se výstupy jednotlivých výzkumů lišily. Například v oblasti spirituality a resilience se spojení v jednom případě nepotvrdilo (Bhattarai et al., 2018) a ve druhém tomu bylo naopak a resilience byla po spirituální rovině dobře rozpracována do různých rovin a zdrojů (Jones et al., 2018), čehož můžeme při naší interpretaci také využít.

Řada výzkumů doporučuje další rozpracování oblasti copingových strategií u osob se spinálním traumatem a některé jmenovitě doporučují použít komplexní přístup (Kreuter et al., 2011). I z těchto teoretických doporučení jiných autorů jsme vycházeli v našem výzkumu a při legitimizaci jeho potřebnosti a užitečnosti.

Výzkumem jsme zjistili, jaká je zkušenost osob po úrazu míchy se zvládáním stresových situací. Stresové situace se u osob po spinálním traumatu umocní v běžných oblastech, ve kterých zažívaly stres i před úrazem. Většina respondentů uvedla, že si stres před úrazem neuvědomovala nebo uvědomovala jen v omezené míře. Rozdílem je, že tyto stresory byli schopni zvládnout sami, rychle a bez větších obtíží. Po úrazu si stres začali všichni respondenti uvědomovat více, protože zažívají nové, zcela specifické stresory, které jsou spojené s pourazovou situací.

Mezi základní specifika, která jsme v různé formě objevili při probírání stresových situací se všemi respondenty, patří situace spojené přímo s vozíkem a jeho obsluhou, situace spojené se sekundárními zdravotními problémy, stresory spojené se sníženou mobilitou, situace spojené se vztahy v nejbližším okolí.

Nejpoužívanější zvládací strategie mezi vybranými respondenty jsou strategie, které jsme přiřadili ke kategorii angažovaného copingu. Všichni respondenti používají alespoň nějaké strategie angažovaného copingu. Neangažovaný coping naopak nenacházíme u všech respondentů. Někteří jej využívají velmi málo nebo vůbec. Všichni respondenti využívají nějakou formu sociálního copingu. Nejčastěji hledají podporu v rodině, u přátel nebo kolegů. Spirituální copingové strategie používají v nějaké formě také všichni respondenti.

Díky naší analýze jsme objevili důvody, proč to někteří lidé po úrazu míchy mohou mít při zvládání stresu těžší než jiní. Důvodem může být používání strategií neangažovaného copingu, nedostatek sociální podpory, příliš velká sociální podpora nebo vzdor vůči sociální podpoře, chybějící hmotné zdroje např. finanční. Další překážkou mohou být i povahové vlastnosti, neovlivnitelné vnější okolnosti jako reakce okolí, velikost města nebo bariéry.

Výsledky nám ukázaly, jak sedm konkrétních osob prožívá stresové situace a jak konstruuji své zvládací strategie. Osvědčila se nám kombinace kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů a dotazníku Brief COPE. Díky kombinaci metod jsme dosáhli hloubkového a komplexního poznání ve zkoumané oblasti.

Podařilo se nám navrhnout doplnění modelu vlivu spirituality na resilienci (Jones et al., 2018). Jako testovaný zdroj spirituality jsme zde určili „testování vlastních pocitů“, osoba hledá odpověď na to, jak se v nové situaci vlastně cítí, a především se ptá, co jí uleví. Odpověď utváření smyslu je meditace ve smyslu hlubokého zamyšlení a odpočinku, jehož prostředkem je kontakt s přírodou. Klíčový výstup z tohoto spojení s přírodou je dosažení úlevy formou relaxace, posílení mentálního zdraví, mentální síly a přehodnocení.

Náš výzkum pomohl krystalizovat návrhy k dalším výzkumům, například stran vlivu oxidačního stresu na kvalitu života osob po úrazu míchy. A dále prozkoumání psychologických aspektů problematiky autonomní dysreflexie. Hlubší prozkoumání genderových aspektů při zvládání stresových situací. A rozvoj zkoumání v oblasti „peer“ podpory pro rodinné příslušníky osob po úrazu.

Bibliografie

- 1) Abrams, G., M., & Wakasa, M. (2014). *Chronic complications of spinal cord injury and disease*. Získáno 2. října 2018 z: <http://www.uptodate.com/>
- 2) Augutis, M., & Anderson, C. J. (2012). Coping strategies recalled by young adults who sustained a spinal cord injury during adolescence. *Spinal Cord*, 50(3), 213–219. Získáno 21. února 2019 z:

