

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Kvalita partnerských vztahů u osob s amputovanou dolní
končetinou**
Relationship quality among people with amputated lower limb



Magisterská diplomová práce

Autor: Eliška Vaňková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.

Olomouc
2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Kvalita partnerských vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 2015

Podpis

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D. za cenné rady, podporu a pochopení. Chtěla bych poděkovat také účastníkům studie, kteří byli ochotní mi vyprávět své příběhy a bez nichž by práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě bych také ráda poděkovala svým rodičům a kamarádům, kteří mi byli velkou oporou a pomocí a bez nichž by to nešlo.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	7
1 Partnerské vztahy	7
1.1 Výběr partnera	7
1.2 Vývoj vztahu	9
1.3 Faktory působící na kvalitu partnerského vztahu	11
1.4 Triangulární teorie lásky.....	13
1.5 Očekávání žen a mužů v partnerství	14
2 Definice amputace.....	16
2.1 Výskyt amputací	16
2.2 Etiologie.....	17
2.3 Typy amputací	18
2.4 Fantomové bolesti a pocity.....	20
2.5 Rehabilitace.....	20
2.6 Protézy a kompenzační pomůcky.....	21
3 Partnerské vztahy osob s amputací na dolní končetině.....	23
PRAKTICKÁ ČÁST	27
4 Výzkumný záměr a cíle	27
4.1 Výzkumné otázky	28
5 Metodologický rámec výzkumu	29
5.1 Metoda sběru dat.....	30
5.2 Průběh získávání a analýzy dat.....	30
5.3 Výběr výzkumného vzorku	31
6 Výzkumný soubor	33
7 Etické aspekty.....	35
8 Výsledky výzkumu.....	36
9 Odpovědi na výzkumné otázky.....	52
10 Diskuze	54
11 Závěry.....	57

12	Souhrn.....	58
	LITERATURA	61

ÚVOD

Ve své diplomové práci se zabývám partnerskými vztahy osob s amputovanou dolní končetinou a to z hlediska kvality těchto vztahů. Amputace, ať už se jedná o dolní či horní končetiny, zasáhne do života každého takto postiženého jedince velmi významným způsobem. Ať už se jedná o amputaci v důsledku dlouhodobé nemoci či náhlého úrazu, jde o výrazné ovlivnění života nejen daného jedince, ale i jeho nejbližšího sociálního okolí. Intimní partner je jednou z osob, kterých se tato změna týká nejvíce.

Existuje poměrně velké množství studií zabývajících se tematikou amputace z hlediska fyzioterapie, rehabilitace nebo ergoterapie, prací zaměřených na kvalitu života osoby po amputaci, či studií zaměřených na výzkum sexuality jedinců po amputaci. Tato práce se soustředí na kontext celého partnerského vztahu, nejen na sexualitu. V první části práce se budu zabývat teoretickým pozadím vybraného tématu a to partnerskými vztahy, faktory ovlivňujícími kvalitu partnerských vztahů, amputacemi dolní končetiny a aspekty vztahů a sexuality u osob s amputovanou dolní končetinou. Ve druhé, výzkumné části, představím vlastní kvalitativní výzkum. Cílem této práce je zmapovat partnerské vztahy osob s amputací na dolní končetině, zjistit, zda amputace na dolní končetině ovlivňuje kvalitu partnerských vztahů, jaký pohled na partnerské vztahy a jaké zkušenosti mají sami amputovaní, jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny a jaký má amputace vliv na sexualitu.

V České republice je ročně provedeno několik tisíc amputací v důsledku vaskulárních onemocnění, několik stovek v důsledku traumatu a několik desítek kvůli osteosarkomu. Navíc podle údajů Ústavu zdravotnické statistiky a informací v Praze počet provedených amputací každoročně roste (2012). Počet osob s amputací na dolní končetině se tedy v České republice neustále zvyšuje a zabývat se problémy spojenými s touto skupinou obyvatel a s touto tematikou mi proto přijde velmi žádoucí.

TEORETICKÁ ČÁST DIPLOMOVÉ PRÁCE

1 Partnerské vztahy

Člověk nežije svůj život sám, ale zpravidla ho prožívá v různých vztazích. Jeden z nejdůležitějších mezi nimi je vztah partnerský. Podle Vágnerové (2007) je partnerství mezi dvěma lidmi intimním spojením, které v kontextu dlouhodobého vztahu přesahuje pouhou souběžnost dvou identit, ale povyšuje jej na identitu společnou, tedy párovou. Takové spojení se stává zdrojem možností jak pro rozvoj osobností obou jedinců, tak i páru jako takového. Gjuričová a Kubička (2009) popisují partnerské vztahy jako potenciálně symetrické a potenciálně sexuální. Tyto předpoklady podle nich nemusejí být naplněny, jeden z partnerů může být dominantnější nebo nemusí docházet k sexuálnímu styku, ale je zde předpoklad, že symetrie může být naplněna a ke styku může dojít. Jde tedy o vztahy podstatně jiné, než je například vztah mezi rodičem a dítětem.

Partnerský vztah je tím, ve kterém hledáme oporu, který považujeme za stabilní. Zakládá se na společné důvěře, lásce, pochopení, intimitě. Právě partnerský vztah může hrát důležitou roli při vyrovnávání se se ztrátou končetiny nebo naopak se může stát velkým tématem pro osoby po amputaci, které jsou bez partnera. Na následujících stranách jsou detailně popsány různé aspekty partnerských vztahů: výběr partnera, vývoj vztahu, faktory působící na kvalitu vztahu a očekávání žen a mužů v partnerství.

1.1 Výběr partnera

Teoretické přístupy se různí v tom, zda je při volbě důležitější vědomá či nevědomá složka našeho rozhodování, zda je třeba klást větší důraz na sociální či psychické vlivy, jestli je důležitější racionalita nebo emoce, případně zda si jedinec vybírá partnera spíš povahově podobného nebo odlišného (Plaňava, 2000). Podle Vágnerové (2007) při výběru partnera hraje roli více faktorů. Prvním z nich jsou sociokulturní vlivy, tedy to, jaký typ partnera je preferovaný

ve společnosti, jaký je aktuálně prezentovaný model vztahu v médiích a jaké jsou tradice. Individuální preference jsou faktorem, který hraje ve výběru největší roli. Do individuálních preferencí je zahrnuta osobnostní a hodnotová preference, ale také zážitky z dětství, pohled na partnerství získaný výchovou nebo podobnost potenciálního partnera s jedním z rodičů. Na posledním místě Vágnerová zmiňuje náhodné vlivy, tedy to, v jakém období a na jakém místě potenciálního partnera potkáme a zda jsme v tu dobu otevření novému vztahu.

Další významnou teorii výběru partnera vytvořil D. Murstein (1976; in Kratochvíl, 2009): výběr se uskutečňuje ve třech fázích - podnětu, hodnot a rolí. V první fázi působí partner jako *podnět*, jde tedy hlavně o působení na jedince vzhledem a chováním potenciálního partnera. Ve druhé fázi, která nastává v případě úspěšného průběhu první fáze, je nejdůležitějším faktorem *shoda obou partnerů v postojích, názorech a hodnotách*. Ve třetí fázi pak jde o *kompatibilitu rolí*. Partneři se v této fázi snaží zaujmout ve vztahu nějakou stabilní roli, která se bude doplňovat s rolí toho druhého. Skrz plnění svých rolí ve vztahu pak oba jedinci naplňují své potřeby. Binarová (2000) zmiňuje důležitost fyzické a psychické atraktivity: potenciální partneři si jako jednoho z prvních faktorů všímají fyzické atraktivity protějšku, přičemž se často utvoří pár, kde jsou oba partneři podobně fyzicky atraktivní. Pokud je jeden z partnerů méně přitažlivý, snaží se nedostatek vynahradit v jiné oblasti, například v podobě finančního zajištění (Kratochvíl, 2009).

Fyzická atraktivita je velmi subjektivní záležitostí, i když existují určitá pevně platná pravidla. U žen jsou to takové rysy, které poukazují na její dobré zdraví a plodnost. Měla by mít tedy zdravě vypadající pleť, poměr pasu a boků sedm ku deseti a další charakteristiky, že bude schopná porodit a vychovat zdravé děti. Ženy dávají přednost mužům, kteří dokáží jejich potomky finančně zabezpečit. Fyzická atraktivita je důležitá pro obě pohlaví, avšak muži ji vnímají jako důležitější, než ženy. Pro ženy má naopak hodnotu sociální status a dominance muže.

Osobní atraktivita je založená na podobných postojích. Nejde však jen o postoje, osobní atraktivita se skládá i z percipované kompetence druhého, jeho stability a optimismu, empatie a dalších složek. Jedinec může být atraktivní také díky své obětavosti, šlechetnosti, inteligenci nebo smyslu pro humor. S osobní atraktivitou se vážou dva pojmy: komplementarita

a charisma. Komplementarita znamená vzájemné doplňování, může se tedy stát, že se do sebe zamilují dva jedinci se zcela odlišnými názory. Charisma je vyjádření komplexu osobní i fyzické přitažlivosti (Řehan, 2007).

Ve volbě partnera hraje roli několik faktorů, přičemž převaha některého z nich vede ke vzniku odlišných typů lásky. Jedním z faktorů je fyzická přitažlivost, pokud tato převažuje, vzniká láska vášnivá. Dalším faktorem je osobní přitažlivost, která je z perspektivy dlouhodobějšího vztahu důležitější, jde o podobnost v názorech, postojích, ale i vlastnostech a intelektových schopnostech (Binarová, 2000).

V literatuře bývají často odlišovány dva typy lásky (Hatfieldová a Walster, 1981; Berscheidová, 1985; Hiteová, 1987; Rostowski, 1987; in Kratochvíl, 2009). Prvním typem je **romantická láska**, která se vyznačuje bouřlivými city, je to láska vášnivá, při níž jedinec silně touží po přítomnosti milovaného člověka. Je to spíš stav zamilovanosti, silných emocí, pokud je opěťovaná, vede k extatickému naplnění, pokud není, vede naopak k prázdnotě a beznaději. Při romantické lásce si jedinec svůj protějšek idealizuje, stává se na něm závislým. Očekává neustálé projevy lásky a náklonnosti a vehementně se jich dožaduje. **Přátelská láska** je emočně vyrovnanější a trvalejší. Je důležitá pro udržení dlouhodobého vztahu, je to láska klidná. V tomto druhu lásky jsou hlavními komponentami důvěra, porozumění, pochopení, respekt a oddanost.

Lee (1988; in Kratochvíl, 2009) přidává k těmto typům lásky ještě další čtyři: lásku hravou, která bere dění ve vztahu na lehkou váhu, spíš pro pobavení lásku šílenou, která si toho druhého přivlastňuje, lásku praktickou, která funguje na principu zhodnocení zisků a výdajů a v neposlední řadě lásku altruistickou, která je obětavá a oddaná.

1.2 Vývoj vztahu

Partnerský vztah je živoucí, neustále se vyvíjející forma interakce mezi dvěma jedinci. V počáteční fázi jde zpravidla o stav **zamilovanosti, romantické lásky**. Teprve po čase se pomalu mění na **realističtější, důvěrný vztah** (Vágnerová, 2007; Binarová, 2000).

Pro zamilovanost jsou typické především silné emoce, dochází k tendenci si toho druhého idealizovat. Partner se snaží před tím druhým vystupovat v lepším světle. Oba partneři mají nerealistické představy o tom druhém, vidí ho atraktivnějšího, úspěšnějšího, zdatnějšího, než ve skutečnosti je. Ve chvíli, kdy je jedinec zamilovaný a cítí se být milován, má pocit, že je tím druhým bezmezně obdivován a cítí se být lepším člověkem, kvalitnější osobností. Může nastat dojem jisté výlučnosti vztahu, jeho neopakovatelnosti (Vágnerová, 2007). Období prvotní zamilovanosti však trvá jen několik měsíců, výjimečně déle než rok. Když první euforie ze vztahu opadne, přichází často zklamání a rozmrzelost, což může vést až k rozpadu vztahu. Binarová (2000) toto období nazývá krizí zamilovanosti.

