

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROTEKTIVNÍ FAKTORY A COPING V KONTEXTU TRAUMATICKÉ AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY

PROTECTIVE FACTORS AND COPING
IN THE CONTEXT OF A TRAUMATIC
LOWER LIMB AMPUTATION



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Bc. Lubomír Brháček**

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

Olomouc

2022

Poděkování

Na tomto místě bych rád vyjádřil vděčnost všem lidem, kteří mi jakýmkoliv způsobem pomáhali při tvorbě této bakalářské práce. V první řadě bych chtěl poděkovat MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za jeho odborné vedení, zejména za jeho trpělivost při čtení konceptů tohoto textu, promptní komunikaci, cenné rady a konstruktivní připomínky. Dále jsem velmi zavázán Ing. Jiřímu Rosickému, CSc., který mi umožnil realizovat výzkum v rámci jeho protetické firmy. Velké díky patří rovněž mým milým kolegům Danovi, Honzovi a Pavle, kteří mi pomáhali s výběrem vhodných participantů. Moc děkuji všem účastníkům interview, kteří byli ochotní podělit se o své výjimečné zkušenosti. Bez jejich odvahy by tento text vůbec nemohl vzniknout. V těžké životní situaci prokázali svou nezdolnost, sílu a optimismus, a jsou pro mě velkou inspirací. V neposlední řadě chci poděkovat všem blízkým, jenž mě při tvorbě bakalářské práce podporovali a povzbuzovali, především své partnerce Kamile.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Protektivní faktory a coping v kontextu traumatické amputace dolní končetiny“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25.3.2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	7
1	Trauma	8
	1.1 Základní vymezení traumatu a traumatické události	8
	1.2 Reakce na traumatizující podnět.....	10
	1.3 Posttraumatický rozvoj.....	11
	1.4 Vybrané medicínské aspekty traumatu	13
2	Amputace dolní končetiny	16
	2.1 Indikace a četnosti amputací.....	17
	2.2 Úrovně amputací dolní končetiny	18
	2.3 Protézy dolní končetiny	22
3	Zvládání mimořádně náročné životní situace	27
	3.1 Transakční teorie stresu.....	27
	3.2 Coping a copingové strategie.....	30
	3.3 Copingové strategie u amputovaných jedinců.....	31
	3.4 Adaptace na ztrátu dolní končetiny	34
4	Protektivní faktory	37
	4.1 Resilience při ztrátě končetiny.....	38
	4.2 Význam sociální opory u amputovaných jedinců.....	40
	VÝZKUMNÁ ČÁST	43
5	Předmět výzkumu, cíle a výzkumné otázky	44
6	Metodologický rámec a realizace výzkumu	45
	6.1 Strategie sběru dat.....	45
	6.2 Charakteristika výzkumného souboru	47
	6.3 Zpracování a analýza dat.....	49
	6.4 Etická stránka výzkumu	50
7	Výsledky analýzy	53
	7.1 Copingové strategie po traumatické amputaci.....	54
	7.1.1 Aktivní coping	55
	7.1.2 Adaptivní způsob uvažování.....	60
	7.2 Protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců	65
	7.2.1 Sociální opora	65
	7.2.2 Individuální charakteristiky	70
	7.2.3 Zdravotní systém.....	74

8	Diskuze.....	80
9	Závěr.....	88
10	Souhrn	91
	LITERATURA	95
	PŘÍLOHY.....	102

ÚVOD

K problematice amputace z psychologického pohledu mě přivedlo mé současnému povolání. Jsem zaměstnancem protetické firmy, kde mimo jiné vytvářím digitální modely protetických lůžek (část protézy, kterou si amputovaný nasazuje na pahýl). Zejména na základě zkušeností mých klinických kolegů jsem si uvědomil, že v tom, jak různí lidé amputaci psychicky snášejí, jsou diametrální rozdíly. Zatímco někteří působí depresivně a chovají se nepřátelsky, z jiných doslova vyzařuje „pozitivní energie“. Rozhodl jsem se tedy zkoumat, co může způsobovat tak veliké odlišnosti. Přesněji řečeno zaměřil jsem se na jevy, které vedly k úspěšné adaptaci.

K sepsání bakalářské práce s tímto zaměřením jsem měl i jiný důležitý důvod. Tím byl můj pocit, že psychologické aspekty amputace jsou v České republice zcela opomíjeny. Zatímco úroveň protetického vybavení je na některých tuzemských pracovištích na světové úrovni, v době vzniku ideje tohoto výzkumu, jsem nenašel jedinou českou psychologickou studii s podobnou tematikou. Proto bych byl velice rád, kdyby tento výzkum představoval pomyslnou první vlaštovku, kterou budou brzy následovat další.

Předkládaná práce je rozdělena na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. Cílem teoretické části je představení základních teoretických východisek, která jsou pro zkoumanou problematiku relevantní. Jelikož jedním z klíčových kritérií pro výběr participantů byla traumatická amputace (zapříčiněná úrazem), věnuji se v první části ozřejmění některých aspektů traumatu nejen v psychologii, ale také v medicíně. Druhá kapitola poskytuje základní seznámení s problematikou amputací dolní končetiny. Přiblížíme si zde také následné protetické možnosti. Zbývající dvě hlavní kapitoly pojednávají o tématech souvisejících s tím, jak se lidé vyrovnávají s mimořádně obtížnými okolnostmi. Zaměříme se zejména na tematiku tzv. „copingových strategií“ (jednání za účelem zvládnutí náročné situace) a „protektivních faktorů“ (činitelé usnadňující zvládnutí náročné situace). Větší prostor bude pochopitelně věnován souvislostem s amputací.

Byl bych rád, kdyby se tento text co nejvíce nesl v duchu pozitivní psychologie. Proto se v teoretické části detailněji nezabývám různorodými fyzickými nebo psychickými komplikacemi, které mohou v důsledku amputace nastat. Fenomény typu posttraumatická stresová porucha, deprese či fantomové bolesti tedy zmiňuji spíše okrajově či vůbec – přestože je považuji za důležité a z psychologického hlediska i zajímavé. Ostatně věnovat

se všem podstatným tématům není ani z důvodu doporučeného rozsahu bakalářské práce možné.

Záměrem výzkumné části je stručné představení předmětu mého bádání, cílů a z nich vyplývajících výzkumných otázek. Dále se budu snažit co nejtransparentněji objasnit, jakým způsobem jsem metodologicky postupoval, a jaké jsem měl k tomu důvody. Hlavním cílem předkládané studie je alespoň částečně zprostředkovat jedinečné osudy lidí, kteří se v důsledku úrazu museli vyrovnávat se ztrátou velké části dolní končetiny. Proto jsem se rozhodl pro kvalitativní design výzkumu. Za účelem získání dat jsem realizoval polostrukturované interview s deseti amputovanými jedinci. Pro následné zpracování dat jsem využil metodu interpretativní fenomenologické analýzy, která je vhodná pro velmi specifické výzkumné soubory. Na základě výpovědí jednotlivých respondentů jsem se pokusil určit copingové strategie a protektivní faktory, které jim nejvíce pomáhaly nové poměry zvládnout. Výsledky výzkumu pak představují nejobsáhlejší segment výzkumné části.

Dle mého názoru je evidentní, že řada lidí po amputačním zákroku určitou formu psychologické péče potřebuje. Navíc potenciálních amputovaných v důsledku stále hojnějšího výskytu diabetu přibývá. Domnívám se tedy, že aplikace výsledků psychologického výzkumu v této oblasti by mohla mnoha lidem pomoci lépe se s amputací vyrovnat. Jedná se o dosti ambiciózní metu, a přestože má tato bakalářská práce mnohem skromnější cíle, věřím, že představuje alespoň malý krůček k jejímu dosažení.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TRAUMA

Pojem **trauma**¹ bývá užíván ve dvou základních významech. V původnějším medicínském smyslu označuje **fyzický úraz** či **zranění**. V přeneseném významu se však také běžně užívá pro úraz duševní. Často pak hovoříme o **psychickém traumatu**, abychom zdůraznili, že máme na mysli právě toto pojetí. Někdy se mohou vyskytovat obě formy traumatu zároveň. To se týká i amputovaných jedinců, jimiž se tato práce zabývá. Amputace velké části končetiny, jakožto extrémní forma fyzického traumatu, zpravidla implikuje také trauma psychické, které bývá jejím přirozeným doprovodem. Skutečně si lze jen těžko představit jedince, který podstoupí takto závažný chirurgický zákrok, aniž by to silně neotřásl jeho psychickým stavem. Navíc lze předpokládat, že této fyzicky i psychicky náročné životní situaci často předcházela ještě jiná **traumatická událost** (např. dopravní nehoda).

Přestože se budeme v této práci zabývat primárně psychologickými aspekty traumatických amputací dolních končetin, nevyhneme se jistému přesahu do medicíny. Problematika traumatu v našem textu představuje jakéhosi společného jmenovatele, který propojuje „svět psychologie“ se „světem lékařské vědy“. Z tohoto důvodu se budeme v některých následujících podkapitolách věnovat, i když spíše jen přehledově, také fyzickému, respektive medicínskému pojetí traumatu. Nejprve si však blíže upřesníme některé elementární pojmy.

1.1 Základní vymezení traumatu a traumatické události

Českými ekvivalenty původně cizího výrazu **trauma** jsou pojmy úraz, zranění, poranění apod. Pokud bychom chtěli definovat úraz ve fyzickém smyslu zcela obecně, lze říci, že se jedná o „*tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil*“² (Wendsche, Veselý et al., 2015, str. 3). Konkrétněji se pak úrazem označují především zlomeniny, rány, popáleniny, infekce, amputace a nejrůznější poranění (např. hlavy, mozku, břicha, hrudníku apod.).

¹ Jedná se o transkripci řeckého výrazu τραύμα.

² Povšimněme si že, tato definice má základní rysy společné s vymezením psychického traumatu. Jak si ukážeme dále, také příčinu psychického traumatu obvykle představuje náhlá a násilná zevní síla – traumatická událost, která působí nezávisle na vůli postiženého.

Psychické trauma označuje nejčastěji následek nebezpečné a děsivé životní zkušenosti, jako je například účast v boji, sexuální napadení či přírodní katastrofa, přičemž traumatické stresory mohou zahrnovat fyzické i psychologické prvky (Weathers & Keane, 2008). Takový silně ohrožující zážitek nazýváme **traumatická událost**. Zkušenost traumatické události obvykle v jedinci zanechá „*hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, emoční i kognitivní*“ (Vizinová & Preiss, 1999, str. 17).

Traumatické události lze dělit podle různých kritérií. Za poměrně užitečné považujeme jejich členění podle toho, zda se jedná o **důsledek přírodních katastrof** (např. povodně, zemětřesení, vichřice, tornáda, laviny apod.) nebo jestli byly **způsobeny člověkem** (např. dopravní nehody, výbuchy plynu či chemických látek apod.). Samostatnou velmi specifickou kategorií představují traumatické události, které byly **způsobeny člověkem záměrně** (např. napadení, znásilnění, sexuální zneužívání, mučení, teroristické útoky apod.). Právě tato skupina událostí je pro jedince zpravidla nejhůře vnitřně zpracovatelná, neboť zde chybí pocit sounáležitosti a vzájemná pomoc, která se často vyskytuje v případě přírodních katastrof (Praško et al., 2003). Kromě toho stále přetrvává smutný fakt, že ty nejohavnější činy páchají lidé svým „bližním“ zcela úmyslně. Historie i současnost je bohužel plná nespočetných příkladů, a nezdá se, že by tomu mělo být v budoucnosti jinak.

Je však velmi důležité uvědomit si, že na jedince nemusí traumaticky působit pouze ohrožení, napadení či poškození jeho samotného, nýbrž také jiných lidí (Baštecká & Mach, 2015). Dnes již i velká část laické veřejnosti ví, že potenciální riziko skýtá „pouhé“ svědectví dramatické či přímo drastické scéně, zejména pokud se jedná o rodinné příslušníky či jiné blízké osoby. V některých případech může být člověk dokonce traumatizován, aniž by byl přímým svědkem dané události. Typický příklad představuje nečekané úmrtí v rodině, kdy si pozůstalý příbuzný náhle uvědomí svoji zranitelnost, smrtelnost a poměrně malou kontrolu nad svým vlastním životem.

Podle MKN-10 mohou mít příčinný vliv také **méně závažné psychosociální stresory**, které představují nepříznivé životní změny trvalejšího charakteru. To se však týká především citlivějších a méně odolných jedinců (MKN-10, 2020). Z vlastní zkušenosti při práci s hromadně propuštěnými zaměstnanci můžeme uvést jako příklad člověka, který přijde o pracovní místo po mnoha věrných letech. Daný jedinec musí najednou čelit ztrátě určitého společenského postavení, sníženým příjmům a nejistotě stran budoucnosti. Jeho odezva na vyhlídku dlouhodobého zhoršení socioekonomické situace pak může mít až traumatický charakter.

Psychické trauma tedy neurčuje pouze samotná traumatická událost, ale také především to, jakým způsobem na ni bude konkrétní člověk reagovat. Individuální rozdíly v reakcích jsou někdy až neuvěřitelné. Zatímco v některém jedinci nezanechá hlubší stopu ani bezprostřední ohrožení vlastního života, jiný člověk se „zhroutí“ i při relativně malé psychické zátěži. Přesto však existují určité reakce na traumatizující podnět, které jsou dosti typické. Právě jim se budeme věnovat v následujících podkapitolách.

1.2 Reakce na traumatizující podnět

Kromě události, která má zpravidla katastrofický charakter, vymezuje psychické trauma **typ reakce**, která zahrnuje intenzivní strach, beznaděj nebo hrůzu³ (DSM-5, 2013). Tato reakce je dána obrovskou **intenzitou podnětu**, který proniká skrze obranné mechanismy jedince a zbavuje jej užitečných iluzí o jeho životě. Člověk si najednou uvědomuje, že svůj osud nedrží pevně ve vlastních rukou a vnímá svou existenci jako nedůležitou a zbytečnou (Baštecká & Mach, 2015).

Kruciální moment traumatické reakce představuje nemožnost provedení smysluplné akce či přirozené odpovědi na nebezpečí – obrany či útoku. Jedinec zažívající traumatickou událost cítí **totální bezmoc** a neschopnost z dané situace uniknout. Tato zkušenost je pro něj naprosto nepochopitelná, jelikož ji nelze zařadit mezi již existující kognitivní schémata a postrádá jakýkoliv smysl. Organismus je za těchto okolností aktivován na neúnosnou míru (Vizinová & Preiss, 1999).

Reakce na traumatizující podnět mají určitou **časovou souslednost**, která však není absolutně daná. Čím je časový horizont delší, tím jsou reakce individuálnější, a tedy hůře predikovatelné. Nicméně alespoň během prvních tří dnů lze některé odezvy do jisté míry předpokládat. Reakce určuje především povaha a síla podnětu, ale také zkušenost s danou událostí. Pokud například nějakou přírodní katastrofu zažíváme opakovaně, můžeme si na ni dokonce svým způsobem zvyknout. Samozřejmě to neplatí o každé traumatické události (Baštecká & Mach, 2015).

Pokud se odezvy objeví ihned po stresujícím podnětu a mají krátkodobější trvání, jedná se podle MKN-10 o **akutní stresovou reakci**. Její závažnost se liší podle individuální odolnosti jedince. Mezi počáteční symptomy patří zármutek, neschopnost pochopit podněty a dezorientace. Dále může následovat ještě hlubší disociace („odpojení“) od stresující situace

³ Tyto atributy podle DSM-5 již nadále nepatří mezi kritéria pro posttraumatickou stresovou poruchu.

nebo nadměrná aktivita. Velmi běžné jsou znaky panické úzkosti, která se projevuje tachykardií, pocením a zrudnutím. Symptomy zpravidla vymizí během několika hodin nebo maximálně dvou až tří dnů (MKN-10, 2020).

Americká psychologická asociace (APA) užívá pro velmi podobný soubor příznaků označení **akutní stresová porucha**. Ta se však od „akutní stresové reakce“ naprosto zásadně liší délkou trvání. Pro naplnění základní podmínky dle diagnostického manuálu musí symptomy přetrvávat tři dny až jeden měsíc (DSM-5, 2013). Jak si tedy můžeme povšimnout, tam kde má „akutní stresová reakce“ nejzazší hranici, tam „akutní stresová porucha“ teprve začíná.

Někdy se však mohou následky traumatické události vyskytovat i déle než jeden měsíc nebo se objeví s určitým časovým odstupem (tato varianta je obvyklejší). V takovém případě hovoříme o tzv. **posttraumatické stresové poruše** (PTSD⁴). Mezi její hlavní typické příznaky patří (Praško et al., 2003):

- dotírající vzpomínky a sny;
- ztráta pozitivních emocí;
- vyhýbání se;
- zvýšená psychická a tělesná vzrušivost.

Přestože se jedná o velmi významný fenomén, nebudeme se PTSD z „kapacitních“ důvodů detailněji zabývat. Důvodem je také intence, aby se tato práce více soustředila na témata blízké pozitivní psychologii. V následující podkapitole se proto věnujeme jevu, který je určitým protipólem PTSD – tzv. „posttraumatickému rozvoji“.

1.3 Posttraumatický rozvoj

„Dokud trpíme, zůstáváme duševně naživu. Ano, v utrpení dokonce zrajeme, v utrpení rosteme – činí nás bohatšími a mocnějšími“ (Frankl, 2006, str. 109).

Ačkoliv se to může zdát na první pohled těžko uvěřitelné, traumatické události i přes svoji drastičnost v sobě zahrnují nezanedbatelný kladný potenciál. Možná také tato paradoxnost přispěla k tomu, že **pozitivní změny** v souvislosti s traumatem nebyly po celé dekády v popředí zájmu psychologů. Hlavním důvodem je však zřejmě dlouhodobá

⁴ Zkratka pochází z anglického označení *posttraumatic stress disorder*.

„fascinace“ patologií, která dominuje v psychologii již od jejího etablování jakožto samostatné vědecké disciplíny (Joseph, 2017).

Samozřejmě, že se v průběhu času objevovaly různé výjimky. Zřejmě tou nejvýraznější byl rakouský neurolog a psychiatr **Viktor E. Frankl**, jehož povzbudivá slova jsme si vypůjčili na úvod do této problematiky. Podle tohoto významného klasika nemůže žádná situace postrádat smysl. Dokonce i krajně negativní stránky lidské existence – především triáda: utrpení, vina a smrt – mohou být správným postojem přeměněny na něco pozitivního. Člověku je vlastní **potřeba smyslu** a má svobodu ji naplnit – dokonce i tehdy, když hluboce trpí (Frankl, 2006).⁵

Své hlavní myšlenky Frankl formuloval již v první polovině 20. století. Nicméně silný výzkumný proud vznikl až o několik desetiletí později. Teprve počátkem devadesátých let začali odborníci z různých pomáhajících profesí realizovat výzkumy zaměřené na **pozitivní změny** u účastníků traumatických událostí. Autoři ve svých pracích označovali tento jev nejrůznějšími názvy – např. konstruovaný přínos, pozitivní iluze, rozvoj iniciovaný negativními událostmi apod. V současných publikacích však převažuje anglický termín *posttraumatic growth*⁶ (PTG) – **posttraumatický rozvoj** (Mareš, 2012).

Poprvé se označení PTG objevilo v díle amerických psychologů **Tadeschiho a Calhouna**, kteří patří mezi průkopníky a nejvýznamnější badatele v této oblasti.⁷ Posttraumatickým rozvojem nazývají **pozitivní změnu**, která je výsledkem zápasu s traumatickou událostí (Tadeschi & Calhoun, 1995). Nutno dodat, že traumatická událost má v jejich pojetí velice široký význam a může znamenat v podstatě jakoukoliv krizi. Pozitivní změny se dle těchto autorů projevují především ve třech oblastech: interpersonální vztahy, sebepojetí a životní filosofie (Calhoun & Tadeschi, 1999).

Tadeschi a Calhoun (1996) rovněž vyvinuli velmi oblíbený nástroj pro posuzování posttraumatického rozvoje nazvaný *Posttraumatic growth inventory* (PTGI). Dotazník má

⁵ Tyto teze Frankl „stvrdil“ svým vlastním životem. Během druhé světové války byl vězněn nacisty ve čtyřech různých koncentračních táborech. Když válka skončila, dověděl se, že většina jeho rodiny (včetně manželky) holokaust nepřežila. Navzdory veškerým brutálním ranám osudu se Frankl dokázal vrátit k plnohodnotnému životu. Ve Vídni vedl neurologickou kliniku, přednášel, publikoval a znovu se oženil. Na základě svých zkušeností také zformuloval nový vlivný psychotherapeutický směr – **logoterapii** (Frankl, 1997).

⁶ Mareš (2012) navrhuje nepřekládat výraz *posttraumatic growth* doslovně jako „posttraumatický růst“. Slovo „růst“ podle něj evokuje spíše kvantitativní změny, avšak zde se jedná o osobnostní proměny, které mají kvalitativní charakter. Z tohoto pohledu považuje za nejlhodnější překlad „posttraumatický rozvoj“. Také v naší práci preferujeme toto označení.

⁷ Tadeschi a Calhoun (1999) zdůrazňují, že nejsou objevitelé fenoménu PTG, neboť tato myšlenka existovala již ve starověku v různých filosofických a náboženských systémech.

21 položek a pomocí šestistupňové Likertovy škály zkoumá 5 proměnných: nové možnosti, vztahy k ostatním lidem, silné stránky jedince, porozumění životu a změny v duchovní oblasti. PTGI byl přeložen do mnoha jazyků včetně češtiny (PTGI-CZ). Pracovní verze PTGI-CZ byla zveřejněna Preissem (2009), který je jedním z autorů.

Od prvních systematických výzkumů posttraumatického rozvoje uběhla dlouhá řada let. Během této doby vzniklo poměrně velké množství teoretických modelů. Navíc někteří autoři své přístupy postupem času revidovali a přepracovávali. Ve většině modelů PTG se však objevují obdobné proměnné, a zdá se, že v mnoha případech se jedná pouze o jiná pojmenování téhož.

Výzkumy PTG pokračují i v současnosti, přičemž paleta jejich témat je stále pestřejší. Lidé často vnímají pozitivní změny v kontextu událostí, kde by jejich výskyt čekal opravdu jen málo kdo. Jedná se například o teroristické útoky, imigraci, sexuální zneužívání v dětství, onemocnění rakovinou apod. (Joseph & Linley, 2008). Některé studie (Oaksford, Frude, & Cuddihy, 2005; Couture, Desrosiers, & Caron, 2011; Stutts, Bills, Erwin, & Good, 2015; Stutts & Stanaland, 2016) se přímo zabývají **posttraumatickým rozvojem po amputaci končetiny**. Řada respondentů těchto výzkumů dokázala najít v souvislosti s amputací nějaké pozitivum. Část z nich dokonce vyjmenovala kladných změn vícero, přičemž některé z nich měly pro jejich život naprosto zásadní význam.

S tímto optimistickým závěrem psychologickou stránku traumatu prozatím opustíme. V následující podkapitole se podíváme na trauma čistě z pohledu medicíny. Pokusili jsme se vybrat několik témat z tohoto oboru, která považujeme nejen za podstatná, ale také za zajímavá a poměrně naléhavá.

1.4 Vybrané medicínské aspekty traumatu

V medicíně se pojem traumatická událost příliš neužívá. Traumatologická literatura pojednává jednoduše o úraze, poranění či jeho konkrétní formě – např. zlomenině, ráně nebo popálenině. Nicméně i úrazy bývají někdy klasifikovány s ohledem na událost nebo typ činnosti, který tvoří jejich pozadí. Dělení zranění na dopravní, pracovní, zemědělské a lesnické, domácí, sportovní a kriminální slouží ke statistickému vyhodnocení, které by mělo být podkladem pro zefektivnění zdravotnictví a prevenci (Wendsche, Veselý et al., 2015). Nyní se alespoň v krátkosti zmíníme o zdravotnickém systému péče o traumata a představíme si některé specifické stránky traumatu v moderní medicíně.

Kromě výše zmíněné kategorizace členíme traumata nejčastěji podle mechanismu zranění a konkrétní postižené části těla. Ve zdravotnickém systému se traumaty – s ohledem na jejich formu a místo poranění – zabývá několik oborů a větší množství podoborů. Mezi ty zcela základní patří **ortopedie, traumatologie a chirurgie**. Ze specializovaných podoborů uvedme pro ilustraci alespoň kardiouchirurgii či viscerální chirurgii. Vzájemné vymezení kompetencí daných oborů není v České republice zcela jednotné a v řadě různých zdravotnických zařízení probíhá péče o traumata podle různých modelů (Čech, Douša, Krbec et al. 2016). V praxi to znamená, že zatímco v některé nemocnici bude určité zranění ošetřeno na traumatologii, v jiném zdravotnickém zařízení můžeme být se stejným úrazem odkázáni na pomoc ortopeda.

Bohužel nelze než konstatovat, že počet fyzických traumat i jejich závažnost v současnosti neustále narůstá. Jednou z hlavních příčin je vysoká dopravní nehodovost, která představuje celosvětový problém. Stále častěji se jedná o **těžké úrazy a polytraumata**, u kterých se průměrná úmrtnost pohybuje okolo 20 % (Wendsche, Veselý et al., 2015). Také v České republice počet dopravních nehod každoročně výrazně narůstá. Zatímco v roce 2010 Policie ČR zaznamenala 75 522 nehod, v roce 2015 to bylo již 93 067 případů a v roce 2019 bylo vyšetřováno celkem 107 572 dopravních nehod (Policie České republiky, 2020).

U problematiky **polytraumatu** se z důvodu její důležitosti na chvíli zastavíme. Jak naznačuje předpona *poly-*, „*pojmem polytrauma je označováno současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, přičemž poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožují základní životní funkce*“ (Višňa, Hoch et al., 2004, str. 29). Z definice vyplývá, že se musí jednat o **velmi závažná traumata** v oblasti hlavy, hrudníku (více než tři zlomená žebra), břicha či pohybového aparátu (např. zlomeniny dlouhých kostí). Pokud nejsou tato kritéria splněna, je vhodnější užívat pojem mnohočetná poranění (Wendsche, Veselý et al., 2015).

Podle největšího evropského registru traumat představovala polytraumata v letech 2008 až 2013 „pouze“ 12 % všech případů. Nicméně měla za následek až jednu třetinu úmrtí pacientů, kteří přežili převoz do nemocnice. Převládající příčinou polytraumat jsou dopravní nehody, avšak četností je začínají dohánět pády z výšky. Nejfrekventovanějšími místy poranění jsou hrudník a hlava. Traumatická poranění mozku v kontextu polytraumatu zahrnují největší riziko úmrtí. Polytraumata jsou méně častá u dospělých ve věku nad 65 let (Lecky, Bouamra, & Woodford, 2017).

Pokud se jedná o polytrauma či těžké zranění, jedinec zpravidla utrpí tzv. úrazový, respektive **traumatický šok**. Obecně se šokem v medicíně míní náhlé snížení průtoku krve v krevním řečišti a poté i v orgánech. Tím je znemožněna dodávka kyslíku a živin do tkání, což má za následek poruchu buněčných funkcí. Zpočátku se jedná o kompenzační reakci na ztrátu krve, jež má zabezpečit dostatečné prokrvení mozku a srdce. Pokud však příčina šoku přetrvává, stává se patologickou. V takovém případě cílové orgány a tkáně trpí nedostatkem kyslíku (hypoxií), dochází k překyselení (acidóze) buněk a ke zhroucení oběhu (Višňa, Hoch et al., 2004).

Kromě odezvy na snížení objemu cirkulující krve (hypovolemie), reaguje organismus generalizovanou nepřiměřenou zánětlivou odpovědí. Mimo jiné dochází k aktivaci koagulačního systému a vznikají drobné krevní sraženiny (mikrotromby), které ucpávají cévy orgánů, způsobují edém v mezitkáňovém prostoru a narušují funkce mitochondrií. Výsledkem může být různý stupeň dysfunkce jednoho či více orgánů, a nakonec může dojít až k jejich selhání. S počtem selhávajících orgánů výrazně klesá šance na záchranu života. Vyhledky na přežití zásadně ovlivňuje přednemocniční péče a následná komplexní léčba (Wendsche, Veselý et al., 2015).

Problematika traumatu v lékařství je velmi složitá, rozsáhlá a nesmírně fascinující. Pokusili jsme se alespoň v notně zjednodušující formě přiblížit některé její důležité aspekty. Nicméně i z tohoto krátkého exkurzu je snad dobře patrné, proč některá fyzická zranění mohou zanechat hluboké šrámy nejen na těle, ale také „na duši“. Nyní již přistoupíme k velmi specifické formě fyzického traumatu – amputaci dolní končetiny, neboť na tuto problematiku je předložena práce zaměřena.

2 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY

„Vždyť si lidé ochotně dávají řezati nohy i ruce, zdá-li se jim, že tyto části jejich vlastního těla jsou zkaženy“ (Platón, 2005, str. 52).

Uvedení do medicínské oblasti amputací považujeme s ohledem na téma této práce za důležité zejména pro hlubší pochopení širších souvislostí. Součástí našeho exkurzu bude také krátké seznámení se základy protetiky dolních končetin. Opodstatnění pro zařazení této tematiky vychází z našeho přesvědčení, že kvalitní protetická péče představuje primární předpoklad pro možnost úspěšné adaptace na ztrátu končetiny. Druhým důvodem je naše snaha o rozšíření povědomí stran problematiky amputací a současných protetických možností. Domníváme se, že přehled o těchto oblastech je u většiny lidí dosti vágní. Doufáme tedy, že alespoň malým dílem přispějeme ke zlepšení současného stavu informovanosti.

Již pouhé vyřčení slova **amputace**⁸ zpravidla vyvolává ve většině z nás nelibé pocity či negativní konotace. Přesto se jedná o jeden z nejdéle prováděných zákroků za účelem ochrany zdraví a života. Úplně nejstarší archeologický důkaz amputace je starý zhruba 45 000 let (Bowker & Pritham, 2004). Jedná se o kostru neandrtálce s amputovanou horní končetinou, který se i přes tento handicap dožil cca čtyřiceti let. První písemné svědectví o záměrné amputaci nalezneme u Herodota (Murdoch & Wilson, 1996). Jeho záznam z roku 484 př. n. l. vypráví o zajatém perském vojákovi, který si uřezal chodidlo, aby se vyprostil z pout. Později si dokonce nahradil chybějící část dřevěnou protézou.

Největší množství amputací bylo prováděno během válečných konfliktů (především obou světových válek), protože v provizorních podmínkách často představují nejrychlejší řešení. Nejprve se realizovaly pouze tzv. **gilotinové (cirkulární) amputace**. Jednalo se o jednoduché oddělení končetiny jedním řezem bez užití anestezie. Tento typ amputace se provádí v některých situacích dodnes, avšak postup je již mnohem sofistikovanější. Druhým základním typem, který byl vyvinut až v 19. století, je tzv. **laloková amputace**. Podstatou tohoto operačního zákroku je vytvoření měkkých svalově-kožních (muskulokutánních)

⁸ Termín „amputace“ pochází z latinského slovesa *amputāre* (odříznout), které je odvozeno ze slovního spojení *ambi putare* = kolem řezati (Janko, 1926).

laloků, které slouží k překrytí pahýlu. Také tento způsob amputace prošel určitým vývojem (Dungl et al., 2014).