<https://shibboleth.ebscohost.com/Shibboleth.sso/Login?providerId=https://idp.upol.cz/AN=72365351&lang=cs&site=eds-live>
- 3) Bailey, K., Gammage, K., van Ingen, C., & Ditor, D. (2016). “My body was my temple”: a narrative revealing body image experiences following treatment of a spinal cord injury. *Disability And Rehabilitation*, 39(18), 1886-1892. doi: 10.1080/09638288.2016.1211753
- 4) Baštecký, J., Šavlík, J., & Šimek, J. (1993). *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum.
- 5) Bednařík, J. (1999). *Učebnice speciální neurologie (2. rev. vyd.)*. Brno: Masarykova univerzita.
- 6) Beneš, V. (1961). *Poranění míchy*. Praha: Avicenum.
- 7) Bhattarai, M., Maneewat, K., & Sae-Sia, W. (2018). Psychosocial factors affecting resilience in Nepalese individuals with earthquake-related spinal cord injury: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 60. doi: 10.1186/s12888-018-1640-z
- 8) Boals, A., Trost, Z., Berntsen, D., Nowlin, L., Wheelis, T., & Monden, K. R. (2017). Event centrality as a unique predictor of posttraumatic stress symptoms and perceived disability following spinal cord injury. *Spinal Cord*, 55(11), 1023–1027. doi: 10.1038/sc.2017.57
- 9) Brazeau, H., & Davis, C. G. (2018). Hope and psychological health and well-being following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 258–266. doi: 10.1037/rep0000209
- 10) Cao, Y., Li, C., Newman, S., Lucas, J., Charlifue, S., & Krause, J. S. (2017). Posttraumatic stress disorder after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 178–185. doi: 10.1037/rep0000135

- 11) Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- 12) Carver, C. S. (1997). You Want to Measure Coping But Your Protocol's Too Long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4 (1): 92-100. Získáno 22. února 2019 z:

<https://shibboleth.ebscohost.com/Shibboleth.sso/Login?providerId=https://idp.upol.cz/idp/shibboleth&target=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=7403881&lang=cs&site=eds-live>.
- 13) Cencora, M., & Pasiut, S. (2012). Sexual rehabilitation after spinal cord injury. *Physiotherapy/Fizjoterapia*, 20(2), 12–31. Získáno 3. února 2019 z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=92043054&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 14) Čech, O., Douša, P., & Krbec, M. (2016). *Traumatologie pohybového aparátu, pánve, páteře a paklouby*. Praha: Galén.
- 15) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 16) Davis, C. G., & Novoa, D. C. (2013). Meaning-making following spinal cord injury: Individual differences and within-person change. *Rehabilitation Psychology*, 58(2), 166–177. doi: 10.1037/a0031554
- 17) Fatima, G., Sharma, V. P., Das, S. K., & Mahdi, A. A. (2015). Oxidative stress and antioxidative parameters in patients with spinal cord injury: implications in the pathogenesis of disease. *Spinal Cord*, 53(1), 3–6. Získáno 13. února 2019 z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=100317620&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 18) Fekete, C., Wahrendorf, M., Reinhardt, J. D., Post, M. W. M., & Siegrist, J. (2014). Work stress and quality of life in persons with disabilities from four European countries: the case of spinal cord injury. *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care And Rehabilitation*, 23(5), 1661–1671. doi: 10.1007/s11136-013-0610-7
- 19) Fuseini, A. G., Aniteye, P., & Alhassan, A. (2019). Beyond the Diagnosis: Lived Experiences of Persons with Spinal Cord Injury in a Selected Town in Ghana. *Neurology Research International*, 1–10. doi: 10.1155/2019/9695740

- 20) Geyh, S., Kunz, S., Müller, R., & Peter, C. (2016). Describing functioning and health after spinal cord injury in the light of psychological-personal factors. *Journal Of Rehabilitation Medicine*, 48(2), 219–234. doi: 10.2340/16501977-2027
- 21) Goldberg, L. D., McDonald, S. D., & Perrin, P. B. (2019). Predicting trajectories of posttraumatic growth following acquired physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 64(1), 37–49. doi: 10.1037/rep0000247
- 22) Gomes, C. M., Miranda, E. P., de Bessa, J., Suzuki Bellucci, C. H., Rizzo Battistella, L., Najjar Abdo, C. H., ... Mulhall, J. P. (2017). Erectile Function Predicts Sexual Satisfaction in Men With Spinal Cord Injury. *Sexual Medicine*, 5(3), 148-155. doi: 10.1016/j.esxm.2017.06.002
- 23) Hansebout, R., R., & Kachur, E. (2018). *Acute traumatic spinal cord injury*. Získáno 2. října 2018 z: <http://www.uptodate.com/>
- 24) Hilton, G., Unsworth, C., & Murphy, G. (2018). The experience of attempting to return to work following spinal cord injury: a systematic review of the qualitative literature. *Disability & Rehabilitation*, 40(15), 1745–1753. Získáno 2. října 2018 z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=129451063&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 25) Holubová, M. (2017). *Role strategií zvládnutí a kvality života v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů s depresivní poruchou*. (Rigorózní práce). Získáno 22. února 2019 z: <https://theses.cz/id/4e3895/>
- 26) Hopler, W. (prosinec, 2016). *Mason's New Resilience Model: Transforming Fear & Promoting Well-Being*. Získáno 22. února 2019 z: <https://wellbeing.gmu.edu/articles/10213>
- 27) Chemtob, K., Caron, J. G., Fortier, M. S., Latimer-Cheung, A. E., Zelaya, W., & Sweet, S. N. (2018). Exploring the peer mentorship experiences of adults with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(4), 542–552. doi: 10.1037/rep0000228.supp
- 28) Chevalier, Z., Kennedy, P., & Sherlock, O. (2009). Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord*, 47(11), 778–782. Získáno 17. února 2019 z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=45009837&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>