Na období zamilovanosti navazuje další fáze, ve které, pokud nedojde k rozpadu vztahu, se jeho povaha začne měnit. Oba partneři zjišťují, že k udržení vztahu je nutná snaha a vynakládání určitého úsilí, což ale může vést k prohlubování skutečné intimity a zvyšování stability vztahu. Například Dindia a Baxter (1987; in Hayesová, 2013) ve svém výzkumu s padesáti manželskými páry zjistili, že partneři, kteří jsou spolu delší dobu, používají určité udržovací strategie (jako jsou společné večery nebo telefonování při odloučení na více dní). S rostoucí délkou trvání vztahu však partneři uváděli menší množství takovýchto rituálů. Pokles udávaných strategií může být způsoben tím, že po delší době jsou partneři již natolik sebraní, že nepotřebují k udržování vztahu tolik explicitně organizovaných rituálů.

Období realistického nebo také důvěrného vztahu se vyznačuje prohlubující se intimitou, respektem a empatií. V tomto období si partneři budují větší autonomii, ponechávají si navzájem prostor, jsou tolerantní k odlišnostem toho druhého. Zralý vztah je založený na sdílení hodnot, na společných cílech, otevřené komunikaci a vyžaduje od obou partnerů vytrvalé úsilí, což bývá v kontrastu se spontaneitou zamilovanosti. Dlouhodobý zralý vztah uspokojuje většinu **základních psychických potřeb člověka**, mezi které se řadí především tyto potřeby:

- citová jistota,
- seberealizace,
- otevřená budoucnost,
- autonomie.

Potřeba **citové akceptace** je velmi důležitým aspektem vztahu, který nemizí ani po jeho delším trvání, naopak je jednou z jeho základních podmínek. Dobrý vztah také může sloužit jako zdroj **sebepotvrzení**, důkaz či uznání osobnostních kvalit partnerem. Předpokladem kvalitního vztahu je **očekávaná společná budoucnost**, plánování dalšího společného soužití, popřípadě uzavření manželství a založení rodiny. Zároveň však platí, že partneři mají potřebu určité samostatnosti, díky níž se mohou rozvíjet a realizovat i mimo partnerský vztah (Vágnerová, 2007).

1.3 Faktory působící na kvalitu partnerského vztahu

Je poměrně složité popsat, které faktory mají přesně vliv na kvalitu vztahu, protože různí autoři se liší ve svých tvrzeních a popisují odlišné komponenty. Některé faktory se opakují častěji, jako *závazek*, *spokojenost*, *láska* nebo *stabilita*. Sprecher a Felmler (1992) hodnotí kvalitu vztahu podle míry lásky, závazku a spokojenosti. Bryant a Conger (1999) zase podle závazku, stability a spokojenosti. Fletcher, Simpson a Thomas (2000) ve své studii pracují dokonce se šesti komponentami – spokojeností, závazkem, intimitou, důvěrou, vášní a láskou.

Willi (2011) uvádí, že **láska** je ústředním motivem dlouhotrvajícího partnerského vztahu, hlavním důvodem pro setrvání v něm. Riehl-Emde, Thomas a Willi (2003) se zaměřili na emocionální faktory, které fungují v utužování partnerského vztahu. Kromě komunikace mezi partnery zdůraznili i vliv smyslnosti, citu, sdílených snů, dětí a bydlení. Emocionální pouto, vzájemná péče, přitažlivost, blízkost a důvěra pak tvoří základ lásky, která je silně spojena s vnímanou životní spokojeností u párů.

Na životní spokojenost a zdraví jedince má vliv také **stabilita** vztahu. Mezi prediktory stability patří styly citové vazby, osobnostní a sociodemografické faktory jako míra neuroticismu a věk. Knoke, Burau a Roehrle (2010) se zabývali také vztahem stability, pocitů osamělosti a schopnosti být sám. Emocionální osamění se ukázalo být rozhodující jak pro kvalitu a dobu trvání vztahu, tak i pro jeho stabilitu. Účastníci studie, kteří uváděli nízkou míru emocionální blízkosti a intimity, udávali problémy v oblasti komunikace, citů, vzájemnosti a

manželské spokojenosti. Navíc, jejich vztahy měly tendenci se brzy rozpadat. Emocionální osamělost se proto dá počítat ke klíčovým faktorům negativně ovlivňujícím dlouhotrvající vztahy.

Studie, kterou provedli Aarskaug Wiik, Bernhardt a Noack (2009) na skandinávské populaci naznačuje, že míra **závazku** je větší u manželských svazků než u nesezdaných soužití. Závazek je tvořen třemi komponentami: vážnost vztahu, spokojenost ve vztahu a zvažování rozchodu. Závazek je také vyšší za předpokladu, že je nízká míra alternativ, tedy možný vývoj situace jedince bez daného partnera.

Hassebrauck a Fehr (2002) provedli čtyři studie na vzorcích 371, 325, 208 a 195 osob, první dvě studie na německé populaci a druhé dvě na kanadské. Vždy šlo o muže a ženy v dlouhodobém vztahu, kteří měli vyplňovat dotazník týkající se jejich pohledu na kvalitu vztahu. Na základě výsledků první ze studií byly vyčleněny čtyři komponenty podílející se podle odpovědí nejvíce na kvalitě vztahu. Šlo o **intimitu** (intimacy), **jednotnost partnerů** (agreement), **nezávislost** (independence) a **sexualitu** (sexuality).

Intimita: Do této kategorie spadá otevřenost, upřímnost, důvěra, naslouchání partnerovi, čas vyhrazený jen pro partnera a další. Tato kategorie podle autorů koresponduje s intimitou popisovanou Sternbergem (1988; in Kratochvíl, 2009) v jeho triangulární teorii lásky, kterou podrobněji popisují dále.

Prager (2000; in Ahlborg, 2004) uvádí dvě dimenze intimity:

- **pozitivní pocity**, kam spadají pocity hrdosti, lásky, vřelosti, vděčnosti a přitažlivosti;
- **vnímané porozumění**, tedy uvědomění si skutečnosti, že je jedinec milován, akceptován, je o něj pečováno a je mu porozuměno.

Říčan (2004) popisuje intimitu jako milostný vztah mezi mužem a ženou, který má následující aspekty:

- **tělesnou a duševní něhu**, která není potlačována společenskými konvencemi či studem;
- **sebeotevření**;
- **důvěru bez výhrad**;
- **vzájemný respekt a úctu**, což se projevuje i respektováním partnerovy samostatnosti;

- **schopnost milovat partnera i s jeho chybami;**
- **poznání vlastních citů** - přijetí občasných negativních pocitů jako vzteku, nudy, frustrace z rozdílných názorů a vědomí toho, že i toto do vztahu patří a nesnižuje vzájemnou lásku;
- **plánování společné budoucnosti;**
- **schopnost hravosti a nadhledu;**
- **obdiv k partnerovi;**
- **výlučnost vztahu** pouze ve dvou.

Jednotnost partnerů: Charakteristiky jako podobnost a soulad partnerů, společné cíle, nízká frekvence hádek, společné aktivity a pocit jistoty pak definují komponentu jednotnosti partnerů.

Nezávislost: Třetím faktorem je nezávislost, do které spadá autonomie obou partnerů, udržování individuality a umožňování a dovolování určité svobody. Komponenta nezávislosti se neobjevuje v žádné škále měřící kvalitu vztahů, ale podle autorů je poměrně důležitou složkou jak pro mladé vzdělané páry (jak by se dalo předpokládat), tak i pro starší a méně vzdělané.

Sexualita: Poslední komponentou působící na kvalitu partnerských vztahů je sexualita. Jde zejména o sexuální spokojenost, sexuální harmonii a fyzické kontakty s partnerem. Čím větší je sexuální spokojenost partnerů, tím vyšší je také celková spokojenost ve vztahu, zároveň je sexualita spojena s láskou a mírou závazku. (Hassenbrauck & Fehr, 2002).

1.4 Triangulární teorie lásky

Podle *triangulární teorie lásky* (Sternberg, 1988; in Kratochvíl, 2009) jsou součástí lásky tři složky. První z nich je **intimita** (důvěrnost). Pro intimitu je charakteristická blízkost, sdílení důvěrných informací, souznění s partnerem a citová podpora partnera. Další součástí je **vášeň**, která zahrnuje fyzickou přitažlivost, puzení k dotykům, sexuálnímu uspokojování, ale i silné kladné či záporné (žárlivost) city, doprovázené často fyziologickou reakcí, jako bušením srdce

či zrudnutím. Poslední komponentou lásky je pak **závazek** nebo také oddanost, která vychází z vědomého rozhodnutí milovat partnera (na začátku vztahu) a zůstat s partnerem, investovat do vztahu, udržet jej v pozdějších obdobích. Intenzita jednotlivých složek lásky se v průběhu vztahu mění, na začátku je velmi výrazná vášeň, která ale s postupem času rychle opadá. Opačnou tendenci má závazek, který je zpočátku velmi nízký, avšak postupně vzrůstá. Intimita na počátku vztahu postupně narůstá, jak se partneři navzájem poznávají a důvěřují si. Po určité době se nárůst zastaví a naopak začne pozvolna klesat, protože partneři z důvodu přivykání se na sebe nepociťují takovou blízkost, jako na počátku vztahu.

1.5 Očekávání žen a mužů v partnerství

I když se ženy i muži shodnou na základních aspektech, které jsou pro partnerský vztah důležité, jako je důvěra, láska, spokojenost nebo věrnost, určité rozdíly mezi muži a ženami existují. Muži si více cení vnějšího vzhledu partnerky, je pro ně důležitá její fyzická atraktivita. Pro ženy je zase důležité mluvit se svým partnerem o svých pocitech, o problémech. Kratochvíl (2009) popisuje očekávání žen a mužů, která se na první pohled velmi liší. Ženy podle něj mají potřebu hlavně sdílet se svým partnerem emoce, prožitky, události a očekávají, že jim jejich partneři budou empaticky naslouchat, že jim poskytnou oporu. Partner by měl ale nejen naslouchat, měl by také sdílet stejné hodnoty a názory. Pokud v některých aspektech nedochází ke shodě, je důležité, aby partner svým odlišným postojem nevyvolával konflikt, ale umožnil oběma partnerům obohatit se o pohled toho druhého. Žádoucí je, aby se partner ve vztahu autenticky angažoval, aby partnerka cítila úplné bezpečí a přijetí. V některých případech je žádoucí, aby partner nereagoval jen na sdělení partnerky, ale aby byl sám iniciativní, dokázal zasáhnout ve správný moment, ať už jde o běžné denní činnosti, projevení citů či sexuální zájem. Žena také potřebuje, aby ji partner miloval a svou lásku a úctu k ní vyjadřoval dlouhodobě, opakovaně, nejen v době řešení partnerských problémů či když si o to sama řekne. Muži zase stojí o to, aby jim partnerka zabezpečila některé základní potřeby, aby jim uvařila, postarala se o dobrou atmosféru v domácnosti, aby uspokojovala veškeré sexuální

potřeby. Pro muže je důležité, aby byli svou partnerkou obdivováni, aby si jich vážila třeba pro jejich úspěchy v zaměstnání a schopnost financovat domácnost a aby jim to dostatečně často dávala najevo. Naopak nežádoucí je příliš často muže zatěžovat starostmi, stěžovat si před nimi, neustále po nich něco žádat.

Tato očekávání vychází do jisté míry ze stereotypů a některé současné studie přinášejí jiný pohled. Například Perrin a kol. (2010) se ve své studii zabývali rozdíly mezi muži a ženami a zkoumali očekávané a reálné vztahové chování ve snaze potvrdit či vyvrátit tradiční pohled evoluční psychologie, totiž že rozdíly mezi ženami a muži jsou markantní. Na vzorku 375 osob provedli celkem tři studie a zjistili, že jediným výrazným rozdílem mezi pohlavími byla potřeba opory v rámci vztahu u žen. Naopak se nepotvrdily tradičně chápané genderové rozdíly ve vnímání potřeby lásky u žen (žena je aktivní nositelkou projevů lásky) a mužů (těm bývá přisuzovaná pasivnější role). Obě pohlaví projevila stejnou touhu po sexu i dalších verbálních i neverbálních projevech lásky.