2.1 Indikace a četnosti amputací

Mezi základní indikace k amputacím v současnosti patří především **choroby končetinových cév, traumata, tumory, infekce, kongenitální anomálie, poranění a onemocnění nervová** (Sosna et al., 2001). Děti s kongenitálními anomáliemi (neboli vrozenými vývojovými vadami) tvoří zvláštní skupinu, neboť během některých růstových period mohou potřebovat další chirurgické zákroky pro adaptaci na vhodnější protetické vybavení (Lusardi, Jorge, Nielsen et al., 2013).

Nejběžnější příčinou amputace dolní končetiny ve vyspělých zemích je **periferní cévní onemocnění**, které se objevuje především **v souvislosti s diabetem**. V některých zemích se dokonce jedná o více než 90 % veškerých amputací končetin. Odhadovaná prevalence této vaskulární choroby v západní populaci činí 3 až 6 %. Pokud bychom se soustředili pouze na osoby starší 55 let, zvýší se odhad na 8 % (McCollum & Raza, 2004).

Také v České republice představuje **diabetes mellitus** velmi rozšířené onemocnění. V roce 2016 se na našem území léčilo 63 699 osob s diabetem I. typu a neuvěřitelných 786 026 osob s diabetem II. typu (ÚZIS ČR, 2017). Zároveň se u nás jedná o nejčastější indikaci k amputaci dolní končetiny. Desítky tisíc diabetiků trpí tzv. **syndromem diabetické nohy**, což je tkáňový defekt vyskytující se distálně od kotníku. Především z důvodu této komplikace každoročně podstupuje amputační zákrok až několik stovek diabetiků. Výraznou odchylkou byl v tomto ohledu rok 2011, ve kterém přišlo o část dolní končetiny 1907 pacientů s diabetem (Janoušek, 2015). Zřejmě především díky diabetu jsou amputace dolních končetin v některých zemích až jedenáctkrát čtenější než amputace horních končetin (Shurr & Michael, 2002).

Druhou nejfrekventovanější příčinou amputací jsou **traumata**. Amputace je obvykle indikována u **devastujících poranění**, kde není možná rekonstrukce poškozených struktur (Sosna et al., 2001). Podle publikací *Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR* (ÚZIS ČR) spadá do kategorie „drtivé poranění, traumatická amputace“ každoročně několik set hospitalizovaných pacientů. V roce 2018 se konkrétně jednalo o 647 osob (ÚZIS ČR, 2019). Podrobnější členění podle typů a úrovní traumatických amputací ÚZIS ČR ve svých ročních

přehledech neuvádí. Nutno dodat, že celkový počet traumatických amputací spíše klesá, což je zřejmě dáno pokrokem v mikrochirurgii a cévní chirurgii (Dungl et al., 2014).

Pokud se zaměříme na **traumatické amputace dolních končetin**, jedná se v České republice o desítky případů ročně. Většinu z nich tvoří **amputace pod kolenem** (v oblasti bérce), jejichž počet od roku 2012 vykazuje rostoucí tendenci. Naopak množství traumatických amputací v úrovni kotníku a částech pod ním klesá. Počty amputací z traumatických příčin v oblasti kyčle a stehna zůstávají přibližně na stejné úrovni (Janoušek, 2015).

Co se týče ostatních indikací k amputacím, jakou jsou tumory, infekce, kongenitální anomálie apod., jedná se o relativně nízké počty případů. Pro bližší ilustraci uveďme, že například ve Spojených státech amerických z celkového počtu příčin amputací představuje rakovina 0,9 % a kongenitální anomálie pouze 0,8 % (Lusardi, Jorge, Nielsen et al., 2013). Obdobná statistika pro Českou republiku bohužel není k dispozici, nicméně se domníváme, že procentuální podíl by se příliš nelišil.

2.2 Úrovně amputací dolní končetiny

Pokud člověk musí podstoupit amputaci dolní končetiny, je naprosto zásadní, o jak velkou část se jedná. Rozhoduje především **rozsah postižení a stav jednotlivých tkání** (kožní kryt, svaly, nervová tkáň a cévní zásobení). Délka pahýlu by měla být určena také s ohledem na nejvhodnější **protetické vybavení**. V současnosti se ortopedi a chirurgové snaží zpravidla zachránit – kromě výjimečných případů – co největší část skeletu, neboť chůze s delším pahýlem bývá méně energeticky náročná (Dungl et al., 2014). Jednu z výjimek představuje onemocnění rakovinou. V tomto případě musí chirurgové nekompromisně usilovat o celkové odstranění postižené tkáně, čímž je úroveň odnětí končetiny striktně determinována (Cristian, 2005).

U dolní končetiny rozlišujeme tyto úrovně amputace (Murphy, 2013):

- **Transmetatarsální ray amputace** – resekce části prstu a odpovídající nártní kosti (*os metatarsale*) nebo několika částí prstů a nártních kostí (*ossa metatarsi*).
- **Transmetatarzální amputace** – linie resekce je vedena blízko hlaviček metatarzů.

- **Lisfrancova amputace** (tarzometatarzální exartikulace⁹) – odstraněny jsou všechny články prstů (*phalanges*) a nártní kosti.
- **Chopartova amputace** – oproti Lisfrancově amputaci je navíc odstraněna kost loďkovitá (*os naviculare*), kost krychlová (*os cuboideum*) a tři kosti klínovité (*os cuneiforme*).
- **Pirogova amputace** – resekční linie vede mezi holenní kostí (*tibia*) a kostí patní (*calcaneus*) – oproti Chopartově amputaci je navíc odstraněna kost hlezenní (*talus*) a část kosti patní.
- **Boydova amputace** – úroveň resekce je mezi kotníkem (*malleolus*) a kostí patní – zákrok je velmi podobný amputaci podle Pirogova¹⁰.
- **Symeho amputace** – úroveň resekce je mezi holenní kostí a kostí hlezenní – v podstatě se jedná o exartikulaci v hlezenním kloubu, přičemž holenní a lýtková kost (*fibula*) jsou s výjimkou malých částí zachovány.
- **Transtibiální amputace** (pod kolenem) – resekční linie vede cca 12 až 17 cm pod kolenem přes holenní a lýtkovou kost.
- **Exartikulace v kolenním kloubu** – tato úroveň amputace je volena v případech, kdy není k dispozici dostatek kožního krytu nebo pokud je životaschopná část holenní kosti kratší než 4 cm.
- **Transfemorální amputace** (nad kolenem) – resekční linie vede přes stehenní kost (*femur*) – jedná se o velmi častý typ amputace, jež bývá zvolen v případech, kdy má amputace pod kolenem malou pravděpodobnost úspěšného zhojení.
- **Exartikulace v kyčelním kloubu** – v tomto případě je z kyčelního kloubu odstraněna celá dolní končetina včetně stehenní kosti a všech distálních částí (existuje modifikace, při které je malá část stehenní kosti zachována) – mezi příčinné faktory patří rakovina kosti, trauma, některé infekce, ale i diabetes a cévní onemocnění.
- **Hemipelvektomie** – jedná se o odstranění celé dolní končetiny s přílehlou oblastí pánevních kostí – tento postup je často prováděn u zhoubných nádorů horní části stehna, kyčelního kloubu nebo pánve (*pelvis*), jinou příčinou může být zánět kostní dřevě (osteomyelitida) pánve či proximální části stehenní kosti.

⁹ Exartikulace je specifický případ amputace, kdy se určitá část těla odstraní v linii kloubu.

¹⁰ U amputace podle Pirogova je však navíc patní kost rotována o 90° do vertikálního postavení, ve kterém je následně fixována (Dungl et al., 2014).

- **Hemikorporektomie** – resekční linie vede mezi čtvrtým a pátým (L₄ a L₅) bederním obratlem (*vertebrae lumbales*), odstraněn je tedy celý pánevní pletenec včetně kosti křížové (*os sacrum*) – příčinou tohoto zcela krajního řešení může být rozsáhlá rakovina močového měchýře, zhoubné rektální nádory postihující celou pánev a neřešitelné proleženiny.

V následujících dvou oddílech se trochu blíže podíváme na amputace pod kolenem a nad kolenem. K tomu máme hned dva důvody. Zaprvé představují jedny z nejběžnějších forem traumatické amputace dolní končetiny a zadruhé většina našich participantů (s výjimkou jedné exartikulace v koleni) podstoupila právě tyto lékařské zákroky.

TRANSTIBIÁLNÍ AMPUTACE

Přestože má amputace pod kolenem v řadách odborníků i své odpůrce, obvykle bývá považována za jednu z nejdůležitějších úrovní, neboť umožňuje širokému spektru lidí žít s minimálním omezením (Bowker, 1996). Hlavní předností je **zachování kolenního kloubu**, který zásadním způsobem snižuje energetickou náročnost chůze (Smith et al., 2004). O této problematice si povíme více v souvislosti s transfemorální amputací a následnými protetickými možnostmi.

Pokud je transtibiální amputace zvolena jako nejlepší řešení, musí se dále rozhodnout o její úrovni. Výběr nejvhodnější délky pahýlu závisí na několika faktorech. V první řadě je nejdůležitější **příčina amputace**. Jestliže se jedná o trauma, je množství tkáně umožňující zachování pahýlu dáno nehodou a následným ošetřením. V případě nádoru je hlavním cílem chirurgů záchrana adekvátní okrajové části nezasazené nemocí. Zachování určité délky pahýlu je až na druhém místě. U vaskulárních onemocnění musí chirurg po obnovení cévního zásobení určit, zda končetina může být zachráněna celá nebo s určitou – samozřejmě co nejmenší – ztrátou. Druhým nejdůležitějším faktorem při rozhodování o úrovni transtibiální amputace je vyhodnocení **šance pahýlu na zhojení**. Zatřetí by měl být budoucí **pahýl pevný a funkčně optimální** (Bowker, 1996).

V případě amputace pod kolenem rozlišujeme tyto úrovně (Shurr & Michael, 2002):

- **Dlouhá transtibiální amputace** – většina autorů se shoduje, že zachování nejdelší možné části umožňuje lepší protetickou funkčnost. Nicméně ne vždy je maximální délka pahýlu přijatelné řešení – viz předchozí odstavec.

- **Střední (standardní) transtibiální amputace** – v tomto případě bývá délka reziduální končetiny pod kolenem cca 13 až 15 cm. Dle některých odborníků je právě tato úroveň nejkompatibilnější s protetickými pomůckami.
- **Krátká transtibiální amputace** – toto označení se užívá, pokud délka reziduální končetiny pod kolenem nepřesahuje 4 cm, takto krátký pahýl je však z protetického hlediska nesmírně problematický.

Chirurgové se obvykle snaží, pokud je to alespoň trochu možné, kolenní kloub zachránit (Cristian, 2005). Nicméně rozhodování o úrovni amputace neprobíhá podle jediného kritéria. Některé studie se sice pokoušely tuto problematiku maximálně zjednodušit, a upřednostnit jeden hlavní faktor, avšak ne příliš úspěšně (Bowker, 1996). Většina specialistů bere v potaz více zásadních činitelů a v některých případech je vedení resekční linie přes stehenní kost považováno za přijatelnější variantu.

TRANSFEMORÁLNÍ AMPUTACE

Amputace nad kolenem nejsou již tak čtené jako v minulosti, avšak stále často představují nezbytný zákrok u pacientů s vážným vaskulárním onemocněním nebo diabetem. Jedná se především o případy, kdy by nižší úroveň amputace znamenala malou pravděpodobnost úspěšného zhojení. Ovšem je zde také zásadní problém. Většina transfemorálně amputovaných jedinců spotřebovává u běžné chůze **minimálně o 65 % více energie**, než tomu bylo před zákrokem. Zdaleka ne všichni mají dostatečné fyzické rezervy, aby takto vyčerpávající pohyb zvládli. Možnost chůze se tak u některých jedinců omezuje pouze na domácí prostředí a určité procento pacientů nezvládá užívání protézy vůbec (Smith et al., 2004).

Pravděpodobnost úspěšnosti zvládnutí protetické pomůcky naprosto zásadně ovlivňuje délka stehenního pahýlu. U amputace nad kolenem rozlišujeme tyto úrovně (Shurr & Michael, 2002):

- **Dlouhá transfemorální amputace** – resekční linie vede nad kloubními hrboly (kondyly) stehenní kosti – proto se také někdy nazývá suprakondylární. Tato úroveň amputace při zachování normální funkce svalstva umožňuje velký výběr protetických komponentů a výbornou chůzi.

- **Střední (standardní) transfemorální amputace** – provádí se cca v polovině stehenní kosti. V mnoha případech je možné užívat standardní protetické pomůcky a dosáhnout dobrých výsledků při chůzi.
- **Krátká transfemorální amputace** – délka reziduální končetiny v tomto případě činí pouze 5 až 7 cm. Stabilita ve stoji je dosti obtížná a uchycení protézy je velmi komplikované.

Amputace nad kolenem stále zůstává standardním lékařským výkonem i přesto, že následné oprotézování bývá poměrně často obtížné (Dungl et al., 2014). Zejména mechanické nahrazení aktivních funkcí kolene, kotníku a chodidla představuje velikou technickou výzvu (Michael, 1996). Na druhou stranu bychom neměli zapomínat, že transfemorální amputace může někdy znamenat nižší riziko pooperačních komplikací, a tedy nutnosti dalších chirurgických zákroků (Shurr & Michael, 2002). Nyní se trochu blíže seznámíme se samotnými protetickými pomůckami.

2.3 Protézy dolní končetiny

Protetické možnosti významně ovlivňují, jakým způsobem se člověk s amputací vyrovná, neboť determinují schopnost normálního fungování v každodenním životě. Moderní **protéza** by tedy měla být především **funkční a komfortní**. Pro většinu pacientů je také důležitá její estetická přijatelnost. Bohužel zdravotní pojišťovny obvykle zajímá hlavně cena, a proto se amputovaným často nedostává nejlepší možné vybavení. Nutno však dodat, že ne každý typ protézy je vhodný pro všechny uživatele. Někteří jedinci nejsou schopni protézy s drahými komponenty zvládnout nebo efektivně využívat.

Z tohoto důvodu musí protetici a lékaři posoudit **fyzický i psychický potenciál** daného člověka. V úvahu se bere nejen stav po amputaci, ale také životní styl pacienta před ní. Důležitá je také jeho motivovanost. Pro vyhodnocení slouží tzv. **stupně aktivity uživatele** (v anglosaských zemích *K-levels*), které mají tuto klasifikaci (Lusardi, Jorge, Nielsen et al., 2013):

- **Nechodící pacient (K0)** – Pacient nemá schopnost ani potenciál k bezpečnému pohybu. Protéza v tomto případě nezlepší jeho kvalitu života ani mobilitu.
- **Interiérový typ uživatele (K1)** – Pacient má schopnost nebo potenciál užívat protézu pro pohyb konstantní rychlostí na rovném povrchu.

- **Exteriérový typ uživatele (K2)** – Pacient má schopnost nebo potenciál užívat protézu pro překonávání drobných přírodních nerovností a překážek (nerovný povrch, obrubník, schody apod.).
- **Nelimitovaný exteriérový typ uživatele (K3)** – Pacient má schopnost nebo potenciál užívat protézu pro pohyb různou rychlostí. Typické je překonávání většiny přírodních nerovností či překážek a provozování pracovních, terapeutických nebo jiných pohybových aktivit. Požadavkem je užívání protézy způsobem, který překračuje jednoduchou lokomoci.
- **Nelimitovaný exteriérový typ uživatele (K4)** – Pacient má schopnost nebo potenciál užívání protézy způsobem, který překračuje základní dovednosti. Navíc se u protézy vyskytuje nadměrné rázové a mechanické zatížení. Typickým příkladem je dítě nebo vysoce aktivní dospělý uživatel nebo sportovec.

Kromě aktivity uživatele je pro výběr protézy velmi podstatné, v jaké fázi léčebného procesu se daný pacient nachází. Podle toho se protézy dělí na několik typů (Seymour et al., 2002):

- **Pooperační (rehabilitační) protézy** – užívají se krátce po amputaci. Slouží především k včasné mobilizaci a prvotní rehabilitaci.
- **Protézy pro prvovybavení (dočasné protézy)** – zpravidla se užívají cca jeden rok po amputaci (v některých zemích se však délka užívání liší). Během této doby by se měl ustálit objem pahýlu. Dočasné protézy slouží především k brzkému nácviku chůze.
- **Definitivní protézy** – doporučují se v případě, že již nedochází k významným změnám objemu pahýlu. Životnost definitivní protézy obvykle bývá cca 3-5 let. Nutnost výměny protézy může nastat z několika důvodů: atrofování reziduální končetiny, úbytek či navýšení hmotnosti uživatele, nebo nadměrné užívání protézy.

Pro úplnost ještě doplňme, že existují také různá **speciální provedení protéz**. Kromě dětské protézy a ortoprotézy (pro pacienty s vrozenou vadou) se hlavně jedná o protézy uzpůsobené pro různé **sportovní aktivity**. Nejčastěji jsou speciální protézy konstruovány pro atletiku, cyklistiku, lyžování, a dokonce i vodní sporty. Bohužel i přes veškerou technickou zajímavost zde nemůžeme zabíhat do větších detailů. S ohledem na rozsah této práce se v následujících oddílech zaměříme výhradně na konstrukce transtibiálních a transfemorálních protéz, jimiž jsou vybaveni naši účastníci.

TRANSTIBIÁLNÍ PROTÉZA

Základní části transtibiální protézy (schéma protézy viz příloha č. 6) tvoří **protetické lůžko** (část, která se nasazuje na pahýl) a **protetické chodidlo**. V závislosti na konstrukci je lůžko s chodidlem propojeno buď pomocí **spojovacího adaptéru** (endoskeletární provedení) nebo **exoskeletární skořepinou** (exoskeletární provedení). Obě konstrukce mají své výhody a nevýhody. U endoskeletárního typu je nosná funkční část – nastavitelný adaptér – umístěn uvnitř protetické končetiny. Realistický vzhled zde zajišťuje vnější kosmetický kryt. Hlavní předností tohoto uspořádání je velmi snadná změna nastavení protézy či výměna jednotlivých částí. Exoskeletární typ má vyšší odolnost a jednodušeji se čistí. Nevýhodou vůči endoskeletárnímu provedení je vyšší hmotnost a obtížnější úprava nastavení (Lusardi, Jorge, Nielsen et al., 2013).

Mezi nejužívanější typy transtibiálních protetických lůžek patří (Seymour et al., 2002):

- **PTB lůžko** (z angl. *Patellar Tendon Bearing*¹¹) – využívá pro přenos zátěže především masité části, které dobře snášejí vyšší tlak. Naopak citlivé oblasti (např. s kostními výčnělky) jsou odlehčeny.
- **TSB lůžko** (z angl. *Total Surface Bearing*¹²) – rozkládá tlak rovnoměrně po celém povrchu amputačního pahýlu.

Bez ohledu na druh lůžka se ve většině případů na pahýl natahuje ještě mezivrstva – **měkká vložka** (z plastu) nebo **viskoelastické lůžko** (obvykle silikonové). Pro samotné upevnění pahýlu k protéze se využívají různé **závěsné systémy**. Těch je poměrně velké množství. Pro elementární představu uvedme alespoň několik běžnějších typů. Například se může jednat o systémy využívající mechanický uzávěr, který spojuje viskoelastické lůžko s protetickým lůžkem pomocí čepu či lanka. Jiné fungují na principu podtlaku či kolenního návleku.

Poslední esenciální komponentou je **protetické chodidlo**. To by v ideálním případě mělo nahrazovat funkce amputovaného chodidla a hlezna. Jedná se o adaptaci na nerovný terén, absorpci nárazů, nastavení délky končetiny k vyrovnání těžiště těla, stabilizaci kolene apod. Nahrazení všech těchto funkcí jednoduchým mechanickým chodidlem je nereálné.

¹¹ Přenos zátěže přes patelární vaz.

¹² Přenos zátěže přes celý povrch (lůžka).

Různá provedení spíše představují kompromisní řešení. Mimo jiné můžeme protetická chodidla rozdělit na konvenční (klasická) a dynamická. Koncepčně starší **konvenční chodidla** splňují pouze základní požadavky. Jejich hlavní předností je dobrá stabilita. Modernější **dynamická chodidla** jsou navíc schopná akumulovat energii, kterou následně uvolní při odvalu chodidla (Shurr & Michael, 2002).

Naprostým vrcholem protetické technologie jsou tzv. **bionická chodidla**, která sama reagují na změnu terénu nebo pohybové činnosti. Bionické chodidlo dokáže během odrazu generovat energii, která pohání protézu směrem dopředu, což jeho uživateli **šetří mnoho sil**. Chůze je pak také více symetrická. To vše je možné díky kombinaci mikroprocesorů, snímačů, servopohonů a pružin. Nevýhodami jsou v porovnání s tradičními chodidly vyšší váha a nutnost nabíjet baterie (Lusardi, Jorge, Nielsen et al., 2013).

TRANSFEMORÁLNÍ PROTÉZA

Mnoho informací, které jsme si výše řekli o transtibiální protéze, platí také u protézy transfemorální – včetně rozlišení konstrukce na endoskeletární a exoskeletární. Hlavní rozdíl zde představuje nutnost nahrazení kolenního kloubu umělým komponentem (schéma protézy viz příloha č. 6). Protetická chodidla se používají v obou případech stejná, avšak pahýlová lůžka se celkem pochopitelně tvarově i principiálně liší.

Nejběžnější **transfemorální lůžka** jsou dvojího typu (Schuch & Pritham, 2004):

- **Příčně oválné lůžko** (*Quadrilateral*) – přenos zátěže zde probíhá hlavně přes sedací kost (*os ischii*), která dosedá na lůžko. Využíváno je však také sedací svalstvo.
- **IC lůžko** (z angl. *Ischial Containment*) – u tohoto typu je sedací kost do lůžka zanořena. Zátěž je v tomto případě přenášena především mediální částí sedací kosti. Kontura tohoto lůžka je určena specifickou muskulaturou, měkkými tkáněmi a strukturou skeletu amputovaného.

Poslední komponent, který si představíme, je **protetický kolenní kloub**. Jeho hlavními funkcemi jsou plná opora během stojné fáze a plynulý průběh švihové fáze chůze. Konkrétní typ bývá doporučován na základě **potřebné stability**, která je podmíněna délkou pahýlu. Jedinci s dlouhou reziduální končetinou zpravidla mohou používat umělý kloub s nižší stabilitou a naopak. Opět existuje dosti velké množství typů protetických kloubů. Podle počtu os otáčení je můžeme rozdělit na **jednoosé** nebo **víceosé**. Další členění je možné podle toho, zda při chůzi využívají **mechanické tření**, **pneumatickou jednotku** nebo

hydraulickou jednotku. Pro větší úplnost ještě uvedme možnost dělení podle **zamykacího a brzdícího mechanismu.** Technologickou špičku opět představují klouby **řízené mikroprocesorem** (Seymour et al., 2002).

Ačkoliv se to nemusí na první pohled zdát, opravdu jsme výše zmínili jen ty nejzákladnější typy komponentů transtibiálních a transfemorálních protéz. Ve skutečnosti je nabídka – nejen s ohledem na různé výrobce – mnohem pestřejší. Každý člověk s amputovanou dolní končetinou by měl v ideálním případě vyzkoušet co nejvíce možností, aby zjistil, která konfigurace protézy mu nejlépe vyhovuje. Nicméně i přes neustálé zdokonalování protetické péče musí amputovaný jedinec řešit řadu komplikací a obtíží. O tom, jak se lidé vyrovnávají s problémy v souvislosti s amputacemi budeme referovat v následující kapitole.

3 ZVLÁDÁNÍ MIMOŘÁDNĚ NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE

Každý člověk se musí ve svém životě potýkat s řadou nepříjemných okolností. Ty se od sebe odlišují především svou závažností a dopadem na daného jedince. Hodnocení jednotlivých zkušeností je samozřejmě dosti subjektivní a nelze je zobecnit. Jednotliví lidé často přisuzují i velmi podobným událostem diametrálně rozdílné významy, což zásadně ovlivňuje jejich prožívání a chování. Přesto však existují některé situace, o nichž si troufáme tvrdit, že mají objektivně silně negativní charakter. Ztrátu velké části dolní končetiny považujeme za jednu z nich.

Potenciálně ohrožující události, amputace nevyjímaje, s sebou obvykle přinášejí určitou míru stresu. Existuje několik základních pojetí a modelů psychické zátěže. V naší práci vycházíme z tzv. **transakční teorie stresu**. Její originální verze pochází z šedesátých let 20. století, nicméně v průběhu času byla svými autory upravována a doplňována (Baštecká & Mach, 2015). Zejména pozdější revidované pojetí věrohodně odráží průběh stresových reakcí v reálném životě. Navíc z něj vychází drtivá většina moderních psychologických studií, které se zabývají problematikou amputací. Skrze transakční přístup bude zajištěna také určitá homogenita a kontinuita naší práce s dosavadním výzkumem.

V rámci transakčního pojetí stresu rovněž vzrostl zájem o způsoby, jimiž se lidé pokoušejí náročné situace zvládat. Většina z nás disponuje určitým „arzenálem“ postupů, které nám při stresu v různé míře pomáhají. Nicméně některé události mohou být natolik atypické či zdrcující, že navyklé styly zvládnutí nemusí stačit. V takovém případě si člověk buď osvojí způsoby nové nebo nad situací ztratí kontrolu. U traumatické amputace dolní končetiny hrají tyto strategie ohromnou roli. Významně napomáhají celkovému přizpůsobení se nové, v mnoha ohledech nepříznivé, životní situaci. Detailněji o všech těchto tématech pojednáme v následujících podkapitolách.

3.1 Transakční teorie stresu

Problematice stresu se v minulosti věnovalo, a stále ještě věnuje, velké množství autorů. Jedním z nejvýznamnějších byl americký psycholog **Richard S. Lazarus**, který je považován za jednoho z tvůrců psychologické stresové teorie. Jeho přístup byl průkopnický

především tím, že zdůrazňoval význam **kognitivního hodnocení** při stresové reakci. Lazarus si zřejmě jako první uvědomil, že není až tak podstatné, jestli je určitá situace objektivně ohrožující. Mnohem důležitější je podle něj to, zda ji daný jedinec za ohrožující považuje (Baštecká & Mach, 2015).

Starší teorie obvykle definovaly stres jako určitý podnět nebo jako reakci na tento podnět. V prvním případě se zaměřovaly na události (přírodní katastrofy, nemoci apod.), o kterých předpokládaly, že jsou normativně stresující. Zcela tak opomíjely individuální rozdíly při hodnocení dané situace. Definice, jejichž jádrem byla reakce na podnět zase neposkytovaly žádné pravidlo, jež by určovalo, za jakých podmínek je ten či onen podnět stresující. Lazarusovo pojetí stresu se od nich liší tím, že bere v potaz nejen specifika určité události, ale také jedinečnost charakteristik člověka (Lazarus & Folkman, 1984).

Lazarus se svou kolegyní Folkmanovou vytvořili model, který chápe stres jako výsledek **vzájemného působení** mezi jedincem a jeho prostředím. Zmínění autoři ve svých pracích často užívají k vyjádření recipročního vlivu pojem **transakce**. Proto jejich přístup bývá někdy nazýván **transakční teorií stresu**. V rámci tohoto pojetí je stres poměrně komplexní fenomén. Zahrnuje v sobě minimálně čtyři na sebe navazující subjektivní jevy – kognitivní hodnocení, stresové emoce, copingové strategie (budou vysvětleny později) a přehodnocení (Mareš, 2012).

Lazarus a Folkmanová (1984) rozlišují tři typy kognitivního hodnocení:

- **Primární hodnocení** – Jedná se o posouzení závažnosti situace, která může být považována za bezvýznamnou, pozitivní nebo stresující. Stresující hodnocení může mít tři podoby: **újm**a (již došlo ke ztrátě), **hrozba** (předpokládaná ztráta) a **výzva** (předpokládané zvládnutí či dokonce zisk). Hrozba a výzva nejsou opačné póly jednoho kontinua. Mohou dokonce nastat současně, a přestože spolu souvisejí, musí být považovány za samostatné konstrukty.
- **Sekundární hodnocení** – Zahrnuje vyhodnocení vlastních možností situaci zvládnout. Jedná se o posouzení efektivity potenciální strategie či strategií. V úvahu jsou brány také možné následky konkrétní strategie – zda by nějaký další krok mohl zabránit újmě, zlepšit situaci nebo způsobit další újmu. Základní otázka zní: „Co, pokud vůbec něco, mohu v této situaci udělat, a jak to ovlivní můj život?“
- **Přehodnocení** – Jedná se o změnu hodnocení na základě nových informací, které si daný jedinec uvědomil nebo získal z prostředí. Přehodnocení se od hodnocení liší

pouze tím, že na ně navazuje. Někdy se však jedná pouze o výsledek kognitivního úsilí situaci zvládnout. V tom případě se jedná o tzv. „obraně přehodnocení“, které je často těžké odlišit od přehodnocení založeném na nových informacích.

Ve své původní stresové teorii z šedesátých let Lazarus velmi akcentoval význam kognitivního hodnocení. Emocím přisuzoval pouze vedlejší úlohu. Postupně však svůj přístup přehodnotil a kognitivní model stresu rozšířil. Novější teorie zahrnuje celkem tři hlavní konstrukty – **motivaci, kognici a emoce**. Ty se vzájemně překrývají a závisejí jeden na druhém. Nelze je tedy snadno od sebe odlišit, což upravený model do jisté míry komplikuje. Nicméně každý z těchto konstruktů má neredukovatelný význam a všechny tři hrají při adaptaci svou zvláštní roli (Lazarus, 1991).

Emoce jsou vázány na **osobnostní proměnné**, mezi něž patří zejména hodnotový systém, cíle, hierarchie cílů, systém víry, jiné osobnostní zdroje a významné sociální události. Osobnostní proměnné společně s **proměnnými prostředím** utvářejí hodnocení, z něhož vychází každá emoce. U přístupu, který je více zaměřen na emoce, dochází ke změně vztahu člověk-prostředí. Mění se relační významy, které je nutné v rámci analýzy kognitivního hodnocení přiřadit (Lazarus, 1999).

Kategorie primární a sekundární hodnocení figurují i v novějším modelu. Ten však již nerozlišuje pouze mezi třemi stavy – újma, hrozba a výzva. Důležitý je také možný prospěch. **Primární hodnocení** se týká toho, zda došlo k něčemu relevantnímu pro kvalitu života. Ke stresové reakci může dojít pouze v případě, že má jedinec na situaci nějaký osobní zájem. Může se jednat o krátkodobé i dlouhodobé cíle (např. blaho milovaného člověka). Primární hodnocení se skládá ze tří složek: **důležitost cíle, soulad či nesoulad s cílem** (podmínky transakce buď usnadňují nebo maří dosažení cíle) a **způsob účasti ega** (souvisí s rolí různých cílů při utváření emocí¹³). Emoce v této teorii vždy souvisí s určitými cíli. Dokonce nemohou, stejně jako stres, bez existence cíle vznikat (Lazarus, 1991).