- 29) Chlan, K. M., Zebracki, K., & Vogel, L. C. (2011). Spirituality and life satisfaction in adults with pediatric-onset spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(3), 371–375. Získáno 21. února 2019 z:
<https://shibboleth.ebscohost.com/Shibboleth.sso/Login?providerId=https://idp.upol.cz/>
- 30) Jedlička, P. & Nebudová, J. (1989). *Neurologie*. Praha: Avicenum.
- 31) Jones, K. F., Dorsett, P., Simpson, G., & Briggs, L. (2018). Moving forward on the journey: Spirituality and family resilience after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 63(4), 521–531. doi: 10.1037/rep0000229.supp
- 32) Justan, I. (prosinec, 2000). *Spinální poranění*. Získáno 18. ledna 2019 z:
<http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/spinalni-poraneni-130693>.
- 33) Kreuter, M., Taft, C., Siösteen, A., & Biering-Sørensen, F. (2011). Women's sexual functioning and sex life after spinal cord injury. *Spinal Cord*, 49(1), 154–160. Získáno 3. února 2019 z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=57244686&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 34) Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených (Jak zlepšovat psychický stav nemocných)*. Praha: Avicenum.
- 35) Kříž, J., & Rejchrt, M. (2014). Autonomní dysreflexie – závažná komplikace u pacientů po poranění míchy. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 77/110(2), 168–173. Získáno 9. března 2019 z: http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/autonomni-dysreflexie-zavazna-komplikace-u-pacientu-po-poraneni-michy-48186?confirm_rules=1
- 36) Kubánková, I. (2015). *Čtyři kolečka navíc* [Film]. Získáno z:
https://www.youtube.com/watch?v=EoiV3juo0SY&t=4s&index=1&list=PLAbtJZxUyA83v5aYk_RliAWxYpyExgzD0.
- 37) Kulišťák, P. (2017). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- 38) Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2018). Coping and posttraumatic growth: A longitudinal comparison of two alternative views. *Rehabilitation Psychology*, 63(2), 240–249. doi: 10.1037/rep0000205.supp

- 39) Kunz, S., Joseph, S., Geyh, S., & Peter, C. (2019). Perceived posttraumatic growth and depreciation after spinal cord injury: Actual or illusory? *Health Psychology, 38*(1), 53–62. doi: 10.1037/hea0000676.supp
- 40) Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- 41) Lequerica, A. H., Forchheimer, M., Albright, K. J., Tate, D. G., Duggan, C. H., & Rahman, R. O. (2010). Stress appraisal in women with spinal cord injury: Supplementary findings through mixed methods. *International Journal of Stress Management, 17*(3), 259–275. doi: 10.1037/a0019716
- 42) Lincová, D., & Farghali, H. (2007). *Základní a aplikovaná farmakologie. Druhé, doplněné a přepracované vydání*. Praha: Galén.
- 43) Livneh, H., & Martz, E. (2014). Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 59*(3), 329–339. doi: 10.1037/a0036733
- 44) Locatelli, S. M., Etingen, B., Miskevics, S., & LaVela, S. L. (2017). Effect of the environment on participation in spinal cord injuries/disorders: The mediating impact of resilience, grief, and self-efficacy. *Rehabilitation Psychology, 62*(3), 334–344. doi: 10.1037/rep0000153
- 45) Magnusson, M. (2018). *Životní úklid*. Praha: Grada.
- 46) Merkunová, A. & Orel, M. (2008). *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada.
- 47) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 48) Mumenthaler, M., & Mattle, H. (2001). *Neurologie*. Praha: Grada.
- 49) Nakonečný, M. (1997). *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 50) Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda (vyd. 3., přeprac.)*. Praha: Portál.
- 51) O'Dell, L., Earle, S., Rixon, A., & Davies, A. (2018). Role of peer support for people with a spinal cord injury. *Nursing Standard*. doi:10.7748/ns.2018.e10869
- 52) Ochiai, H., Song, C., Ikei, H., Imai, M., & Miyazaki, Y. (2017). Effects of Visual Stimulation with Bonsai Trees on Adult Male Patients with Spinal Cord Injury. *International Journal Of Environmental Research And Public Health, 14*(9). doi: 10.3390/ijerph14091017

- 53) Orel, M. (2015). *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada.
- 54) Orel, M. a kol. (2014). *Somatopatologie. Nauka o nemocech těla*. Praha: Grada.
- 55) Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.
- 56) Orel, M., Facová, V., a kol. (2009). *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada.
- 57) Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- 58) *Páteř a mícha*. (nedat). Získáno 8. října 2017 z Česká asociace paraplegiků: <http://www.czepa.cz/poraneni-michy-/pater-a-micha/>
- 59) Peter, C., Müller, R., Post, M. W. M., van Leeuwen, C. M. C., Werner, C. S., & Geyh, S. (2015). Depression in spinal cord injury: Assessing the role of psychological resources. *Rehabilitation Psychology*, 60(1), 67–80. <https://doi.org/10.1037/rep0000021>
- 60) Plháková, A. (2008). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- 61) Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- 62) Poněšický, J. (2010). *Psychosomatické lékařství*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií.
- 63) Rogers, E. J. (2017). Spine, vertebrae, and disks. *Salem Press Encyclopedia of Science*. Získáno 2. února 2019 z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ers&AN=87690401&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 64) Rokyta, R., & Höschl, C. (2015). *Bolest a regenerace v medicíně*. Praha: Axonite CZ.
- 65) Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- 66) Schöenberg, M., Reimitz, M., Jusyte, A., Maier, D., Badke, A., & Hautzinger, M. (2014). Depression, posttraumatic stress, and risk factors following spinal cord injury. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1), 169–176. doi: 10.1007/s12529-012-9284-8
- 67) Slanger, A. (červen, 2013). *Backbones: Supporting a Good Cause*. Získáno z: <https://slangerphotography.zenfolio.com/blog/2013/7/backbones-supporting-a-good-cause>
- 68) Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). *The Oxford handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- 69) *Spinal Cord Injury*. (nedat.). Získáno 5. října 2017 z: <https://www.drugs.com/cg/spinal-cord-injury.html>.