2 Definice amputace

Amputace je odstranění periferní části těla s přerušením kosti a odstraněním měkkých tkání s možností následného protetického ošetření. **Exartikulace** je odstranění končetiny v místě kloubu (Kubeš, 2005; in Dungal, 2005). O **reamputaci** hovoříme v případě, kdy je třeba pahýl znovu operovat a zkrátit jej kvůli zlepšení pacientova zdravotního stavu, zlepšení jeho hybnosti a funkčnosti pahýlu (Brozmanová, 1990). Amputace je velkým zásahem jak do organismu člověka, tak i do jeho psychiky a vyžaduje si péči mnoha odborníků z oblastí chirurgie, neurologie, terapie bolesti, protetiky, ortopedie, sociální a pracovní rehabilitace a psychologie (Kolář, 2012).

2.1 Výskyt amputací

Dle údajů Ústavu zdravotnické statistiky a informací v Praze jsou v České republice provedeny ročně tisíce amputací z různých příčin. Například v roce 2012 bylo provedeno 10 425 amputací jen v důsledku zdravotních komplikací u diabetu. Kolář (2012) udává počet amputací na dolní končetině z vaskulárních příčin z roku 2008 celkem 8 169, v roce 1994 to ale bylo o polovinu méně: celkově počet provedených amputací každoročně stoupá.

V jednotlivých zemích se počty amputací liší. Ve Spojených státech amerických žije dohromady 1,6 milionu osob s amputací na dolní končetině. Ročně je zde provedeno 30 000 až 40 000 amputací z různých příčin (Ziegler-Graham et al., 2008). Ve Velké Británii každým rokem vyhledá služby protetických center 5 000 osob. 90 % osob s amputací na dolní končetině používá protézy, přičemž jejich odhadovaný počet byl v roce 2002 62 000 osob (Mathias & Harcourt, 2014). V Nizozemí je každý rok provedeno 18-20 velkých amputací na dolní končetině na 100 000 obyvatel, ve Francii je to na stejný počet obyvatel zhruba 6,6 amputací (Sinha & Van den Heuvel, 2011).

2.2 Etiologie

Příčiny amputací na dolní končetině se dají rozdělit do dvou skupin. První skupinou jsou amputace provedené po úrazu, druhou pak v důsledku nemoci (Kolář, 2012; Sosna et al., 2001):

- **Cévní příčiny**

Nejvíce amputací je provedeno z vaskulárních příčin, v České republice je to ročně několik tisíc případů. Nejčastější příčinou je diabetická gangréna, další z příčin je například meningokoková sepe. V případě diabetu je důležitou součástí odborné péče příprava pacienta na amputaci a snaha o zachování co možná nejdelšího pahýlu.

- **Trauma**

Amputace v důsledku úrazu jsou druhou nejčastější variantou, v České republice je jich ročně provedeno několik desítek. K amputaci se přistupuje v případě, že došlo k devastujícím poraněním kostí, měkkých tkání, cév i nervů a není možná jejich rekonstrukce.

- **Tumory**

Další skupinu tvoří amputace v důsledku nádorů, k nimž se přistupuje hlavně v případě maligních nádorů. Nejčastěji jde o osteosarkom, který postihuje hlavně mladé osoby. U nás je ročně provedena amputace u několika desítek mladých lidí s rakovinou kosti.

- **Infekce**

Amputace je v důsledku infekce provedena často v případě jejího nezvládnutí jinými prostředky či v případě chronické osteomyelitidy a infekce náhrady kolenního kloubu.

- **Kongenitální anomálie**

K amputaci je přistupováno tehdy, pokud je zdeformovaná končetina nefunkční a není možné zlepšit její funkci jinou metodou či pomůckou.

- **Nervové příčiny**

Poslední skupinou jsou amputace provedené v důsledku poranění či onemocnění nervů. K amputaci se v tomto případě přistupuje pouze výjimečně, pokud jsou vředy vzniklé fatálním poškozením nervů neléčitelné jinak.

2.3 Typy amputací

Amputace na dolní končetině se dají rozdělit podle úrovně, v jaké byla amputace provedena a podle času zásahu od vzniku problému. Včasně odstranění nefunkční či poškozené končetiny může mít zásadní vliv na pozdější kvalitu života pacienta.

Rozdělení podle času:

- **Primární** nebo **časné** jsou amputace provedené bezprostředně po úrazu, kdy také mohlo dojít k amputaci již samotným traumatem. Z hlediska psychické zátěže jsou tyto amputace nejnáročnější, neboť se na ně pacient nemůže připravit, jsou nečekaným zásadním zásahem do života jedince.
- **Sekundární** neboli **volené** amputace se provádějí v případě nemoci, kdy už byly vyčerpány ostatní možnosti léčby a jde už jen o zachování života či relativní samostatnosti a hybnosti pacienta. Ve většině případů se na tyto amputace lze dopředu připravit, je to plánovaný zákrok, lékař má možnost dopředu přichystat, v jakém místě bude amputaci provádět, aby byl pahýl co nejlépe připraven na možnost protetického ošetření.
- **Terciální** nebo také **odložené** amputace se provádí za účelem zlepšení funkce končetiny nebo jde o její kosmetickou úpravu. Tato pozdní varianta je také využívána u polytraumatů, kde se vyčkává na zlepšení pacientova stavu natolik, aby jeho tělo sneslo další velký zákrok (Hadraba, 2006).

Rozdělení podle úrovně:

- **Částečné amputace chodidla nebo amputace prstu**

Největší komplikace přináší amputace palce, což má za následek potíže s chůzí a držením rovnováhy. Chybějící část bývá nahrazována silikonovou náhradou ztracené části chodidla nebo se používají ortopedické vložky, chodidlová lůžka a speciální úprava obuvi.

- **Amputace Syme (v kotníku)**

Tento typ amputace poskytuje dobré podmínky pro nasazení protézy a relativně velkou oporu při chůzi. Nevýhodou je poměrně mohutné zakončení amputované dolní končetiny, které je nevhodné a způsobuje obtíže při nazouvání bot.

- **Transtibiální amputace (pod kolenem v bérce)**

Amputace v oblasti bérce je nejpříznivější pro zvykání si na protézu a nejrychleji s ní lze obnovit plynulá chůze. Čím kratší je pahýl, tím lépe se hojí, ale tím hůře se na něj nasazuje protetické lůžko a je horší funkčnost.

- **Exartikulace v koleni**

Amputace provedená v kolenním kloubu nabízí dobrou možnost uchycení protézy, zachovává integritu svalstva, stejně jako amputace Syme. Konec pahýlu je však také objemnější a nevzhlednější, ale pokud se dá u stehenní amputace část kolene zachránit, je to lepší varianta z hlediska hybnosti a protézy než čistě transfemorální amputace.

- **Transfemorální amputace (ve stehně)**

Amputace ve stehně se často dobře hojí díky zvýšenému přívodu krve. Náročnější je ovšem náhrada končetiny protézou, jelikož chybí kloub a pacient tak má větší obtíže s obnovou chůze.

- **Exartikulace v kyčli a hemipelvektomie**

Odstranění dolní končetiny v kyčelním kloubu se obvykle řeší také protézou, i když u starších osob je nezbytné použití berlí. Hemipelvektomie je odstranění části pánve, ke kterému dochází nejčastěji kvůli maligním nádorům (Smutný, 2013).

Ať už se jedná o kterýkoli typ amputace, postižená osoba je vždy nějakým způsobem omezena v běžném životě. Dobře je to vidět na příkladu vydávané energie při pohybu oproti zdravým lidem (Smutný, 2013, 9):

Tabulka č. 1

Úroveň amputace	Zvýšení spotřeby energie
Částečná amputace chodidla	10 až 20%
Amputace Symes	0 až 30%
Amputace pod kolenem	40 až 50%
Amputace nad kolenem	90 až 100%
Bilaterální amputace pod kolenem	60 až 100%

2.4 Fantomové bolesti a pocity

Fantomové bolesti a pocity jsou velmi častým jevem, téměř všichni pacienti trpí fantomovou bolestí hned v prvním týdnu po amputaci. Jensen a Rasmussen (1997; in Woodhouse, 2005) rozdělují fantomové jevy na tři kategorie: fantomové pocity, fantomová bolest a pahýlová bolest. **Fantomové pocity** jsou jakékoliv nebolestivé vjemy na neexistující končetině. Může se jednat o vnímání její polohy, délky, pohybu, ale mohou se objevovat i pocity chladu a tepla, dotyku, mravenčení atd. **Fantomová bolest** je bolest subjektivně vnímaná jako vycházející z neexistující části končetiny. Fantomovou bolestí trpí až 70% pacientů, u většiny se objeví ihned a postupně odeznívá, u některých se ale může objevit až po letech (Vrba, 2003). U většiny případů se dá fantomová bolest léčit analgetiky, bohužel v některých případech je tak silná a trvalá, že k jejímu vymizení nedojde nikdy. **Pahýlová bolest** je potom bolest vycházející ze zachované části končetiny. Ač byla existence těchto jevů zaznamenána poprvé již v roce 1558, dodnes není zcela přesně popsána jejich etiologie (Kolář, 2012).

2.5 Rehabilitace

Rehabilitace je proces vedoucí k integraci jedince do společnosti. V současné době se používá pojem ucelená rehabilitace, do které spadá rehabilitace léčebná, sociální, pracovní a pedagogická. Kolář (2012, 2) definuje ucelenou rehabilitaci jako *„vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého a dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti“*.

Léčebná nebo také medicínská rehabilitace je prováděna v době hospitalizace pacienta ihned po amputaci, ve specializovaných lůžkových zařízeních nebo ambulantně ve specializovaných pracovištích. Je nejdůležitějším krokem k navrácení amputovaného zpět do života. Část pacientů, pokud u nich byla léčebná rehabilitace úspěšná, se ani nedostane k dalším formám rehabilitace, jelikož už nejsou potřeba. Tým pracovníků skládající se z

rehabilitačních lékařů, fyzioterapeutů, zdravotních sester, ergoterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků stanovuje krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán, který má za cíl co nejdůkladněji naplánovat program fyzioterapií, cvičení a dalších léčebných metod vzhledem ke stavu pacienta jak na nejbližší dobu (tři měsíce u krátkodobého plánu), tak i na dobu potřebnou k dovršení všech jednotlivých kroků (dlouhodobý plán, u pacienta po amputaci to znamená veškerá rehabilitace od operativního zákroku až po dokončení zformování pahýlu a dokonalé zvládnutí chůze s protézou).

Sociální rehabilitace v sobě zahrnuje nácvik nejrůznějších dovedností, které mají za následek co nejlepší začlenění nemocného člověka zpět do společnosti, jde především o činnosti vedoucí k větší samostatnosti, soběstačnosti a sebeobslužnosti. Do kategorie sociální rehabilitace spadá také sociální poradenství. Pedagogická rehabilitace spočívá ve vzdělávání osob se specifickými potřebami, které by jinak neměly ke vzdělání přístup. Jedná se o procesy a opatření na úrovni základních, středních i vyšších odborných škol. Pracovní rehabilitace si klade za cíl opětovné pracovní uplatnění handicapovaných osob, tedy jejich možnou rekvalifikaci a vhodné umístění na trhu práce (Kolář, 2012).