Při **sekundárním hodnocení** se opět jedná o možnosti situaci zvládnout (tzv. coping – podrobněji viz níže). Oproti původní teorii se zde rozlišují tři složky: **obviňování nebo zásluha** (dle posouzení odpovědnosti za daný stav), **copingový potenciál** (vychází z přesvědčení, zda můžeme svou situaci zlepšit) a **budoucí očekávání** (je buď pozitivní nebo negativní). Jednotlivé složky hodnocení rozhodují o tom, která emoce se v interakci

¹³ Například pýcha a hněv jsou důsledky touhy zachovat nebo zvýšit vlastní sebeúctu a prestiž (Lazarus, 1991).

vyskytne. Pro úplnost dodejme, že také v tomto modelu dochází k neustálému **přehodnocování**, jež má za následek kontinuální proměnlivost emocí (Lazarus, 1999).

Velmi důležitým pojmem transakční teorie je již výše zmiňovaný **coping**. Tento anglický výraz označuje způsob, kterým se lidé snaží zvládnout obtížnou situaci. Koncept copingu považujeme v kontextu našeho tématu za naprosto esenciální. Z tohoto důvodu se mu budeme věnovat v samostatné podkapitole. Nejprve se s ním seznámíme v obecnější rovině a poté se zaměříme na výzkumy copingu přímo v souvislosti s amputacemi končetin.

3.2 Coping a copingové strategie

Termín coping se do češtiny nejčastěji překládá doslovně jako **zvládání** (Hartl & Hartlová, 2010). Kvůli lepšímu porozumění se obvykle užívá ve slovním spojení – zvládání zátěže nebo náročné situace. Jednoslovný ekvivalent v češtině bohužel neexistuje. V psychologické literatuře coping představuje dobře zavedený pojem s dlouholetou tradicí. Proto neshledáváme žádný vážnější důvod k užívání českých překladů, které v určitých kontextech mohou působit nepatříčně. V této práci se tedy až na některé výjimky budeme držet původního anglického výrazu.

Především v klinické psychologii je koncept copingu znám již od čtyřicátých let 20. století. V anglosaské literatuře se později stal populárním také u laické veřejnosti, o čemž svědčí mnoho článků a bestsellerů. Samozřejmě existuje více různých přístupů, přičemž ty tradičnější vycházejí z experimentů se zvířaty a psychoanalýzy. V našem textu opět navazujeme na pojetí Lazaruse a Folkmanové, kteří coping definovali jako: neustále se měnící kognitivní a behaviorální snahu o zvládnutí určitých vnějších či vnitřních požadavků, které jsou hodnoceny jako zatěžující nebo překračující psychické zdroje dané osoby (Lazarus & Folkman, 1984).

Coping přímo i nepřímo ovlivňuje proces přehodnocování. Kauzálně tedy předchází emoce, na něž může působit dvěma různými způsoby, které odpovídají základní typologii **copingových strategií** (Lazarus, 1991):

- **Coping zaměřený na problém** – Jedná se o aktivní formy copingu, které mění aktuální vztah člověk-prostředí. Pokud se nám například nelíbí, že listí ze sousedova stromu padá na náš pozemek, můžeme zkusit přimět souseda, aby strom pokácel. Pokud uspějeme, měly by nepříjemné emoce ustoupit. Copingové snahy však nemusí vždy vést ke snížení úrovně stresu a úzkosti. Někdy mohou mít dokonce opačný

efekt. Úsilí může být také neúměrné závažnosti problému a převyšovat potencionální přínosy.

- **Coping zaměřený na emoce** – V tomto případě se pozmění pouze způsob, jakým člověk vztah prožívá (např. situaci promyslí a začne ji hodnotit jinak) nebo interpretuje (např. hrozbu popře nebo se od ní distancuje). Přestože tento coping probíhá zejména formou přemýšlení, nelze jej označit za pasivní. Dochází k vnitřní restrukturalizaci, při které se sice nemění aktuální vztah, ale mění se jeho význam, a tím i emocionální reakce. Pokud například úspěšně popřeme, že je něco v nepořádku, není důvod prožívat emoce spojené s újmou či hrozbou.

Folkmanová (1997) model copingu rozšířila a doplnila ještě o jeden typ strategie – tzv. **coping založený na smyslu** (*meaning-based coping*). Podle autorky se může uplatnit v případech, kdy nelze dosáhnout uspokojivého řešení výše zmíněnými způsoby. Navzdory obtížným okolnostem pomáhá rozvíjet a udržovat pocit psychické pohody. Na základě analýzy odpovědí z dotazníků a interview Folkmanová identifikovala čtyři formy copingu, které spojuje téma hledání a nacházení pozitivního významu:

- pozitivní přehodnocení – na situaci začneme pohlížet v lepším světle;
- identifikace dosažitelných cílů – zaměření úsilí na bližší úkoly či problémy;
- nalézání útěchy skrze spirituální či náboženské přesvědčení;
- naplňování běžných životních událostí pozitivním významem.

Je třeba si uvědomit, že dělení copingu podle toho, zda se zaměřuje na problém, emoce či nalezení smyslu, představuje pouze jakýsi základní rámec. Za copingovou strategii lze totiž považovat v podstatě jakékoliv jednání, prožívání nebo myšlení během zátěžové situace. Někteří autoři také rozlišují copingové strategie na **adaptivní a maladaptivní**. To je však dosti problematické, neboť některé počínání může být například z krátkodobého hlediska prospěšné, ale dlouhodobě sebedestruktivní (např. kouření). Navíc žádná univerzálně účinná strategie neexistuje. Životní události jsou stejně jako každý člověk jedinečné. Lidé zkrátka většinou dělají to nejlepší, co v danou chvíli dovedou (Baštecká & Mach, 2015).

3.3 Copingové strategie u amputovaných jedinců

Doposud jsme pojednávali o copingu a zátěžových situacích zcela v obecném smyslu. V tomto oddíle však toto téma zúžíme na problematiku vyrovnávání se s amputací

končetiny. Rovněž v případě amputace platí, že copingovou strategií může být téměř cokoliv. Přesto však považujeme za užitečné pro větší přehlednost copingové strategie určitým způsobem kategorizovat. Livneh, Antonak a Gerhardt (1999) v rámci svého výzkumu adaptace na amputaci identifikovali čtyři základní skupiny copingu:

- **aktivní řešení problému** – hledání sociální opory, pozitivní reinterpretace události, plánování budoucnosti a aktivní coping;
- **coping zaměřený na emoce** – ventilování emocí, zbožná přání, sebeobviňování a sociální odloučení;
- **útěk před problémem** – konzumace alkoholu či drog, obrácení se na náboženskou víru a vyhýbavé chování;
- **kognitivní neúčast** – distancování se od problému nebo jeho popření.¹⁴

Coping u amputovaných jedinců představuje poměrně striktně ohraničenou oblast bádání. Přesto v posledních desetiletích vzniklo několik přínosných studií, které se tímto tématem zabývaly. Vybrali jsme celkem tři výzkumy, jenž považujeme za nejrelevantnější k zaměření naší práce, a nyní si je představíme.

Velmi propracovanou kvalitativní studii realizovali Oaksfordová, Frude a Cuddihy (2005). Participanty tvořilo 12 dobrovolníků (10 mužů a 2 ženy) s transtibiální amputací dolní končetiny, kteří byli rozděleni do tří skupin podle časového odstupu od operace – půl roku, jeden rok a pět let. Nejprve byla zjištěna jejich míra adaptace na ztrátu končetiny pomocí škál hodnotících úroveň úzkosti, deprese a sebevědomí. Samotný sběr dat pak probíhal formou polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně analyzovány pomocí zakotvené teorie. Výzkumníci dále porovnávali coping u jednotlivých skupin, což jim umožnilo odhalit krátkodobé i dlouhodobé copingové strategie.

Na základě analýzy získaných dat autoři vytvořili teoretický model odhalující roli copingu u amputovaných jedinců. Podle tohoto modelu jsou pacienti po amputaci vystaveni řadě stresorů (flashbacky z operace, změna sebepojetí, zvykání si na protézu, fantomové bolesti apod.). Poté započne hodnotící proces, jímž se jedinec snaží pochopit svou zkušenost, a který je silně ovlivněn individuálními charakteristikami (optimismus, postoj akceptující realitu, fatalismus, *self-efficacy*¹⁵ apod.). Následují různé copingové strategie

¹⁴ V podstatě se jedná o modifikaci typologie podle Lazaruse a Folkmanové.

¹⁵ Tento koncept rozpracoval americký psycholog Albert Bandura. Jedná se o přesvědčení o vlastní schopnosti řešit nastalé situace. Někteří autoři výraz *self-efficacy* překládají do češtiny jako „vnímaná vlastní zdatnost“ apod., čímž se snaží vyjádřit jeho podstatu. V našem textu se však raději přidržíme originálního pojmu.

(psychologický únik, hledání sociální opory, humor, kognitivní přehodnocení či praktický coping), které se v průběhu času mění. Psychologický únik a hledání sociální opory jsou důležité hlavně první rok po amputaci. Celkově nejužívanější strategií bylo kognitivní přehodnocení, avšak po pěti letech jeho potřeba výrazně klesá. Praktický coping byl společný všem třem skupinám, ale nejčastěji se objevoval rok po amputaci. Autoři dále zdůrazňují význam pozitivních psychologických reakcí (pozitivní přehodnocení a posttraumatický rozvoj), které usnadňují celkové přizpůsobení se životu s protézou (Oaksford, Frude, & Cuddihy, 2005).

Většinu participantů výzkumů zabývajících se psychologickou zkušeností s amputací končetiny tvoří muži. Z tohoto důvodu se Stuttsová, Billsová, Erwinová a Goodová (2015) rozhodly realizovat kvalitativní studii pouze se ženami. Výzkumu se účastnilo celkem 30 žen – většina s transtibiální (n = 14) nebo transfemorální (n = 11) amputací. Metodou sběru dat byl online průzkum, který se skládal ze tří částí: demografické údaje a pozadí amputace, dotazník s otevřenými otázkami stran copingu a dotazník *Posttraumatic growth inventory* (PTGI). Nejčastěji uváděnou strategií bylo vyhledávání sociální opory, což bývá typické i pro muže. Přibližně 87 % participantek navštěvovalo podpůrnou skupinu pro amputované. Druhou nejobvyklejší charakteristikou usnadňující adaptaci byl pozitivní přístup k sobě samé. Naopak nejfrekventovanější prvky komplikující coping představovaly pocity opuštěnosti a smutek. Celkově ženy vykazovaly střední až vysokou úroveň posttraumatického rozvoje.

Poslední studii, kterou si představíme, uskutečnili portugalské badatelé Pereira, Ramos, Lobarinhas, Machado a Pedras (2018). Výzkumu se účastnilo 63 jedinců (50 mužů a 13 žen) s amputací dolní končetiny. Efektivita copingu byla zjišťována dotazníkem *Brief COPE* (B-COPE). Nezávisle proměnné tvořily sociodemografické a klinické údaje. Závisle proměnnou představovala životní spokojenost, která byla posuzována pomocí škály *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Průměrný skóre indikoval vysokou nespokojenost se životem u většiny participantů bez ohledu na demografické údaje. Co se týče copingových strategií, větší životní spokojenost byla asociována s aktivním copingem, plánováním budoucnosti, náboženstvím, akceptováním zdravotního stavu a humorem. Ženy častěji užívaly strategii popírání. Mladší jedinci vykazovali ve větší míře plánování budoucnosti a akceptování zdravotního stavu. Participantů s bolestivějším pahýlem více inklinovali k náboženství, aktivnímu copingu a rozptýlení. Uživatelé protéz častěji vyhledávali rozptýlení a emoční podporu.

3.4 Adaptace na ztrátu dolní končetiny

Coping u amputovaných jedinců úzce souvisí s procesem **adaptace**¹⁶ na novou životní situaci. V odborné literatuře pojednávající o amputacích však neexistuje jednotná konceptualizace či operacionalizace **psychosociálního přizpůsobení**. Zpravidla bývá určeno skrze určitá měřítka výsledků, která byla pro danou studii vybrána.¹⁷ Mnoho výzkumů se zaměřuje na **absenci psychologických poruch** jakožto indikátor žádoucího přizpůsobení. Potíže s přizpůsobením jsou pak obvykle charakterizovány z hlediska negativních afektivních reakcí – nejčastěji depresivní symptomatologie. Nicméně toto zaměření na patologii je v posledních letech vyvažováno studii, které naopak vyzdvihují **resilienci a žádoucí psychologické procesy**. V obou případech si však musíme uvědomit, že pokud jsou psychologické konstrukty – typu deprese či sebeúcta – posuzovány samostatně, představují pouze část obrazu celkového přizpůsobení (Desmond & Gallagher, 2008).

Některé výzkumy se zabývaly přímo vztahem mezi copingovými strategiemi a přizpůsobením se amputaci. Autoři Livneh, Antonak a Gerhardt (1999) zkoumali vliv sociodemografických proměnných, faktorů spojených s postižením a copingových strategií na psychosociální adaptaci po amputaci. Podle očekávání se ukázalo, že aktivní řešení problému je nejefektivnější strategií. Ostatní základní typy copingu – zaměření na emoce, útek před problémem a kognitivní neúčast – byly mnohem pravděpodobněji asociovány s depresí, úzkostí a internalizovanou či externalizovanou hostilitou. Vedly tedy k celkově horší úrovni přizpůsobení a přijetí. Sociodemografické faktory a okolnosti postižení ovlivňovaly adaptaci v menší míře.

Desmond a MacLachlan (2006) posuzovali, do jaké míry je možné dle užívaných copingových strategií predikovat přizpůsobení se ztrátě dolní končetiny. Jejich výzkumný soubor představovalo úctyhodných 796 britských válečných veteránů ve věku 26-92 let. Pomocí lineární regrese byly zjišťovány vztahy mezi demografickými proměnnými, úrovní a etiologií amputace, dimenzemi copingu, přizpůsobením se amputaci (v rámci

¹⁶ V anglosaské literatuře se pojem *adaptation* (adaptace) často libovolně zaměňuje za výraz *adjustment* (přizpůsobení). Někteří autoři však považují za nutné mezi nimi rozlišovat. Pojem *adaptation* užívají ve smyslu dynamického procesu, který postupně směřuje k určitému optimálnímu stavu. Zatímco slovo *adjustment* podle nich označuje právě tento finální stav adaptačního procesu – dosažení psychosociální rovnováhy apod. (Desmond & Gallagher, 2008). Také v naší práci užíváme pojem **adaptace** spíše pro vyjádření probíhajícího procesu a slovo **přizpůsobení** pro relativně trvalý stav.

¹⁷ Platí to i pro velkou část výzkumů, které zde uvádíme.

sebehodnocení) a symptomy úzkosti či deprese. Výsledky ukázaly, že copingové styly jsou skutečně významným prediktorem psychosociálního přizpůsobení. Vyhýbání se problému bylo silně spojeno s distresem a špatným přizpůsobením. Naproti tomu řešení problému bylo negativně asociováno s depresivními a úzkostnými symptomy, zatímco hledání sociální opory bylo negativně asociováno s příznaky deprese a pozitivně spojeno se sociálním přizpůsobením.

Adaptací na ztrátu dolní končetiny se zabývaly také některé výzkumy z posledních let. Autory jedné z nich jsou portugalští výzkumníci Pedrasová, Vilhenaová, Carvalho a Pereiraová (2018), kteří zkoumali psychosociální přizpůsobení 10 měsíců po amputaci. Participanty na začátku výzkumu tvořilo 206 hospitalizovaných jedinců, které čekala amputace dolní končetiny z důvodu onemocnění diabetes mellitus II. typu. Nicméně všechny etapy studie absolvovalo pouze 96 osob. Účastníci vyplňovali řadu dotazníků ve čtyřech různých obdobích: během hospitalizace před operací, 1 měsíc, 6 měsíců a 10 měsíců po amputaci. Ze statistické analýzy vyplynulo, že horší přizpůsobení 10 měsíců po zákroku bylo spojeno s větší úzkostností a vyšším stupněm aktivit každodenního života před operací. Vnímaná sociální opora půl roku po operaci moderovala vztah mezi symptomy traumatického stresu v prvním měsíci po zákroku a přizpůsobením se omezením 10 měsíců po amputaci. Muži před operací více trpěli úzkostnými a depresivními symptomy, a také vykazovali vyšší úroveň aktivit každodenního života před i po chirurgickém zákroku.

Přizpůsobení se amputaci končetiny ovlivňuje nepřeberné množství faktorů. Samozřejmě není v možnostech ani sebeprocovanějšího výzkumu postihnout úplně všechny. Především novější studie se však snaží zahrnout alespoň nejvýznamnější činitele do svých výzkumných designů. Dobrým příkladem v tomto ohledu může být poslední jmenovaná studie z Portugalska. Autoři zde, kromě sociodemografických údajů a informací stran amputace, posuzovali úroveň aktivit každodenního života, psychologické reakce (úzkost a deprese), symptomy traumatického stresu, spokojenost se sociální oporou a typy copingových strategií. Psychosociální přizpůsobení bylo hodnoceno skrze nástroj *Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales Revised* (TAPES-R), jenž zahrnuje 3 subškály: obecné přizpůsobení, sociální přizpůsobení a přizpůsobení se omezením (Gallagher, Franchignoni, Giordano, & MacLachlan, 2010). Je evidentní, že touto cestou můžeme získat mnohem realističtější představu o kvalitě života amputovaného člověka, než když je posuzována výhradně přítomnost psychopatologických jevů.

Horganová a MacLachlan (2004) se pokusili vytvořit určitý přehled odborné literatury, která se zabývá problematikou adaptace na ztrátu dolní končetiny. Z jejich studie můžeme získat povědomí téměř o všech faktorech a jevech, které bývají v rámci výzkumu přizpůsobení se amputaci dolní končetiny považovány za relevantní. Autoři v první řadě uvádějí depresi, úzkost a úzkost způsobenou **změnou tělesného obrazu** (*body image*). Dále se jedná o fungování ve společnosti, sociální diskomfort a vytvoření nové self-identity (zejména v souvislosti s limity, které amputace přináší). Samostatnou kategorií představují faktory spojené s psychologickým přizpůsobením. Zde patří příčina a úroveň amputace, časový odstup od operace, fantomové bolesti či bolestivost pahýlu, využití protetických možností a sociodemografické faktory (pohlaví, věk, rodinný stav a celková úroveň sociální opory). Velmi významný vliv mají samozřejmě osobnostní vlastnosti a individuální coping.

Z tohoto výčtu je patrná celková **složitost problematiky adaptace** na ztrátu dolní končetiny. Bohužel zde nemáme prostor, abychom se podrobněji věnovali úplně všem výše zmíněným činitelům. Některé jsme již probrali relativně detailně – úroveň amputace, protetické možnosti či coping – a dalším se ještě budeme věnovat v následující kapitole pojednávající o protektivních faktorech. Ovšem také v tomto případě se bude jednat pouze o určitý výběr, který vychází z výsledků námi uváděných studií a našich vlastních předpokladů.

4 PROTEKTIVNÍ FAKTORY

„*Buď jak skalní útes, o nějž se láme vlna za vlnou: ale útes nepovoluje a bouře vod kol kolem usíná*“ (Marcus Aurelius, 2011, str. 60).

Některé okolnosti člověku brání, aby se s ranami osudu dobře vyrovnal, a jiné naopak adaptaci usnadňují. V této kapitole se budeme zabývat druhou ze zmíněných skupin, jež bývá označována jako **protektivní faktory**¹⁸. Tito podpůrní činitelé úzce souvisí s tématem copingu, jemuž jsme se věnovali v předchozí části.¹⁹ Buď zvládání zátěže citelně ulehčují nebo účinek určité strategie přímo podmiňují. Kupříkladu velmi efektivní copingová strategie vyhledávání sociální opory by bez realizace samotné pomoci neměla valného významu.

Protektivní faktory zahrnují veškeré vlivy, které nějakým způsobem **pozitivně ovlivňují reakce člověka na hrozby** z jeho okolí. Ne vždy se však jedná o kladnou zkušenost. Za specifických okolností také nepříjemné a **potenciálně nebezpečné události** mohou člověka zocelit. Bez následného stresoru se tedy nemusí efekt některých protektivních faktorů vůbec projevit. Z toho vyplývá, že jejich úlohou je spíše modifikace reakce na pozdější zátěžovou situaci než přímá podpora normálního vývoje. Musíme rovněž zdůraznit, že protektivní faktory se nevyskytují výhradně ve formě životní zkušenosti. Často mají podobu nějaké **osobnostní proměnné** – temperamentu, charakteru či rysu apod. (Rutter, 1985).

Obdobně jako u copingových strategií platí pravděpodobně i zde, že za určitých podmínek, může být protektivním faktorem „téměř cokoliv“. Již v osmdesátých letech Rutter (1987) ve svém hojně citovaném článku uvedl celou řadu protektivních faktorů, které byly v jeho době předmětem psychologických výzkumů. Některé z nich jsou celkem intuitivní – temperament, vztah s rodiči v dětství, školní zkušenost, opora v manželství či *self-efficacy* – jiné již méně – např. pohlaví či brzká ztráta rodiče. Výčet významných

¹⁸ V odborné literatuře můžeme najít jako synonyma také pojmy nárazník (z angl. *buffer*), moderátor, ochranný či ameliorativní faktor (Baštecká & Mach, 2015).

¹⁹ Někteří autoři řadí copingové strategie přímo mezi protektivní faktory. Dle našeho soudu se tím ovšem dopouštějí terminologické nepřesnosti, neboť tím pádem neodlišují průběh zvládání zátěže od činitelů, které tento proces ovlivňují.

protektivních faktorů se v průběhu času různě proměňoval, některé však zůstaly předmětem zájmu badatelů dodnes.

Ambicí této práce rozhodně není vytvoření současného přehledu důležitých protektivních faktorů nebo koncepcí, které s nimi souvisejí. Nicméně některé z nich se zdají být pro naši problematiku natolik podstatné, že se jim věnujeme v samostatných podkapitolách. Za jedno z těchto stěžejních témat rozhodně považujeme teorii psychické odolnosti, respektive resilience.

4.1 Resilience při ztrátě končetiny

V kontextu protektivních faktorů a zvládnání náročných životních situací se jeví jako významný koncept **odolnosti**. V psychologii takto označujeme **adaptační schopnost** člověka zvládat nároky měnících se podmínek, přičemž nedochází k významnému narušení fungování jeho osobnosti. Bohužel neexistuje žádné jednoznačné vymezení odolnosti. Spíše se zdá, že se jedná o množství volně propojených vlastností a projevů. Z tohoto důvodu lze na tuto problematiku pohlížet z různých hledisek. **Odolnost jako proces** ve své podstatě koresponduje s transakční teorií stresu, kterou jsme si již představili. Někdy je ovšem odolnost považována spíše za **relativně stálý osobnostní rys**, jenž je od dětství formován právě skrze **protektivní faktory** (Paulík, 2017).

Pojetí odolnosti jakožto trvalejšího rysu je velmi blízké pojmu **resilience**²⁰. Někteří autoři takto označují specifický druh odolnosti vůči opravdu **těžkým životním událostem**. První výzkumy resilience se týkaly dětí, které navzdory krajně nepříznivým okolnostem (psychotické onemocnění rodičů, chudoba, zážitky z války apod.) vyrostly ve zdravé prospívající jedince. V současnosti se psychologický výzkum zaměřuje také na resilienci u dospělých lidí (Křivohlavý, 2010).

Nyní se podíváme na několik studií resilience u amputovaných jedinců. Nejprve si přiblížíme kvalitativní výzkum amerických odborníků (Miller, Mealer, Cook, So, Morris, & Christiansen, 2020). Studie se účastnilo 18 osob (15 mužů a 3 ženy) s jednostrannou transtibiální amputací zapříčiněnou traumatem či vaskulárním onemocněním. Další kritéria představoval věk – alespoň 45 let – a schopnost samostatné chůze s protézou. Data byla získávána pomocí semistrukturovaného interview, a následně analyzována. Pro posouzení

²⁰ V odborné literatuře jsou termíny „resilience“ a „odolnost“ někdy užívány jako synonyma. Ostatně nejčastější překlad anglického slova *resilience* do češtiny je odolnost či nezdolnost.

úrovně resilience byla vybrána škála *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). U resilientních i méně resilientních účastníků se opakovalo 5 hlavních témat: copingové dovednosti, kognitivní flexibilita, optimismus, schopnost čelit strachu a sociální opora. Jedinci vykazující větší míru odolnosti však navíc popisovali jejich efektivní využití. Počátečním rysem copingu resilientnějších osob bylo přijetí amputace, a poté následoval aktivní přístup k dosažení dílčích cílů. Časté bylo hledání pozitivní perspektivy, hrdost na zvládnutí náročných úkolů, a přijímání výzev i přes obavy ze selhání. Rovněž zde byla patrná vyšší míra vnímané sociální opory. Naproti tomu participanti s charakteristikami nízké odolnosti hovořili spíše o pasivních copingových strategiích, kognitivní rigiditě, pesimismu, vyhýbání se aktivitám či omezené sociální opoře.

Druhá studie, s níž se seznámíme, pochází z Nizozemska (Bodde, Schrier, Krans, Geertzen, & Dijkstra, 2014). Jedná se o výzkum vztahu mezi resiliencí a kvalitou života (včetně případné patologie). Studie se účastnilo 26 osob (23 žen a 3 muži), z nichž 20 podstoupilo amputaci dolní končetiny a 6 horní končetiny. Indikaci k zákroku představovala dlouhodobá rezistence při léčbě „komplexního regionálního bolestivého syndromu I. typu“²¹. Míra resilience byla také v tomto případě určena skrze *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC). Pro stanovení kvality života byl užíván dotazník *World Health Organisation – Quality of life Assessment* (WHOQOL-Bref), a pro hodnocení distresu a psychopatologických jevů sebezposuzovací metoda *Symptom Checklist-90 Revised* (SCL-90-R). Výsledky byly porovnány jednak s normami nizozemské populace, jednak s kontrolní skupinou pacientů s chronickými bolestmi. Vyšší úroveň resilience významně korelovala se všemi oblastmi WHOQOL-Bref (fyzické a psychické zdraví, mezilidské vztahy a prostředí), a záporně se všemi oblastmi SCL-90-R (úzkost, deprese, somatizace, přecitlivělost, insomnie atd.). Participanti měli vyšší skóre resilience a kvality života než kontrolní skupina. Ti z nich, kteří stále vykazovali symptomy „komplexního regionálního bolestivého syndromu“, měli nižší resilienci než jedinci bez příznaků. Byla potvrzena hypotéza, že jedinci s vyšší úrovní resilience budou mít také lepší kvalitu života a méně distresu.

Na závěr si představíme menší kvalitativní výzkum australských badatelek (Livingstone, Van De Mortel, & Taylor, 2011). Jejich participanty tvořilo 5 dospělých lidí (1 žena a 4 muži), kteří podstoupili amputaci dolní končetiny v souvislosti s diabetem.

²¹ Tento syndrom je charakterizován bolestivými stavy, které se objevují jako následek úrazu. Vnímaná intenzita bolesti je však neúměrná příčině. Příznaky zpravidla postihují distální části končetin.

V rámci interview odpovídali na otevřené otázky stran vlivu amputace na jejich život. Z analýzy rozhovorů vplynuly 3 základní kategorie zkušeností: „vnucená bezmoc“, „adaptivní funkce“ a „vytrvalost“. „Vnucená bezmoc“ byla charakterizována trvalými obtížemi (fantomové bolesti, komplikace s pahýlem apod.) a dalšími nežádoucími jevy (nedostatek informací či empatie apod.). Participantů se museli adaptovat nejen na sníženou mobilitu, ale také na proměny ve vztazích a menší příjmy. Kategorie „vytrvalost“ reflektuje psychologické aspekty amputace od počátečního šoku, přes přijetí a vytvoření pocitu naděje. Všichni účastníci studie aktivně pracovali na akceptaci svého stavu a snažili se hledat nějaká pozitiva. Čtyři z pěti participantů měli podporujícího partnera, což je významný protektivní faktor. Celý koncept byl autorkami nazván „cesta trvalé resilience“, jelikož chronická povaha diabetu přináší stále nové komplikace, se kterými se participantů musí vyrovnávat.

Pro budování **resilience v dětství** je klíčová celá řada protektivních faktorů. Mastenová a Reedová (2002) jich ve svém přehledu uvádí více než dvě desítky. Za povšimnutí však stojí skutečnost, že se většina z nich týká sociální stránky života. Pouze první kategorie vychází z protektivních faktorů týkajících se osobnosti dítěte (kognitivní schopnosti, smysl pro humor, temperament apod.). Ostatní jsou odvozeny ze vztahů či způsobu fungování v rodině, jiných blízkých vztahů a širšího sociálního společenství (školství, zdravotnictví, úroveň bezpečnosti apod.). Skutečně se zdá, že kvalitní vztahy s dalšími lidmi jsou nejdůležitějším zdrojem naší odolnosti. Proto se budeme v následující podkapitole více do hloubky zabývat tzv. sociální oporou.

4.2 Význam sociální opory u amputovaných jedinců

Přestože termín **sociální opora** působí na první pohled poměrně srozumitelně, není jej snadné definovat. Je složen z vícero dílčích teoretických konstruktů, jenž souvisejí s osobními vztahy a sociální sítí určitého jedince. Tradičně se za sociální oporu považuje jednak konkrétní **odpověď na potřebu pomoci** (např. poskytnutí hmotné či emoční podpory), jednak **členství jedince v sociálních skupinách** (Baštecká & Mach, 2015).

Sociální opora představuje nejen uskutečněnou, ale také **potenciální pomoc**, o níž je člověk přesvědčen, že by mu byla poskytnuta. Jejím zdrojem bývá nejčastěji rodina či blízcí přátelé, avšak může se také jednat o různé podpůrné či zájmové skupiny, neziskové organizace apod. Důležitost sociální opory podtrhuje fakt, že se jedná o jeden z prvních faktorů, u něhož bylo zjištěno, že se významně podílí na mírnění dopadu nepříznivých životních událostí na psychiku a zdravotní stav člověka (Kebza, 2005).

Sociální opoře v souvislosti se ztrátou dolní končetiny se věnovalo několik výzkumů. Nejprve se vrátíme k přehledové studii Horganové a MacLachlana (2004), která analyzuje odbornou literaturu zabývající se adaptací na amputaci dolní končetiny. Autoři zde zdůrazňují, že v kontextu rehabilitace má sociální opora dva důležité aspekty – podpůrné chování a vnímanou sociální oporu. **Podpůrné chování** je definováno jako evidentní úsilí pomoci druhému člověku. Naproti tomu **vnímaná sociální opora** se týká subjektivního posouzení individuálních vztahů, které mohou být hodnoceny jako podpůrné. Není bez zajímavosti, že podpůrné chování má při adaptaci na postižení spíše negativní vliv, zatímco vnímaná sociální opora zpravidla snižuje úroveň deprese a fantomových bolestí. Autoři dále konstatují, že drtivá většina studií, kterými se zabývali, měla tendenci měřit právě vnímanou sociální oporu. Všechny tyto výzkumy vyvodily podobné závěry ohledně jejich pozitivních účinků. U malých dětí a dospívajících má sociální opora přímý vliv na adaptaci na ztrátu končetiny. V jedné kvalitativní studii 22 účastníků poznamenalo, že jedním z faktorů umožňujících úspěšnou rehabilitaci po amputaci, byla podpora rodiny. Podle výsledků několika kvantitativních výzkumů je častější izolace a nižší úroveň vnímané sociální opory spojena s prožíváním horší kvality života a depresivními symptomy.