- 70) Stackeová, D. (2007). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. *PSYCH & SOM. Psychosomatická medicína*, 5(2), 17-24. Získáno 18. února 2019 z:
<http://files.danielastackeova.webnode.cz/200000362-5f51b604b9/physical%20self.pdf>
- 71) Surová, N. (2016). *Analýza lidského rozvoje Ghany v letech 2010-2015*. (Nepublikovaná bakalářská práce). Mendelova univerzita v Brně.
- 72) Šácha, P. (březen, 2017). *Nežádoucí oxidační stres*. Získáno z:
<https://www.celostnimedicina.cz/nezadouci-oxidacni-stres.htm>
- 73) Tomljenović, A. (2014). Holistic Approach to Human Health and Disease: Life Circumstances and Inner Processing. *Collegium Antropologicum*. 38(2), 787–792. Získáno 21. ledna 2019 z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e5h&AN=97043222&site=eds-live&authtype=shib&custid=s7108593>
- 74) Torregrosa-Ruiz, M., & Tomás-Miguel, J. M. (2017). Diferencias de sexo en el uso de estrategias de afrontamiento en personas con lesión medular. *Aquichán*, 17(4), 448-459. doi: 10.5294/aqui.2017.17.4.8
- 75) Vašina, L. (1985). *Klinická psychologie I. Neuropsychologie*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně.
- 76) Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 77) Vlčková, K., Lojdová, K. (2016). Když čísla a slova spolupracují: smíšený design v ukázkách z výzkumu moci ve školní třídě. *Pedagogická orientace*, 26(3), 482-511. doi: 10.5817/PedOr2016-3-482
- 78) Zelenka, T., Kudláček, M., & Wittmannová, J. (2017). Quality of Life of Wheelchair Rugby Players. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 10(2), 31–35. Získáno 2. března 2019 z:
<https://shibboleth.ebscohost.com/Shibboleth.sso/Login?providerId=https://idp.upol.cz/idp/shibboleth&target=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=s3h&AN=128308436&lang=cs&site=eds-live>

Abstrakt

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Zvládání stresu u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu

Autor práce: Mgr. Iva Kubánková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 149 s. (269 398 znaků)

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 78

Abstrakt: Bakalářská práce se zabývá zvládáním stresu u osob se spinálním traumatem. A téma nahlíží optikou komplexního přístupu. Výzkumným problémem jsou zvládací strategie užívané ve stresových situacích. Cílem smíšeného výzkumu je zodpovědět hlavní výzkumnou otázku: „Jaká je zkušenost osob se spinálním traumatem se zvládáním stresových situací?“ a specifické výzkumné otázky: „Jaká jsou specifika stresových situací po úrazu u vybraných osob se spinálním traumatem?“ a „Jaké strategie zvládání stresu používají vybrané osoby se spinálním traumatem?“. V teorii je ukotven komplexní přístup, spinální trauma, problematika stresu a copingových strategií. Zvolenými metodami pro sběr dat byly polostrukturované rozhovory a jako validizační metoda v oblasti copingových strategií byl zvolen dotazník Brief COPE. Výzkumu se zúčastnilo sedm osob. K analýze dat jsme použili interpretativní fenomenologickou analýzu. Výzkumem jsme došli k jedinečnému popisu žité zkušenosti u sedmi osob, u kterých jsme odhalili některé zcela specifické stresory a zvládací strategie, které zdravá populace nezažívá. Narazili jsme také na problematiku, která vnáší čerstvý pohled do života lidí na invalidním vozíku a osvětluje témata, která je potřeba diskutovat, otevírat, zviditelnit nebo hlouběji prozkoumat.