2.6 Protézy a kompenzační pomůcky

Náhrady končetin - protézy - se používají u všech typů amputací. Jedná se o mechanickou pomůcku umožňující chůzi, která má zároveň i psychologický, sociální a ekonomický význam. Protéza je ovládána silou svalstva pahýlu, v případě složitějších nadkolenních protéz je možnost ovládání kloubu počítačem. Takzvané inteligentní protézy jsou však poměrně finančně nákladné a nejsou hrazené pojišťovnou (Kolář, 2012). Procenta pacientů, kteří využívají protézu, uvádí velmi podobně více zdrojů. Kolář (2012) zmiňuje 70-90 %, Mathias & Harcourt (2014) udávají 90 %, Webster et al. (2012) uvádí ve své studii 92 % osob.

První částí protézy je tzv. pahýlové lůžko, které se vyrábí každému pacientovi na míru. První rok po amputaci se musí často upravovat, protože pahýl se ještě formuje a mění objem.

K udržení protézy na pahýlu se používá přísavná technika. Dalšími částmi protézy jsou trubková konstrukce, případná náhrada kloubu a chodidlo. Trubková konstrukce se dá zakrýt krytem v barvě pleti, který plní kosmetickou funkci (Sosna et al., 2001). První protézu si postižený může nasadit již několik týdnů po operaci. V prvním roce je využívána takzvaná prvoprotéza, hlavně z důvodu častějších obměn pahýlového lůžka. Po konečném zformování pahýlu je na míru zhotovena finální protéza. Její základní forma je jednou za dva roky hrazena zdravotní pojišťovnou (části nebo i celá se musí obměňovat). Existují i speciální protézy na sport či do vody, které však pojišťovna nehradí (Otto Bock ČR s.r.o., 2015).

3 Partnerské vztahy osob s amputací na dolní končetině

Amputace způsobují různá omezení, ať už se jedná o vykonávání profese, trávení volného času nebo účast na sociálních aktivitách. Narušují integritu lidského těla a snižují kvalitu života právě omezenou pohyblivostí a bolestí. Pacienti jsou ovlivněni jak psychicky, tak sociálně, psychologické potíže mohou mít podobu depresí, úzkostí, ve výjimečných případech může dojít i k sebevražedným pokusům. Ztráta části těla může mít za následek změnu vnímání vlastního těla a jeho vzhledu (Atherton & Robertson, 2006). Holzer et al. (2014) ve své studii na vzorku 149 amputovaných osob a 149 osob kontrolního vzorku ukázali, že amputovaní měli výrazně horší mínění o vlastním tělesném obrazu, hůře hodnotili vlastní vzhled, fyzickou kondici, zdraví a atraktivitu. Ženy po amputaci kladly menší nároky na atraktivitu protějšku než muži, sebevědomí bylo výrazně ovlivněno přítomností fantomových bolestí (ty udávalo 63 % amputovaných osob).

Houston (18. září 2008) se zaměřuje na význam sebehodnocení a vztahů u amputovaných osob. Ztráta sebedůvěry, pocit studu za své "neúplné" tělo může vést k negativní projekci těchto pocitů do vztahů amputovaného se svými blízkými, a to přesto, že dnes už nemají handicapovaní ve společnosti téměř žádné sociální stigma. Zdravé vztahy udržované dostatečně bohatou komunikací jsou pro osoby s amputací klíčové pro pocit celistvosti a fyzického i psychického štěstí. Stav po amputaci je zpravidla provázen ztrátou samostatnosti, což narušuje rovnováhu ve stávajících vztazích.

Většina studií, které se v dnešní době zabývají partnerskými vztahy osob s amputovanou dolní končetinou, se soustředí hlavně na sexualitu takto postižených osob a mají kvantitativní charakter. Existují však výjimky, které se zabývají i dalšími oblastmi intimních vztahů než jen sexualitou. Například Mathias a Harcourt (2014) se zaměřily na kvalitativní prozkoumání zkušeností s krátkodobými známostmi, ale i důvěrnými vztahy žen s bérceovou amputací. Z této studie částečně vychází výzkum této diplomové práce.

Egan, Harcourt a Rumsey (2011; in Mathias & Harcourt, 2014) uvádějí, že právě podpora ze strany partnera je klíčovým faktorem pro vyrovnání se s odlišnostmi ve vzhledu a přijetí sama sebe. Ve své studii Mathias a Harcourt (2014) pracovaly se čtyřmi ženami, se kterými provedly polostrukturované rozhovory, z těchto rozhovorů vzešlo několik témat, která

byla pro ženy po amputaci klíčová. Pro analýzu rozhovorů byla použita metoda IPA (interpretativní fenomenologická analýza), která umožňuje detailní zachycení zkušeností probanda a zkoumání jeho příběhu s ohledem na jeho vlastní pohled (Smith, 1996; in Mathias & Harcourt, 2014).

Klíčovými tématy, která se objevila, byla tato: odhalování: zveřejňování amputace a protézy; souzení a posuzování: vnitřní strach a sebezpochybňování; důvěra a přijetí: eliminace dobrých a špatných partnerů; posun ve vztahu: potřeba hloubky; uvědomění si: přijímání a pocit přijetí. V dnešní západní společnosti je prosazováno dokonalé tělo, tedy takové, kterému nic nechybí. Tato standardní krása se objevuje v médiích a pro ženy, které její definici nespĺňují tím, že mají amputovanou končetinu, je obtížné se s touto internalizovanou představou o vlastní nedokonalosti vyrovnat. Všechny ženy se shodly na tom, že v seznamování se s potenciaálními partnery používaly taktiku odhalení protézy hned od začátku, což se stalo jakýmsi filtrem. Místo aby se vystavily možnosti zostuzení odhalením své amputované končetiny, ukázaly převahu okamžitým odmítnutím těch, jejichž reakce se jim nelíbila. Pokud však již s nějakým partnerem navázaly intimní vztah, postupem času se stávaly sebejistějšími a nečinilo jim potíže před partnerem amputaci odhalovat. Ačkoli u všech žen byl patrný pozitivní přístup a odolnost vůči možným negativním reakcím okolí, všechny popisovaly časté obavy, nepříjemné pocity a úzkosti spojené s navazováním intimních vztahů. Všechny ženy také uváděly, že v průběhu rehabilitace měly velké obavy o oblast intimních vztahů a nikdo s nimi tuto problematiku neprobíral (Mathias & Harcourt, 2014).

Ve své kvalitativní studii Taleporos a McCabe (2001) identifikovali několik faktorů, které znesnadňují lidem s handicapem navazovat intimní vztahy. Jedním z nich je negativní přístup společnosti k jakékoli fyzické odlišnosti, která je vnímána jako asexuální a neatraktivní, což vede ke sníženému sebevědomí handicapovaných. To se ukázalo jako největší překážka, participantů často vnímali své tělo jako méněcenné, nedostatečné a činilo jim velké potíže navazovat vztahy. Dalšími faktory jsou závislost na pomoci ostatních lidí a nedostupnost míst, kde by se mohli s někým seznámit.

Verschuren et al. (2013) se zabýval intimitou a sexualitou z pohledu zdravého partnera. Z jejich studie vyplývá, že hlavní rozdíly v intimním životě před a po amputaci jsou spíš

technického rázu, tedy záležitosti týkající se pohybu, stability a pozic. V ostatních ohledech účastníci studie neuváděli žádné větší rozdíly nebo problémy s intimním životem. Všichni participanti si však dokázali vybavit první sexuální zážitek po amputaci dolní končetiny, který pro ně byl velmi výrazný a měli ho v paměti i roky. Někteří dokonce uváděli, že se jejich sexuální soužití po amputaci naopak zlepšilo a vztah se prohloubil, uvědomili si, že se milují a jejich vztah je naplňující a hodnotný a hovořili o něm jako o uspokojivějším než před amputací. V této studii výzkumníci uváděli, že rozhovory byly prováděné se zdravými partnery za přítomnosti amputovaných, tudíž je možné, že odpovědi byly ovlivněné tímto faktem směrem k eliminaci negativních výroků.

Někteří výzkumníci (Reinstein et al, 1978, Bodenheimer et al., 2000; in Ide, Watanabe & Toyonaga, 2002) se však setkali s většími problémy, které v sexuální oblasti amputovaní udávali. Konkrétně šlo o výrazný pokles sexuálních kontaktů, problémy s erekcí a vyvrcholením u více než poloviny dotázaných mužů. Ide, Watanabe a Toyonaga (2002) předpokládali, že na sexuální spokojenost bude mít vliv přítomnost fantomových a pahýlových bolestí, ale ukázalo se, že na spokojenost se sexuálním životem má vliv pouze existence nebo naopak absence partnera. 30 % z 85 účastníků studie ale uvádělo, že zaznamenali pokles zájmu o sexuální život a všichni sdělovali, že nikdo z lékařů či psychologů s nimi o sexuální tematice po amputaci nehovořil a ani neměli možnost s někým případně problémy konzultovat.

Ide (2004) dochází k těmto závěrům: Ztráta končetiny nevede k funkčním potížím v sexuální oblasti, může však způsobit značnou ztrátu zájmu o sexualitu kvůli pozměněnému sebeobrazu amputovaného. V některých případech sice mají amputovaní zájem o sexuálního partnera, avšak jejich ostych, nespokojenost s vlastním tělem a neochota se odhalovat jim brání v možnosti s někým navázat intimní vztah. Proto je důležité zařadit i možnost konzultovat sexuální problémy v rámci rehabilitace.

K opačným výsledkům došli Bodenheimer, Kerrigan, Garber & Monga (2000). Provedli dotazníkové šetření na třiceti mužích po amputaci na dolní končetině a zjistili, že většina trpěla funkčními obtížemi, ať už se jednalo o erektilní dysfunkce nebo potíže s vyvrcholením. Naopak nikdo z nich neuváděl ztrátu zájmu o sex nebo potíže s odhalováním amputované končetiny před partnerkou.

Autorů, kteří ve svých studiích upozorňují na nedostatek výzkumů o sexualitě a partnerských vztazích osob s amputovanou dolní končetinou a hlavně na absenci praktické péče o amputované v těchto směrech je více. Většina se shoduje na tom, že je třeba při ucelené rehabilitaci zohlednit i zájem pacientů o tuto tematiku a poskytnout prostor pro řešení případných problémů (Bodenheimer, Kerrigan, Garber & Monga, 2000; Ide, 2004; Ide, Watanabe & Toyonaga, 2002; Mathias & Harcourt, 2014; Verschuren et al., 2013).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumný záměr a cíle

Zatímco v zahraničí bylo již na téma partnerských vztahů a především sexuality osob po amputaci na dolní končetině provedeno několik výzkumů a vypracováno několik studií, v České republice tomu tak doposud nebylo. Existuje několik magisterských a bakalářských diplomových prací zabývajících se především rehabilitací amputovaných, kvalitou jejich života či pracovním uplatněním, nebyl však proveden žádný výzkum zaměřující se na vztahy těchto osob. Jelikož v zahraničních studiích se několikrát objevovalo téma nedostatečnosti výzkumu na tomto poli, absence odborného poradenství o možných vztahových či sexuálních problémech či vůbec možnosti s kvalifikovaným odborníkem konzultovat pochybnosti ohledně vztahů v nastalé situaci, vzniká zde prostor pro další výzkum a potřeba se tomuto tématu více věnovat.

V zahraničních studiích provedených na téma partnerské a sexuální vztahy u osob s amputovanou dolní končetinou se objevují nejčastěji tato témata: **Přijetí sebe sama** (Taleporos & McCabe, 2001; Ide, 2004) hraje důležitou roli při navazování nových vztahů. Snížené sebevědomí dané ztrátou končetiny a ovlivněním většinovým názorem společnosti, že lidské tělo postrádající nějakou svou část je neatraktivní, vede k potížím v seznamování, s odhalováním handicapu před potenciálním partnerem i s dostatečnou sebedůvěrou v udržení dlouhodobého vztahu. Kvůli pozměněnému sebeobrazu amputovaného může dojít až ke ztrátě zájmu o sexualitu a intimní život. Dalším tématem je **podpora partnera**, která se ukázala být klíčovým faktorem pro vyrovnávání se se ztrátou končetiny (Egan, Harcourt & Rumsey, 2011; in Mathias & Harcourt, 2014). Přítomnost partnera jako taková hraje neoddiskutovatelnou roli v psychické pohodě handicapovaného. Především však jeho chápající a přijímající přístup je důležitý pro prohloubení intimity a důvěry ve vztahu (Mathias & Harcourt, 2014). Dalším okruhem jsou **potíže v sexuální oblasti** a to buď funkční (Bodenheimer, Kerrigan, Garber & Monga, 2000) nebo strach, stud a obavy o vlastní atraktivitu a výkonnost (Ide, Watanabe a

Toyonaga, 2002). Posledním probíraným tématem je **potřeba řešit téma intimních partnerských a sexuálních vztahů s odborníky** v rámci rehabilitace (Bodenheimer, Kerrigan, Garber & Monga, 2000; Ide, 2004; Ide, Watanabe & Toyonaga, 2002; Mathias & Harcourt, 2014; Verschuren et al., 2013).