Další studii, kterou si přiblížíme realizoval mezioborový tým Williamsová, Ehdeová, Smith, Czerniecki, Hoffmanová a Robinson (2004). Jednalo se o dvouletý longitudinální výzkum, kterého se účastnilo 89 participantů (62 mužů a 27 žen) oslovených na ortopedické chirurgii. Nejčastější příčinu amputace představovala traumata (69,7 %). V ostatních případech se jednalo o diabetes (14,6 %) nebo infekce (5,6 %). Většina amputací byla transtibiálních (66,3 %) a 18 % bylo transfemorálních. Data byla získávána pomocí telefonních interview, jež byla realizována 1, 6, 12 a 24 měsíců po amputaci. Závisle proměnné představovaly sociální integrace a vnímaná sociální opora, jež byla posuzována skrze nástroj *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS). Podle analýzy dat většina participantů vykazovala vysokou úroveň sociální integrace, která navíc během dvou let po operaci zůstala relativně neměnná. Nicméně průměrná úroveň sociální integrace byla ve srovnání se skupinou bez postižení nižší. Co se týče sociální opory, byly skóry v MSPSS velmi variabilní – od téměř žádné až po maximální míru opory. Výsledky MSPSS se ukázaly být dobrým prediktorem odeznívání bolesti, životní spokojenosti a mobility. Výchozí hodnoty MSPSS 1 měsíc po zákroku dobře predikovaly lepší mobilitu a schopnost pracovat půl roku po amputaci. Dle autorů by intervence zaměřená na zlepšení kvality vztahů mohla usnadnit amputovanému schopnost účastnit se řady běžných aktivit.

Poslední výzkum, který si představíme, se zabýval vlivem vnímané sociální opory na vztah mezi zvládním běžných každodenních činností a depresí rok po amputaci. Opět jej uskutečnil poměrně rozsáhlý tým, jehož členy byli Anderson, Roubinová, Turner, Williamsová, Norvell a Czerniecki (2017). Výzkumu se účastnilo 73 veteránů s jednostrannou amputací. Příčinou amputace bylo vaskulární onemocnění či diabetes. Základní úrovně vnímané sociální opory a zvládnání každodenních činností byly stanoveny na základě vzpomínek 6 týdnů po amputaci. Depresivní symptomy byly měřeny 6 týdnů a 12 měsíců po chirurgickém zákroku. Pro určení úrovně vnímané sociální opory autoři využili dotazník *The Modified Social Support Survey* (MSSS-5), který hodnotí čtyři různé oblasti: fyzickou, emocionální, afektivní a pozitivní interakci. Rovněž měří celkový funkční index sociální opory. Statistická analýza odhalila, že mezi sociální oporou a zvládním každodenních činností existuje významný reciproční vliv. Malá úroveň vnímané sociální opory a omezená možnost provádět každodenní činnosti se ukazují jako jedinečné, avšak vzájemně propojené bariéry. Obě limitují účast amputovaného na smysluplných aktivitách, které pomáhají udržet pozitivní a stabilnější náladu. Vnímaná sociální opora také výrazně ovlivňuje vztah mezi úrovní zvládnání každodenních činností a depresivními příznaky. Horší zvládnání každodenních činností souviselo s markantnějšími projevy deprese především u těch jedinců, kteří vykazovali nižší úroveň sociální opory. Důležité jsou tedy nejen „instrumentální“ výhody (fyzická pomoc), ale také emoční benefity sociální opory. Mimo jiné se tedy jedná o mírnění depresivních symptomů u méně mobilních a nesamostatných jedinců. Autoři považují výsledky své studie za důkaz významu sociální opory pro „rizikovější“ jedince, jimž může pomoci stabilizovat psychiku během prvního roku po amputaci.

Ze stávajících výzkumů tedy jednoznačně vyplývá, že pro lidi po amputaci je důležitá nejen fyzická pomoc, ale také již pouhé vědomí, že se mohou na osoby ve svém okolí spolehnout. Amputovaní jedinci vykazující vysokou míru vnímané sociální opory jsou úspěšnější při nácviku chůze s protézou, s větší pravděpodobností budou vést aktivní život, jsou méně depresivní, a dokonce mají menší bolesti.

Samozřejmě bychom zde mohli pojednávat o mnoha jiných důležitých protektivních faktorech, bohužel rozsah ani účel této práce nám to neumožňuje. Navíc žádný další z protektivních faktorů se nejeví natolik univerzálně významný právě jako sociální opora.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 PŘEDMĚT VÝZKUMU, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Ústředním tématem této práce je proces zvládnání extrémní životní situace, kdy člověk v důsledku úrazu přichází o značnou část dolní končetiny. O jak výrazný zásah do všech významných oblastí lidského života se jedná, si zřejmě dokáže představit každý z nás. Přesto existují jedinci, kteří se dokážou s amputací popasovat velmi úspěšně. Samozřejmě zde hraje velkou roli nepřeborné množství kombinací proměnných, které se týkají zejména osobnosti daného člověka, jeho jednání a nejrůznějších životních okolností. V rámci psychologické teorie i výzkumu bývají nejdůležitější činitelé při překonávání náročných situací označováni jako **copingové strategie a protektivní faktory**. Oba tyto fenomény, které jsme si již poměrně podrobně popsali v teoretické části, představují hlavní předmět této studie.

Účastníci našeho výzkumu jsou právě ti jedinci, kteří se velmi dobře vyrovnali se svou amputací, a u nichž lze tedy předpokládat větší množství efektivních copingových strategií či významných protektivních faktorů, anebo kombinaci obojího. **Primárním cílem** této studie je přinést individuální výpovědi o zkušenostech s traumatickou amputací. Na základě jejich analýzy se pak pokusíme identifikovat jednotlivé copingové strategie a protektivní faktory. Rovněž se zaměříme na fenomény, které sami amputovaní jedinci osobně považují pro vyrovnávání se s amputací za nejdůležitější.

Dle výše uvedeného předmětu a cílů výzkumu jsme stanovili následující **výzkumné otázky (VO)**:

- VO1: Které copingové strategie a protektivní faktory popisují traumaticky amputovaní jedinci v rámci své zkušenosti?
- VO2: Které copingové strategie a protektivní faktory považují traumaticky amputovaní jedinci za nejvýznamnější pro vyrovnávání se se ztrátou dolní končetiny?

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC A REALIZACE VÝZKUMU

V této kapitole se seznámíme s metodologickým pozadím naší studie. Krátce si představíme typ, design a následně i samotnou realizaci výzkumu. Popíšeme si strategii pro sběr dat, kritéria pro výběr participantů a jejich charakteristiku. Následně se obeznámíme se zpracováním a analýzou dat. Na závěr probereme také etickou stránkou této práce. V rámci přípravné fáze výzkumu byl rovněž vytvořen ideový a technický plán. Nicméně i přes jejich nepochybný přínos pro realizaci celé studie, nepovažujeme za důležité zahrnout je explicitně do textu.

Pro náš badatelský účel jsme si zvolili **kvalitativní typ výzkumu**. Hlavní argument pro náš výběr představoval exploratorní charakter a téma této práce. Naším primárním cílem bylo získat vhled, porozumění a orientaci v problematice lidské zkušenosti s vyrovnáváním se s traumatickou amputací. Výběr kvalitativního přístupu pro tento typ záměru odpovídá doporučením dle Ferjenčíka (2000).

Základní design našeho výzkumu tvoří **osobní případová studie**. Důvody pro tuto volbu jsou opět nasnadě. Jak uvádí Hendl (2005), u osobní případové studie jde o zevrubné prozkoumání určitého aspektu jedné osoby, přičemž se zkoumají možné příčiny, determinanty, vlivy, procesy a zkušenosti vztahující se k určité události. V našem konkrétním případě se tedy jedná o detailní prozkoumání copingových strategií a protektivních faktorů v souvislosti s absolvovanou amputací.

Další metodologické a etické aspekty naší studie si přiblížíme o něco podrobněji. Pro větší přehlednost budou rozděleny do samostatných podkapitol.

6.1 Strategie sběru dat

Pro získávání dat jsme zvolili metodu **polostrukturovaného interview**. Ta představuje jakousi zlatou střední cestu, neboť překlenuje jak nevýhody nestrukturovaného, tak i zcela strukturovaného interview. Dle Miovskeho (2006) v rámci přípravy polostrukturovaného interview vytváříme jakýsi základní rámec otázek (tzv. jádro interview), na něž by měl být každý participant dotazován. Pořadí při kladení bazálních otázek může být dle aktuálních

potřeb upraveno. Na jádro se pak zpravidla nabalují další otázky a témata, která vyvstávají v průběhu rozhovoru.

Osnova otázek polostrukturovaného interview (kompletní osnova viz příloha č. 4) byla v našem případě rozdělena do několika základních tematických okruhů:

1. **zaměstnání a trávení volného času** (před a po amputaci, smysluplnost apod.);
2. **vztahy s blízkými** (zejména sociální opora partnera či partnerky, rodinných příslušníků a přátel);
3. **silné osobnostní stránky** (vlastnosti, charakteristiky, dovednosti apod.);
4. **duchovní oblast** (náboženské přesvědčení či jakákoliv forma religiozity);
5. **vyrovnávání se s amputací** (konkrétní kroky, nejtěžší momenty apod.);
6. **kvalita zdravotní péče** (rehabilitace, protetická či psychologická péče atd.);
7. **nalézání pozitiv stran amputace** (posttraumatický rozvoj);
8. **projektivní otázka** (rady pro někoho nedávno amputovaného).

Při sestavování osnovy jsme vycházeli ze strategie pokládat nejprve spíše obecnější tematicky „lehčí“ otázky, aby se dotazovaný mohl rozhovořit a získat určitou bazální důvěru. Jak upozorňuje Galletta (2013), předčasné dotazování na příliš specifické či abstraktní otázky může zapříčinit narušení plynulosti rozhovoru či povrchnost odpovědí. Dotazy, které se bezprostředně týkají amputace, jsme tedy zařadili až do druhé části osnovy. V závěru byl participant vyzván, aby doplnil cokoliv, co ho napadá nebo co považuje za důležité, a v rozhovoru to nezaznělo.

Všechna interview se odehrávala ve školící místnosti Ortopedické protetiky Frýdek-Místek. Hlavní argument pro výběr tohoto místa představovala časová úspora, a to jak pro participanty, tak i pro tazatele. Účastníci výzkumu pocházejí z různých částí České republiky a do Frýdku-Místku občasně dojíždějí za účelem kontroly či opravy protézy. Realizace interview byla tedy spojena s nezbytnou návštěvou protetiky. Participanti výběr místa kvitovali, protože toto prostředí znají a cítí se zde příjemně.

Základní sociodemografické údaje a jiné pro náš výzkum podstatné informace (příčina amputace apod.) byly získány před zahájením samotného interview a zapsány do **záznamového archu pro osobní údaje**. Data v průběhu interview byla fixována pomocí **digitálního záznamníku**. Průměrná délka rozhovoru byla cca 50 minut.

Interview probíhala v období od července 2020 do března 2021. Navzdory průběhu pandemie onemocnění Covid-19 se podařilo veškerá interview realizovat formou osobního setkání. Samozřejmě byla dodržována všechna aktuální protiepidemická nařízení.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

S ohledem na zaměření naší studie byla pro selekci výzkumného souboru zvolena **metoda účelového výběru přes instituci**. Tato volba v podstatě přicházela v úvahu jako jediná, neboť naším cílem bylo zmapovat coping u osob, které se úspěšně přizpůsobily ztrátě dolní končetiny. Kritériem pro výběr participantů bylo tedy **aktivní užívání protézy** (ideálně denní), a tudíž se muselo jednat o klienty protetické ambulance. Z toho vyplývá, že náš výběr nebyl touto skutečností nijak zkreslen, což je nejčastější argument proti užití účelového výběru přes instituci, jak uvádí např. Miovský (2006).

Všichni naši participanté jsou klienty Ortopedické protetiky Frýdek-Místek. S konkrétním výběrem nám pomáhali kliničtí pracovníci tohoto zdravotního zařízení. Ti byli instruováni, aby oslovili klienty, kteří nevykazují žádné projevy psychické nepohody. Zejména zvýšená depresivní symptomatika či hostilita by mohla poukazovat na neúspěšnost procesu adaptace.

Oslovení jedinci s účastí na výzkumu ihned souhlasili, což také považujeme za určitý znak úspěšného přizpůsobení. Vycházíme zde z předpokladu, že amputovaný, který není se svou životní situací srovnán, bude jen těžko ochoten o sobě mluvit s cizím člověkem, který si ho navíc bude nahrávat na diktafon. Po vyjádření předběžného souhlasu byl potenciální účastník detailněji informován výzkumníkem o průběhu a cílech studie.

Další závazná kritéria představoval **dospělý věk** (18-60 let) a absolvovaná **traumatická transtibiální nebo transfemorální amputace či traumatická exartikulace v koleni**. Užší zaměření na traumatické amputace jsme zvolili proto, že jejich průběh považujeme za nejdrastičtější. Zpravidla jim předchází těžký úraz a amputovaný jedinec se dozví o ztrátě své končetiny až po probuzení z narkózy. Nemá tedy žádnou možnost předem svou situaci zpracovat. Vyjádřeno slovy jedné naší participantky: „Ta traumatická amputace není něco, co byste plánoval. Nějakým způsobem to přijde do života a je to tady.“

U amputací zapříčiněných cévním onemocněním je tomu většinou naopak. Extrémní případ představují někteří diabetici, kteří jsou s předstihem upozorňováni, že pokud nebudou

dodržovat určitá doporučení, mohou přijít o část končetiny, a přesto rady odborníků vědomě ignorují.

Nyní si shrňme všechna klíčová kritéria, která byla před realizací studie stanovena pro výběr participantů:

- **věk 18-60 let;**
- **traumatická transtibiální nebo transfemorální amputace či traumatická exartikulace v koleni;**
- **aktivní užívání protézy;**
- **absence očividné psychopatologické symptomatiky;**
- **ochota účastnit se výzkumu bez nutnosti přesvědčování či slíbení odměny.**

Jelikož záměrem naší studie byla identifikace co největšího počtu významných copingových strategií a protektivních faktorů, zvolili jsme pro naši kvalitativní studii **početnější výzkumný soubor** o 10 participantech (6 mužů a 4 ženy). Tím jsme chtěli zvýšit pravděpodobnost zachycení výskytu nějakého fenoménu.

Jak upozorňují Stuttsová, Billsová, Erwinová a Goodová (2015), většiny psychologických výzkumů s tématem amputace se účastní převážně muži. Proto jsme dbali na to, aby byl poměr obou pohlaví v našem souboru co nejvíce vyvážený. Jelikož je traumaticky amputovaných žen ve srovnání s muži řádově méně, považujeme získání 4 žen pro naši studii za úspěch. Co se týče úrovně amputací, 5 jedinců je amputováno transtibiálně, 2 transfemorálně, 2 transtibiálně i transfemorálně a v jednom případě se jedná o exartikulaci kolenního kloubu. Příčinou amputace byl ve většině případů nějaký typ dopravní nehody.

Přehled základních informací o participantech je uveden v následující tabulce. Ještě jednou připomínáme, že veškerá jména byla změněna v rámci zachování anonymity a ochrany osobních údajů účastníků. Pro využití alternativních jmen (namísto neutrálnějšího označení participant 1-10) jsme se rozhodli proto, že dle našeho mínění dodávají jednotlivým citacím větší autenticitu a působí daleko osobněji. Navíc se domníváme, že křestní jména umožňují lépe sledovat určitou linii zkušeností konkrétního člověka.

Jméno	Pohlaví	Věk	Věk v době amputace	Příčina amputace	Typ amputace	Partnerství
Aleš	muž	18	15	nehoda na motorce	TT	partnerka
Cyril	muž	33	29	nehoda při vojenském cvičení	TT	partnerka
Dana	žena	43	20	vlaková nehoda	TT	vdaná
Eva	žena	47	39	nehoda při přepravě traktorem	TF	vdaná
Filip	muž	40	39	pád z plošiny	TT	ženatý
Gustav	muž	25	21	vlaková nehoda	TT i TF	ženatý
Ivan	muž	31	25	vlaková nehoda	TT i TF	svobodný
Jana	žena	56	55	dopravní nehoda na kole	TF	vdaná
Karel	muž	35	32	dopravní nehoda	exartikulace v koleni	ženatý
Lenka	žena	30	21	vlaková nehoda	TT	vdaná

Tabulka č. 1: Základní údaje o participantech (TT = transtibiální, TF = transfemorální)

6.3 Zpracování a analýza dat

Nahrávky jednotlivých interview – fixované na digitální záznamník – byly nejprve transkribovány do dokumentu textového procesoru Microsoft Word. Poté byla provedena redukce prvního řádu, abychom zajistili plynulejší průběh kódování. Následná práce s prepisy probíhala v programu ATLAS.ti (8. verze), který v rámci kvalitativního výzkumu významně usnadňuje manipulaci s daty.

Pro zpracování dat jsme zvolili metodu **interpretativní fenomenologické²² analýzy** (IPA²³). Tento přístup se zaměřuje na prozkoumání toho, jaký smysl lidé přisuzují svým důležitým životním zkušenostem. Zároveň však vytváří **dvojitou hermeneutiku²⁴**, neboť sám výzkumník se pokouší dát určitý význam tomu, jak participant došel k porozumění danému fenoménu. IPA pracuje s malými pečlivě a účelově vybranými soubory jedinců. Analytický proces začíná detailním prozkoumáním každého případu, ale poté se zaměřuje na podobnosti a rozdíly mezi jednotlivými případy (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Interpretativní fenomenologickou analýzu považujeme za vhodný nástroj pro naši studii ze dvou hlavních důvodů. V první řadě je to zaměření této práce, které má velice blízko

²² Fenomenologie představuje jeden z nejdůležitějších filosofických proudů 20. století. Tento přístup se pokouší o odstranění jakýchkoliv předsudků při popisu toho, co člověk prožívá. K fenomenologii se hlásila celá řada různorodých myslitelů, avšak ústřední a nejvýznamnější postavou „fenomenologického hnutí“ byl Edmund Husserl (Coreth, Ehlen, Haeffner, & Ricken, 2006).

²³ Zkratka pochází z anglického označení *interpretative phenomenological analysis*.

²⁴ Hermeneutika je nauka o správném chápání a výkladu textů.

k otázkám, jimiž se tradičně zabývá psychologie zdraví. Jak uvádí např. Smith (2011), právě tento podobor je oblastí, ve které byla IPA původně aplikována a stále představuje hlavní část jejího uplatnění. Druhou největší doménou je pak klinická a poradenská psychologie. Ačkoliv je interpretativní fenomenologickou analýzu vhodné aplikovat na jakoukoliv zkušenost, v praxi se nejčastěji jedná o prozkoumání zkušeností, které mají pro účastníky existenciální význam. To je nepochybně také náš případ.

Dalším argumentem pro využití interpretativní fenomenologické analýzy je vysoká specifická našeho výzkumného souboru. Tato metoda se totiž často osvědčuje právě v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina (Kostínková & Čermák, 2013). Domníváme se, že traumaticky amputovaní jedinci, kteří zvládli adaptaci na svou novou životní situaci, jsou více než mimořádní.

Velkou předností a zároveň i potenciální nevýhodou interpretativní fenomenologické analýzy je její poměrně velká metodologická volnost. V podstatě každý výzkumník si může vyvinout svůj vlastní postup a apriori není téměř nic špatně. To však může vést u méně zkušeného badatele k pocitu jakési neuchopitelnosti.

Proto někteří autoři pro prvotní využití metody IPA poskytují určitý návod, který shrnuje postup při analýze do několika dílčích kroků. V této práci jsme se při zpracování dat drželi těchto šesti bodů (Smith, Flowers, & Larkin, 2009):

1. čtení a opakované čtení jednoho případu;
2. počáteční poznámky a komentáře;
3. rozvíjení vznikajících témat;
4. hledání souvislostí napříč vznikajícími tématy;
5. přistoupení k dalšímu případu, u něž se opakují fáze 1-4;
6. hledání vzorců napříč případy.

6.4 Etická stránka výzkumu

Velmi závažné hledisko každého výzkumu představují etická pravidla. Obzvláště v našem případě, kdy považujeme téma za dosti osobní, nemůžeme důležitost eticky nezávadného přístupu dostatečně zdůraznit. Citlivost stran amputace svým způsobem potvrdila také jedna

z participantek. V rámci interview sdělila, že ukázat někomu svůj pahýl je pro ni mnohem intimnější než obnažit poprsí.

Pro jakýkoliv psychologický výzkum jsou zásadní zejména tato **základní etická hlediska** (Elmes, Kantowitz, & Roediger, 1995):

- **Informovaný souhlas** – každý výzkumník by měl zajistit, aby všichni participanti byli plně informováni o průběhu výzkumu a dali souhlas se svou účastí ještě před zahájením sběru dat.
- **Žádné klamání** – badatel by se měl vyhnout jakémukoliv klamání účastníků (klamání lze ospravedlnit pouze v případě, že nelze jiným způsobem zodpovědět výzkumné otázky a potenciální přínos výrazně převyšuje rizika pro participanty).
- **Právo na odstoupení** – výzkumník musí ujistit participanty, že mohou svobodně odstoupit od účasti na výzkumu a to bez jakéhokoliv postihu.
- **Debriefing** – po ukončení sběru dat by měl výzkumník účastníky informovat o veškerých cílech studie. V ideálním případě by participanti měli mít také přístup ke všem publikacím, které z výzkumu vzejdou.
- **Diskrétnost** – badatel musí zachovávat maximální diskrétnost stran informací získaných během průběhu výzkumu.

Stručně řečeno, výzkumník musí ochránit participanty před jakoukoliv újmou či ztrátou a měl by za všech okolností usilovat o zachování jejich psychické pohody a důstojnosti (Willig, 2013). Jsme bytostně přesvědčeni, že jsme těmto závazkům stoprocentně dostáli.

Předně chceme zdůraznit, že nedošlo k žádnému klamání participantů. Každý účastník obdržel před zahájením interview **písemný informovaný souhlas** (viz příloha č. 3), který si mohl v klidu a pomalu pročíst. Text obsahuje hlavní cíle studie, základní informace stran dobrovolnosti, průběhu interview, audiozáznamu, anonymitě, akademického účelu studie a možnostech odstoupení. Následně byl každý participant vyzván, aby se dotázal, pokud mu není cokoli v textu jasné nebo jestliže má jakékoliv doplňující otázky. Součástí informovaného souhlasu byly kontaktní údaje (email a telefonní číslo) realizátora. Všem participantům bylo sděleno, že se na něj mohou kdykoliv obrátit s pozdějším dotazem. Dokument byl vždy podepsán účastníkem i výzkumníkem a každý si ponechal jedno vyhotovení.

Účastníci výzkumu byli také informováni, že mohou během interview odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku. Rovněž byla zdůrazněna (písemně i ústně) možnost kdykoliv bez udání důvodu odstoupit od domluvené spolupráce, a to až do chvíle, kdy bude studie publikována. Nahrávky pořízené během interview byly po ukončení výzkumu smazány, aby nemohly být nijak zneužity. Pro zachování anonymity byla jména osob v našem textu změněna. Všem participantům byla v případě jejich zájmu nabídnuta možnost zaslání výsledné práce na email. Nejsme si tedy vědomi žádného etického pochybení.

7 VÝSLEDKY ANALÝZY

V rámci naší analýzy jsme identifikovali 5 významných témat. Jedná se o **aktivní coping, adaptivní způsob uvažování, sociální oporu, individuální charakteristiky a zdravotní systém**. Tato významná témata byla dále rozčleněna do 2 hlavních kategorií – **copingové strategie po traumatické amputaci a protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců**. Každé hlavní téma v sobě zahrnuje témata dílčí, která tvoří již zcela konkrétní copingové strategie a protektivní faktory našich respondentů, a tedy zároveň představují odpověď na první výzkumnou otázku.

Nutno však dodat, že v některých případech bylo přiřazení tématu poměrně sporné, neboť nešlo jednoznačně určit, zda se jedná o copingovou strategii či protektivní faktor. Oba tyto fenomény jsou zkrátka příliš provázané. Proto jsme se snažili témata rozdělit dle určitých znaků. Pokud šlo o jednání, prožívání nebo myšlení, které nějak souviselo s amputací, označili jsme je jako copingovou strategii. Jestliže se však jednalo spíše o nějakou osobnostní proměnnou či instituci, která existovala již před úrazem, nebo s ním bezprostředně nesouvisela, identifikovali jsme ji jako protektivní faktor.

Pro snadnější orientaci v tématech jsme text doplnili o několik schématických vyobrazení. První schéma znázorňuje členění významného tématu copingové strategie po traumatické amputaci na 2 základní kategorie, které jsme nazvali aktivní coping a adaptivní způsob uvažování.

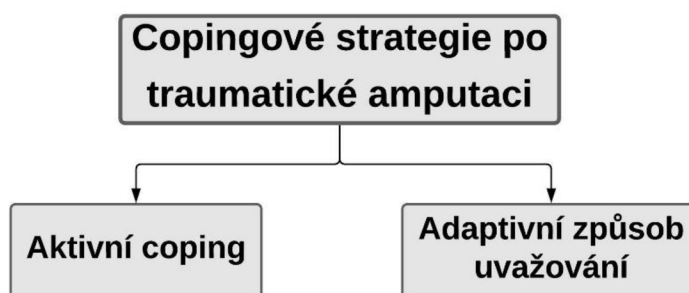


Schéma č. 1: Významná témata v rámci copingových strategií

Schéma č. 2 ukazuje dělení významného tématu protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců do 3 základních kategorií, jež jsme označili názvy: sociální opora, individuální charakteristiky a zdravotní systém.

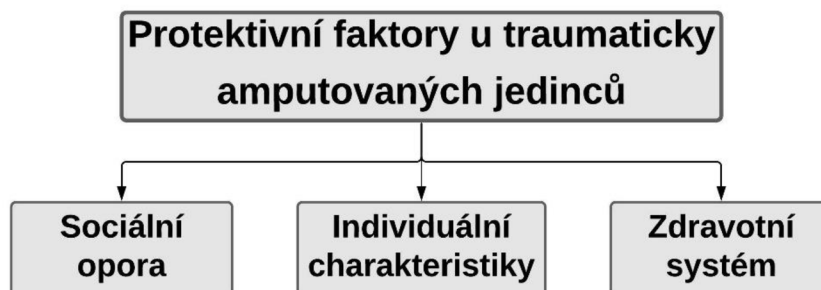


Schéma č. 2: Významná témata v rámci protektivních faktorů

Prezentaci výsledků jsme strukturovaně rozdělili do podkapitol, což považujeme za vhodné pro zvýšení přehlednosti předkládaných výstupů. Vždy si nejprve dané téma okomentujeme a následně se pokusíme naše tvrzení doložit na několika přímých citacích. Jelikož není možné u každého tématu uvést všechny relevantní úryvky, vybírali jsme pouze ty nejvýstižnější či nejzajímavější části interview. Zároveň jsme se snažili, aby se „ke slovu“ dostali všichni participanti. U některých citací užíváme symbolická označení, jejichž význam je následující:

- ... významná (výrazná) pauza;
- [] vynechaný text z důvodu úspory;
- [bratr] vysvětlující text doplněný výzkumníkem.

7.1 Copingové strategie po traumatické amputaci

V rámci copingových strategií jsme u našich respondentů identifikovali 2 základní kategorie – **aktivní coping a adaptivní způsob uvažování**. Témata v rámci aktivního copingu se netýkají pouze vyloženě fyzických činností (např. cvičení), jak by bylo možné z názvu vyvozovat. Zahrnují rovněž aktivitu v rámci sociálních interakcí, které podporují přizpůsobení se amputaci. Do adaptivního způsobu uvažování jsme pak zařadili výrazná specifika v myšlení našich participantů, která jim pomohla vyrovnat se se ztrátou končetiny.

7.1.1 Aktivní coping

První významné téma jsme označili jako aktivní coping. Řadíme zde veškeré cílené jednání vedoucí ke zlepšení životní situace po amputaci. Činnosti v této kategorii se dotýkají biologické, psychické, sociální a svým způsobem i přesahové stránky osobnosti. Nejedná se totiž pouze o aktivity zaměřené primárně na participanta, ale také na druhé lidi. Zejména altruistické jednání zpravidla vede k lepšímu pocitu ze sebe samého a prožitku smysluplnosti.

Následující schéma představuje všechny důležité copingové strategie zařazené do kategorie aktivní coping. Jedná se o snahu získat zpět plnohodnotný život, cvičení a nácvik chůze, sportování, sociální aktivitu, motivování a pomáhání druhým lidem.

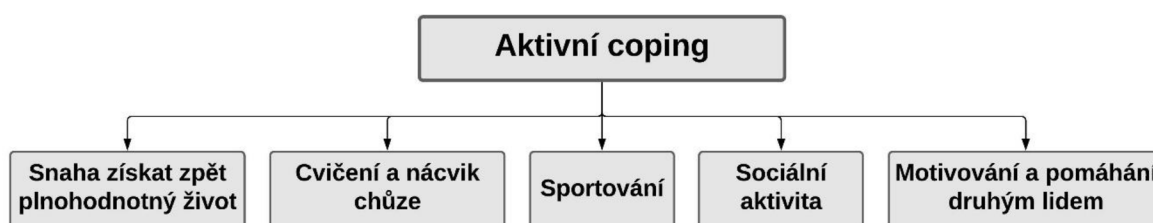


Schéma č. 3: Témata zařazená pod aktivní coping

Nyní se již budeme věnovat také jednotlivým tématům, jež představují **odpověď na první výzkumnou otázku**: Které copingové strategie a protektivní faktory popisují traumaticky amputovaní jedinci v rámci své zkušenosti? Dílčí copingové strategie i protektivní faktory jsou v této i v následujících podkapitolách prezentovány v pořadí, které je dáno četností jejich výskytu v rámci dané kategorie.

Snaha získat zpět plnohodnotný život

Ve vyprávění všech našich participantů lze často zachytit silné úsilí vrátit se zpět ke svému životu před úrazem. Zejména jde o snahu pokračovat ve volnočasových a pracovních aktivitách, kterým se daný jedinec věnoval před amputací. Jedná se o velice pestrou škálu činností od cestování přes práci nemocniční sestry až po adrenalinové sporty, jako je skialpinismus.

Některé respondentky uvedly, že toto snažení vychází z jakéhosi jejich vnitřního puzení (Jana), chuti do života (Lenka) nebo prazákladní síly (Dana). Proto jsme vážali, zda

se nejedná spíše o určitou osobnostní charakteristiku. Nicméně vzhledem k nutnosti vyvinout často až enormní úsilí, jsme se nakonec rozhodli pro zařazení do aktivního copingu.

Se snahou žít opět plnohodnotný život se pojí aktivní vyhledávání různých řešení, jak zvýšit svou mobilitu. Typicky se jedná o shánění kvalitního protetického vybavení, ale zdaleka nejen to. Například může jít o učení se řízení vozu s automatickou převodovkou apod. Následující úryvky z interview považujeme za dosti výmluvné. Výrazná snaha vrátit se k „normálnímu“ životu je explicitní ve všech 10 případech, a proto si zde dovolíme uvést citací poněkud více.