Klíčová slova: úraz míchy, zvládání stresu, coping, spinální trauma, komplexní přístup

ABSTRACT OF THESIS

Title: Coping Stress In Post-Spinal Trauma Patients Through a Holistic Approach View

Author: Mgr. Iva Kubánková

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 149 p. (269 398 characters)

Number of appendices: 7

Number of references: 78

Abstract: The bachelor thesis deals with the coping stress in persons with spinal trauma by the optics of a holistic approach. The research problem are coping strategies in stressful situations in people with pottraumatic spinal lesion. The aim of the mixed methods research is to answer the main research question: "What is the experience of people with spinal trauma with coping stress?" And specific research questions: "What are the specifics of stress situations after injury in selected persons with spinal trauma?" and "What stress coping strategies are used by selected individuals with spinal trauma?" Complex theory, spinal trauma, stress and coping strategies are anchored in theory. The chosen methods for data collection were semi-structured interviews and the Brief COPE questionnaire. The questionnaire was chosen as the validation method in the area of coping strategies. Seven people participated in the research. We used interpretative phenomenological analysis to analyze data. We have researched a unique description of the lived experience of seven people who have identified some very specific stressors and coping strategies which are not experienced by the healthy population. We also encountered an important issue that brings a fresh insight into the lives of people in wheelchairs and sheds light on the issues that need to be discussed, opened, highlighted or explored.

Key words: spinal cord injury, coping with stress, coping, spinal trauma, holistic approach

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: POZVÁNKA K ÚČASTI NA VÝZKUMU

Pozvánka k účasti na výzkumu

Název bakalářské práce: Komparace zvládnání stresových situací před úrazem a po něm u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu

Autor: Mgr. Iva Kubánková

Odborné vedení: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Vážené dámy, vážení pánové,

jmenuji se Iva Kubánková, jsem studentkou psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás touto cestou požádala o účast na výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce. Bakalářskou práci píší na téma: **zvládnání stresových situací před úrazem a po něm u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu**. Účelem výzkumu je zmapovat, zda se zvládnání stresových situací u Vás nějakým způsobem proměnilo, případně v čem. Zda se u Vás nějak proměnily způsoby zvládnání, které ve stresových situacích používáte apod. Veškeré informace, které mi o sobě sdělíte, budou použity pouze pro výzkumné, odborné a studijní účely. O mně a mých zkušenostech s výzkumnou činností či zkoumanou problematikou se můžete dočíst v medailonku, který příkládám na konec této pozvánky.

Abychom se mohli dohodnout na spolupráci potřebuji, abyste splňovali tyto základní požadavky:

- Jste starší 18-ti let.
- Prodělali jste úraz, jehož důsledkem bylo poranění míchy.
- Poranění míchy u Vás způsobilo nějaké trvalé následky.

Co od Vás potřebuji? S každým zájemcem o účast na výzkumu, který splní výše uvedené požadavky, potřebuji provést **rozhovor** na téma zvládnání stresových situací před úrazem a po něm. Potřebuji tedy, abyste byli ochotni o stresových situacích a svém úrazu hovořit. Chápu, že se může jednat o osobní a citlivé téma, proto při mém výzkumu garantuji plnou anonymitu, citlivý přístup a bezpečné prostředí.

Jak by spolupráce probíhala? Rozhovor provedeme v prostředí, které Vám bude příjemné a budete se v něm cítit bezpečně. Na konkrétním místě se vždy předem dohodneme. Jsem ochotna přijet za Vámi do místa Vašeho bydliště kdekoliv na území České republiky. Na osobním setkání probereme postupně výzkumné otázky, které předem schválil odborný vedoucí mé práce. Odpovídání na otázky bude zcela ve Vaší režii, vše je dobrovolné a od účasti lze kdykoliv v průběhu odstoupit. Pokud byste se rádi výzkumu zúčastnili, ale nepřejete si osobní setkání, je možno domluvit se na on-line telefonické komunikaci přes předem domluvené médium typu Skype či Facebook apod.

Jak mě můžete kontaktovat? Pro bližší informace a přihlášení se ke spolupráci mě můžete kontaktovat **mailem**: xxx nebo přes **Facebook**: Iva Kubánková (xxx) nebo **telefonicky** na čísle: **xxx xxx xxx**

Vzhledem k charakteru výzkumu a mým možnostem nemohu nabídnout finanční honorář. Každému účastníku však garantuji drobnou odměnu v podobě něčeho dobrého na zub a pro dobrou náladu.

Všem zájemcům předem děkuji za jejich ochotu a zájem o můj výzkum.

S pozdravem a přáním pěkného dne,

Iva Kubánková

Medailonek výzkumníka:

Mgr. Iva Kubánková

O mně: Pocházím z Ostravy a v současné době bydlím a pracuji v Brně. Jsem zaměstnaná v sanatoriu pro seniory, kde pracuji jako sociální a aktivizační pracovník. Působím rovněž jako poradkyně v on-line psychologické poradně Fakulty sociálních studií. V současné době jsem frekventantkou psychoterapeutického výcviku v kognitivně-behaviorální terapii. Mým profesním cílem je aktivní vykonávání klinické psychologie a psychoterapie.



Vzdělání: Jsem absolventkou Masarykovy univerzity oborů Sociální práce a Mediální studia a žurnalistika. V rámci svého studia jsem absolvovala řadu odborných praxí, a to s osobami po úrazu míchy a páteře; v centrech doprovázejících pěstounské rodiny; či v psychiatrické nemocnici a doléčovacím centru, kde jsem pracovala s lidmi se závislostí na alkoholu a se smíšenou závislostí. V současné době jsem studentkou druhého ročníku psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci. Aktuálně pracuji na své bakalářské práci z oboru psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci a na své rigorózní práci z oblasti sociální gerontologie na Univerzitě Karlově v Praze.