Na základě prostudované literatury byl stanoven záměr této práce, a to **prozkoumat možné dopady amputace na dolní končetině na partnerské vztahy takto postižených osob**. Hlavním cílem výzkumu je **zmapovat partnerské vztahy osob s amputací na dolní končetině**. Dalšími cíli je zjistit, **zda amputace na dolní končetině ovlivňuje kvalitu partnerských vztahů, jaký pohled na partnerské vztahy a jaké zkušenosti mají sami amputovaní, jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny a jaký má amputace vliv na sexualitu**.

4.1 Výzkumné otázky

Na základě výzkumného záměru a výzkumných cílů byly stanoveny tyto čtyři výzkumné otázky:

1. Jakou roli hraje ve vztahu amputace dolní končetiny?
2. Jaké faktory mají vliv na kvalitu partnerského vztahu u osob s amputací?
3. Jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny?
4. Má ztráta dolní končetiny vliv na sexualitu?

5 Metodologický rámec výzkumu

Na počátku každého výzkumu stojí ideový plán, jakožto přechod od nápadu k samotné realizaci výzkumu. Tento plán obsahuje náčrt jednotlivých kroků, které je potřeba si stanovit před samotným uskutečněním výzkumu. Součástí ideového plánu je formulace výzkumného problému, stanovení výzkumných otázek a odůvodnění důležitosti výzkumu. Důležitým krokem je také získání výzkumného vzorku, stanovení si metod zpracování a analýzy dat a přibližného časového plánu (Miovský, 2006).

Pro tento typ výzkumu jsme zvolili kvalitativní design, protože se jeví jako nejvhodnější pro takto specifické téma. Výzkum má explorativní charakter, přičemž těžiště je v kvalitativním zpracování získaných dat. Kvalitativní přístup umožňuje detailnější analýzu získaných poznatků a hlubší proniknutí do dané problematiky, což je u dosud málo probádaných témat důležité, aby nebyly opomenuty některé aspekty „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému.*“ (Hendl, 2005, 50). Zároveň je v kvalitativním výzkumu větší pravděpodobnost chybování, než je tomu u dobře provedeného kvantitativního výzkumu. U kvalitativního přístupu záleží i na schopnostech výzkumníka na poli interpretace, důležitá je snaha o maximální objektivnost a nepředpojatost (Miovský, 2006).

Pro výzkum jsme zvolili typ případových studií, který zdůrazňuje komplexnost a celistvost zkoumaného tématu. Tento přístup se soustředí na souvislosti více oblastí života účastníka studie a je ideální strategií pro hledání a popisování spojitostí a činitelů v kontextu určitého případu (Miovský, 2006).

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, která se nám jevila jako vhodná i z hlediska toho, že vztahy jsou poměrně intimní záležitostí a v kontextu tak specifické skupiny, jako jsou osoby s amputovanou dolní končetinou, dává možnost věnovat se podrobněji a hlouběji jednotlivým aspektům vztahu.

5.1 Metoda sběru dat

V psychologickém výzkumu je za interview považovaný takový rozhovor, který je veden s určitým záměrem a s ohledem na cíle studie. Interview se podle míry strukturovanosti dělí na tři podtypy: strukturované, polostrukturované a nestrukturované. V našem výzkumu byla pro sběr dat zvolena metoda rozhovoru, konkrétně polostrukturované interview. Nestrukturované interview se nejvíce podobá běžnému hovoru, nemá nijak stanovené pevné otázky, výzkumník by měl ale mít představu, čeho chce docílit. Výhodou nestrukturovaného interview je jeho flexibilita, nevýhodou naopak přílišná diferencovanost jednotlivých rozhovorů, která může komplikovat analýzu dat. Naproti tomu strukturované interview má pevně dané otázky, blíží se svým charakterem až k dotazníkovému šetření. Znění otázek a pořadí je přesně stanoveno. Nevýhodou strukturovaného interview je nemožnost při rozhovoru improvizovat v návaznosti na objevení se zajímavého tématu, výzkumník nemá dovoleno se na ně dále doptávat a měnit tak strukturu interview. Výhody obou výše zmíněných druhů interview v sobě zahrnuje polostrukturované interview, které naopak umožňuje eliminaci slabých stránek obou typů. Polostrukturované interview má dané jádro interview, tedy minimální okruh témat a otázek, které budou probírány. Na rozdíl od plně strukturovaného interview umožňuje doptávat se v případě potřeby, upřesňovat informace či měnit pořadí otázek, což může vést k získání více a kvalitnějších informací (Miovský, 2006).

Interview nemůže probíhat bez další metody, kterou je pozorování. Ferjenčík (2010) považuje pozorování za základní formu sběru dat. Vědecké pozorování je plánovitě selektivní, výzkumník tedy vždy pozoruje to, co si předem stanovil a všímá si těch jevů, které si předem vymezil. V tomto výzkumu byla tedy pro sběr dat použita metoda polostrukturovaného interview v kombinaci s pozorováním.

5.2 Průběh získávání a analýzy dat

Data pro výzkumnou studii byla získávána v průběhu pěti týdnů v září a říjnu roku 2015. Rozhovory probíhaly naživo nebo v některých případech, na přání účastníků, po skypu se

zapnutým videem. V každém případě bylo ohlídáno, aby rozhovor probíhal v klidném prostředí a byl na něj dostatek času. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon, s čímž byli účastníci výzkumu předem vyrozuměni. Nejkratší nahrávka je dlouhá 38 minut, nejdelší 77 minut.

Po nahrání všech rozhovorů následoval opakovaný poslech a jejich pečlivý přepis do podoby textu. V průběhu přepisu byly odstraněny informace nesouvisející s výzkumem, tedy takové části, které nepřinesly žádné cenné informace. Šlo zejména o slovní vatu a nepodstatné odbočení ke zcela jiným tématům. Texty byly systematizovány do přehledné podoby.

Transkripty byly analyzovány metodou vytváření trsů, při které jsou výroky seskupovány do skupin s překrývajícími se významem a následně tak tvoří obecnější kategorie, a dále metodou zachycení vzorců, při které jsou vyhledávána a zaznamenávána opakující se témata (Miovský, 2006). Ve vytištěných transkriptech jsme za pomoci barevných popisovačů vyznačovali a ohraničovali jednotlivá témata. Současně jsme si do textu dělali poznámky, které následně pomohly k pojmenování kategorií. Na základě analýzy jsme tedy vyčlenili pět nejvýraznějších kategorií, a to:

- přijetí sebe sama,
- podpora partnera,
- sexualita a atraktivita,
- vliv amputace na kvalitu vztahu a
- faktory působící na kvalitu vztahu.

Segmenty textu byly přiřazovány k těmto kategoriím, přičemž v některých případech se jednotlivé kategorie lehce překrývaly. Tyto kategorie jsou podrobněji popsány v jednotlivých kazuistikách.

5.3 Výběr výzkumného vzorku

Pro tento výzkum jsme vybírali respondenty metodou záměrného výběru. Metoda záměrného (účelového) výběru je takový způsob, kdy si zvolíme určitá kritéria nebo vlastnosti

a podle nich vybíráme účastníky výzkumu. Vyhledáme pouze takové, kteří daná kritéria splňují (Miovský, 2006). Pro výběr vzorku do výzkumné části práce byla stanovena následující kritéria:

- účastníci jsou po jednostranné nebo oboustranné amputaci dolních končetin
- mají zkušenosti s vážnými známostmi v době po amputaci
- jsou ochotní se zapojit do výzkumu a detailně a otevřeně hovořit o okolnostech amputace a o svých partnerských vztazích

Účastníci výzkumu byli oslovoováni a hledáni dvěma cestami. První cestou bylo oslovení občanského sdružení No Foot No Stress, což je sdružení osob s amputací na dolní končetině fungující již několik let v České republice. Tato organizace pořádá pravidelně setkání pro osoby po amputaci a funguje jako podpůrná a informační síť pro nově amputované. Pod její záštitou jsou pravidelně organizovány školy chůze, rehabilitační cvičení a různé sportovně-socializační akce. Přes její vedení byli nakontaktováni její členové e-mailem, přes sociální síť Facebook nebo osobně na jednom ze setkání a z nich šest členů bylo ochotných se do výzkumu zapojit a splňovali námi stanovená kritéria. Druhou cestou bylo kontaktování všech sledge hokejových týmů v České republice (jde o specifickou variantu hokeje s týmy, které jsou tvořeny imobilními hráči). E-mail s informacemi o výzkumu byl poslán pěti vedoucím týmů v pěti městech. Svou účast na výzkumu přislíbili z tohoto okruhu dva dobrovolníci. Posledního dobrovolníka jsme získali ze svého okolí, dohromady tedy bylo získáno osm respondentů.

6 Výzkumný soubor

Jak je již uvedeno v kapitole Výskyt amputací, ročně je v České republice provedeno několik tisíc amputací. Nejčastější příčinou je diabetes mellitus, na druhém místě jsou traumatické příčiny. Mezi rokem 2005 a 2013 bylo podle Národního registru hospitalizovaných v České republice provedeno 457 amputací z traumatických příčin, z nichž nejčastější jsou amputace v kotníku a nohy pod ním a naopak nejméně časté jsou amputace v oblasti stehna a kyčle (Janoušek, 2015). V literatuře ani v dostupných zdravotnických statistikách neexistuje údaj o aktuálním celkovém počtu osob s amputací dolní končetiny.

Respondenti v tomto výzkumu byli všichni amputováni po úrazech, tedy z traumatických příčin. Z osmi probandů byly tři ženy a pět mužů. Nejmladší dobrovolníci bylo 20 let, nejstaršímu účastníkovi 64 let. Z typů amputací byly ve výzkumném souboru zastoupeny bérčové a stehenní, jednostranné i oboustranné amputace. Značně se u probandů lišila doba uplynulá od amputace, nejkratší udávaná doba byl jeden rok a dva měsíce, nejdelší potom padesát let. Všichni probandi mají v současné době dlouhodobý vztah, kromě jednoho. V následující tabulce jsou přehledně uvedeni probandi s jednotlivými typy amputací se změněnými jmény z důvodu anonymity:

Tabulka č. 2

Jméno	Věk	Doba od amputace	Typ amputace
Jakub	29	14 měsíců	bilaterální (bérčová/stehenní)
Jaroslava	42	4, 5 roku	bérčová
Marek	64	50 let	bilaterální (bérčová/stehenní)
Patrik	42	3 roky	bilaterální (bérčová/stehenní)
Lída	34	11 let	stehenní
Daniel	55	19 let	stehenní

Tomáš	32	11 let	stehenní
Alice	20	17 měsíců	bércová

7 Etické aspekty

Vztahy u osob s amputovanou končetinou jsou poměrně citlivým tématem, proto jsme se snažili ke všem probandům přistupovat taktně a s porozuměním.