- **Aleš:** „*Zkoušel jsem dělat všechno to, co jsem normálně dělal před úrazem. Byl jsem i běhat. Rozběhl jsem se třeba i doma. Ze začátku to nešlo, protože to bolelo. A po určitém čase už to šlo. [] A jinak všechno, co jsem dělal předtím, jsem zkoušel. A jde to. Člověk musí jenom chtít, a jde to.*“
- **Cyril:** „*Je to motivace vrátit se do toho, co měl člověk rád, co ho bavilo. Hledat příležitosti trápit protetiky s vytvářením nových protéz, aby si mohl tu činnost dělat... jo, určitě je to motivace. Ale musíš chtít tam zpátky.*“
- **Eva:** „*Já jsem už na tom lůžku měla pocit, že budu zpátky lyžovat, že budu prostě jezdit na kole, že budu chodit do práce.*“
- **Gustav:** „*A jakoby zkoušíme [s manželkou] vymýšlet věci, které spolu můžeme fakt dělat. Například teďka jsme si koupili elektrokoloběžky, takže aspoň tak. Takže můžeme různě jezdit, třeba v zoologické, kde jsme byli, tak jsem to mohl na koloběžce projet, takže nějak se dá přizpůsobit vždycky.*“
- **Jana:** „*Furt jsem říkala: já nechci být ta, která bude doma sedět a koukat na seriály. Já se prostě musím z toho dostat, musím [důrazně]. Samo je to ve mně, jakože já musím, ne jakože musím, že mi to někdo káže, prostě je to ve mě. Že se chci sama do toho života vrátit. [] Ty výlety a to, a vozík si musím nějaký do terénu koupit, protože tady tu nohu mám taky trochu zdeformovanou. I když půjdu o té protéze, nevydržím nějaký délky chodit, takže chvíli na vozík, chvíli půjdu, ale musím se z toho domu dostat, nebudu sedět doma.*“
- **Lenka:** „*No a taky to, že jsem měla chuť žít. Chtěla jsem pokračovat v tom životě, byla jsem mladá. Nevím, jezdit s děckama na festáky, taky jsem hodně jezdila do zahraničí i po úraze. Chtěla jsem pokračovat v... předtím jsem dělávala pobyty pro děcka z Klokánku, tak v tom jsem taky zase pokračovala. Takže jsem nechtěla asi,*

aby ten život byl nějaký extra jiný. Takže jsem chtěla pokračovat, tak jak to bylo předtím, a to co šlo, jsem táhla dál, no.“

Cvičení a nácvik chůze

Se snahou vrátit se k plnohodnotnému životu úzce souvisí opětovné získání schopnosti chodit. Nácvik chůze s protézou je fyzicky i psychicky velice náročný. Člověk se v podstatě učí chodit znovu, protože musí jiným způsobem pracovat se svým těžištěm apod. Navíc je nutné překonávat strach z pádu a nemalé bolesti v oblasti pahýlu. Podstatné je postupně posouvat hranice toho, co daný jedinec zvládne. Z výpovědí některých dotazovaných (Aleš, Eva, Gustav, Ivan a Karel) se zdá, že čím dříve člověk po amputaci začne trénovat, tím je pravděpodobnější, že se propracuje k dennímu užívání protézy.

Kromě samotného nácviku chůze je rovněž velice důležité pravidelné cvičení. Tím míníme nejrozličnější rehabilitační cviky, posilování apod. Každý delší pobyt na nemocničním lůžku má za následek ochablé svalstvo. Týká se to i jedinců s původně dobrou fyzickou kondicí. Proto je nezbytné zpevnění různých částí těla, což následně usnadňuje chození s protézou, které je energeticky nesmírně vyčerpávající.

Pro účastníky této studie je příznačná zvýšená fyzická aktivita. Většina z nich se věnovala nějakému sportu či posilování již před amputací a Karel se původně živil jako profesionální hasič. Nicméně také Dana, Filip a Ivan, kteří byli dle svých slov po tělesné stránce původně dosti pasivní, začali v rámci rehabilitací pravidelně cvičit a trénovat chůzi s protézou.

Předpokládáme, že tělesná aktivita měla též pozitivní vliv na psychiku respondentů v blízké době po amputaci. Proto ji považujeme za vynikající copingovou strategii. Všichni naši participanti zahájili intenzivní trénink chůze, co nejdříve to bylo možné. Minimálně v rámci rehabilitace se také věnovali pravidelnému cvičení.

- **Aleš:** „*Já jsem byl ještě o berličích, a ještě jsem nemohl úplně chodit, a já už jsem se snažil chodit cvičit a tak.“*
- **Gustav:** „*Zkoušel jsem hlavně cvičit, zpevnit to tělo a tak dále. Protože po té nemocnici jsem byl tak oslabený, vysílený, chtěl jsem nabrat zpátky tělesnou hmotu, svalstvo. K tomu chození na protézách... tak je to hodně o tom, o té stavbě břišního svalstva.“*
- **Ivan:** „*Ale moc těch možností nemáte. Ono buď se naučíte chodit, nebo třeba propadnete tomu alkoholu. Tak já jsem si řekl, že to zkusím, to chození, a nějak to*

vyšlo. Ale třeba ty první tři měsíce, to byla strašná dřina. Obecně to chození je velká dřina, ale dá se to zvládnout. “

- **Jana:** *„Právě tu protézu musím trénovat, trénovat a trénovat. Abych už mohla do toho světa vyletět. “*
- **Karel:** *„[] vlastně si myslím, že hodně brzo jsem začal zkoušet chodit, rehabilitovat, rozhýbávat ostatní věci. Tak spíše v tomhle, že jsme začali hodně brzo, takže tohle mi pomohlo. “*

Sportování

V životě většiny našich účastníků hraje významnou roli sport. Díky sportování jsou v dobré fyzické kondici, což je důležité pro denní užívání protézy. Navíc možnost vrátit se k něčemu, co měli rádi před úrazem, představuje obrovskou mentální vzpruhu. Domníváme se, že schopnost provozovat různé sporty s protézou také významně zlepšuje jejich sebevědomí a sebepojetí. Je rovněž známo, že sportovní aktivita má na jedince významné antidepresivní účinky. Kolektivní provozování sportu s sebou přináší i důležitý sociální benefit, o němž se zmiňujeme v následující podkapitole. Sportování tedy hodnotíme jako efektivní a komplexní copingovou strategii.

Po rehabilitacích a zvládnutí chůze s protézou se Aleš, Cyril a Eva postupně navrátili ke sportům, jimž se věnovali před úrazem. Cyril navíc začal závodně plavat, což je disciplína, které se před úrazem vůbec nevěnoval. Gustav, který v mladším věku hrával hokej, v současnosti reprezentuje ČR v para hokeji. Jana, která je teprve rok po amputaci, nyní dělá vše proto, aby opět mohla užívat běžecký pás, jak byla zvyklá. Dana a Filip uvedli, že původně nebyli vůbec orientováni na pohyb a sport. Nicméně Filip po úraze objevil jeho důležitost pro svůj život. Začal trénovat para hokej, posilovat, plavat, jezdit na horském kole a skateboardu. Dana v nedávné době zkusila jízdu na speciální trojkolce a pohyb ji dle jejích slov začal bavit. Vyloženě sportovním činností se v současnosti pravidelně věnuje 6 účastníků našeho výzkumu (Aleš, Cyril, Dana, Eva, Filip a Gustav).

- **Aleš:** *„Na kole jsem hodně jezdil. To mi taky hodně pomohlo, protože se zpevnilo svalstvo. Potom už jsem chodil i do posilovny. “*
- **Cyрил:** *„K tomu závodně plavu. [] Děláám instruktora snowboardingu a cyklistiky. Takže v létě i v zimě nepravidelně nahodile vyučuju. Přítelkyně je nadšená turistka, takže jezdíme hodně do Tater, takže turistika. Všechno možné, na co si vzpomeneš. “*

- **Eva:** „Vrátila jsem se i k turistice. Dokonce jsem už byla párkrát v Tatrách. Takže aji Tatry jsem si splnila. Sice Tatry jsou na tu protězu fakt drsné, protože ty kameně, to ta noha trpí. To není jak, když jdete po měkkém terénu... no ty Tatry jsou horší. Je to horší, ale jde to. Já vím, že budu bolavá, ale mě to za to stojí. Já su šťastná, že tam někde vylezu, že su blíž vrchu, prostě tam, že se můžu kochat. Doma z postele to prostě neuvidím. A to samé na těch lyžích.“
- **Gustav:** „Trenérovi se to taky líbilo, že mám nějaké zkušenosti z hokeje. Což má málo handicapovaných hráčů, co hrajou para hokej. Nikdy třeba nehráli hokej, že. Tak se mě nějak ujal, vzal mě na pár tréninků. Viděl, že jsem na tom dobře silově a tak dále. Prostě jsem se rychle zlepšoval, zdokonaloval a potom jsem prostě... zkusili mě v té reprezentaci.“

Sociální aktivita

Velmi funkční copingovou strategií je setrvání v účasti na společenském životě. Lidé po vážném úraze a ztrátě dolní končetiny mají sice někdy tendenci stáhnout se do ústraní, ale samota a pocit vyloučení vedou zpravidla pouze k prohlubování stávajících problémů. Rovněž v rámci našeho výzkumu se tedy potvrzuje skutečnost, že člověk je bytostně společenský tvor.

Naproti tomu Ivan sám sebe několikrát během rozhovoru označil za „asociála.“ Nicméně po interview, při kterém působil velice příjemně a otevřeně, nemůžeme s touto nálepkou souhlasit. Ivan také několikrát hovořil o svých přátelích, s nimiž se stýká již od základní školy. Zmínil, že s nimi rád tráví čas hraním deskových her a také jej po úraze významně podporovali. Zdá se, že si Ivan umí spíše užívat samotu, než že by měl nějaké skutečné asociální sklony.

Domníváme se, že příliš nezáleží na konkrétní formě společenské činnosti. Hlavní je se nějakým způsobem zapojovat do interakcí s ostatními. Zdá se však, že zvláště prospěšné mohou být kontakty s lidmi s podobným handicapem, jak zdůraznila Dana a Filip. V případě našeho výzkumného souboru se také relativně často jednalo o sportovní aktivity (Cyril, Eva, Filip a Gustav). Akcentování nutnosti být společensky aktivní jsme zaznamenali u 6 dotazovaných (Cyril, Dana, Eva, Filip, Jana a Lenka).

- **Dana:** „Myslím si, že to sociální nevykloučení a ten kontakt – v uvozovkách – se stejně postiženejma lidma, šli jsme opíkat kuřata, opíkat burty a chodili jsme do hospody – byl fakt hodně příjemnej. To bylo moc fajn.“

- **Eva:** „*Já si myslím, že je důležité pro toho člověka, který má jakýkoliv handicap, je důležité se zapojit do toho života, nezůstat sám, protože to by ho asi semlelo, a pak by potřeboval toho psychiatra. Prostě je důležité najít si nějaké kamarády nebo aby ta rodina fungovala, to je to nejdůležitější, co potřebujete. Důležité je neuzavřít se jenom do sebe. To je špatně. Musí se pomaličku otvírat, zkoušet. Není to jednoduché, ale jak to neudělá, tak si ubližuje sám sobě.*“
- **Filip:** „*Začínám dělat para hokej, líbí se mi v tom týmu s těma handicapovanými, společné aktivity, společně se smějem. [] V tom týmu je to o něčem jiném, když je více handicapovaných, dává mi to strašně energii.*“
- **Jana:** „*[] nebudu doma sedět, protože to je pak jako ve vězení. Člověk musí jít mezi ty lidi.*“

Motivování a pomáhání druhým lidem

Se sociální aktivitou souvisí další téma, kterým je motivování a pomáhání ostatním. Někteří naši participanti pocítují velké uspokojení a radost, pokud mohou své zkušenosti s amputací předávat nebo jestliže jsou vzorem pro jiné lidi. Díky tomu také mohou nalézat určitý smysl v tom, co se jim přihodilo a čím si museli projít. To jim dle našeho názoru umožňuje pohlížet na amputaci z pozitivnější stránky a lépe ji tak přijmout. Výraznější tendenci podporovat či motivovat jiné lidi jsme zaznamenali v 6 případech (Aleš, Cyril, Dana, Eva, Filip a Lenka).

- **Cyril:** „*Když to jde a někdo mě požádá o radu nebo nějaké interview nebo když přijde někdo, kdo má úraz a chce se pobavit, jaké jsou možnosti s protézama a tak, tak já to strašně rád předávám. Mě to uspokojuje v tom, že můžu pomoci, poradit. Ten pocit toho, že pomáháš... mě to prostě baví.*“
- **Filip:** „*Já mám největší radost z toho, že motivuju svoje děcka. A oni vidí to, že táta zkousne zuby, i když ho to bolí, jde do toho, a vidí to i ti jejich kamarádi a pak řeknou: hele tvůj táta je nejlepší, protože vidí ve mně respekt, co dokážu i přes amputaci.*“
- **Lenka:** „*Asi jsem si říkala, že jsem to uměla zvládnout, a že to třeba pomůže jiným lidem.*“

7.1.2 Adaptivní způsob uvažování

Pro přemýšlení participantů této studie jsou charakteristické určité rysy, které jim usnadnily proces adaptace na amputaci. Můžeme se pouze dohadovat, zda by bez nich bylo úspěšné přizpůsobení vůbec možné. Z tohoto důvodu jsme je souhrnně označili jako adaptivní

způsoby uvažování. Mezi ty nejrozšířenější u našich respondentů patří schopnost nalézání kladných stránek amputace a přijetí amputace jakožto nedílné součásti života.

Schéma č. 4 znázorňuje všechny významné copingové strategie zařazené do kategorie adaptivní způsob uvažování. Patří zde nalézání pozitiv stran amputace, akceptování amputace, nastavení mysli, soustředění se na konkrétní cíle a orientace na přítomnost.



Schéma č. 4: Témata zařazená pod adaptivní způsob uvažování

Nalézání pozitiv stran amputace

Když účastníci této studie uvažují o svém úraze, jsou schopni nacházet různá pozitiva, která jim amputace přinesla do života. Může to znít dosti absurdně, ale skutečně se jedná o velice pestrou škálu jevů od různých osobnostních změn přes zlepšení rodinných vztahů až po získání uspokojivějšího zaměstnání. Filip jich dokáže vyjmenovat tolik, až to působí dojmem, že jeho nehoda byla to nejlepší, co ho v životě mohlo potkat. V případě Dany, Evy a Karla se jedná o pozitivní přehodnocení události. Úraz donutil zpomalit životní tempo a uvědomit si důležité hodnoty. To dle jejich mínění opravdu potřebovali a sami od sebe toho nebyli schopni.

Nacházení kladů a pozitivní reinterpretace úrazu jednoznačně ulehčuje celkovou adaptaci na život s protézou. Osm dotazovaných (Aleš, Cyril, Dana, Eva, Filip, Gustav, Ivan a Karel) dokázalo bez zaváhání vyjmenovat nějaká pozitiva stran amputace. Jana byla dotazem na možná pozitiva lehce zaskočena. Nicméně po menší odmlce uvedla, že má alespoň více volného času a už neřeší žádné zbytečné „prkotiny.“ Lenka odpověděla, že vysloveně pozitiva vyjmenovat nemůže, protože amputace je už prostě součástí jejího života a nijak zvlášť ji nevnímá.

- **Dana:** „[] až muselo přijít něco, co mě zpomalilo, a možná že to musel být tak hodně velký zásah, já jsem potřebovala hodně velké zpomalení, a myslím si, že kdyby nepřišel, tak bych možná... nevím jak, a nevím vůbec jestli bych tady ještě byla.“
- **Eva:** „Mě přijde, že každý den je něco nového. Ta protéza mi přinesla taky toto dobré, že bych to nezažila se zdravýma nohama. Furt bych jela jak ten stroj.“
- **Filip:** „[] mě to udělalo samé dobré věci. Otevřel jsem holičství, pár nových kamarádů, že, velká rodina, dvě děti mám, samé prostě... já co jsem ty negativní lidi vlastně vystřídal, tak teď už mám kolem sebe jenom ty pozitivní. No, jezdím na soutěže ještě, začal jsem cestovat, Holandsko, Anglie, jezdíme na různé školení. Já už v tom vidím jenom pozitiva.“
- **Ivan:** „Já jsem udělal toho inženýra, ale moc jsem nevěděl, co chci dělat. Hlavně jsem toho moc neuměl a pak vlastně – jsem to měl trošku i na salámu – a pak po tom úraze jsem začal víc přemýšlet, co bych chtěl dělat, co bych se chtěl učit.“
- **Karel:** „Dalo... uvědomit si prostě hodnotu života, nemusel jsem už tady být, třeba. Tak ta hodnota o tom vlastním životě, že se honit... honit se za něčím bezvýznamným nemá smysl. Radši si život užít.“

Akceptování amputace

Většina našich participantů nepřemýšlí o své amputaci jako o něčem zvláštním. Je to pro ně nedílná součást života – něco co k němu prostě patří. Dana, Eva a Lenka to dokonce berou tak, že k úraze z nějakého důvodu mělo dojít. U Ivana a Lenky je důležitým prvkem akceptování amputace přijetí plné odpovědnosti za svůj stav. Cyril a Filip zase zdůrazňují to, že nepociťují v souvislosti s amputací žádné limity.

Poměrně zásadní bylo také zvykání si na reakce ostatních lidí. Bohužel musíme konstatovat, že kromě těch kladných byly některé jednoznačně negativní nebo přinejmenším necitelné. Především Ivan zdůrazňoval, jak pro něj bylo zpočátku velice obtížné být kvůli protéze středem pozornosti a dokola muset vyprávět cizím zvědavým lidem svůj příběh.

Zdá se, že přijetí nové životní situace velmi usnadňuje následné kroky při procesu adaptace. Naprostou integraci veškerých okolností souvisejících s amputací vyjádřilo 7 respondentů (Aleš, Cyril, Dana, Eva, Gustav, Karel a Lenka).

- **Aleš:** „No já už to ani tak neberu, že mám nějakou amputaci. Co jsem to měl už tak 2 roky, tak to mi už přišlo normální, jakože každodenní součást života.“

- **Dana:** „*Takže i to, že mi ten úraz a amputace přišel do života, jsem od začátku vnímala jako něco, co jsem do toho života potřebovala a odevzdala jsem se té důvěře, že to je pro mě to nejlepší, co mi mohlo do života přijít. Byť to možná zní absurdně i z pohledu třeba ladění ve světě, snažit se najít tenhle ten pohled z místa holokaustu, válek, atomových bomb, různých nemocí, je těžký, ale učím se tomu takhle a je to celoživotní proces, učím se to prostě takovým způsobem vnímat. Takže to беру tak, že to prostě do mého života patřilo.*“
- **Eva:** „*[] mám takovou tu druhou šanci, druhá výhybka toho života, že asi tady mám ještě něco za úkol. Takže to tak беру, že to tak má být.*“
- **Ivan:** „*I to že si vlastně za tu nehodu můžu stoprocentně sám, tak to byl taky určitě velký faktor. Těžko říct, jaké by to bylo, kdyby to někdo udělal mně... to by bylo asi daleko horší. Ale tím, že vím, že si za to můžu tou vlastní debilitou, tak je to lepší, že to nemám na koho svést. Tak určitě tohle mi taky pomohlo.*“
- **Lenka:** „*No tak co, vím, že to byla především moje chyba. A komu bych to měla dávat za vinu? [] já to spíš jako asi nějak... myslím si, že to [amputaci] moc nevnímám, tak bych to řekla. Že je to jako součástí a že už to asi tolik nevnímám.*“

Nastavení mysli

Velmi zajímavým fenoménem je přesvědčení některých dotazovaných, že úspěch při překonávání těžkostí v souvislosti s amputací závisí na tom, jak si to „nastaví v hlavě“. Respondenti s tímto názorem se ve svém myšlení vědomě snaží více orientovat na pozitivní věci nebo se snaží životní události nijak nehodnotit. Zároveň zřejmě mají výraznější schopnost přehlušit či odstranit negativismus ze svých myšlenek. Nemáme pochyb o tom, že tyto korekce uvažování usnadňují celkové přizpůsobení. O důležitosti správného nastavení mysli se zmínilo 5 účastníků výzkumu (Cyril, Dana, Eva, Filip a Gustav).

- **Cyril:** „*[] přišel jeden vojenský doktor a řekl: hele ty budeš normálně fungovat, když budeš chtít. [] Říkám, to myslíš vážně? Jo, fakt [potvrzení doktorem]. Říkám dobré a ta hlava to nastavila tak, že za tím půjdem.*“
- **Eva:** „*Co si člověk nastaví v hlavě, to má.*“
- **Filip:** „*Všechno je to v hlavě. Připravit se na to, vymazat ty negativní věci z hlavy a myslet jenom pozitivně.*“
- **Gustav:** „*Ale ono to asi hodně záleží na tom člověku, jak to má nastavené v hlavě.*“

Soustředění se na konkrétní cíle

Další důležitou copingovou strategií našich participantů představuje stanovení si určitých cílů. U Cyrila se jedná o dlouhodobější životní „mety“, jakými jsou postavení domu či založení rodiny. Ivan se začal po úraze rekvatifikovat, aby byl schopen programovat počítačové hry. Jiní respondenti však preferují spíše menší krátkodobé cíle. Jejich výhodou je častější splnění, se kterým se pojí pocit uspokojení a povzbuzení k dalšímu snažení. Eva si například určuje různé kopce, na které chce vyjít a Filip plánuje zvednout 100 kg na lavici „bench-press“. Tato strategie, jak popisuje Eva, je také velice funkční již při samotném nácviku chůze s protézou.

Zaměření mysli do budoucna – na nějaký úkol – jednoznačně přispívá ke zlepšení životní situace amputovaného. Vytyčování si konkrétních cílů je příznačné pro 5 respondentů (Cyril, Eva, Filip, Ivan a Jana).

- **Eva:** *„Já si vždycky dávám také malé cíle a vždycky to nějak dám. Postupně jsem takový kopec vylezla, takový... jakože nemusím jak horolezec s lanem [smích], ale ty naše kopečky i s tou protézou jsem slezla. [] Třeba v rámci té chůze [nácviku] byly vždycky takové cíle a já jsem to posunovala. Nejdříve jsem třeba s první protézou šla dvoukilometrový úsek po asfaltu mírně z kopečka. Normálně bych to dala za těch 20 minut, ale ze začátku jsem to šla hodinu a půl [důraz], pak hodinu. S tou novou [protézou] jsem to stáhla, teď jsem schopná dát ten úsek za 25 minut.“*
- **Ivan:** *„Vlastně jsem si říkal [po úraze], co budu dál dělat? A říkal jsem si, že budu dělat nějaký svůj dream job. Což by bylo třeba programování počítačových her. Takže jsem po tom šel a díky tomu jsem se naučil programovat.“*
- **Jana:** *„Chtěla bych se vrátit k tomu, že příští rok bych šla znova do té posilovny na ten běžící pás. I když mám tolik let, kolik mám, ale proč ne.“*

Orientace na přítomnost

Někteří účastníci této studie zdůrazňují, že je důležité soustředit se na současnost a nepřemýšlet o minulosti. Tím se zřejmě vyhýbají nadbytečnému uvažování o úraze či amputaci, což by mohlo vést k negativistickým myšlenkám. Pokud lidé totiž intenzivně přemýšlejí o nějaké vyložené špatné životní zkušenosti, často si pokládají otázky typu „proč zrovna já?“ nebo spekulují o tom, co měli nebo mohli udělat jinak apod. To však obvykle směřuje pouze k sebelítosti či sebeobviňování.

Zpravidla si uvědomujeme, že pořád dokola přemítat o tom co se stalo, nemá valného smyslu. Zároveň někdy bývá obtížné se tomu nějak vyhnout. Zejména pokud zrovna nevěnujeme naši pozornost nějakému výraznému podnětu, začíná se naše mysl tzv. toulat a ztrácíme nad ní kontrolu. Proto Jana využívá četby knih nejen k pobavení, ale také k uklidnění a odvedení myšlenek od své vlastní osoby.

Čtyři dotazovaní (Cyril, Filip, Gustav a Jana) využívají copingovou strategii, kdy se snaží vyvarovat přemítání o vlastní minulosti a zejména o svém úraze.

- **Cyril:** „*Neměl jsem zatím chvilku, kdybych si říkal ty jo, proč se to stalo. Já se k tomu prostě nevracím.*“
- **Filip:** „*To je taky moje základní věc, že už se prostě nedívám do minulosti. Co bylo, bylo, a teď je teď – right now [tlesknutí].*“
- **Gustav:** „*Žiju hlavně dneškem. Co bylo to vůbec neřeším.*“

7.2 Protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců

Co se týče protektivních faktorů, stanovili jsme na základě interview s participanty 3 základní kategorie – **sociální opora, individuální charakteristiky a zdravotní systém**. Jelikož sociální oporu považujeme skutečně za klíčový protektivní faktor, rozhodli jsme se ji pojednat detailněji. Z tohoto důvodu jsme toto téma rozčlenili na 4 oddíly: rodina, partner či partnerka, přátelé a jiné formy sociální opory. Do sociální opory v širším smyslu bychom mohli zahrnout také pomoc v rámci zdravotního systému. Nicméně vzhledem k její specifčnosti v kontextu amputace se jí zabýváme zvlášť. Naši respondenti akcentovali především význam protetické a rehabilitační péče. Vzhledem k povinnosti poskytovat traumaticky amputovaným služby psychologa, jsme se rozhodli věnovat prostor také psychologické péči, přestože jí většina oslovených příliš velkou důležitost nepřisuzuje.

7.2.1 Sociální opora

Jedním z nejčastěji se vyskytujících a zároveň nejvýznamnějších protektivních faktorů u zkoumaných respondentů je tzv. sociální opora. Zde zahrnujeme jakoukoliv formu duševní či fyzické pomoci v rámci osobních či společenských vztahů. Z nejbližšího okruhu participantů jsou celkem dle očekávání nejpodpůrnější hlavně jejich rodinní příslušníci.

Manžely či manželky, respektive stálé partnery, z rodiny záměrně vyjímáme a věnujeme se jim v samostatném oddíle.

Schéma č. 5 zobrazuje všechny významné protektivní faktory zařazené do kategorie sociální opora. Jedná se o rodinu, přátele, partnera či partnerku a jiné formy sociální opory.

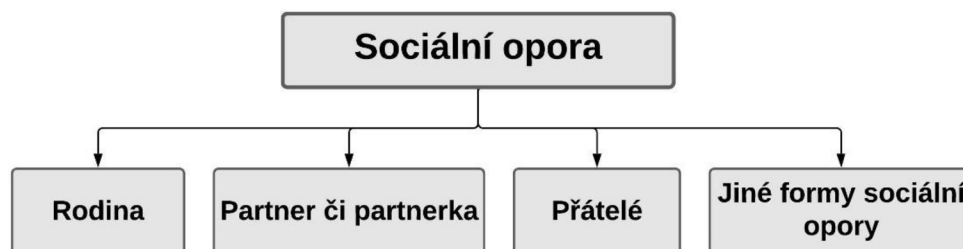


Schéma č. 5: Témata zařazená pod sociální oporu

Rodina

U všech oslovených měli v rámci sociální opory velký význam rodinní příslušníci. V případě většiny dotazovaných (Aleš, Cyril, Dana, Gustav, Ivan a Lenka) to byli vzhledem k jejich relativně nízkému věku – a faktu, že ještě v té době neměli svoji vlastní rodinu – hlavně rodiče. Ivan však pocítoval výraznější podporu ze strany přátel a jiných členů rodiny. Jeho rodiče se také snažili pomáhat, avšak vzhledem k jejich vlastním problémům, nebyla pomoc tolik markantní.

U ostatních participantů (Eva, Filip, Jana a Karel) byly důležitými prvky podpory také jejich vlastní děti. Velmi specifický případ představuje Eva, které dcera při nehodě zachránila život, když jí holýma rukama pomáhala zastavit krvácení. Od té doby mají podle Evy spolu velice zvláštní pouto. Janu kromě vlastních synů v různé míře podporovali i někteří sourozenci. Vypověděla však, že zatímco jedna sestra ji navštěvovala každou chvíli, u druhé sestry to bylo méně časté a její bratr se za ní nebyl podívat během prvního roku po amputaci ani jednou.

Rodina je našimi participanty nejčastěji uváděna jako jeden z faktorů, které jim nejvíce pomohly vyrovnat se s amputací. Příbuzenstvo na prvním místě uvedlo 9 z 10 respondentů. Pouze Jana se přiznala, že pro ni byla z počátku důležitější četba knih, která ji pomáhala odpoutat se od nepříjemné reality. Avšak podpora rodiny byla pro ni také velmi důležitá.

- **Aleš:** „*Nejdůležitější rodina. Rodina při mně pořád stála.*“
- **Cyril:** „*[] ta rodina byla opora, ta podpora tam byla strašně důležitá v tu chvíli. Nebo v tu chvíli jsem si to neuvědomil, ale postupem času.*“
- **Dana:** „*Takže já jsem v našich měla hodně oporu v tom, že oni za mnou hodně jezdili do tý nemocnice, [] mamka vlastně neřídila, tak se za mnou fakt každý den po práci kodrcala tím vlakem a jezdila za mnou a byla se mnou, a i když jsme třeba jen mlčely, tak pro mě ta blízkost byla jako fakt důležitá podpora. A vlastně jsem si neuměla představit, že by byl nějaký den, kdyby nepřijela. Taťka v té době soukromě podnikal, hodně cestoval, ale taky se snažil za mnou jezdit.*“
- **Eva:** „*A hlavně ty děcka, myslím si, že moje dcera mi zachránila život, že tam dala ty ruky, že to zaškrtila – to bylo masivní krvácení.*“
- **Gustav:** „*No, když se mi to stalo, tak jsem ještě bydlel u rodičů právě. Tak tam byla velká pomoc. Taťka už i přizpůsoboval byt k mému handicapu [smích]. A nakonec to nějak zvládám v pohodě žít jako normální člověk.*“
- **Karel:** „*Největší oporou byla rodina. Manželka, děti, takže tam to bylo hodně povzbuzující.*“

Přátelé

Další podstatnou součástí sociální opory u našich respondentů tvoří blízcí lidé mimo rodinné kruhy. Nějakou formu podpory od svých přátel uvedli kromě Jany všichni účastníci. Většinou se jednalo o psychickou podporu během návštěv v nemocnici, posílání povzbuzujících zpráv či dopisů apod. Daně, které se stal úraz těsně před dokončením gymnázia, pomohla kamarádka s přípravou na maturitu. V případě Karla a Lenky se jednalo také o praktickou výpomoc v domácnosti, než se naučili fungovat s protézou samostatně. Ivanovi se přátelé finančně složili na výkonný herní počítač. Pro Filipa a Karla jsou jejich kolegové z práce natolik důležití, že je označili za druhou rodinu.

U Filipa navíc také došlo k velkému zklamání z mnoha lidí, s nimiž se původně často stýkal. Při dlouhodobém pobytu v nemocnici se někteří z těch, které považoval za kamarády, za ním nepřišli ani jednou podívat. Nicméně i to zpětně hodnotí jako pozitivum, protože již nemarní čas s těmi, kteří podle něj za to nestojí.

Zároveň jsou přátelé druhým nejčastějším činitelem, jenž účastníci osobně považují za nejpodstatnější během adaptace na amputaci. Kamarády v tomto směru akcentovali Aleš, Eva, Ivan a Lenka.