Zkušenosti s výzkumem: Svou první vysokoškolskou odbornou práci jsem věnovala osobám se získaným postižením míchy a páteře, kdy v rámci mé bakalářské práce vznikl dokumentární film Čtyři kolečka navíc, pojednávající o aktivním životě lidí s mobilitou na vozíku. Svou magisterskou práci jsem věnovala výzkumu prožívání sociálních pracovníků v jejich profesní roli. V rámci mé druhé diplomové práce jsem využívala techniku rozhovoru. S rozhovory mám zkušenosti rovněž ze dvou středoškolských odborných činností, ve kterých jsem se zabývala problematikou depresí a socializační rolí pohádek v dětském vývoji. Techniku rozhovoru využívám rovněž při zpracování své rigorózní práce na Univerzitě Karlově, v níž se zabývám depresí u seniorů.

PŘÍLOHA 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas

Já.....(jméno a příjmení), potvrzuji, že souhlasím s účastí na výzkumu k bakalářské práci s názvem **Komparace zvládnání stresových situací před úrazem a po něm u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu**. Podpisem tohoto informovaného souhlasu stvrzuji, že jsem se s výzkumníci dohodl(a) na následujících bodech:

- **PLNOLETOST** – Potvrzuji, že jsem starší osmnácti let a jsem způsobilý(á) bez účasti zákonného zástupce udělit souhlas k účasti na výzkumu.
- **DOBROVOLNOST** – Souhlasím s účastí na výzkumu a má účast je dobrovolná. Beru na vědomí, že účast na výzkumu mohu kdykoliv přerušit nebo ukončit.
- **INFORMOVANOST** – Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli výzkumu, o jeho postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděný rozhovor je výzkumnou činností.
- **NAHRÁVÁNÍ** – Souhlasím s tím, že rozhovor bude pro výzkumné účely nahráván.
- **ANONYMITA** – Beru na vědomí, že osobní údaje o mě, které mohou vést k mé identifikaci, budou důsledně anonymizovány. Mé jméno a příjmení nebude nikde v textu práce ani jinde v souvislosti s touto prací bez mého vědomí zmiňováno.
- **OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ** – Přijímám, že mé osobní a citlivé údaje budou zpracovávány a uchovávány v souladu s platnou legislativou.
- **VYUŽITÍ** – Souhlasím s využitím a odborným zpracováním rozhovoru pro účely bakalářské práce a případně v rámci odborných sdělení.

Podpisuji vlastnoručně a dobrovolně v

dne

podpis účastníka

podpis výzkumníka

PŘÍLOHA 3: NÁVOD K ROZHOVORU

Úvod:

- **Zopakování základních informací, kdo jsem (pokud mě nezná), co se bude dít, proč to děláme, k čemu to děláme.**
 - „Výzkum je součástí mé bakalářské práce, ve které se zabývám stresem a zvládáním stresových situací u osob se spinálním traumatem. Zajímá mě, zda a případně jak se změnil po úrazu náhled těchto osob na stresové situace a na to, co vnímají jako stres, oproti tomu, jak ke stresovým situacím přistupovali a jak je vnímali před úrazem.“
 - „Postupně projdeme všechny roviny, ve kterých by mohla nějaká potenciální změna nastat. Budu se ptát postupně na rovinu tělesnou, duševní, duchovní a sociální. Což jsou roviny, které vyplývají z komplexního přístupu ke člověku. Pokud něco v průběhu nebude jasné, klidně se ptejte.“
- **Rozhovor můžeme kdykoliv ukončit nebo přerušit.**
- **Souhlas s nahráváním, vysvětlení, že je to důležité pro následné zpracování dat.**
- **Projdeme všechny odrážky informovaného souhlasu. Podpis informovaného souhlasu.**

Okruh	Navržené otázky pro rozhovor
Úvod	<ul style="list-style-type: none">• Jak se jmenujete? Kolik je Vám let? Stručně charakterizujte Váš život, zda pracujete, zda studujete, zda jste vdaná/ženatý, jaké jsou Vaše koníčky?• Jak vám teď je, s jakými pocity přicházíte? Jak vám je, že se budu ptát?• Co se Vám stalo? Jak je to dlouho? Jaké jsou následky?

<p>Stres</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Co si představíte pod pojmem stresová situace? Co to pro Vás znamená? • Jakým stresovým situacím jste byl/a vystavován/a před úrazem? Byly v něčem jiné než ty, kterým jste vystaven nyní? • Jakým stresovým situacím jste vystavován/a nyní? • Změnilo se v něčem to, co vnímáte jako stres?
<p>Rovina těla</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jak jste stres tělesně prožíval/a před úrazem? Co se ve Vašem těle dělo? • Jak jste se při těchto tělesných projevech stresu cítil/a? • Jak jste tyto tělesné reakce zvládal/a? Co jste k jejich zvládnutí potřeboval/a? Dostávalo se Vám toho? • Jak tělesně prožíváte stres nyní? • Máte pocit, že Vaše tělo reaguje nyní na stresové situace jinak? Zaznamenáváte nějakou změnu? Jakou? • Jak tělesné reakce ve stresových situacích zvládáte nyní? Co k jejich zvládnutí potřebujete? Dostává se Vám toho?
<p>Psychická rovina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jaké myšlenky se Vám ve stresových situacích honily hlavou před úrazem? Na co jste ve stresu myslel? Jsou myšlenky, které se Vám se stresu honí hlavou nyní v něčem odlišné? • Jaké se ve Vás ve stresu odehrávaly pocity? Změnily se v něčem pocity, které ve stresu zažíváte? • Jaké emoce ve Vás stres vyvolával před úrazem? Změnilo se na těchto emocích něco po úrazu?