Každému účastníku byl ještě před započatím rozhovoru vysvětlen postup a účel práce, jakým způsobem bude následně nakládáno se získanými daty, která nám poskytnou a že se jedná o výzkum v rámci diplomové práce. Všichni se svou účastí na výzkumu souhlasili a poskytli souhlas použít všechny informace, které v rámci rozhovoru sdělí. Účastníci nepodepisovali informovaný souhlas písemně, sdělili svůj souhlas při nahrávání rozhovoru. Všem respondentům bylo zdůrazněno, že výzkum je anonymní, že jejich jména ani informace, které by mohly vést k jejich identifikaci, nebudou zveřejněny. K nahraným rozhovorům v audio podobě neměl nikdo další přístup.

Každý z účastníků výzkumu byl dopředu upozorněn, že souhlas s účastí neznamená povinnost odpovídat opravdu na všechny otázky. Bylo jim sděleno, že pokud na některou otázku nebudou chtít z jakýchkoliv důvodů odpovědět, nemusí tak učinit. Možnost neodpovídat byla poskytnuta ještě před začátkem rozhovoru, nakonec nebyla využita ani v jednom z případů.

8 Výsledky výzkumu

Proband 1

Jakub je devětadvacetiletý muž, o nohy přišel při havárii na motorce před rokem a dvěma měsíci, je tedy nejčerstvěji po amputaci z tohoto výzkumného souboru. Při nehodě přišel o obě dolní končetiny, pravou má amputovanou pod kolenem, levou ve stehně. Jakubovi dávali lékaři jen malou šanci na přežití. V době, kdy se stala nehoda, byla Jakubova přítelkyně, se kterou je ve vztahu celkem tři roky, v devátém měsíci těhotenství. Syn se narodil tři týdny po nehodě. Jakub v současnosti bydlí s přítelkyní, se kterou syna vychovává. Pobírá plný invalidní důchod, v současné době není zaměstnán a přítelkyně je na mateřské dovolené, tráví tedy většinu času dohromady jako rodina.

Přijetí sebe sama: Podle Jakuba je důležité se co nejlépe vyrovnat s nastalou situací, přijmout handicap a uvědomit si fakt, že žít se dá plnohodnotný život i bez nohou. Jelikož přišel o dolní končetiny při havárii, nemohl se nijak dopředu připravit. Popisuje, že po propuštění z nemocnice si prošel horším obdobím, kdy byl několik týdnů jen doma na invalidním vozíku, protože ještě neměl protézy. Kvůli dalším zraněním nebyl soběstačný. O tomto období se vyjadřuje, že měl černé myšlenky, byl v depresi. Udává, že nejvíce mu pomohla přítomnost přítelkyně a hlavně čerstvě narozeného syna: *„Vlastně tam potom na to nebyl moc čas, abych se moc lítoval, prostě byl malej a museli jsme kolem něj lítat a tak jsem se soustředil na něj.“* Když byl Jakub ještě v nemocnici a později na rehabilitační klinice, měl čas přemýšlet o svém životě i o nehodě. Zdůrazňuje, že vážná nehoda mu poskytla prostor uvědomit si, co je v životě důležité. Dříve se podle svých slov *„zabýval zbytečnostmi, řešil kraviny“*, ale po nehodě si uvědomil, že musí k životu přistupovat jinak. Nezapomínat se zbytečnými problémy, které neovlivní a nestresovat se jimi. Od nehody přistupuje k životu pozitivněji, uvědomil si, že může žít smysluplný život i s handicapem. Uvědomuje si, že je v mnoha ohledech omezen, nemůže sportovat jako zdravý člověk, ale popisuje, že život se mu v podstatě změnil k lepšímu. Zdůrazňuje, že být vyrovnaný s vlastním handicapem je klíčové pro budování vztahu. *„No musíš si uvědomit, že jsi v pohodě, pak se tak na tebe bude dívat i ten druhej.“* Jakub se

domnívá, že je hodně lidí, kteří se s handicapem nikdy nevyrovnejí, uzavřou se a buď je stávající partner opustí, nebo nikdy další vztah nenavážou. Sám ale nemyslí na to, jaké by to bylo, kdyby se nehoda nestala. Přijal skutečnost tak, jak je a snaží se zvládnout všechny nepříjemnosti spojené s amputací.

Podpora partnera: Podle Jakubových slov mu po amputaci hodně pomáhal přístup jeho přítelkyně. Od začátku mu dávala najevo, že je pro ni důležité, že žije a to, že nemá nohy, pro ni není problém. Její pozitivní přístup mu pomohl uvědomit si, že je připravená mu pomáhat, starat se o něj a jeho handicap jí nevádí. Když se v nemocnici probudil a oznámil jí, že nemá nohy, její bezprostřední reakce „*a co jako*“ pro něj byla velice důležitá. Jakub se domnívá, že pokud oba partneři přistupují k handicapu pozitivně, není problém vyrovnat se s omezeními spíše technického rázu, jako to, že nemůže zastávat fyzicky náročnou práci nebo nemůže sportovat, kromě těchto omezení si ale myslí, že skutečnost, že má amputované obě dolní končetiny, není žádný problém. „*Já si myslím, že na to, jak to vypadalo tragicky, tak jsme se s tím poprali parádně a rychle.*“

Sexualita a atraktivita: Jakub hovoří o tom, že po amputaci nohou je, co se týče sexuality, největší problém spíše technického rázu, tedy absence kolene. Popisuje hlavně změnu v širší možnosti poloh. Nicméně zmiňuje, že mu to „*trochu vadí, tak nějak vnitřně*“. Musel si zvykat na to, jak pahýly vypadají a cítí se být méně atraktivním než před amputací. Dodává ale, že pokud mu partnerka dává najevo, že jí jeho handicap v tomto ohledu nevádí, nezabývá se tím ani sám a snaží se to brát jako zcela normální a přirozený stav.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Amputace a události okolo ní měly na vztah podle Jakuba celkově spíš pozitivní vliv. Popisuje, že dřív se s partnerkou hodně hádali, dost věcí mu vadilo. Nyní je vyrovnanější, klidnější, s partnerkou se téměř nehádají. Doba po amputaci je „*stmelila, určitě dost sblížila*“. Amputace měla podle Jakubových slov vliv na více aspektů jejich vztahu. Zlepšila se jejich vzájemná komunikace, Jakub popisuje, že po amputaci k sobě začali být s partnerkou více otevření, více spolu sdílí: „*nemáme před sebou žádné tajnosti, dokážeme se*

bavit o všem, nemáme žádný hranice". Jakub spatřuje velkou výhodu i v tom, že od amputace jsou prakticky pořád spolu, partnerka mu pomáhala v době těsně po nehodě, jsou si nyní velmi blízcí a nedošlo k žádnému zhoršení vztahu.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Hlavním faktorem, který podle Jakuba působí na kvalitu vztahu, je vzájemná důvěra. Ta musí podle něj být v dobrém vztahu přítomna i u párů zdravých, tedy těch, kde ani jeden z partnerů nepřišel o končetinu. Před současnou partnerkou byl Jakub deset let v jiném vztahu a právě ztráta důvěry podle něj mohla za rozpad vztahu. Dalším faktorem, který Jakub zdůrazňuje, je láska, ta je podle něj nejdůležitější. Ve vztahu nesmí chybět dobrá komunikace, vysoká míra tolerance, ale také stejné názory, vzájemné porozumění a společné zájmy. Jakub hovoří o tom, že je pro něj velmi důležité, že on i jeho partnerka jsou zaměřeni na rodinu, jejich hlavní prioritou je nyní výchova jejich syna. Přesto, že spolu tráví hodně času, jsou schopni si navzájem poskytnout prostor, oba mají vlastní přátele, se kterými se vídají.

Proband 2

Jaroslava je dvaadvacetiletá žena, která přišla o pravou nohu pod kolenem před čtyřmi a půl lety při nehodě na motorce. K amputaci nedošlo ihned, dlouho se lékaři rozhodovali, zda půjde dolní část končetiny zachránit či nikoliv a teprve zhruba po měsíci došlo k amputaci. Jaroslava se tedy na zákrok mohla dle svých slov několik dní připravovat. Je vdaná více než dvacet let, s manželem má tři děti. Všichni bydlí v jedné domácnosti, Jaroslava dostala invalidní důchod prvního stupně, k tomu pracovala na poloviční úvazek a nyní začíná pracovat na plný úvazek.

Přijetí sebe sama: Před nehodou byla Jaroslava zvyklá starat se sama o domácnost, zařídit si všechno, co potřebuje. Největší problém je podle ní teď to, že je často unavená, má bolesti nebo otoky, kvůli kterým občas nemůže zvládat fyzickou práci. Nyní má proto pocit, že se díky amputaci naučila říct si o pomoc někoho jiného, často manžela nebo dětí. *„Pro mě je ten handicap jakoby možnost nechat někoho druhého, aby pro mě něco udělal.“* Podle Jaroslavy

hodně záleží na tom, jaký je člověk už v době před nehodou, zda se s překážkami vyrovnává lehce, zda je optimistický. Pokud je někdo „nepříjemnej a protivnej, tak si myslím, že ten handicap ho posune v tý protivnosti ještě víc“. Důležité je tedy neuzavřít se do sebe, neobviňovat své okolí, ale naopak snažit se s amputací vnitřně vyrovnat. Jaroslava popisuje, že od nehody je její život kvalitnější, víc si ho užívá a má lepší vztahy s okolím. Víc si váží všeho, co je schopná zvládat, změnil se jí náhled například na vlastní zdraví, víc o sebe pečuje, cvičí, ale také je opatrnější při řízení auta (na motorce už nejezdí vůbec).

Podpora partnera: Stejně jako Jakubovi, i Jaroslavě nejvíce pomohl v době po amputaci partner. Ukázal jí, že se postará o domácnost a navíc i o ni, každý den za ní jezdil do nemocnice a ukázal jí, že pro něj fakt, že je amputovaná, nemá význam. Stejně to tak mají i dnes, stále je pro Jaroslavu podporou, pomáhá jí s domácností a dětmi a poskytuje jí psychickou oporu, může se na něj ve všem spolehnout. „*On je prostě úžasnej, jsem s ním strašně spokojená.*“

Sexualita a atraktivita: Co se týče sexuální oblasti, hovoří Jaroslava o tom, že ze začátku to pro ni nebylo jednoduché, měla obavy, zda bude stále pro svého manžela atraktivní. Uvědomila si ale, že musí být sebevědomá, že rozsah jejího handicapu není tak velký, aby jí způsoboval vážné problémy v této oblasti. Zdůrazňuje, že její manžel se k jejímu tělesnému postižení postavil dobře, nedal jí nikdy najevo, že by mu to vadilo. Podle Jaroslavy záleží na tom, jak se k amputovanému zachová partner, zda jej v tomto ohledu dokáže ubezpečit, že „*to není vada na kráse, nic se neděje, není to problém*“. Pokud sebevědomí degraduje v této oblasti, odrazí se to i v dalších aspektech vztahu.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Podle Jaroslavy nemá amputace na kvalitu vztahu žádný špatný vliv, handicap podle ní není vůbec problém. Sama udává, že se její vztah po amputaci spíše zlepšil, jsou k sobě s manželem vstřícnější, vztah se prohloubil a ujistila se v tom, že v období krize je jí manžel oporou a může se na něj spolehnout. Po amputaci je sama Jaroslava sdílnější, méně se hádají a jsou schopni lépe mezi sebou komunikovat.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Ve vztahu je podle Jaroslavy důležitá především sdílnost obou partnerů, ochota spolu komunikovat. Nejvíc záleží na kompatibilitě partnerů, jak si spolu rozumějí a jak si dokáží sdělovat, co po druhém ve vztahu chtějí a co potřebují. Důležitým faktorem je ochota obou partnerů si vyjít vstříc, dělat kompromisy a ukazovat oddanost tomu druhému.

Proband 3

Markovi je šedesát čtyři let, je nejstarším účastníkem tohoto výzkumu. O obě dolní končetiny přišel při střetu s vlakem před padesáti lety: spadl na koleje při skákání na lyžích a nestihl se včas vyprostit. Levou nohu má amputovanou nad kolenem a pravou pod. V současné době žije s druhou ženou, se kterou je pět let. Žijí spolu v jedné domácnosti. Marek má s bývalou ženou dvě děti, z předchozího vztahu ještě dceru. S první manželkou vychází dobře, podle jeho slov neměla amputace žádný vliv na rozpad vztahu. Nyní je již v důchodu, ale dříve pobíral částečný invalidní důchod a k tomu vždy pracoval.