- **Dana:** „*Myslím, že to hodně zasáhlo lidi ve škole. Měla jsem a mám ještě do teď dobrou kamarádku, díky které jsem odmaturovala. Ona mi všechno opisovala, všechno mi ofotila, materiály vypracovávala a ty maturitní otázky tak, abych mohla pak odmaturovat. Víím, že mi děčka posílaly dopisy... vlastně do teďka je mám tu bedýnku s dopisy.*“
- **Filip:** „*Mně se strašně změnilo kamarádství, protože předtím jsem měl spoustu kamarádů, co jsem s nimi dělal v práci. Vždycky se stavovali, měli jsme mezi sebou nějaký vztah, a najednou, když se něco stalo, úraz, tak najednou do nemocnice nikdo. A já říkám: aha, virtuální kámoši. A fakt jsem si začal vážit jenom těch, co přicházeli, takže najednou z těch x přátel, co jsem měl, jich tam přišlo jenom pět. Úplně jsem změnil ty lidi, mám teď fakt pět normálních dobrých lidí, s kterými funguju, a z těch pěti jsou všichni moji zaměstnanci. Já je беру jako rodinu. Všechno to jsou kluci, kteří se mnou stříhají, s nima trávím nejvíc času, s nima si jdu užít, s nima jdu na večeri, [].*“
- **Ivan:** „*To jo, to se za mnou hodně stavovali [přátelé]. A pak se skládali, celá ta moje banda, a koupili mi nočás za 35 tisíc, herní, takže já mám jako dobrý kamarády.*“
- **Karel:** „*Třeba v práci jsme to řešili, že je to taková druhá rodina – zrovna u těch hasičů. A tam prostě se k tomu postavili úplně suprově, taky návštěvy, kontakty, pomáhali mě, ženě, když jsem byl v nemocni. Pomáhali se vším, co se dalo. Takže jenom samý pozitivní věci.*“

Partner či partnerka

Rovněž partneři a partnerky hráli, nebo stále hrají, důležitou roli jako opora v životě větší části našich respondentů. Tomu, zda jsou jedinci oficiálně sezdáni či nikoliv, nepřikládáme žádnou váhu. S výjimkou Ivana žijí v současnosti všichni participanti v trvalém partnerském svazku. Ivan dle svého vyjádření žádnou stálou partnerku nehledá a ani po ní netouží. Potřebu intimity mu saturují nejbližší kamarádi. Lenka byla v době úrazu sama a se současným manželem se seznámila až několik let po nehodě. Nepřičítá tedy svému partnerovi při podpoře při vyrovnávání se s amputací žádný význam.

Aleš a Dana, kteří v době zákroku byli mladí a žádný vážný vztah neměli, zažívali nejprve obavy, že si kvůli amputaci nenajdou partnera. Případně měli strach, že by potenciální partner mohl amputaci nějak špatně snášet. Poměrně velmi brzy po zákroku však intimní vztahy navázali a zjistili, že amputace v partnerství žádný problém nepředstavuje. To byl pro ně samozřejmě velmi důležitý moment při integraci amputace do jejich života.

Cyrila po nehodě tehdejší partnerka aktivně podporovala, chodila za ním často do nemocnice a zařídila pro něj možnost studia na Fakultě tělesné kultury, což bylo pro něj dosti významné. Nicméně Cyril řadu věcí ve svém životě po úraze přehodnotil a vztah s ní ukončil. Svoji současnou partnerku potkal v rehabilitačním ústavu a jsou spolu nyní zasnoubeni.

Gustav byl v době úrazu nezadaný, ale se svou partnerkou se seznámil zhruba jeden rok po amputaci. V době našeho interview s ní byl navíc čerstvě ženatý. Během rozhovoru zmínil, že je pro něj velmi důležitá manželčina občasná každodenní pomoc, a hlavně to, že není doma sám.

Ostatní participanti (Eva, Filip, Jana a Karel) byli v době nehody již sezdáni se svým nynějším partnerem či partnerkou, kteří jim byli po nehodě intenzivní oporou. Jak zdůraznila Eva, již to vědomí, že vás manžel kvůli amputace neopustí, je hodně motivující. Shrňme-li tedy všechny výpovědi, můžeme konstatovat, že u 6 oslovených (Cyril, Eva, Filip, Gustav, Jana a Karel) byli partneři velmi aktivní při jejich podpoře v době těsně po úraze. V případě Aleše a Dany pak hráli důležitou roli při překonávání obav z dopadu následků amputace na jejich intimní život.

Filip, Jana a Karel zároveň zmínili partnera či partnerku mezi nejdůležitějšími skutečnostmi, které jim pomohly překonat těžkosti v souvislosti s amputací.

- **Cyril:** „*Když se na to podívám z takového profesionálního hlediska, mám pocit, že je důležitý, že o něj někdo stojí. A ať už je to pro toho chlapa ta žena, nebo pro tu ženu ten muž, přece jenom je to ten protějšek, takže si myslím, že to hraje velkou váhu.*“
- **Dana:** „*Vlastně pak jsem si našla vztah s protetikem, [] tak to mě hodně posunulo do toho normálního života. Jo, protože byli jsme spolu dlouho. Byli jsme spolu 3 roky a začali jsme i spolu bydlet. Takže takový ten přirozený život, který vlastně pokračoval dál, tak jak by člověk v tom věku očekával, že bude pokračovat.*“
- **Eva:** „*Že manžel se na mě asi nevykašle. Když jsem se s ním bavila, tak zůstal při mně. Takhle mě podporovali, tak já si říkám, já nebudu ta, která bude bečet.*“
- **Filip:** „*[] samozřejmě byla u mě [manželka]. Potom jak se o mě starala, já jsem fungoval vlastně pořád jenom po zadku, nebo vozíček, ale ty přesuny doma byly po zadku. Prostě koupání, starala se o to, ať se mi tam nedostanou žádné záněty, jak mě pustili po půl roce do domácí péče.*“

- **Jana:** „[] on [manžel] zas drží mě, já držím jeho, to se musí navzájem. Nebo když vidí, že už začnu být taková to... a co je, však všechno to zvládneme [řikává manžel].“

Jiné formy sociální opory

Ve výpovědích 4 dotazovaných (Aleš, Dana, Eva a Jana) jsme zaznamenali ještě další podoby sociální opory, které nelze zařadit do výše uvedených oddílů. U Aleše se jednalo o využití iniciativy „Zpět na nohy“. Ta na svých webových stránkách prezentuje životní příběhy lidí, kteří přišli o dolní končetinu, ale přesto vedou aktivní a naplněný život. Díky uvedeným kontaktům jej navštívili dva amputovaní, kteří mu vysvětlili různé možnosti stran užívání protézy a zodpověděli veškeré dotazy. Pro Danu byla velmi důležitá sociální opora v rámci společných aktivit s ostatními klienty rehabilitačního ústavu. Evu modlitbami podpořila celá křesťanská komunita, která se schází u nich na vesnici v kostele. A v případě Jany se jednalo o povzbuzení ze strany různých letných známých, které náhodně potkávala na ulici.

- **Aleš:** „Pak rodiče – tatka na internetu hledal všelijaké stránky, „Zpět na nohy“ [webová stránka s příběhy aktivních uživatelů protéz] třeba, co tu je z protetiky a našli tam kontakt. [] a tatka, jak tam volal, tak domluvili toho pana Petra. [] Tak on za mnou též přijel. Potom tam Tomáš [další aktivní uživatel protézy] za mnou přijel no a snažili se mi to všechno vysvětlit. Tak to mi též hodně jako pomohlo.“
- **Dana:** „[] a vlastně ten kontakt s ostatníma lidma tam [v rehabilitačním ústavu] byl v té době hodně důležitý a potřebnej.“
- **Eva:** „Pak jsem se dověděla, že v kostele, který byl plný lidí, všichni se za mě modlili. Takže jsem si říkala, to tady nemůžu bečet, to musím prostě dát.“
- **Jana:** „Ale zase třeba vidím, že ta třídní, co měla mého syna na učňáku, taková jako odměřená paní, a viděla mě ještě na té protéze, když jsem šla přes náměstí, ta hned po mě skočila, objala mě, popusinkovala mě. A co potkám strašně moc lidí cizích, co není rodina, tak to myslím, tak strašně moc řekne třeba: já jsem na vás tak myslela.“

7.2.2 Individuální charakteristiky

Mezi základní protektivní faktory našich participantů patří také různé výrazné rysy jejich osobnosti. Jednak se jedná o obecnější osobnostní prvky, např. flegmatický typ temperamentu, jednak o poměrně velká specifika jako je schopnost překonávat bolest.

Následující schéma ukazuje všechny významné protektivní faktory zařazené do kategorie individuální charakteristiky. Náleží zde schopnost překonat bolest, cílevědomost a vytrvalost, smysl pro humor, optimismus a flegmatismus.

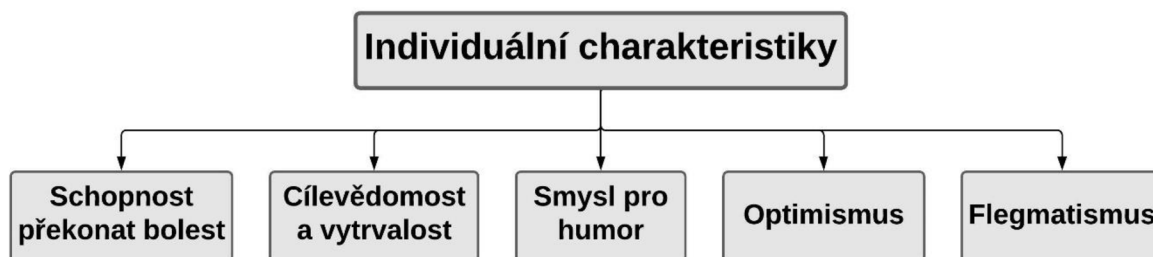


Schéma č. 6: Témata zařazená pod individuální charakteristiky

Schopnost překonat bolest

Amputovaný člověk musí ve svém životě čelit celé řadě bolestí – od pooperačních až po ty fantomové. Jak nám Aleš popsal, již samotný nácvik chůze s protézou je dosti bolestivá záležitost. Naši participanti navíc mívají různé zdravotní komplikace v souvislosti s denním nošením protézy. Bohužel ani moderní protetická lůžka nejsou dokonalá a jejich intenzivní užívání může způsobit různé otlaky a odřeniny na pahýlu daného jedince. Cyril zmínil, že když to někdy přežene se sportem, nemůže pak chodit s protézou i několik dní. Pro Danu je proto bolest už doživotní součástí jejího života. Určitá schopnost přemoci bolest je tedy výchozím předpokladem pro možnost delší chůze s protézou. Význam překonávání bolesti pro aktivní život zmínilo 6 účastníků našeho výzkumu (Aleš, Cyril, Dana, Eva, Filip a Ivan).

- **Aleš:** „Prostě snažil jsem se jít přes bolest, že třeba jsem si někdy musel vzít i tabletku proti bolesti. A třeba jsem dostal horečku do té nohy. Myslím si, že mi to hodně pomohlo, i když jsem si tam musel dávat na to studené obklady, a jako nelituju toho.“
- **Dana:** „Pak tam byly bolesti na té plastice, a pak byly a bolesti jsou v kontextu s tím zvykáním na tu protézu. A bolest je, aspoň u mě, doživotní součástí života. To není tak, že bych chodila bez bolesti. Když chodím dýl, tak ta noha prostě bolí.“
- **Eva:** „Teď často se mi to [pahýl] odírá. Někdy tam mám nějaké bakterie, takže aji antibiotika musím brát, ale snažím se na to nemyslet, nepřipouštět, nedělat ze sebe nějakou takovou bolestinku. Vždycky to ani neřikám nahlas. Naši [rodina] to poznají tak, že jdu ven bez protézy.“

Cílevědomost a vytrvalost

Další poměrně častou vlastností našich participantů je cílevědomost. S ní se zároveň pojí schopnost vytrvat při sledování vytyčených cílů i přesto, že nejsou lehce dosažitelné. Rozhodli jsme se tedy pojednat cílevědomost a vytrvalost dohromady, jelikož je považujeme za vzájemně provázané. Vytrvalost našich respondentů dle našeho názoru vychází právě z jejich cílevědomosti.

Obě tyto charakteristiky jsou opět kruciální zejména při snaze naučit se chodit s protézou, ale také při řadě jiných činností. Jak zdůraznil Cyril, pokud se chce člověk naučit dobře užívat protézu, musí být hlavně trpělivý. Lence podle její výpovědi chůze s protézou zpočátku vůbec nešla, ale přesto se pořád dál snažila, až si ji nakonec osvojila. Ivan se po amputaci rozhodl, že chce dělat programátora počítačových her. Věnoval spoustu času a energie, aby získal potřebné dovednosti. Nicméně, když byl na vysněné místo přijat, zjistil, že stále neumí dost, a proto musel odejít. Nyní se nadále zdokonaluje a za půl roku to chce zkusit znovu. Prvky cílevědomosti a vytrvalosti se objevovaly ve výpovědích 6 respondentů (Aleš, Cyril, Filip, Ivan, Karel a Lenka).

- **Cyril:** „*Hlavně trpělivost, [] to bychom neměli zapomenout, člověk musí být hodně trpělivý. Pokud přijde o nějakou končetinu a lze ji nahradit protézou – trpělivost.*“
- **Filip:** „*Jsem cílevědomý člověk. []. Měl jsem takový cíl zvednout 100 kg na bench [posilovací lavice], dosáhl jsem toho, odškrtl jsem si to. Chodím úterky a čtvrtky pravidelně cvičit. Teďka mám další cíl zahrát si na mistrovství světa para hokej.*“
- **Ivan:** „*No, já mám v plánu tak za půl roku dát výpověď a zkusit to znova do toho herního průmyslu. Takže uvidíme.*“
- **Karel:** „*A pak mi pomohlo vidět ty ostatní, že jsem byl mezi podobnými lidma, který jsem viděl... když oni vlastně byli dál, než jsem já. Takže taková cílevědomost a snaha dosáhnout stejnejch výsledků nebo lepších, než mají oni.*“

Smysl pro humor

Hojně rozšířenou vlastností mezi našimi participanty je smysl pro humor. Důležitost schopnosti udělat si legraci i z velmi vážných záležitostí jako je ztráta končetiny potvrdilo 5 našich respondentů (Aleš, Cyril, Eva, Filip a Lenka). Dana, Gustav a Jana význam humoru sice nezmiňovali explicitně, ale během interview se často smáli, a to i při tématech bezprostředně souvisejících s amputací a komplikacemi s ní spojenými. Také jim tedy přisuzujeme veselejší povahu.

- **Aleš:** „*Hlavně srandu si z toho [z amputace] dělat.*“
- **Cyril:** „*[] dělám si ze všeho srandu, tak nějak odlehčuju, dívám se na věci s nadhledem.*“
- **Filip:** „*Já jsem byl teďka na tom kempu a oni mi začali říkat, že jsem takový jejich šašek. Já musím ze sebe sypat hlášky, mě jich napadá strašně hodně. [] já jsem si na ten pahýl začal kreslit. Jak jsem tam měl jizvu, nakreslil jsem si tam oko, zuby, pusy a pustil jsem si k tomu písničku Baby shark a dělal jsem videjka. Protože to vypadalo jako malý žralok [smích]. A začalo mi psát hodně handicapovaných lidí, handicapovaných dětí, že je to super, že si dělám srandu z toho úrazu.*“

Optimismus

U některých oslovených jedinců (Cyril, Dana, Eva a Filip) je výrazným rysem jejich povahy optimistické ladění. Dívají se do budoucna s vyhlídkou, že všechno nějak půjde a bude i lepší, než je teď. Dana a Eva ani těsně po probuzení v nemocnici nepochybovaly, že by se neměly vrátit k plnohodnotnému životu. Optimismus se také pojí se schopností pohlížet na věci z té světlejší stránky. Ta je nejmarkantnější u Filipa, který je schopen nalézat pozitiva opravdu téměř na čemkoliv. Takovéto životní nastavení může být naprosto klíčovým protektivním faktorem při překonávání překážek v souvislosti s amputací. Určitou formu optimismu uvedli tři participanti (Cyril, Dana a Filip) jako vůbec nejdůležitější faktor pro vyrovnávání se se ztrátou končetiny.

- **Cyril:** „*Optimismus určitě ano. Ten byl předtím a teď je taky. Já razím heslo: pozitivní myšlení je základ úspěchu. Když se na všechno budeš dívat černě, tak jak to asi dopadne.*“
- **Dana:** „*Já jsem nikdy neměla pocit, že bych se neměla vrátit do plnohodnotného života. Prostě pro mě to bylo... ani mě to nikdy nenapadlo, že bych měla žít jako jinak.*“
- **Filip:** „*Důležité je tomu hlavně nepropadnout. Já jsem fakt vyhlížel jen to dobré. Aaa! Pecka, už si nebudu muset stříhat nehty, jo výhoda. A další výhoda, můžu nosit jednu ponožku klidně rok, nesmrdí mi noha.*“

Flegmatismus

Podle vyjádření 4 našich respondentů (Cyril, Gustav, Ivan a Karel) je výraznou stránkou jejich osobnosti flegmatická povaha. A přestože je jen těžko představitelné, že někdo snáší útrapy spojené s amputací s úplnou lhostejností, může toto temperamentové nastavení

sloužit jako protektivní faktor. Minimálně v tom smyslu, že daný jedinec řeší vše s větším klidem a nenechá se zahltit negativními emocemi. Zřejmě pomáhá i to, že flegmatictí lidé lépe akceptují věci, tak jak jsou.

- **Cyril:** „*Ta psychika, já totiž tak v životě to mám nastavené, že беру hodně věcí jako na salám – jakože hele v klidu, nějak to uděláme, nějak to dopadne.*“
- **Gustav:** „*Tak já jsem dost takový flegmoš, splachovací. Takže to asi udělá nejvíc [smích].*“
- **Ivan:** „*A já jsem i docela flegmatik, takže potom co se to [úraz] stane, tak co už potom, že? To už prostě nějak nespravíte, tím, že budete nadávat.*“
- **Karel:** „*No, jako tak nějak nic neřeším, si myslím. Nic důležitýho. Vemu to spíš tak, jak to je.*“

7.2.3 Zdravotní systém

Na život účastníků této studie měla pochopitelně zásadní vliv také kvalita zdravotnické péče na různých místech České republiky. Samozřejmě, že v případě nemocnice, do níž byli bezprostředně po úraze převezeni, nepřicházela v úvahu možnost vědomé volby. Rovněž rehabilitace probíhaly zpravidla v ústavech, které byly v okolí bydliště daného jedince. Nicméně pokud šlo o následnou protetickou péči, vystřídalí někteří participanti i více pracovišť. Psychologická péče probíhala u našich respondentů pouze během pobytu v nemocnici nebo v rehabilitačním ústavu.

Sedmé schéma ukazuje všechny významné protektivní faktory zařazené do kategorie zdravotní systém. Patří zde protetická péče, rehabilitační péče a psychologická péče.



Schéma č. 7: Témata zařazená pod zdravotní systém

Protetická péče

Pro každého člověka po transtibiální či transfemorální amputaci nebo exartikulaci v kolenu, který chce žít aktivně, je naprosto zásadní dobře vyrobená protéza. Jejím základem je pak individuálně zhotovené dobře pasující protetické lůžko. Bohužel dle zkušenosti Evy, Filipa a Jany ne všechny protetické firmy jsou schopny vyhovující vybavení poskytovat. Zdá se, že někteří výrobci počítají s tím, že si amputovaný s protézou dojde maximálně na záchod apod. Nicméně, jak popisuje Aleš, s adekvátními protézami lze provozovat v podstatě cokoli. A pokud člověk nepocítuje žádné výrazné fyzické omezení, je pro něj vyrovnání se s amputací rozhodně snazší. Proto považujeme dostatečnou úroveň protetické péče za jeden z rozhodujících protektivních faktorů. Důležitost kvalitního protetického vybavení vyjádřilo 7 respondentů (Aleš, Cyril, Eva, Filip, Gustav, Jana a Karel).

- **Aleš:** „*Takže když to tady vybalím, tak jsem zjistil, že můžu na skialpy, můžu na kolo, pracovní hák tam mám, jo, že hromadu aktivit zas budu moct dělat, protože na to mám nástroj. To je jedna z věcí, co mě zase koplá: hele nebudu mít limit. Takže je to v podstatě vyrovnání se s tím. Já v tuhle chvíli mám všechno, co potřebuju. Kdyby se mě někdo zeptal, jakou potřebuju protézu, tak asi žádnou.*“
- **Eva:** „*[] furt jsem si říkala, že ta protéza [prvovybavení od jiné firmy] je něco divného. Třeba ušla jsem kousek do kopečka a než jsem došla, musela jsem třikrát zastavit, protože ta protéza se mi úplně vytočila. Pak mě to úplně podřelo, tak si říkám: tam je něco špatně. [] Takže já jsem vlastně pocítila největší zlepšení spíše v té protetice. Ve zdravotnictví jsem problém neměla.*“
- **Filip:** „*[] hlavní je fakt domluvit si dobrou protetiku. Ne každá protetika vám vyjde vsříc jako tady. Nebudu jmenovat, ale tady jsem byl nadmíru spokojený. I když mě to tlačilo, zavola jsem tady, přijed', upravíme, jo, super, netlačí, pecka! Znáám lidi, kteří mají protézu, tlačí je to a ta protéza jim leží v koutě. Radši budou fungovat na vozíku nebo chodí o berlich.*“
- **Jana:** „*Pak ta protéza [prvovybavení od jiné firmy]... já jsem říkala, já jsem jak druhý Frankenstein, to jsem všude měla popruhy, řemeny a takový. Pak na rehabilitaci mi poradili sem [do Frýdku-Místku]. Já jsem se pak objednala, tak teďka už to bude o něčem jiným [].*“
- **Karel:** „*A co se týče protetiky, tak jsem rád, že jsem se dostal tam, kde jsem se dostal. Sice je to dál, ale myslím si, že na dobré úrovni. I co mě třeba potkávají ve svém bydlišti a ptají se mě, kdo mi dělal protézu, a sklízí obdiv vlastně.*“

Rehabilitační péče

Dalším významným protektivním faktorem pro účastníky tohoto výzkumu je rehabilitační péče. V případě amputace se jedná o velice komplexní záležitost zahrnující dlouhou řadu aktivit. Mezi ty nezákladnější patří kondiční cvičení, posilování zdravých částí těla, trénování rovnováhy, ošetřování a formování pahýlu, vybavení první protézou a nácvik chůze. Hlavním cílem je dosažení soběstačnosti daného jedince. Člověk po amputačním zákroku by měl začít s rehabilitací co nejdříve mu to jeho stav dovolí. Význam rehabilitační péče vyzdvihlo 5 participantů (Aleš, Dana, Eva, Ivan a Karel).

- **Aleš:** „*Hodně mi pomohla ta Chuchelná. Ten rehabilitační ústav. Tam jsme procvičovali koleno. Jak jsem měl tu stehenní kost venku, tak to prostřelilo všechny svaly. Nemohl jsem pořádně ohnout koleno, tak jsme to rozcvičovali... bazén tam byl, všelijaké elektro, lasery na jizvy, teplé zábaly.*“
- **Dana:** „*Nejvíce mi pomohl ten rehabiliták, není tam tedy žádná psychologická péče, to ne, ale je tam nácvik té chůze, nějaké cvičení, ergoterapie, aby se tam člověk nemudil, tak jsme vyráběli keramiku [].*“
- **Eva:** „*Myslím si, že v té první fázi, kdy jste na těch JIPkách a podobně, tak to je prioritní. Ale myslím si, že nejdůležitější je ta následná péče, ta rehabilitace, že když potom máte tu možnost, že si vybudujete vztah s tím rehabilitačním pracovníkem, což mě se třeba povedlo, že on vás zná, už ví, co máte, vy ho poslechnete, on vám pomůže, poradí, a i vlastně s tím protetikem.*“

Psychologická péče

Při adaptaci na ztrátu končetiny může velmi důležitou roli sehrát také psycholog. To však není případ většiny námi oslovených respondentů. Přesto jsme se vzhledem k zaměření této práce rozhodli tématem psychologické péče zabývat. Důvodem je i fakt, že dnes za traumaticky amputovanými jedinci v nemocnici dochází psycholog automaticky.

Aleš, Eva a Lenka psychologickou pomoc vysloveně odmítali. Další čtyři oslovení (Cyril, Gustav, Ivan a Karel) si s psychologem několikrát povídali, ale žádnou velkou váhu tomu nepřisuzují. Cyril dodatečně přiznal, že si počáteční rozhovory již nepamatuje, takže nemůže příliš dobře soudit. Zdá se, že pro sebepojetí výše zmíněných jedinců byl velmi důležitý pocit, že svou situaci zvládají sami bez odborné psychologické pomoci. Nabízí se však otázka, zda již samotná možnost využití služeb psychologa neměla kladný vliv na duševní stav participantů.

Jana možnost návštěv psychologa v nemocnici ocenila a v současnosti je objednána k psycholožce kvůli podezření na posttraumatickou stresovou poruchu. Daně psychologická podpora vysloveně chyběla. V době, kdy došlo k jejímu úrazu, nebyl psycholog součástí standardní péče o traumaticky amputované.

- **Dana:** „*Prostě bych tam potřebovala tu péči, péči psychologickou, aby se mnou víc někdo byl a dokázal se mi víc věnovat. Abych si to mohla odžít a vlastně pověnovat se i těm rodičům.*“
- **Eva:** „*V nemocnici za mnou přišla doktorka a začala mluvit, já jsem pochopila, že je to psychiatrička, a já říkám: já vás nepotřebuju, já vás tady nechcu. Já si to dokážu sama, já budu chodit, já budu pracovat, já všechno zvládnu, já se nesložím.*“
- **Gustav:** „*Ono jako si myslím, že jsem na tom dobře, no. I po úraze byl. Žádného psychiatra, nebo koho mi to tam cpali... jako něco jsme pokecali, ale že by mi to nějak pomohlo, jsem se sám vyrovnal s tím v pohodě.*“
- **Ivan:** „*Měl jsem v nemocnici psychologa. Ten za mnou v podstatě každý den... třeba ten první měsíc, tak tam za mnou přišel každý den na pokec 10-15 minut. Tak to bylo taky v klidu. To byl prostě jenom takovej nemucenej pokec.*“
- **Jana:** „*[] oni tam nabízejí kněze nebo psychologa, já jsem chtěla psychologa. A tak s ním jsem si tak povídala, ale jako taky jak manžel to doma dělá, a to mi pomohlo. Tam když jsou ti pacienti, tak se člověk tak neotevře, nevykládá jim všechno, ale tomu psychologovi jako jo. Pak jsem mu vykládala, jak se to stalo a jak manžel a toto. Bylo to dobrý se tak vypovídat.*“

Pro dokreslení a větší přehlednost doplňujeme text následující tabulkou, která souhrnně uvádí všechny copingové strategie a protektivní faktory, které se vyskytovaly u jednotlivých participantů. Tato tabulka tedy obsahuje komplexní **odpověď na první výzkumnou otázku**. Zároveň také umožňuje jednoduše porovnávat četnost daného fenoménu u vybraných respondentů apod.

Copingové strategie	Aleš	Cyril	Dana	Eva	Filip	Gustav	Ivan	Jana	Karel	Lenka
Snaha získat zpět plnohodnotný život	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Cvičení a nácvik chůze	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Sportování	ano	ano	ano	ano	ano	ano				
Sociální aktivita		ano	ano	ano	ano			ano		ano
Motivování a pomáhání druhým lidem	ano	ano	ano	ano	ano					ano
Nalézání pozitiv stran amputace	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano		ano	
Akceptování amputace	ano	ano	ano	ano		ano			ano	ano
Nastavení mysli		ano	ano	ano	ano	ano				
Soustředění se na konkrétní cíle		ano		ano	ano		ano	ano		
Orientace na přítomnost		ano			ano	ano		ano		
Protektivní faktory	Aleš	Cyril	Dana	Eva	Filip	Gustav	Ivan	Jana	Karel	Lenka
Rodina	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Přátelé	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano		ano	ano
Partner či partnerka		ano		ano	ano	ano		ano	ano	
Jiné formy sociální opory	ano		ano	ano				ano		
Schopnost překonat bolest	ano	ano	ano	ano	ano		ano			
Cílevědomost a vytrvalost	ano	ano			ano		ano		ano	ano
Smysl pro humor	ano	ano		ano	ano					ano
Optimismus		ano	ano		ano	ano				
Flegmatismus		ano				ano	ano		ano	
Protetická péče	ano	ano		ano	ano	ano		ano	ano	
Rehabilitační péče	ano		ano	ano			ano		ano	
Psychologická péče								ano		

Tabulka č. 2: Výskyt copingových strategií a protektivních faktorů u jednotlivých participantů („ano“ = výskyt daného činitele, prázdné pole = absence daného činitele)

Nyní si rovněž představíme souhrnnou **odpověď na druhou výzkumnou otázku**: Které copingové strategie a protektivní faktory považují traumaticky amputovaní jedinci za nejdůležitější pro vyrovnávání se se ztrátou dolní končetiny? Nejčastější odpovědi pocházely z kategorie sociální opory. Jednoznačně nejméně frekventovaná odpověď byla rodina (9 participantů). Za rodinou pak následovali přátelé (4 participantů) a partneři či partnerky (3 participantů). Jako důležitý činitel byl označen také optimismus (3 participantů) a pravidelné cvičení (2 participantů). Zbývající odpovědi se vyskytovaly vždy pouze u jednoho respondenta. Jednalo se o iniciativu „Zpět na nohy“, dobrou fyzickou kondici, finanční podporu skrze vojenskou pojišťovnu, oporu v Bohu, profesní cíl, zdravotní personál, četbu a společenské aktivity.

8 DISKUZE

Tato studie mapuje copingové strategie a protektivní faktory v rámci zkušenosti s traumatickou transtibiální či transfemorální amputací nebo exartikulací v koleni. Výzkumu se účastnilo 10 resilientních jedinců (6 mužů a 4 ženy), kteří se úspěšně přizpůsobili své nové životní situaci. Kromě výskytu konkrétních copingových strategií a protektivních faktorů nás také zajímalo, které z nich sami participanti považují za nejdůležitější.

V této části budeme především porovnávat naše výsledky s jinými studiemi s tematicky blízkým zaměřením. Musíme zde zdůraznit, že v době, kdy jsme začali s plánováním našeho výzkumu, neexistovala v českém prostředí žádná psychologická studie, která by se zabývala stejným či příbuzným tématem u amputovaných jedinců. Dále se pokusíme zhodnotit přednosti, přínosy, limity a validitu naší práce. Neopomene ani možnosti aplikace některých námi získaných poznatků do praxe a nastíníme určitý potenciál pro následný výzkum v této oblasti.

Srovnání s jinými zdroji

První důležitou kategorií, kterou jsme identifikovali, byl aktivní coping. Podle Lazarusovy (1991) dichotomické typologie má blíže ke copingu zaměřenému na problém. Avšak naše kategorie aktivního copingu je poněkud složitější. Natolik komplexní problém, jakým je amputace, totiž nekompromisně zasahuje do všech oblastí lidského života. Jsou zde tedy sice copingové strategie zaměřené na zlepšení fyzického stavu a mobility po amputaci (snaha získat zpět plnohodnotný život, cvičení a nácvik chůze, sportování), ale také ty, které se týkají sociálních interakcí a emocí (sociální aktivita, motivování a pomáhání druhým).