<p>Spirituální rovina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jak vnímáte duchovno, co to pro Vás je? • Máte pocit, že Vám při zvládnání stresových situací pomáhá něco, co Vás přesahuje? Jak byste to pojmenoval? (někdo mluví o Bohu, někdo o vesmíru, jak to vnímáte Vy?) • Máte pocit, že Vám něco, co Vás přesahuje brání při zvládnání stresových situací? • Jak jste tuto oblast duchovna vnímal před úrazem a změnilo se na tom něco po úrazu? Čím to je, že se to ve Vás změnilo?
<p>Sociální rovina</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jak jste se cítil ve stresových situacích ve vztahu ke druhým lidem? Jak jste se k nim choval/a, a jak oni se chovali k Vám? • Změnilo se něco po úrazu ve Vašem chování či vztazích s druhými ve stresových situacích? • Změnilo se něco v chování či vztazích druhých k Vám? • V čem vnímáte klady a zápory těchto změn?
<p>Závěr</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jaké to bylo? • Jak Vám je, když končíme? • S jakými pocity odcházíte?

PŘÍLOHA 4: BRIEF COPE PŮVODNÍ ZNĚNÍ

Brief COPE

These items deal with ways you've been coping with the stress in your life since you found out you were going to have to have this operation. There are many ways to try to deal with problems. These items ask what you've been doing to cope with this one. Obviously, different people deal with things in different ways, but I'm interested in how you've tried to deal with it. Each item says something about a particular way of coping. I want to know to what extent you've been doing what the item says. How much or how frequently. Don't answer on the basis of whether it seems to be working or not—just whether or not you're doing it. Use these response choices. Try to rate each item separately in your mind from the others. Make your answers as true FOR YOU as you can.

1 = I haven't been doing this at all

2 = I've been doing this a little bit

3 = I've been doing this a medium amount

4 = I've been doing this a lot

1. I've been turning to work or other activities to take my mind off things.
2. I've been concentrating my efforts on doing something about the situation I'm in.
3. I've been saying to myself "this isn't real."
4. I've been using alcohol or other drugs to make myself feel better.
5. I've been getting emotional support from others.
6. I've been giving up trying to deal with it.
7. I've been taking action to try to make the situation better.
8. I've been refusing to believe that it has happened.
9. I've been saying things to let my unpleasant feelings escape.
10. I've been getting help and advice from other people.
11. I've been using alcohol or other drugs to help me get through it.
12. I've been trying to see it in a different light, to make it seem more positive.
13. I've been criticizing myself.

14. I've been trying to come up with a strategy about what to do.
15. I've been getting comfort and understanding from someone.
16. I've been giving up the attempt to cope.
17. I've been looking for something good in what is happening.
18. I've been making jokes about it.
19. I've been doing something to think about it less, such as going to movies, watching TV, reading, daydreaming, sleeping, or shopping.
20. I've been accepting the reality of the fact that it has happened.
21. I've been expressing my negative feelings.
22. I've been trying to find comfort in my religion or spiritual beliefs.
23. I've been trying to get advice or help from other people about what to do.
24. I've been learning to live with it.
25. I've been thinking hard about what steps to take.
26. I've been blaming myself for things that happened.
27. I've been praying or meditating.
28. I've been making fun of the situation.

PŘÍLOHA 5: INSTRUKCE A ŽÁDOST K DOTAZNÍKU BRIEF COPE

Brief COPE dotazník (Google Forms)

Vážení účastníci výzkumu,

ještě jednou děkujeme za účast na výzkumu k bakalářské práci Komparace zvládání stresových situací před úrazem a po něm u osob se spinálním traumatem optikou komplexního přístupu. Prosíme Vás nyní o vyplnění online verze dotazníku Brief COPE týkajícího se copingových strategií (strategií zvládání stresu). Tento dotazník nám pomůže lépe porozumět tomu a dokreslit to, o jakých strategiích zvládání stresu jsme se bavili při rozhovoru. Dotazník by Vám měl zabrat 10-20 minut, má dvě části, kdy budete vyplňovat dvakrát 28 otázek.

Zajímá nás, jak se lidé vyrovnávají s těžkými a stresovými situacemi. Uvedené položky vypovídají o různých způsobech chování při zátěži. Chtěli bychom Vás požádat, abyste odpověděli, co Vy osobně většinou děláte v těchto situacích. Různé situace a problémy mohou vyvolávat různé reakce, pokuste se však myslet na to, co je pro Vás typické. Jak moc nebo jak často postupujete tak, jak to popisují jednotlivé položky? Zakroužkujte u každé z nich to číslo uvedené stupnice, které Vás nejlépe vystihuje.