Přijetí sebe sama: Markovi se nehoda stala, když mu bylo čtrnáct let. Několik let poté navštěvoval školu pro tělesně postižené a podle jeho slov mu pomohlo se s handicapem vyrovnat, když viděl ostatní děti, které na tom byly hůř než on. Vypráví, že nikdy neměl problémy s tím, že má amputované končetiny, naopak ke svému stavu přistupoval vždy s humorem. Díky svému pozitivnímu přístupu neměl nikdy problém navazovat vztahy, celý život měl přátele bez zdravotního postižení, se kterými sportoval a prožíval všechny činnosti jako zdravý člověk. Svůj stav nevnímá jako handicap. Několik let pracoval na protetice, kde se naučil vyrábět kvalitní lůžko protézy, takže díky tomu měl vždy perfektně padnoucí protézy, které eliminovaly bolest a potíže s chůzí. Marek uvádí, že *„si celý život užíval, žil život vždycky naplno“*. Jediné, co ho občas trápí, jsou fantomové pocity, kvůli kterým má někdy potíže se spánkem.

Podpora partnera: Jelikož byl Marek velmi mladý v době, kdy o dolní končetiny přišel, partnerku v té době neměl. Nezmiňuje se v souvislosti s podporou o své předchozí manželce, ale popisuje, že jeho nynější žena mu poskytuje velkou pomoc hlavně v praktických záležitostech, sama má totiž bohaté zkušenosti s prací s handicapovanými osobami. Dokáže Marka uklidňovat, když se mu nedaří, Marek popisuje, že ho až „rozmazluje, nosí mu snídaneč do postele, je prostě přelaskavá“. Možná právě kvůli tomu, že k amputaci došlo před tak dlouhou dobou, přistupuje k tomuto handicapu Marek i jeho žena často s humorem. Pokud má však Marek fantomové pocity nebo bolesti, jeho žena se o něj stará, pečuje o něj nebo mu naopak nechává prostor. Podle Marka je důležité, aby se žena do něj dokázala vcítit, i když nemá s amputací vlastní zkušenost a pokud si dokáže představit, jaké potíže s sebou tato zdravotní komplikace nese, je pro ni přirozené se o muže starat. Marek se domnívá, že „všechny ženy jsou v podstatě pečovatelky a tak jim vlastně dělá dobře, že se můžou o někoho starat“.

Sexualita a atraktivita: O sexuální oblasti Marek hovoří málo, zmiňuje pouze, že mu to nikdy nečinilo problém, neměl problém ani s tím, jak vypadá, ani s tím, že by byl nějak omezen co se týče pohybu. Je to podle něj možná dáno tím, že neměl žádné zkušenosti se sexualitou v době, kdy ještě dolní končetiny měl. Naopak k tomu přistupoval tak, že to zvyšuje jeho atraktivitu a je tím zajímavý. Domnívá se ale, že je to možná dáno tím, že je muž, u nichž není tak důležitá fyzická atraktivita jako u žen.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Se současnou partnerkou se seznámili právě díky amputaci a její práci. Marek se domnívá, že v jejich vztahu amputace nehraje roli, ale zmiňuje, že jeho stav omezuje škálu činností, které spolu mohou dělat, nemůže sportovat a rychleji se unaví. Jelikož je ale Markova partnerka velmi chápavá a vstřícná, nikdy kvůli tomu neměli žádné spory. Naopak se jeho stav stává zdrojem něžně humorných interakcí mezi oběma partnery.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Jako jeden z nejzásadnějších faktorů vidí Marek dostatek financí. Je podle něj velmi důležité, aby partneři neměli rozepře ve finanční oblasti, která může

být podnětem pro velké množství hádek. Sám si celý život vydělával dost, ale nijak nešetřil, raději „*si užíval, když ty peníze byly.*“ Důležité je také to, aby si partneři rozuměli, měli stejný pohled na život, společné cíle. Stejně tak je potřebná dobrá komunikace a vysoká míra sdílení. Marek se domnívá, že potřebná je i tolerance. Klíčové je podle něj to, aby se oba partneři dokázali soustředit na to, co je v životě důležité a měli oba naplňující práci či záliby.

Proband 4

Patrik je dvačtyřicetiletý muž, o obě dolní končetiny přišel před třemi lety. Na dálnici vystoupil u nehody z auta a další řidič jej přehlédnul a vozidlem jej přimáčknul k zastavenému autu. Se skutečností, že přišel o nohy, se prý smířil už na místě nehody.

Přijetí sebe sama: Patrik je velice pozitivně naladěný člověk, jak sám řekl, se svým stavem se smířil velmi rychle. Vždycky si uměl na všem najít to dobré a stejně tak to udělal i v tomto případě, jeho hlavním cílem po amputaci bylo naučit se samostatnosti, naučit se co nejlépe chodit, aby mohl vykonávat práci, kterou dosud dělal. Patrik je velmi vytížený, podle svých slov pracuje šestnáct hodin denně.

Podpora partnera: V době, kdy o končetiny přišel, měl Patrik partnerku, která žila v jiném městě. Po nehodě se k němu chtěla přestěhovat a pomáhat mu, Patrik se ale domníval, že se musí nejprve naučit starat se o sebe sám. Partnerku poprosil, aby počkala a nestěhovala se k němu, ona však navzdory jeho přání podala výpověď v dosavadní práci a sehnala si práci ve městě, kde Patrik žije. Tuto skutečnost mu však neoznámila dopředu a to, že se stěhuje k němu, mu podala jako hotovou věc. Patrik to z její strany bral jako zradu a ne jako podporu a snahu pomoci a s přítelkyní se rozešel. Následně se seznámil s novou přítelkyní, která byla také po amputaci dolní končetiny. Tento vztah popisuje jako hodně hluboký a podporující, protože oba měli stejnou zkušenost a přesně věděli, čím si ten druhý prochází, ať už šlo o fantomové bolesti nebo pohybové možnosti a přijetí jiného obrazu vlastního těla.

Sexualita a atraktivita: Pro Patrika představuje největší překážku omezení v pohybu, soustředí se tedy především na praktické aspekty. *„No jako vadí mi, že nemám stabilitu, nemůžu se tak moc hýbat, je to prostě omezení, co se týče poloh“*. Nikdy neměl ale problém s vlastním vzhledem, naopak má pocit, že je tím do jisté míry zajímavý a atraktivní. Zmiňuje, že daleko hůře se se změnou vzhledu vyrovnávají ženy. Uvádí to právě na příkladu své přítelkyně, která svůj handicap těžce nesla, a trvalo jí dlouho, než svůj vzhled přijala.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Patrik se domnívá, že vztahy amputovaných se v ničem neliší od vztahů zdravých osob. Pokud se sami s handicapem vyrovnají a najdou si tolerantního partnera, nemá amputace žádný vliv. Po amputaci začal být štedřejší: *„hodně peněz dávám třeba na charitu. Nikdy jsem nebyl lakomej, ale teď mi o ty peníze už moc nejde, a když je mám, proč bych nikomu nepomohl.“* Stejně to má i ve vztahu, rád dělá partnerce radost a snaží se do vztahu dávat maximum. Zlepšila se také jeho komunikace, více dává najevo svoje pocity a lépe umí reagovat na potřeby partnerky.

Faktory ovlivňující kvalitu vztahu: Podle Patrika je důležité, aby oba partneři uměli dělat kompromisy, vycházeli si vstříc a aby mezi nimi *„fungovala chemie“*. Zásadní je mít také v pořádku finance, to podle něj může vztah velmi negativně ovlivnit. Patrik tvrdí, že *„musí prostě vědět, že to je ta pravá, všechno ostatní se už nějak vyřeší“*.

Proband 5

Lídě je třicet čtyři let, s manželem jsou spolu jedenáct a půl roku. Mají spolu dvě děti, se kterými žijí v jedné domácnosti. K amputaci došlo před jedenácti lety, Lída byla na projížďce na koni, který se splašil a shodil ji pod jedoucí vlak. Levá noha jí byla amputována až v nemocnici, nad kolenem. V současné době pobírá invalidní důchod prvního stupně a k tomu pracuje na částečný úvazek.

Přijetí sebe sama: Podle Lídy je velmi zásadní přijmout handicap a vyrovnat se s ním. Ona sama tvrdí, že se s ním vyrovnala dobře, je spokojená tak, jak je. Myslí si, že by jí nečinilo problémy najít si partnera ani v případě, že by manžela neměla, právě kvůli svému pozitivnímu přístupu. Největší potíž vidí v tom, když se amputovaný nedokáže se svým stavem vyrovnat a neustále se s tím trápí a to mu zabraňuje najít si partnera. Sama je „*hrdá na to, co všechno dokázala bez té nohy*“. Lída hovoří o tom, že se její život po nehodě velmi změnil, má jiné priority, více si váží zdraví, amputace jí pomohla k tomu uvědomit si, co je v životě důležité a být spokojená sama se sebou. Mluví o tom, že dokázala motivovat jiné lidi právě tím, že se s handicapem vyrovnala tak dobře a sama vidí, že jsou na tom mnozí hůř než ona a že dokáže zvládat hodně věcí i bez dolní končetiny.

Podpora partnera: Pro Lídu byla klíčová podpora jejího partnera zvláště v období těsně po amputaci. Sama měla zpočátku velký problém se se ztrátou končetiny vyrovnat. V nemocnici, po zjištění, že jí byla končetina amputována, měla myšlenky na sebevraždu, ale právě přítomnost partnera jí pomohla situaci zvládnout. „*V nemocnici stál u mě, držel mě za ruku, nikdy nezapomenu na ty jeho oči, já jsem věděla, že mě miluje a to mě strašně drželo nad vodou.*“ Pro Lídu bylo důležité, že se o ni partner hodně staral, byl s ní a nevadilo mu, že přišla o nohu. I dnes jí poskytuje oporu neustále, Lída popisuje, že se jí snaží rozveselit, když se necítí dobře. Domnívá se, že to pro jejího manžela musí být těžké, ale že jí to nikdy nedává najevo, čehož si velmi považuje.

Sexualita a atraktivita: Pro Lídu nepředstavuje ztráta končetiny v sexuální oblasti žádný problém, říká, že důležité je právě to, jak se s tím člověk vyrovná a ona je s tím srovnaná dobře. Myslí si, že pahýl není příliš atraktivní, ale když si na něj partneri zvyknou, není to překážkou pro sexuální život. „*Viděla jsem svou fotku, kde se opaluju a úplně mě to překvapilo, jak šíleně to vypadá, ale on mě tak vidí pořád a nevdá mi to.*“ Také se domnívá, že pro sexuální život je nejdůležitější láska. S manželem se velmi milují a proto ani v této oblasti nemají žádné problémy.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Lída ještě předtím, než se jí stala nehoda, utekla z domu od rodičů právě k manželovi. Po půl roce se jí stala nehoda. Domnívá se, že je okolnosti kolem amputace velmi sblížily, ujistila se, že se může na partnera zcela spolehnout, může mu důvěřovat, že „*si vybrala toho pravého*“. S manželem měli svatbu až po šesti letech vztahu, ale vzhledem k tomu, co všechno spolu prožili během měsíců následujících po úrazu, měla v něm naprostou jistotu, což považuje za významné.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Podle Lídy je pro kvalitu vztahu nejdůležitější vzájemná komunikace a důvěra. Sděluje, že zásadní je vzájemná láska a úcta, s manželem se stále velmi milují, i když už vyprchala počáteční vášeň. Mají si stále co říci, rozumí si a v současné době je naplňuje hlavně výchova dětí. Lída se domnívá, že všechny tyto faktory jsou stejné jako u zdravých párů, že její handicap je ve vztahu nepodstatný.