Jednou z nejčastějších a zřejmě i nejvýznamnějších forem copingu našich participantů je zvýšená fyzická aktivita. Všichni respondenti začali v průběhu rehabilitací pravidelně cvičit a intenzivně trénovat chůzi s protézou. Díky tomu nejsou upoutáni na invalidní vozík a získali relativně velkou volnost pohybu. Šest z nich dokonce po určité době začalo provozovat sportovní aktivity. Je proto celkem překvapivé, že jiné výzkumy fyzické aktivity v rámci copingu amputovaných příliš neregistrují (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999; Sjö Dahl, Gard, & Jarnlo, 2004; Stutts, Bills, Erwin, & Good, 2015; Pereira, Ramos, Lobarinhas, Machado, & Pedras, 2018). Někteří autoři kvantitativních studií (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999; Pereira, Ramos, Lobarinhas, Machado, & Pedras, 2018) ve

svých člancích sice hovoří o aktivním copingu, avšak neuvádějí, co tím konkrétně míní, a zda tam zahrnují také cvičení či nácvik chůze. U kvantitativních designů, které nejdou příliš do hloubky jednotlivých případů, to není až tak překvapivé. Nicméně i kvalitativně orientovaní výzkumníci Oaksfordová, Frude a Cuddihy (2005) zmiňují rehabilitační cvičení pouze marginálně jako součást tzv. praktického copingu. Do stejného klastru mimo jiné řadí také vyřízení finanční podpory či plánování do budoucna apod.

Námi popsaný coping sociální aktivita se významově částečně překrývá s copingovou strategií vyhledávání sociální opory, která se poměrně často objevuje v jiných studiích (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999; Oaksford, Frude, & Cuddihy, 2005; Desmond, & MacLachlan, 2006; Stutt, Bills, Erwin, & Good, 2015), a je zpravidla asociována s úspěšnou adaptací. Nicméně u některých našich participantů šlo spíše jen o zdůraznění toho, že pokračovali ve společenských kontaktech, kterým se věnovali již před amputací. Vysloveně o vyhledávání podpory od jiných lidí se jednalo jen v několika případech. Naše kategorie sociální aktivita tedy zahrnuje obojí. Sociální aktivita pochopitelně souvisí s protektivním faktorem sociální opora.

Druhé významné téma, které jsme v rámci copingových strategií zaznamenali, je adaptivní způsob uvažování. Dle původního Lazarusova (1991) rozdělení by odpovídalo copingu zaměřenému na emoce, neboť také v tomto případě dochází především ke změně prožívání skrze myšlení (akceptování amputace, nastavení mysli a orientace na přítomnost). Zároveň však ještě zahrnuje coping založený na smyslu, jak jej popsala Folkmanová (1997). U většiny našich respondentů je totiž také zjevné hledání a nacházení pozitivního významu. Co se týče konkrétní formy, v některých případech je patrné pozitivní přehodnocení (nalézání pozitiv stran amputace) nebo identifikace dosažitelných cílů (soustředění se na konkrétní cíle).

U našich participantů jsme nezaznamenali žádné copingové strategie, které by bylo možné označit za maladaptivní. To je zřejmě dáno specifičností našeho výzkumného souboru, jenž se skládá výhradně z amputovaných jedinců, kteří působí zcela přizpůsobeně. Naproti tomu například Livneh, Antonak a Gerhardt (1999) na základě svého výzkumu zařadili do copingu zaměřeného na emoce sociální odloučení, které je však často asociováno s depresí, úzkostí a hostilitou. Kontraproduktivitu této strategie potvrdili i někteří naši respondenti, kteří poměrně často uváděli, že je velmi důležité neuzavřít se a chodit mezi lidi – tedy, že je nutné činit přesný opak sociálního odloučení. Jiným příkladem maladaptivní

strategie může být vyhýbání se problému, které je dle studie Desmonda a MacLachlana (2006) silně asociováno s distresem a špatným přizpůsobením.

Z výsledků našeho výzkumu vyplývá, že nejvýznamnějším protektivním faktorem je sociální opora. Především se jednalo o rodinu, o jejíž podpůrné roli se zmiňovali všichni respondenti. Většina participantů rovněž akcentovala podporu ze strany partnera či přátel. Tato zjištění dobře korespondují s jinými studiemi zkoumajícími vliv sociální opory na amputované (Williams, Ehde, Smith, Czerniecki, Hoffman, & Robinson, 2004; Anderson, Roubinov, Turner, Williams, Norvell, & Czerniecki, 2017; Miller, Mealer, Cook, So, Morris, & Christiansen, 2020). Musíme však zdůraznit, že většina těchto studií se soustředí na hodnocení tzv. vnímané sociální opory, a nikoliv realizované. Nicméně poznatek z přehledové studie Horganové a MacLachlana (2004), že samotné podpůrné chování – na rozdíl od vnímané sociální opory – má na adaptaci spíše negativní vliv, nebyl účastníky našeho výzkumu nijak potvrzen.

Dalším důležitým protektivním faktorem u účastníků naší studie jsou různé individuální charakteristiky. Tento faktor se v psychologických studiích s tematikou amputace příliš často neobjevuje. Při tom lze předpokládat, že osobnost amputovaného bude při adaptaci hrát jednu z nejvýznamnějších rolí. Těžko říci, co může být hlavní příčinou tohoto nezájmu výzkumníků. Důvodem může být například kvantitativní zaměření většiny výzkumů, u nichž je zachycení velmi specifických osobnostních rysů poměrně obtížné. Dále by se mohlo jednat o nejednoznačnost při určování toho, co je individuální charakteristika, respektive protektivní faktor a co už je copingová strategie. V našem výzkumu jsme kupříkladu identifikovali jako jeden z důležitých protektivních faktorů smysl pro humor, ale Oaksfordová, Frude a Cuddihy (2005) považují humor za copingovou strategii. Je však otázkou, zda daný jedinec nevyužívá humor jako copingovou strategii jen díky tomu, že má smysl pro humor. Představa člověka, který nemá tuto vlastnost a zároveň se vyrovnává s amputací pomocí žertů, je pro nás těžko myslitelná.

Jedním z výrazných rysů některých respondentů je optimismus. Ten se vyskytuje jako protektivní faktor i v jiných studiích (Oaksford, Frude, & Cuddihy, 2005; Miller, Mealer, Cook, So, Morris, & Christiansen, 2020). Optimismus jednak úzce souvisí s copingem nalézání pozitiv stran amputace, jednak s kladným očekáváním stran budoucnosti. V obou případech vede k lepšímu emočnímu ladění amputovaného při řešení náročné situace. Rozhodně se tedy jedná o protektivní faktor zvyšující resilienci daného jedince.

Zjištění, která se neobjevují v jiných výzkumech

Třetí významné téma v rámci protektivních faktorů představuje zdravotní systém. Z výpovědí našich participantů vyplývá, že rehabilitační ústavy a podobná zařízení jsou v České republice na dobré úrovni. Většinou byla oceňována kvalita jejich péče a užitečnost jednotlivých procedur. Jinou zkušenost mají někteří účastníci s následnou protetickou péčí, kde už byly shledány výraznější rozdíly. Pokud nedostali hned zpočátku doporučení na kvalitní firmu, navštěvovali protetickou ambulanci v okolí bydliště nebo jim byla první protéza poskytnuta v rámci rehabilitačního zařízení. Bohužel ne vždy měli to štěstí, aby dosahovala potřebné technologické úrovně pro aktivní denní užívání. Jelikož však chtěli opravdu plnohodnotně žít, vyhledali jiného poskytovatele, kde již získali adekvátní vybavení.

Poměrně překvapivé bylo zjištění, že nikdo z participantů intenzivněji nevyužíval profesionální psychologickou pomoc. Několik účastníků psychologa, který dochází za traumaticky amputovanými povinně, dokonce kategoricky odmítlo. Zřejmě cítili, že svou situaci musí zvládnout sami nebo že jej skutečně nepotřebují. Jiní participanté brali hovory s psychologem pouze jako možnost, jak si krátit dlouhou chvíli v nemocnici. Pouze jediná účastnice hodnotila práci psychologa jako přínosnou. Další respondentka cítila, že by psychologickou péčí po amputaci potřebovala, avšak v době, kdy se jí stal úraz, nebyla psychologická intervence tolik běžná. Odmítání a absenci potřeby psychologické péče si vysvětlujeme také vysokou resiliencí charakteristickou pro jedince v našem výzkumném souboru.

Přínos a klady

V první řadě doufáme, že tato práce pomůže alespoň malým dílem rozšířit povědomí o problematice amputací dolní končetiny a některých s ní spojených témat. Jsme přesvědčeni, že naše studie umožní čtenáři hlubší vhled do života amputovaných jedinců a základních komplikací, kterým musí čelit. Věříme, že některá naše zjištění mohou pomoci odborníkům i pečujícím blízkým při ošetřování a podpoře amputované osoby (konkrétní doporučení viz dále). V neposlední řadě se domníváme, že tento text může posloužit jako zdroj základních informací pro jedince, kteří se musí „čerstvě“ vyrovnávat se ztrátou dolní končetiny. Jednak zde získají určitý přehled o protetických možnostech a ujištění, že nemusí zůstat upoutáni na invalidní vozík, jednak mohou načerpat inspiraci ve skutečných příbězích lidí, kteří se výborně adaptovali.

Nyní si dovolíme zmínit některé přínosy osobnějšího charakteru. Na prvním místě musíme uvést získání velmi obohacujících zkušeností. Především vedení interview s participanty bylo vždy povznášejícím zážitkem. Jejich osobní příběhy a přístup k životu jsou velmi inspirující. Způsob, jakým respondenti zvládají mimořádně náročné situace je skutečně následováníhodný. Další osobní obohacení představuje hlubší porozumění některým aspektům lidského života. Především se jedná o nedocenitelný význam rodiny, partnerů, přátel, ale i jiných lidí, se kterými žijeme v širším společenství. Výrazným prvkem zkušenosti participantů bylo také propojení biologické, duševní, sociální i spirituální oblasti. Vyrovnání se s čistě fyzickým handicapem by při opomíjení některé z těchto komponent zkrátka nebylo možné.

Za významnou přednost naší studie považujeme selektivitu skrze traumatickou příčinu amputace. Některé tematicky podobné výzkumy se zaměřují pouze na amputace v souvislosti s diabetem a onemocněním cév (Livingstone, Van De Mortel, & Taylor, 2011; Pedras, Vilhena, Carvalho, & Pereira, 2018; Ramos, Lobarinhas, Machado, & Pedras 2018). Většina obdobných výzkumů však kombinuje traumatické a jiné druhy amputace dohromady (Livneh, Antonak, & Gerhardt, 1999; Hanley, Jensen, Ehde, Hoffman, Patterson, & Robinson, 2004; Sjö Dahl, Gard, & Jarnlo, 2004; Oaksford, Frude, & Cuddihy, 2005; Desmond, & MacLachlan, 2006; Stutt, Bills, Erwin, & Good, 2015; Miller, Mealer, Cook, So, Morris, & Christiansen, 2020). To je však dle našeho názoru poněkud nešťastné. Vnímáme obrovský rozdíl v tom, jestli se člověk probudí v nemocnici a najednou zjistí, že přišel o značnou část nohy, anebo zda ví o plánované amputaci například v důsledku onemocnění diabetem. V druhém případě má člověk přeci jen možnost psychicky se dopředu připravit. Rozhodně nechceme jakýkoli typ amputace nějak zlehčovat, nicméně zde skutečně vnímáme podstatný rozdíl. Chápeme, že je pro badatele těžší získat dostatek participantů s traumatickou amputací, kterých je nepoměrně méně, nicméně považujeme za velmi žádoucí příčiny amputace v rámci výzkumu rozlišovat.

Další klad našeho výzkumu vidíme v poměrně vyváženém zastoupení žen. Většinu participantů psychologických studií s tematikou amputace totiž představují muži (Stutts, Bills, Erwin, & Good, 2015). Příčinou může být to, že účastníky některých kvantitativních výzkumů tvoří výhradně váleční veteráni (Desmond, & MacLachlan, 2006; Anderson, Roubinov, Turner, Williams, Norvell, & Czerniecki, 2017). Dalším zdůvodněním by mohl být rozdíl v míře rizikového chování na základě pohlaví. Některé studie dokládají, že určité chování žen je signifikantně méně rizikové – například při přecházení rušné silnice

(Pawlowski, Atwal, & Dunbar, 2008). Metaanalýza 150 obdobně zaměřených výzkumů také potvrdila rizikovější jednání mužů při řízení vozidla a několika dalších činnostech (Byrnes, Miller, & Schafer, 1999). Tato zjištění korespondují také s nepoměrně menším počtem žen mezi traumaticky amputovanými klienty naší protetické ambulance.

Limity a validita výzkumu

Nyní se naopak zaměříme na některá „slabší místa“ našeho výzkumu. Za určitý nedostatek považujeme rozdíly v čase, který uplynul od amputace jednotlivých participantů. Nejkratší doba po amputaci byla 1 rok a nejdelší 23 let. Zároveň jsou poměrně veliké rozdíly ve věku, kdy došlo k úrazu. Nejmladšímu respondentovi bylo v době nehody 15 roků a nejstaršímu 55 let. Navíc většina účastníků je amputována jednostranně, ale 2 oboustranně, což je jistě podstatná odlišnost. Tudiž v těchto ohledech není náš výzkumný soubor úplně homogenní. Nicméně splnit všechna relevantní kritéria zároveň je v podstatě nemožné. Bylo tedy nutné udělat nějaké ústupky. Z tohoto důvodu jsme před zmíněnými rozdíly upřednostnili podmínku traumatické povahy amputace a dobré psychologické přizpůsobení.

Velmi diskutabilní stránku každého kvalitativního výzkumu představuje možnost posouzení jeho validity. Naneštěstí panuje velmi malý konsenzus v tom, dle jakých měřítek by měly být kvalitativní studie hodnoceny. V některých případech je patrná snaha aplikovat kritéria stanovená pro kvantitativní výzkum, což ovšem pochopitelně obvykle vede k neúspěchu. Proto někteří autoři považují za nejlepší řešení hodnotit validitu kvalitativního výzkumu nezávislým auditem (Kostínková & Čermák, 2013).

Bohužel v našem případě není řešení problému validity skrze nezávislý audit realizovatelné. Rovněž užívání statistických nástrojů u této studie považujeme za nesmyslné. Nicméně u výzkumů s početnějšími soubory Smith, Flowers a Larkin (2009) zdůrazňují důležitost kvantifikace opakování témat mezi jednotlivými případy. Zároveň toto určování četnosti považují za cestu k posílení validity výsledných zjištění. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli považovat určité téma za významné a „validní“, pokud se vyskytuje nejméně u čtyř různých participantů – tedy u více než jedné třetiny našeho souboru.

Jedním z hlavních kritérií pro kvalitní práci využívající interpretativní fenomenologickou analýzu je uvádění dostatečného množství úryvků. Určitá minimální četnost slouží jako důkaz pro důležitost daného tématu. V případě výzkumných souborů čítajících více než 8 participantů Smith (2011) doporučuje uvést pro každé téma alespoň

3 úryvky a vyčíslit jeho prevalenci. Rovněž v naší studii, která zahrnuje 10 účastníků, jsme se drželi těchto kritérií, a pokud se nám to zdálo vhodné, uvedli jsme ukázek více.

Doporučení pro praxi

Vzhledem ke kvalitativnímu designu našeho výzkumu nelze samozřejmě žádný z našich výsledků generalizovat. Jedná se totiž pouze o individuální výstupy deseti jedinců. Přesto však nepovažujeme všechna naše zjištění – vzhledem k početnějšímu výzkumnému souboru a podmínce výskytu daného jevu alespoň u 4 participantů – za pouhá unikátní specifika několika jednotlivců. Domníváme se tedy, že určitá doporučení můžeme z naší studie přeci jen vyvodit:

- Především se jedná o důraz na fyzickou stránku amputace. Zdá se být nesmírně důležité, aby člověk po amputaci začal co nejdříve cvičit a trénovat chůzi s protézou. Považujeme tedy za vhodné snažit se jej k tomu povzbuzovat a motivovat všemi dostupnými způsoby. Jedinec, který zvládne chodit s protézou může mít naprosto plnohodnotný život, aniž by se musel vzdát jakýchkoliv aktivit, které jej naplňovaly.
- Při nácviku chůze je důležité stanovovat krátkodobé cíle, u nichž lze snadno ověřit jejich splnění. Například dnes ujdou s protézou určitou, byť malou vzdálenost. Amputovaný jedinec pak může svoji „laťku“ postupně zvyšovat. Viditelný progres dobře funguje jako motivace pro práci na dalším zlepšení.
- Činnosti, kterým se člověk věnoval před úrazem, by měly být základním stimulem ke snaze získat zpět schopnost chůze. Naši participanté díky vidině toho, že budou moci provozovat své oblíbené aktivity, si chození s protézou osvojili a jedna respondentka (je relativně krátce po zákroku) na tom intenzivně pracuje. Pokud nově amputovaný jedinec nevěří, že by mohl fungovat podobně či stejně jako před úrazem, můžeme poukázat na příklady lidí, kteří to již zvládli. Ideální je osobní setkání, které lze zprostředkovat například skrze webové stránky „Zpět na nohy“ a podobné iniciativy.
- Zároveň pokud se první protéza zdá být nevyhovující, a to i po vyžádaných úpravách, je nezbytné oslovit jiného poskytovatele protetické péče. V opačném případě bude protéza amputovanému působit takový diskomfort, že ji nebude využívat vůbec nebo jen minimálně. Pokud na aktivní užívání protézy rezignuje, je mnohem pravděpodobnější, že se u něj v důsledků snížené mobility objeví nějaké psychické komplikace (úzkost, deprese apod.).

- Pro psychoterapii či jinou psychologickou práci s amputovanými klienty doporučujeme jako základní téma mezilidské vztahy. Pokud má člověk po amputačním zákroku dlouhodobější tendence k izolaci od ostatních lidí je velice žádoucí jej nějak zapojit do společenského života. Zejména interakce v rámci rodiny, s partnerem nebo blízkými přáteli mohou výrazně napomáhat situaci zvládnout. Zároveň je vhodné osoby z nejbližšího okolí zapojit do případného terapeutického procesu.
- Pro adaptační proces může být velmi prospěšné pomáhat amputovanému nalézat určitá, byť drobná pozitiva, která se s amputací a novou životní situací pojí. Nahlížení na úraz a jeho následky z lepší stránky může jednoznačně pomoci k úspěšnému přizpůsobení. Na místě je však velmi opatrný postup. Zejména, pokud je daný jedinec po amputačním zákroku krátce a příliš tuto událost nestihl zpracovat.

Doporučení pro další výzkum

Na základě našich zjištění považujeme zvýšenou fyzickou aktivitu za účelem znovuzískání schopnosti chůze za naprosto klíčovou oblast. Člověk po ztrátě dolní končetiny musí zpevnit své tělo a naučit se chodit s protézou. Amputovaný zkrátka potřebuje v první řadě funkčně kompenzovat chybějící část. Proto se domníváme, že jde o jeden z hlavních směrů, kterým by se měl další výzkum ubírat. Výstupem by mělo být větší množství doporučení pro práci s amputovanými klienty po tělesné i duševní stránce.

Výrazný fenomén představuje také nalézání pozitiv v souvislosti s úrazem a následnou amputací. Nutno zdůraznit, že u našich respondentů se vyskytoval v hojné míře. Toto téma úzce souvisí s posttraumatickým rozvojem, o němž jsme krátce pojednali v teoretické části. Posttraumatický rozvoj by si v rámci naší studie jistě zaslouhoval minimálně celou samostatnou kapitolu, a především detailnější analýzu. Bohužel to není z důvodů tematického zaměření této práce a omezeného rozsahu textu možné. Nicméně se jedná o téma, v němž vidíme velký potenciál pro další bádání.

Další možnost představuje rozšíření výzkumného souboru. Přínosné může být především srovnání výpovědí stávajících participantů s osobami, u nichž adaptace neproběhla tak úspěšně. Za zajímavou variantu považujeme také porovnání přístupu ke copingu u jedinců s netraumatickou příčinou amputace, která je v české populaci mnohem častější. Poměrně komplikovanou, ale potenciálně velice hodnotnou možností je také zapojení blízkých a pečujících osob do výzkumu.

9 ZÁVĚR

Ve výzkumné části jsme si stanovili za cíl identifikovat copingové strategie a protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců, kteří se úspěšně adaptovali na svůj nový zdravotní stav. Rovněž nás zajímalo, které z činitelů sami respondenti považují za nejpodstatnější pro překonávání obtíží v souvislosti s amputací. Na základě polostrukturovaného interview jsme se také snažili zachytit důležité prvky jedinečné zkušenosti našich participantů. Následně jsme přepisy získaných interview zpracovali s pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Naše analýza odhalila celkem 5 významných témat. V rámci copingových strategií se jednalo o **aktivní coping a adaptivní způsob uvažování**. Pod aktivní coping byly zahrnuty tyto strategie: snaha získat zpět plnohodnotný život, cvičení a nácvik chůze, sportování a sociální aktivita. První tři se bezprostředně týkají fyzické kondice. Cvičení a nácvik chůze byly pro naše respondenty klíčové především v době těsně po amputaci. Poté co se daný jedinec tělesně zpevní a naučí se chodit s protézou, může se dále snažit vrátit k činnostem, které provozoval před svým úrazem. Aktivitu „sui generis“ představuje sport, který přináší jednak vyšší fyzickou zdatnost, jednak psychologické a případně i sociální benefity (pokud se jedná o kolektivní sport).

Zbývající dvě strategie aktivního copingu se vztahují ke společenskému životu. Pro dlouhodobější psychickou pohodu amputovaného je důležité, aby se nevyhýbal kontaktům s jinými lidmi, proto sociální aktivitu považujeme za významnou copingovou strategii. Dokonce i introvertněji založení jedinci z našeho výzkumného souboru se nesnažili nijak stranit společnosti dalších osob. Velmi specifickou interakcí je pak motivování a pomáhání druhým lidem. S nimi se pojí pocit uspokojení a případně i nalézání určitého smyslu.

Druhý typ copingu jsme nazvali adaptivní způsoby uvažování, neboť jsme v myšlení našich participantů objevili některé charakteristické rysy, které podporují úspěšné přizpůsobení. Nejčastěji šlo o nalézání různých pozitiv stran amputace, která umožňuje amputaci vnímat nejen jako celoživotní neštěstí. Poměrně hojně se objevovalo také akceptování amputace jako nedílné součásti života amputovaného a pozitivní nastavení mysli. Některým participantům velmi pomáhalo soustředění se na konkrétní cíle, kterých

chtějí v určitém časovém horizontu dosáhnout. Posledním myšlenkovým copingem byla orientace na přítomnost namísto přemítání o minulosti – zejména o úraze.

Dále jsme identifikovali **protektivní faktory**, které byly rozčleněny do tří hlavních kategorií: sociální opora, individuální charakteristiky a zdravotní systém. Nejvýznamnější z nich se zdá být právě sociální opora, což koresponduje i s výsledky zahraničních výzkumů. Úplný primát tvoří rodina, kterou participanti uváděli nejčastěji. Zároveň byla nejfrekventovanější odpovědí na otázku, co osobně považují za nejdůležitější pro vyrovnání se s amputací. Dalšími velmi častými odpověďmi byli přátelé a partneři. Poměrně často se objevovaly i jiné formy sociální opory – např. od náhodných známých nebo přes iniciativu pomáhající „nově“ amputovaným jedincům.

Velmi účinnými protektivní faktory jsou některé individuální charakteristiky. Mezi ty specifitější, ale poměrně frekventované, patří schopnost překonat bolest, cílevědomost a vytrvalost. Tito činitelé byli respondentům nápomocní především při snahách o zvládnutí chůze s protézou, ale rozhodně nejen při nich. Podstatným rysem některých osobností z našeho výzkumného souboru je také smysl pro humor. Smích, žertování a zlehčování vlastního zdravotního stavu jednoznačně pomáhá celou situaci kolem amputace lépe zvládat. Za důležitý protektivní faktor byl některými účastníky výzkumu označen optimismus. V několika případech byl dokonce považován vůbec za nejdůležitější činitel pro adaptaci na ztrátu končetiny. U některých participantů bylo také zřejmě dosti podstatné flegmatické ladění temperamentu, díky němuž brali svou situaci více s klidem a nadhledem.

Poslední protektivní faktor představuje zdravotní systém v České republice. Na základě výpovědí našich respondentů se pro amputovaného jeví být nejpodstatnější především rehabilitační a protetická péče. Obě tyto instituce byly z hlediska kvality hodnoceny velmi kladně. Nicméně někteří účastníci měli dosti špatnou zkušenost s prvním protetickým vybavením, které nebylo vyhovující, a tudíž museli vyhledat jiného poskytovatele. Psychologická péče byla u našich respondentů víceméně spíše marginální záležitostí, pokud ji tedy apriori úplně neodmítali.

Ze získaných poznatků jsme také vyvodili některá doporučení pro praxi. Amputovaní jedinci by měli být povzbuzováni k tomu, aby začali cvičit a trénovat chůzi s protézou ihned, jakmile jim to zdravotní stav umožní. Motivací může být možnost návratu k činnostem, kterým se člověk věnoval před úrazem nebo příklady jiných amputovaných osob. Při trénování chůze je vhodné stanovovat krátkodobé cíle. Pokud protéza není vyhovující ani po

několika úpravách, je třeba zkusit vyhledat kvalitnějšího poskytovatele protetické péče. Amputovanému člověku je třeba také poskytnout možnost zapojit se do společenského života. Významnou roli pro adaptační proces může hrát zejména rodina, partner a přátelé.

Upřímně doufáme, že skrze výše popsaná zjištění podnítíme větší zájem o problematiku amputací a její další výzkum. Snad jsme také umožnili hlubší pochopení některých psychologických aspektů adaptace na ztrátu dolní končetiny. Věříme, že nabyté poznatky pak pomohou do budoucna alespoň minimálně přispět ke kvalitnější psychologické péči o amputované v České republice, kterou řada z nich naléhavě potřebuje.

10 SOUHRN

Tato bakalářská práce se zabývá tzv. copingovými strategiemi a protektivními faktory u osob, které přišly o velkou část končetiny v důsledku úrazu. První kapitola teoretické části pojednává o problematice traumatu, a to jak z psychologického, tak medicínského hlediska. V druhé kapitole jsme se věnovali již samotné amputaci dolní končetiny a následné protetické péči. Následující část se zabývá zvládním mimořádně náročných životních situací, které mohou být pro člověka velice stresující. Poslední kapitola teoretické části pojednává o protektivních faktorech.

První ústřední pojem naší práce představuje trauma. V medicíně je traumatem míněno jakékoliv tělesné poškození zapříčiněné nějakou vnější silou (Wendsche, Veselý et al., 2015). Naproti tomu v psychologii je traumatem nejčastěji míněn následek nebezpečné a děsivé životní zkušenosti – tzv. traumatické události. Ta obvykle způsobuje negativní změny v psychice a fyziologii člověka, který jí byl vystaven (Vizinová & Preiss, 1999). Za určitých podmínek mohou mít traumatizující efekt také méně závažné psychosociální stresory (*MKN-10*, 2020).

Reakce na traumatickou událost se mohou u různých lidí velice lišit. Nejvýznamnějšími faktory určujícími reakci jsou síla podnětu, ale také zkušenost s danou událostí (Baštecká & Mach, 2015). Pokud se objeví krátkodobá odezva ihned po podnětu, nazýváme ji akutní stresovou reakcí (*MKN-10*, 2020). V případě posttraumatické stresové poruchy se však následky vyskytují i déle než jeden měsíc nebo se objeví s určitým časovým odstupem (Praško et al., 2003). Ne všechny změny po traumatické události musí být nutně negativní. Na začátku devadesátých let bylo u některých jedinců s traumatickou zkušeností zjištěno, že vykazují také určité kladné změny. Dnes tento fenomén, který je předmětem četných výzkumů, obvykle nazýváme posttraumatický rozvoj (Mareš, 2012).

Zcela esenciálním tématem našeho výzkumu je amputace dolní končetiny. Příčinou amputace jsou dnes nejčastěji choroby končetinových cév, traumata, tumory, infekce a nervová onemocnění. Nejběžnějším důvodem k amputaci dolní končetiny ve vyspělých zemích je periferní cévní onemocnění v souvislosti s diabetem. Bohužel také v ČR představuje diabetes mellitus dosti běžnou zdravotní komplikaci. Druhou nejčastější indikací k amputaci jsou pak právě traumata (Sosna et al., 2001).

U dolní končetiny rozlišujeme mnoho různých úrovní amputace. Jednu z nejběžnějších forem traumatické amputace dolní končetiny představují transtibiální (v oblasti bérce) a transfemorální (v oblasti stehna) amputace. Výška amputace zásadním způsobem ovlivňuje následné protetické možnosti. Dá se říci, čím delší pahýl, tím lépe, ale i zde existují určité výjimky. Amputace pod kolenem bývá považována za jednu z nejdůležitějších, neboť zachování kolenního kloubu umožňuje širokému spektru lidí žít s minimálním omezením (Bowker, 1996). Stehenní amputace je pak volbou v případech, kdy nižší úroveň skýtá pouze malou šanci na úspěšné zhojení. Bohužel většina transfemorálně amputovaných spotřebovává při chůzi obrovské množství energie, což znamená, že někteří z nich nemusí chůzi s protézou vůbec zvládnout (Smith et al., 2004).

Současné protetické vybavení bývá komfortní a velice funkční. Možnosti jsou opravdu široké – od základních modelů až po speciální protézy upravené pro sport. Vhodné protetické vybavení definuje především stupeň aktivity daného jedince. Ten se pohybuje od nechodícího pacienta až po nelimitovaného exteriérového uživatele.

Základní části transtibiální či transfemorální protézy tvoří protetické lůžko a protetické chodidlo. Tyto dvě části jsou spolu propojeny buď spojovacím adaptérem nebo exoskeletární skořepinou. V případě transfemorální protézy je důležitou součástí také protetický kolenní kloub. Všechny tyto komponenty existují v mnoha různých technických provedeních. Technologický vrchol představují klouby a chodidla řízená procesorem. Skutečně vždy záleží na aktivitách a schopnostech konkrétního uživatele.

Co se týče tématu zvládnání zátěžových situací, vycházíme z tzv. transakční teorie Richarda S. Lazaruse a Susan Folkmanové. Tito autoři vytvořili model, který chápe stres jako výsledek vzájemného působení mezi jedincem a jeho prostředím. Dle tohoto pojetí stres zahrnuje minimálně čtyři na sebe navazující subjektivní jevy – kognitivní hodnocení, stresové emoce, copingové strategie a přehodnocení (Mareš, 2012).

Copingem je míněna neustále se měnící kognitivní a behaviorální snaha o zvládnutí určitých požadavků, které jsou hodnoceny jako zatěžující nebo překračující psychické zdroje dané osoby (Lazarus & Folkman, 1984). Lazarus také vytvořil základní typologii copingových strategií. Prvním typem je coping zaměřený na problém, který má aktivní formu a mění vztah člověk-prostředí. Druhý typ představuje coping zaměřený na emoce, při kterém se mění pouze prožívání či interpretace vztahu k situaci (Lazarus, 1991). Folkmanová (1997) později ještě doplnila třetí strategii – coping založený na smyslu.