Vyplněním dotazníku dáváte souhlas se zpracováním dat a souhlasíte, že jste vyplnili informovaný souhlas při prvním styku s výzkumníkem a tento dotazník bude součástí informací, které o Vás výzkumník shromáždil. Informace z dotazníku budou využity anonymně v souladu s tímto informovaným souhlasem, který jste vlastnoručně podepsali.

Děkujeme Vám za Váš čas a co nejpravdivější vyplnění dotazníku.

Mgr. Iva Kubánková (výzkumník)

MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D. (vedoucí práce)

Instrukce k vyplnění:

Na začátku každé položky si můžete pomoci větou: "Když se vyrovnávám s těžkými a stresovými situacemi...":

1 = nikdy to nedělám, nikdy se tak nechovám

2 = někdy to dělám, někdy se tak chovám

3 = dost často to dělám, dost často se tak chovám

4 = velmi často to dělám, velmi často se tak chovám

Část 2 – retrospekce

Vzhledem k charakteru výzkumu, kterého jste účastníky, Vás prosíme, abyste ve druhé polovině dotazníku zavzpomínali na minulost před úrazem a vyplnili, jak si myslíte, že byste odpovídali tehdy. Jaké zvládací strategie ve stresových situacích jste používali a jak často? Chápeme, že vzpomenout si na to, jak jste to měli před úrazem může být někdy obtížné, ale velmi nám tím pomůžete, pokud se to podaří. Retrospektivní položky, kde vzpomínáte na to, jak to bylo před úrazem lze v případě nutnosti vynechat. Prosíme Vás, abyste to ale dělali jen v krajním případě, kdy si opravdu nebudete schopni vzpomenout a ani svou odpověď odhadnout. Dáváte tím výzkumníkovi zprávu, kterou bude potřeba interpretovat vzhledem k tomu, o čem jste se bavili v rozhovoru, proto je každá vyplněná položka velmi hodnotná. Děkujeme za pochopení.

Instrukce k vyplnění:

1 = nikdy jsem to nedělal, nikdy jsem se tak nechoval

2 = někdy jsem to dělal, někdy jsem se tak choval

3 = dost často jsem to dělal, dost často jsem se tak choval

4 = velmi často jsem to dělal, velmi často jsem se tak choval

PŘÍLOHA 7: SHRNU TÍ COPINGOVÝCH STRATEGIÍ

Angažovaný coping

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
neodkládání povinností	samostatnost	sport	cesta za profesním snem	udržování kondice	„chlapskost“	adrenalin
kladný vztah k práci	úsílí	publicita	pracovní úsilí	realismus	poznávání vlastního těla	box
cvičení a sport	orientace na preference vlastních řešení	hubnutí	píle a pečlivost	komunikace	trénink	přísnost na sebe
přípravenost	optimismus	sarkasmus/humor	pracovní spokojenost	hledání kompromisu	lékařské konzultace	ultimatismus
prevence	aktivní přístup	zvýšení adrenalinu	smíření	výdej energie	bilancování	tanec
pocit kontroly	smysl života		trénink	sport		„osobní kouzlo“
preciznost	relaxace (malba, příroda,		expozice obávanému	cvičení		vozik jako „bořič studu“
organizovanost	kolo		aktivní přístup	zvýšování hladiny adrenalinu		smysl pro povinnost
efektivní orientace na	expozice sociálním		optimismus a nadsázka	klení		odpovědnost k sobě
optimismus			radějný výhled do budoucna	hněv		samostatnost
humor			„technický typ“ – orientace na řešení	prevence obtíží		svobodomyšlnost
			cvičení	studium a četba		cestování
				životospráva sexuální		single život
				silná psychika		soběstačnost
				trpělivost		hněv
						klení

Neangažovaný coping

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
/	vyhýbání se lékařům	stažení do sebe	vyhýbání se seznamování	frajírkovství	samota	nepropojování duchovna a běžného života
		denní snění	vyhýbání se komunikaci v cizím jazyce		černé brýle	
		emoční otupělost			anonymita velkého města	
		únik do fantazie				
		muzika				
		alkohol				
		léky od bolesti				
		televize				
		kino				
		hněv				
		nadávky				

Sociální kontrola

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
rodina	"peer" podpora	rodina	rodina	přátelé	podpora okolí	střed pozornosti
přátelé	vnučata	sport	dlouholetí přátelé	rodina	manželka	asistence
asistenti	práce	střed pozornosti	cestování ve skupině	manželka		
sport	komunikace		výlety s přáteli	pozornost druhých		
			v zahraničí hovoří bratr	podpora okolí		
			zabezpečení se ve známé skupině			
			kolegové			
			vedení			
			"peer" podpora			

Spiritualita

R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
vnitřní síla	vnitřní síla	smysluplné spojení s druhými lidmi	smysluplné spojení s druhými lidmi	vnitřní síla	smysluplné spojení s druhými	vnitřní síla
smysluplné spojení s druhými lidmi		zájem druhých		svět přírody	láska	svět přírody
				vnitřní motivace		vysokoškolské uvažování
				transcendentální úvahy		studium duchovna
				naděje		inspirativní duchovní vůdci
				pokora		přemýšlivost
				vědomosti předků		