Poslední klíčový fenomén pro náš výzkum představují protektivní faktory. Protektivní faktory jako podpůrní činitele pozitivně ovlivňují reakce člověka na hrozby z jeho okolí. Někdy se vyskytují ve formě životní zkušenosti, často však mají podobu nějaké osobnostní proměnné – např. temperamentu (Rutter, 1985). Nicméně za určitých okolností může být protektivním faktorem v podstatě cokoliv. Typickým velmi účinným protektivním faktorem je sociální opora.

Ve druhé části, která prezentuje vlastní výzkum, je popsána realizace naší studie a její výsledky. Naším hlavním cílem bylo zachycení individuální zkušenosti při copingu s traumatickou amputací. Zajímalo nás především, které copingové strategie a protektivní faktory popisují traumaticky amputovaní jedinci (VO1), a které z nich považují pro vyrovnání se s amputací za nejvýznamnější (VO2). Data jsme získávali metodou polostrukturovaného interview. Základní údaje o účastnících byly zapsány do záznamového archu pro osobní údaje. Jednotlivá interview byla fixována pomocí digitálního záznamníku. Při výzkumu nedošlo k žádnému vědomému etickému pochybení.

Participantů byli selektováni metodou účelového výběru přes instituci. Kritéria představoval věk 18-60 let, absolvovaná traumatická transtibiální nebo transfemorální amputace či exartikulace v koleni, aktivní užívání protézy, absence očividné psychopatologické symptomatiky a ochota účastnit se výzkumu bez nutnosti přesvědčování či slíbení odměny. Výzkumný soubor byl tvořen 10 účastníky (6 mužů a 4 ženy). Co se týče úrovně amputací, 5 jedinců je amputováno transtibiálně, 2 transfemorálně, 2 transtibiálně i transfemorálně a v jednom případě se jedná o exartikulaci kolenního kloubu. Příčinou amputace byl ve většině případů nějaký typ dopravní nehody.

Transkribovaná data byla zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA), která zkoumá, jaký význam lidé přisuzují důležitým životním zkušenostem. Nejprve je prozkoumán každý případ zvlášť a poté se hledají rozdíly a podobnosti mezi jednotlivými případy. Tento přístup je vhodný pro náš případ, neboť pracuje s malými a účelově vybranými soubory jedinců (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Na základě naší analýzy bylo určeno 5 významných témat: aktivní coping, adaptivní způsob uvažování, sociální opora, individuální charakteristiky a zdravotní systém. První dvě zmíněná významná témata spadají do kategorie copingové strategie po traumatické amputaci. Zbývající tři témata patří mezi protektivní faktory u traumaticky amputovaných jedinců. Každé hlavní téma v sobě zahrnuje další dílčí témata.

Aktivní coping obsahuje především copingové strategie zaměřené na zlepšení fyzického stavu a mobility po amputaci: snaha získat zpět plnohodnotný život, cvičení a nácvik chůze, a sportování. Některé jiné strategie aktivního copingu však spočívají v sociální interakci: sociální aktivita, motivování a pomáhání druhým.

Druhou kategorií copingových strategií představuje adaptivní způsob uvažování. V rámci některých strategií této skupiny dochází především ke změně prožívání skrze myšlení: akceptování amputace, nastavení mysli a orientace na přítomnost. U jiných je zjevné pozitivní přehodnocení – nalézání pozitiv stran amputace nebo identifikace dosažitelných cílů – soustředění se na konkrétní cíle.

Nejvýznamnější protektivní faktor pro naše respondenty představovala sociální opora. Tu jsme dále rozčlenili na témata: rodina, partner či partnerka, přátelé a jiné formy sociální opory. O podpůrné roli rodiny se zmiňovali všichni respondenti. Zároveň byla nejčastěji označena za nejdůležitějšího činitele pro vyrovnávání se s amputací. Hned za rodinou pak následovali přátelé a za nimi partneři či partnerky.

Dalšími podstatnými protektivními faktory jsou různé individuální charakteristiky. Velmi specifického činitele, který se objevoval ve výpovědích poměrně často, představuje schopnost překonat bolest. Ta je podstatná hlavně při nácviku chůze s protézou. Následující důležité charakteristiky jsou cílevědomost a vytrvalost. Obě opět hrají důležitou roli zejména při snaze naučit se chodit s protézou. Významným se zdá být i smysl pro humor, který umožňuje náročnou situaci lépe zvládat. Další výrazný rys některých našich participantů je optimismus. Ten byl také relativně často hodnocen jako jeden z nejdůležitějších činitelů vůbec. Poslední vlastností v rámci protektivních faktorů byl určen flegmatický temperament. Flegmatický přístup usnadňuje akceptaci reality a pomáhá řešit problémy s větším nadhledem.

Jako poslední protektivní faktor byl určen zdravotní systém v ČR. Pro naše participanty byla klíčová především protetická a rehabilitační péče. Obě tyto instituce hodnotili velice kladně. Nicméně někteří účastníci výzkumu měli s první protézou špatnou zkušenost, a proto museli změnit poskytovatele. Následně již byli spokojeni. Psychologická péče poněkud překvapivě nehrála u našich respondentů žádnou významnější roli.

LITERATURA

- Anderson, D. R., Roubinov, D. S., Turner, A. P., Williams, R. M., Norvell, D. C., & Czerniecki, J. M. (2017). Perceived social support moderates the relationship between activities of daily living and depression after lower limb loss. *Rehabilitation Psychology*, 62(2), 214-220. <https://doi.org/10.1037/rep0000133>
- Baštecká, B., & Mach, J. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál.
- Bodde, Marlies I.; Schrier, Ernst; Krans, Hilde K.; Geertzen, Jan H.; Dijkstra, Pieter U. (2014). Resilience in patients with amputation because of Complex Regional Pain Syndrome type I. *Disability and Rehabilitation*, 36(10), 838–843. doi:10.3109/09638288.2013.822023
- Bowker, J. H. (1996). Transtibial amputation. In G. Murdoch, & A. B. Wilson (Eds.), *Amputation: Surgical practice and patient management* (43-58). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Bowker, J. H., & Pritham, Ch. H. (2004). The history of amputation surgery and prosthetics. In D. G. Smith, J. W. Michael, & J. H. Bowker (Eds.), *Atlas of amputations and limb deficiencies: Surgical, prosthetic, and rehabilitation principles* (3-19). Rosemont: American academy of orthopaedic surgeons.
- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 125(3), 367-383. doi:10.1037/0033-2909.125.3.367
- Calhoun, L. G., & Tadeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coreth, E., Ehlen, P., Haeffner, G., & Ricken, F. (2006). *Filosofie 20. století*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Couture, M., Desrosiers, J., & Caron, C. D. (2011). Cognitive appraisal and perceived benefits of dysvascular lower limb amputation: A longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 52(1), 5–11. doi:10.1016/j.archger.2009.11.002
- Cristian, A. (2005). *Lower limb amputation: A guide to living a quality life*. New York: Demos Medical Publishing.
- Čech, O., Douša, P., Krbec, M., et al. (2016). *Traumatologie pohybového aparátu, pánve, páteře a paxlouby*. Praha: Galén.

- Desmond, D., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social science & medicine*, 62(1), 208-216. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.011
- Desmond, D., & Gallagher, P. (2008). Coping and psychosocial adjustment to amputation. In P. Gallagher, D. Desmond, & M. MacLachlan (Eds.), *Psychoprosthetics* (11-21). London: Springer Science & Business Media.
- *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (2013) (5th edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Dungl, P., et al. (2014). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.
- Elmes, D. G., Kantowitz, Z. H., & Roediger, H. L. (1995). *Research Methods in Psychology*. St Paul: West Publications Company.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1207–1221. doi:10.1016/s0277-9536(97)00040-3
- Frankl, V. E. (2013). *Co v mých knihách není: Autobiografie*. Brno: Cesta.
- Frankl, V. E. (2006). *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta.
- Gallagher, P., Franchignoni, F., Giordano, A., & MacLachlan, M. (2010). Trinity amputation and prosthesis experience scales: a psychometric assessment using classical test theory and rasch analysis. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 89(6), 487-496. doi:10.1097/PHM.0b013e3181dd8cf1
- Galletta, A. (2013). *Mastering the semi-structured interview and beyond*. New York: New York University Press.
- Hanley, M. A., Jensen, M. P., Ehde, D. M., Hoffman, A. J., Patterson, D. R., & Robinson, L. R. (2004). Psychosocial predictors of long-term adjustment to lower-limb amputation and phantom limb pain. *Disability and rehabilitation*, 26(14-15), 882-893. doi:10.1080/09638280410001708896
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and rehabilitation*, 26(14-15), 837-850. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708869>
- Janko, J. (1926). Z našich časopisů. *Naše řeč*, 10(7), 221-222. Získáno 4. června 2020 z <http://nase-rec.ujc.cas.cz/archiv.php?art=2307>
- Janoušek, J. (2015). *Četnost a možnosti řešení amputací dolních končetin*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- Joseph, S. (2017). *Co nás nezabije...: Možnosti posttraumatického růstu*. Praha: Portál.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2008). *Trauma, recovery, and growth: Positive psychological perspectives on posttraumatic stress*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kostínková, J. K., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, R. Hytych, et al., *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (9-43). Brno: Masarykova univerzita.
- Křivohlavý, J. (2010). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lecky, F., Bouamra, O., & Woodford, M. (2017). Changing epidemiology of polytrauma. In H. C. Pape, A. B. Peitzman, C. W. Schwab, & P. V. Giannoudis (Eds.). *Damage control management in the polytrauma patient* (27-32). Cham: Springer International Publishing.
- Livingstone, W., Van De Mortel, T. F., & Taylor, B. (2011). A path of perpetual resilience: exploring the experience of a diabetes-related amputation through grounded theory. *Contemporary nurse*, 39(1), 20-30. <https://doi.org/10.5172/conu.2011.39.1.20>
- Livneh, H., Antonak, R. F., & Gerhardt, J. (1999). Psychosocial adaptation to amputation: the role of sociodemographic variables, disability-related factors and

coping strategies. *International journal of rehabilitation research*, 22(1), 21-31.
doi:10.1097/00004356-199903000-00003

- Lusardi, M. M., Jorge, M., Nielsen, C. C., et al. (2013). *Orthotics & prosthetics in rehabilitation*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Marcus Aurelius, A. (2011). *Hovory k sobě*. Praha: Arista a Baset.
- Mareš, J. (2012). *Posttraumatický rozvoj člověka*. Praha: Grada Publishing.
- Masten, A. S., & Reed, M-G. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (74-88). New York: Oxford university press.
- McCollum, P. T., & Raza, Z. (2004). Vascular disease: Limb salvage versus amputation. In D. G. Smith, J. W. Michael, & J. H. Bowker (Eds.), *Atlas of amputations and limb deficiencies: Surgical, prosthetic, and rehabilitation principles* (31-45). Rosemont: American academy of orthopaedic surgeons.
- Michael, J., W. (1996). Prosthetic requirements and transfemoral biomechanics. In G. Murdoch, & A. B. Wilson (Eds.), *Amputation: Surgical practice and patient management* (119-123). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Miller, M. J., Mealer, M. L., Cook, P. F., So, N., Morris, M. A., & Christiansen, C. L. (2020). Qualitative analysis of resilience characteristics of people with unilateral transtibial amputation. *Disability and health journal*, 13(4), 100925. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.100925>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2020*. (2020). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Murdoch, G., & Wilson, A. B. (1996). Introduction. In G. Murdoch, & A. B. Wilson (Eds.), *Amputation: Surgical practice and patient management* (1-4). Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Murphy, D. (2013). Levels of amputation. In D. Murphy (Ed.), *Fundamentals of amputation care and prosthetics* (15-22). New York: Demos Medical Publishing.
- Oaksford, K., Frude, N., & Cuddihy, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 266–277. doi:10.1037/0090-5550.50.3.266

- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada Publishing.
- Pawlowski, B., Atwal, R., & Dunbar, R. I. (2008). Sex differences in everyday risk-taking behavior in humans. *Evolutionary Psychology*, 6(1), doi:10.1177/147470490800600104
- Pedras, S., Vilhena, E., Carvalho, R., & Pereira, M. G. (2018). Psychosocial adjustment to a lower limb amputation ten months after surgery. *Rehabilitation Psychology*, 63(3), 418–430. <https://doi.org/10.1037/rep0000189>
- Pereira, M. G., Ramos, C., Lobarinhas, A., Machado, J. C., & Pedras, S. (2018). Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance. *Scandinavian Journal of Psychology*, 59(4), 414–421. doi:10.1111/sjop.12444
- Platón. (2005). *Symposion*. Praha: OIKOYMENH.
- Policie České republiky. (2020). *Informace o nehodovosti na pozemních komunikacích v České republice v roce 2019*. Získáno z <https://www.policie.cz/soubor/informace-o-nehodovosti-prosinec-2019-pdf.aspx>
- Praško, J., Hájek, T., Pašková, B., Preiss, M., Šlepecký, M., & Záleský, R. (2003). *Stop traumatickým vzpomínkám: Jak zvládnout posttraumatickou stresovou poruchu*. Praha: Portál.
- Preiss, M. (2009). Trauma a posttraumatický růst. *Psychiatrie pro praxi*, 10(1), 8-11. Získáno 5. září 2020 z https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200901-0001_Trauma_a_posttraumaticky_rust.php
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598–611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Schuch, C. M., & Pritham, Ch. H. (2004). Transfemoral amputation: Prosthetic management. In D. G. Smith, J. W. Michael, & J. H. Bowker (Eds.), *Atlas of amputations and limb deficiencies: Surgical, prosthetic, and rehabilitation principles* (541-555). Rosemont: American academy of orthopaedic surgeons.
- Seymour, R., et al. (2002). *Prosthetics and orthotics: Lower limb and spinal*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Shurr, D. G., & Michael, J. W. (2002). *Prosthetics and orthotics*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
- Sjö Dahl, C., Gard, G., & Jarnlo, G. B. (2004). Coping after trans-femoral amputation due to trauma or tumour—a phenomenological approach. *Disability and Rehabilitation*, 26(14-15), 851-861. doi:10.1080/09638280410001662996
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health psychology review*, 5(1), 9-27. doi:10.1080/17437199.2010.510659
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications.
- Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., Pokorný, D., et al. (2001). *Základy ortopedie*. Praha: Triton.
- Stutts, L. A., Bills, S. E., Erwin, S. R., & Good, J. J. (2015). Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 742–752. doi:10.1080/13548506.2015.1009379
- Stutts, L. A., & Stanaland, A. W. (2016). Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disability and Health Journal*, 9(1), 167–171. doi:10.1016/j.dhjo.2015.07.005
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455–471. doi:10.1002/jts.2490090305
- ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *Prevalence diabetu mellitu*. Získáno z <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--morbiditya--intervalova-prevalence-dle-diagnoz--prevalence-diabetu-mellitu>
- ÚZIS ČR: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2019). *Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2018*. Získáno z <https://www.uzis.cz/res/f/008313/hospit2018.pdf>
- Višňa, P., Hoch, J., et al. (2004). *Traumatologie dospělých: Učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Maxdorf.
- Vizinová, D., & Preiss, M. (1999). *Psychické trauma a jeho terapie (PTSD): Psychologická pomoc obětem válek a katastrof*. Praha: Portál.

- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2008). Trauma, definiton. In G. Reyes, J. D. Elhai, & J. D. Ford (Eds.), *The encyclopedia of psychological trauma* (657-660). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wendsche, P., Veselý, R., et al. (2015). *Traumatologie*. Praha: Galén.
- Williams, R. M., Ehde, D. M., Smith, D. G., Czerniecki, J. M., Hoffman, A. J., & Robinson, L. R. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Disability and rehabilitation*, 26(14-15), 862-874. <https://doi.org/10.1080/09638280410001708878>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology*. Maidenhead: Open University Press.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- Příloha č. 1 Abstrakt bakalářské práce v českém jazyce
- Příloha č. 2 Abstrakt bakalářské práce v anglickém jazyce
- Příloha č. 3 Informovaný souhlas účastníka výzkumu
- Příloha č. 4 Osnova otázek pro interview
- Příloha č. 5 Ukázka doslovného přepisu interview
- Příloha č. 6 Schéma transtibiální a transfemorální protézy

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Protektivní faktory a coping v kontextu traumatické amputace dolní končetiny

Autor práce: Bc. Lubomír Brháček

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

Počet stran a znaků: 102 stran, 194 567 znaků (včetně mezer)

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 80

Abstrakt:

Předkládaná bakalářská práce se zabývá výskytem copingových strategií a protektivních faktorů u traumaticky amputovaných osob. Text je rozdělen na dvě hlavní části – teoretickou a výzkumnou. Teoretická část pojednává základní témata související s předmětem výzkumu. Věnuje se problematice traumatu, amputace dolní končetiny, copingu, copingovým strategiím a protektivním faktorům. Výzkumná část popisuje metodologické pozadí realizace studie a získané poznatky. Pro náš záměr jsme využili kvalitativní typ výzkumu. Participanti byli zvoleni účelovým výběrem přes instituci. Výzkumný soubor tvořilo 10 jedinců s transfemorální či transtibiální traumatickou amputací nebo traumatickou exartikulací v koleni. Data byla získávána formou polostrukturovaného interview. Jednotlivá interview byla následně přepsána a analyzována metodou interpretativní fenomenologické analýzy.

Na základě analýzy dat bylo stanoveno 5 hlavních témat: aktivní coping, adaptivní způsob uvažování, sociální opora, individuální charakteristiky a zdravotní systém. Tato základní témata klasifikují konkrétní copingové strategie a protektivní faktory. Mezi nejvýznamnější copingové strategie našich participantů patří: snaha získat zpět plnohodnotný život, cvičení, nácvik chůze a nalézání pozitiv stran amputace. K nejpodstatnějším protektivním faktorům pak náleží: rodina, partneři, přátelé, schopnost překonat bolest, optimismus a protetická péče. Sami naši respondenti považovali za nejdůležitější pro vyrovnání se s amputací nejčastěji rodinu, přátele a optimismus.

Klíčová slova: trauma, amputace dolní končetiny, coping, copingové strategie

ABSTRACT OF THESIS

Title: Protective factors and coping in the context of a traumatic lower limb amputation

Author: Bc. Lubomír Brháček

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

Number of pages and characters: 102 pages, 194 567 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 80

Abstract:

The presented bachelor's thesis deals with the occurrence of coping strategies and protective factors in persons with trauma-related amputations. The text is divided into two main parts – theoretical and research. The theoretical part concerns basic topics related to the subject of research. It deals with trauma, lower-limb amputation, coping, coping strategies and protective factors. The research part describes the methodological background of the study and its findings. For our purpose a qualitative type of research was used. The participants were selected purposefully through the institutions. The research group consisted of ten individuals with transfemoral or transtibial traumatic amputation or traumatic exarticulation in the knee. The data were obtained in the form of a semi-structured interview. The individual interviews were subsequently transcribed and analysed by the method of the interpretative phenomenological analysis.

Based on the analysis of the data, five main topics were identified: active coping, adaptive way of thinking, social support, individual characteristics and the health system. These basic topics classify specific coping strategies and protective factors. The most important coping strategies of our participants include: trying to regain a full life, exercising, walking training and finding positive aspects of amputation. The most important protective factors include: family, partners, friends, the ability to overcome pain, optimism and the prosthetic care. Our respondents considered family, friends and optimism to be the most important factors of coping with amputation.

Key words: trauma, lower limb amputation, coping, coping strategies

Příloha č. 3: Informovaný souhlas účastníka výzkumu



Univerzita Palackého
v Olomouci

Genius loci...

Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s žádostí o spolupráci na výzkumu v rámci mé bakalářské práce. Hlavním cílem této studie je odhalení životních okolností a osobnostních charakteristik, které hrají nejvýznamnější roli při překonávání těžkostí spojených s traumatickou amputací dolní končetiny. Účast v tomto výzkumu je dobrovolná. Získávání informací bude probíhat formou interview, jenž bude nahráváno na digitální diktafon. Odhadovaná délka rozhovoru je 1,5 až 2 hodiny. Vaše identita zůstane zcela anonymní a audiozáznam bude po ukončení výzkumu smazán. Pokud s účastí na výzkumu souhlasíte, připojte podpis, kterým vyslovujete souhlas s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení účastníka výzkumu

Já _____ prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Byl/a jsem informován/a o podstatě výzkumu a seznámil/a jsem se s cíli a postupy, které budou při výzkumu používány. Dávám svolení k nahrávání rozhovoru a k následnému zpracování výsledného zvukového záznamu. Souhlasím s tím, že získané informace budou anonymně použity pro účely výzkumu (případně další akademické účely), a že výsledky výzkumu mohou být publikovány nebo prezentovány v rámci odborných sdělení (např. odborné konference) – vše se zachováním anonymity.

Jsem informován/a, že během interview mohu odmítnout odpovědět na jakoukoliv otázku a mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit (a to i bez udání důvodu). Jsem si vědom/a, že ukončení účasti pro mě nebude mít žádné negativní důsledky. Byly mi zodpovězeny všechny mé dotazy.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu. Souhlasím se zpracováním osobních či citlivých údajů způsobem a za účelem specifikovaným v tomto dokumentu.

Doplňující vyjádření účastníka výzkumu:

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou kopiích, z nichž jednu obdrží účastník výzkumu a druhou si ponechá výzkumník.

Jméno, příjmení a podpis účastníka výzkumu: _____

V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis výzkumníka: Lubomír Brháček _____

V případě jakýchkoliv dotazů týkajících se výše uvedeného výzkumu se můžete obrátit na jeho hlavního realizátora, Bc. Lubomíra Brháčka – mobilní telefon: **777 222 111**, email: **brhacek.lubomir@upol.cz**

Příloha č. 4: Osnova otázek pro interview

1. Jaká byla vaše pracovní situace v době amputace?
 - a) Jaká byla vaše pracovní situace po amputaci?
 - b) Jaký smysl vidíte ve své práci?
 - c) Jakou roli sehrálo zaměstnání při překonávání obtíží v souvislosti s amputací?
2. Mohl/a byste prosím popsat, jak trávíte volný čas? (koníčky/záliby/pravidelné aktivity)
 - a) Jak se proměnilo trávení vašeho volného času před a po amputaci?
3. Jaká byla vaše osobní situace (ve smyslu partnerství/manželství) v době amputace?
 - a) Jakou roli sehrál/a partner/ka při překonávání obtíží v souvislosti s amputací?
4. Mohl/a byste prosím přiblížit vaše vztahy s rodinnými příslušníky a blízkými přáteli?
 - a) Jakou roli sehrála vaše rodina a blízcí přátelé při vyrovnávání se s vaší amputací?
5. Jaké vlastnosti či charakteristiky považujete za silné stránky vaší osobnosti?
6. Můžete prosím popsat váš vztah k duchovní stránce života?
7. Jaké konkrétní kroky jste učinil/a, abyste se se ztrátou končetiny lépe vyrovnal/a?
 - a) Zkoušel/a jste postupem času různé věci, abyste zjistil/a co funguje lépe?
8. Co pro vás bylo při vyrovnávání se s amputací nejdůležitější (co vám nejvíce pomohlo)?
9. Jaký vliv měla kvalita zdravotní péče (rehabilitace, protetická péče) na vaši adaptaci na amputaci?
 - a) Využil/a jste služeb psychologa nebo psychoterapeuta?
10. Můžete říci, že vaše zkušenost s amputací přinesla něco pozitivního?
 - a) Pokud ano, co to bylo?
11. Co byste doporučil/a člověku, který se musí právě nyní vyrovnávat s amputací?
12. Napadá vás něco, co byste ještě rád/a dodal/a či sdělil/a?

Příloha č. 5: Ukázka doslovného přepisu interview

Tazatel: Můžeš popsat, jak trávíš svůj volný čas?

Respondent: V současné době stavím rodinný dům, což je moje priorita číslo jedna. K tomu závodně plavu, teď díky covidu jsem od března neplaval, protože nebyly k dispozici bazény. Dělán instruktora snowboardingu a cyklistiky. Takže v létě i v zimě nepravidelně nahodile vyučuju. Přítelkyně je nadšená turistka, takže jezdíme hodně do Tater, takže turistika. Všechno možné, na co si vzpomeneš. Různé sporty, pohyby v přírodě, hodně toho času věnuju sám sobě. Nejsu nucený v tuhle chvíli chodit do práce.

Tazatel: Změnilo se u tebe po úraze trávení volného času?

Respondent: Ano. Věnuji mu větší část než tím, že se honím za penězma, za tím mamonem, co předtím člověk chtěl, aby si vydělal na bydlení a na tu vysněnou budoucnost, tak teď už se za tím neženu. Protože si myslím, že žít je důležitější, že může kdykoliv přijít okamžik, který ti to celé přesekne. Teď hodně času věnuju sobě a partnerce, jo. A nehoním se prostě za tím výdělkem, za těma penězma, protože jsem usoudil, že to není to nejdůležitější v životě, tak jak jsem to měl předtím.

Tazatel: A ty koníčky ti zůstaly v podstatě stejné... plavání, cyklistika?

Respondent: Plavat jsem neplaval, plavat jsem začal až po úraze. Jsem přišel na to, že je to sport, kde su nejméně limitovaný. Voda nadnáší, takže tam sundám protézy, a ten pohyb ve vodě je pro takového člověka, kterému chybí nějaká část těla nebo má nějaké mentální postižení, nebo nějaký paraplegik, tak v té vodě je ta volnost pro něho... ta voda je benefit. Proto jsem se dostal do vody. Voda je navíc. Jinak koníčky zůstaly naprosto všechny.

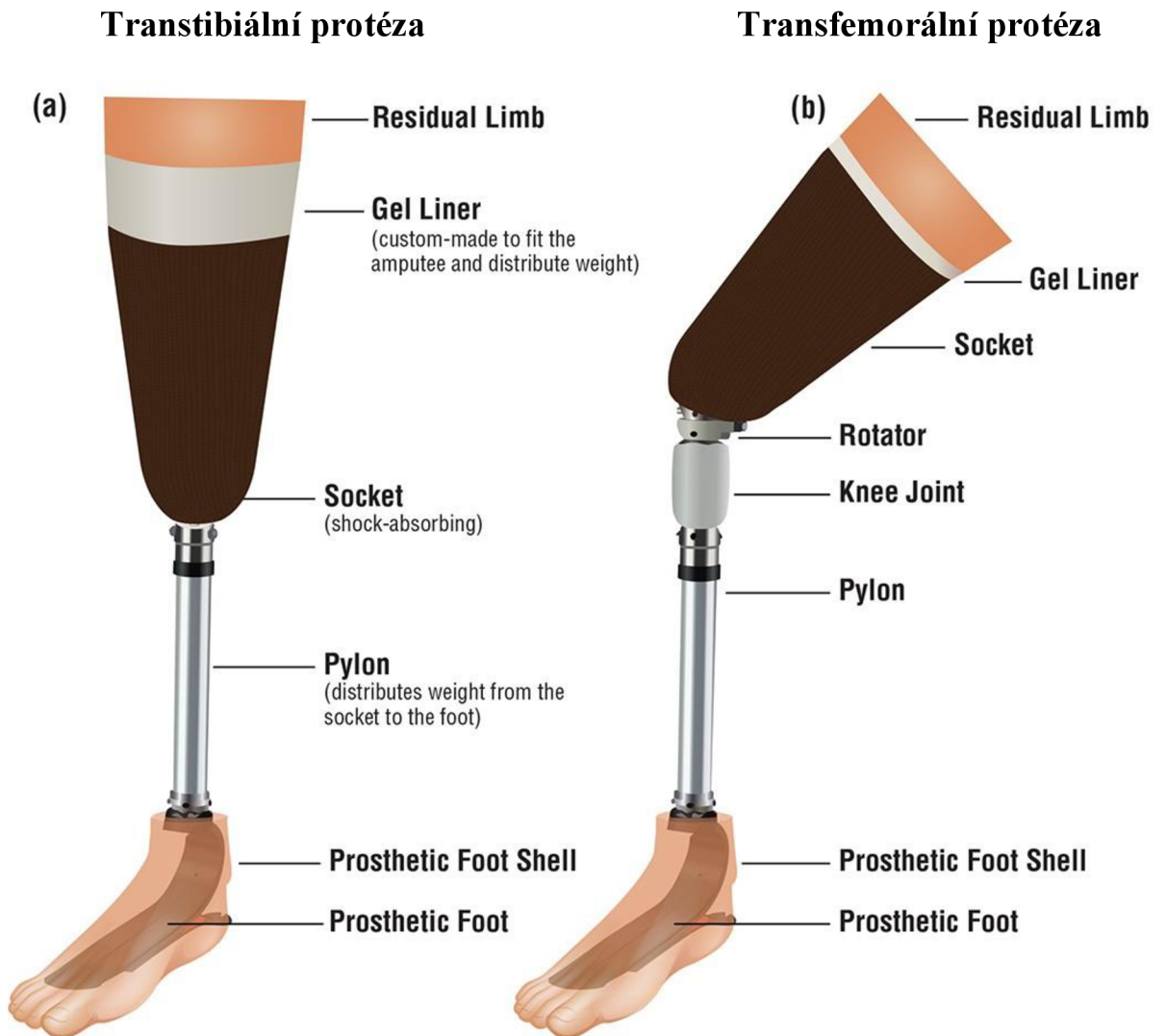
Tazatel: Myslíš, že ti koníčky pomohly nějak zvládnout tu náročnou situaci po amputaci?

Respondent: Rozhodně. Je to motivace vrátit se do toho, co měl člověk rád, co ho bavilo. Hledat příležitosti trápit protetiky s vytvářením nových protéz, aby si mohl tu činnost dělat... jo, určitě je to motivace. Ale musíš chtít tam zpátky. Ale je to i o tom, že v tom koníčku nebo s tím koníčkem je spojen nějaký kolektiv, a proto tam chceš. Nebo vždycky je to tam prostě s něčím pěkným spojené, co tě tam zase táhne zpátky. Takže to určitě to byly i motivy vrátit se zpátky k tomu.

Tazatel: Říkáš kolektiv, ale jmenoval si spíše individuální sporty... nebo bereš i třeba cyklistiku a plavání jako kolektivní sport?

Respondent: Ano, plavání trénuješ individuálně, ale na ty závody tam se potkáváš s těma lidma, které znáš. Takže, aby si jel na ty závody a něco tam předvedl, musíš něco potrénovat, že jo. A to se bavíme o plavání, to jsem začal znova, ale vezměme si třeba tu turistiku. Jsou třeba kamarádi, se kterýma chodíš... cyklistika to samé, znáš hromadu lidí z cyklistického světa, a prostě můžeš jim říct, hele nepůjdem se projet? Takhle bys jim třeba řekl: nemůžu jít, tak půjdem sednout na kafe. Ne! Prostě jdeme na to kolo. Vymyslíš cyklistickou protézu na ruku, na nohu, naučíš se, no a pak s nima můžeš jezdit. Chceš být v tom kolektivu, člověk je společenský tvor.

Příloha č. 6: Schéma transtibiální a transfemorální protézy



Zdroj:

<https://engprojects.tcnj.edu/caf18/wp-content/uploads/sites/25/2018/01/Transfemoral-Limb-Function-diagram.png>