Proband 6

Danielovi je padesát pět let, amputace ve stehně mu byla provedena před devatenácti lety. S partnerkou žije v jedné domácnosti, jsou spolu dvacet pět let, byli tedy spolu už v době amputace. Mají spolu jednoho syna. O pravou dolní končetinu přišel poté, co spadnul v lese v horách do šachty, poranil si patu a týden trvalo, než jej někdo objevil. Do rány v noze se dostala sněť, v nemocnici mu byla nejprve provedena amputace pod kolenem a teprve za několik týdnů mu byla provedena reamputace nad kolenem. Pobírá plný invalidní důchod a pracuje na částečný úvazek.

Přijetí sebe sama: Daniel měl po amputaci potíže spíš kvůli předchozímu dlouhému pobytu v šachtě než kvůli faktu, že má amputovanou nohu. Svůj psychický stav řešil i s odborníky. Podle vlastních slov byl vděčný za to, že přežil, a to, že přišel o nohu, nejdřív nebral jako nic vážného. Později, když se začlenil zpět do života a měl někdy bolesti či problémy s pahýlem, si sám musel připomínat, že na tom mohl být mnohem hůř. Podle Daniela je zásadní, jakým způsobem se člověk k amputaci postaví, zda se uzavře do sebe a přestane komunikovat nebo zda si najde

cestu k ostatním lidem. Daniel začal radit dalším amputovaným osobám, jakým způsobem se správně pečuje o pahýl, jak jej otláčovat a díky tomu se seznámil s mnoha lidmi a cítil se potřebný a užitečný. Zdůrazňuje, že se určitým způsobem posunul a něco v životě získal. Naučil se nezabývat se zbytečnými a malichernými problémy, řešit konstruktivněji hádky a nenechat se ničím vyprovokovat.

Podpora partnera: V prvním roce po amputaci popisuje Daniel svůj vztah s partnerkou jako velice intenzivní, hluboký a krásný. Byli si velmi blízko, partnerka s ním byla téměř neustále, pomáhala mu i jen svou přítomností právě u rozhodování, zda bude muset být končetina amputována podruhé. I když s postupem času intenzita vztahu opadala, zůstala blízkost a síla společného otřesného prožitku je neopustila. Daniel se také domnívá, že možná, kdyby měl jinou partnerku, problémy a nejistota okolo amputace by ji od vztahu odradily, zároveň ale dodává, že ženy jsou pečovatelky a jeho přítelkyně se o něj stará a pečuje ráda.

Sexualita a atraktivita: Svým vzhledem se Daniel nezabývá, nemyslí si, že je to důležité, nemá pocit, že by byl méně atraktivní. V sexuální oblasti jim amputace naopak prospěla, zintenzivnil se nejen vztah, ale i sexuální život. Až v pozdějším věku začal mít Daniel větší bolesti, které mu někdy činily potíže i v této oblasti, ale jinak se Daniel nedomnívá, že by amputace jakýmkoli způsobem sexualitu narušovala nebo ovlivňovala.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Danielův vztah se po amputaci podle jeho slov „pročistil“, zjistil díky tomu, že některé věci nebyly důležité, například spory, které řešili, a naopak se ukázala důležitost jiných aspektů vztahu. „*Něco se dostalo do popředí.*“ Jsou k sobě s partnerkou více otevření, jsou semknutější. V případě, že se někdy v něčem neshodnou, jsou schopni se rychle domluvit, protože Daniel nepovažuje spoustu drobných neshod za podstatné. Pokud tedy do vztahu zasáhne tak velká komplikace, jako je amputace končetiny, může dle Daniela dojít k utužení vztahu, který tím získá na kvalitě, posílí se. Když amputovaný oplácí partnerovi péči, vztah se může jedinečně obohatit.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Podle Daniela se nedá určit jeden faktor, který je nejdůležitější, říká, že „*lidi se prostě musí správně potkat*“. Pokud si oba partneři mají co říci, jsou k sobě ohleduplní a sdílní a je to muž, kdo přijde o dolní končetinu, není to podle Daniela žádný problém, protože ženy se rády o svého partnera starají a zaplavují ho péčí a vztah se tím utužuje. Daniel tvrdí, že je rozdíl v tom, zda k amputaci dojde v průběhu vztahu nebo zda člověk po amputaci hledá partnera. Pokud člověk po amputaci partnera nemá, tak handicap podle něj funguje „*jako filtr*“, pomůže mu najít si takového partnera, který bude mít pochopení a vztah tím pádem nebude povrchní. Pokud se podle Daniela „*potkají ti správní lidé*“, je třeba, aby ve vztahu byla také tolerance, trpělivost a pochopení. Na kvalitu vztahu u amputovaných má podle Danielových slov nemalý vliv to, jak se dokáže člověk vyrovnávat s nepříjemnostmi, které amputace přináší. Musí se naučit bojovat s bolestí, s nepadnoucí protézou. Pochopení a podpora partnera je důležitá, ale základem je vyrovnat se s problémy sám.

Proband 7

Tomášovi je třicet dva let, žije v domácnosti s přítelkyní, se kterou má dvě děti. Jsou spolu osm let, v době amputace byl Tomáš bez přítelkyně. O levou nohu nad kolenem přišel při nehodě na motorce před jedenácti lety. Pracuje na plný úvazek a pobírá plný invalidní důchod. Práci má ale fyzicky náročnou, takže ji chce v nejbližší době změnit.

Přijetí sebe sama: Podle Tomáše je důležité neuzavřít se po takovémto zákroku před světem, nesvalovat vinu na druhé a snažit se nevnímat amputaci jako handicap, ale jako „*lehkou vadu na kráse*“. Sám se ze začátku obával, že si kvůli amputaci nenajde partnerku, ale brzy pochopil, že když se s handicapem vyrovná a bude se chovat přirozeně, nebude s tím mít problém. Považuje za velmi důležité, že může chodit a není upoutaný na invalidní vozík nebo zcela nepohyblivý a váží si této možnosti. Tomáš mluví o tom, že je důležité, aby se amputovaný, pokud je ve vztahu, nezměnil a snažil se působit pozitivně i na svého partnera. Tomáš sice nemůže jezdit na motorce, což byla jeho velká vášeň, ale začal hrát sledge hokej, přes který se seznámil s dalšími amputovanými a získal přátele. Kromě motorky zvládá všechno jako zdravý

člověk, proto se necítí být nijak handicapovaný. Také zdůrazňuje, že má dobře udělanou protézu, která mu padne a tak je schopen ji mít nasazenou poměrně dlouhou dobu, což mu umožňuje zvládat veškeré činnosti.

Podpora partnera: V době, kdy se stala nehoda, byl Tomáš těsně po rozchodu s přítelkyní. Když byl v nemocnici, přišla za ním a chtěla se k němu vrátit a pomáhat mu, ale Tomáš ji odmítl s tím, že to, že nemá nohu, neznámá, že se o něj musí starat. Nějakou dobu ho i tak podporovala. Současná přítelkyně ho poznala už jako amputovaného a ani jeden z nich handicap nevnímá jako překážku.

Sexualita a atraktivita: Zpočátku měl Tomáš pocit, že amputací jeho atraktivita velmi utrpěla a bude to překážkou v hledání si nového vztahu. Poměrně brzy se ale sám s amputací srovnal a neměl problémy ani v této oblasti, popisuje, že o něj měly ženy velký zájem i s jeho handicapem. V sexuální oblasti se Tomáš vyjadřuje spíše k praktickým dopadům amputace, vadí mu, že není tak pohyblivý jako v době před amputací. Nikdy se ale před partnerkou nestyděl, pahýl nevadí ani jemu, ani jí. Nikdy nebyl příliš stydlivý a neměl tedy problémy ani s odhalováním pahýlu na veřejnosti (například v létě u vody).

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Tomáš má pocit, že díky amputaci se mu změnil pohled na život, chová se nyní zodpovědněji, před amputací podle svých slov jen „*honil peníze a dělal blbosti*“. Chová se opatrněji, snaží se ke stejnému zodpovědnému přístupu vést i své dva syny. Tomáš zdůrazňuje, že v jejich vztahu nehraje amputace roli hlavně proto, že se nehoda stala dřív, než současnou partnerku poznal. Nenastala u nich tedy žádná změna, od začátku vztahu je omezen stejně a jsou oba spokojení. „*Jako že by na mě křičela nebo jí vadilo, že nemám nohu, to ne, že by mi to jako vyčítala, že něco nemůžem kvůli tomu, to u nás vůbec neproběhlo.*“ Tomáš se domnívá, že problémy po amputaci mohou nastat v případě, že o dolní končetinu přijde žena, protože muži chtějí mít po svém boku atraktivní protějšek a fyzická změna partnerky jim tedy vadí více. Ženy jsou podle jeho názoru opatrovnice a partnerka je podle jeho mínění ráda, že se o něj může starat a „*čas od času rozmazlovat*“.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Podle Tomáše je nutností mít dobrou práci, která ho baví a užívá ho, je tedy nezbytné, aby se s partnerkou nehádal kvůli financím. Sám má poměrně fyzicky náročnou práci a tvrdí, že až si najde méně náročnou práci, odrazí se to i ve vztahu: „*no pak se nebudeme hádat vůbec už*“. Nyní je prý často unavený a podrážděný. Další faktor, který hraje roli, je tolerance, Podle Tomáše musejí být oba partneři ve vztahu tolerantní, aby spolu vycházeli, nezabývali se nedůležitými problémy. V jejich vztahu hraje roli také určitá hravost a napětí, které mezi sebou mají. Dalším faktorem jsou společné zájmy a sdílení podobných hodnot („*já když jsem si vybíral přítelkyni, měl jsem požadavky, že nesmí kouřit a musí ráda řídit auto*“). V jejich vztahu je nezbytná také důvěra, Tomáš říká, že někdy dělá rozhodnutí bez partnerky (a naopak), ale důvěřují si natolik, že to ani jednomu z nich nevadí.

Proband 8

Alici je dvacet let, je to tedy nejmladší účastnice výzkumu. O levou nohu pod kolenem přišla před rokem a půl. S bývalým přítelem dobíhala vlak, chtěla na poslední chvíli naskočit, ale spadla do kolejiště. S partnerem se rozešli půl roku po nehodě, nyní má jiného přítele, se kterým se zná rok. Žije na studentském bytě (studuje vysokou školu) a pobírá invalidní důchod prvního stupně.

Přijetí sebe sama: Po nehodě a amputaci se Alici v mnohém změnil život. Dlouho jí trvalo (a pravděpodobně stále ještě trvá) než se s absencí končetiny srovnala. Někdy ji mrzí, že nezvládne tolik činností jako ostatní lidé, hlavně sporty; dřív aktivně hrála frisbee a v současné době se sportu nevěnuje vůbec. Počítá ale s tím, že do budoucna bude moci zvládat více činností. Zatím má pouze prvoprotézu, která není ideální, ale plánuje si pořídit lepší. Alice má pocit, že pokud někdo přijde o končetinu, je pro něj vlastně nevyhnutelné, že se s tím bude muset sám vyrovnat. Pokud se to stane v době, kdy má jedinec partnera, tak je podle Alice situace mnohem těžší právě pro partnera, který „*má na výběr*“ - může s amputovaným zůstat a projít si s ním těžkým obdobím nebo ze vztahu odejde. Amputovaný na výběr nemá, bez

končetiny bude do konce života a je na něm, jakým způsobem tuto skutečnost přijme. Pokud se však s handicapem vyrovná dobře, má to na vztah velký vliv. Alice si myslí, že z hlediska udržení vztahu závisí právě na přístupu amputovaného. *„Pokud já zaujmu takovou pozici, že s tím bojovat nechci a budu divná, tak chápu, že on by třeba čekal, že se s tím budu chtít vyrovnat a takhle by ho to asi mohlo otrávit.“* Alice vypráví, že pro jejího tehdejšího přítele to muselo být velmi těžké, protože s nehodou nemohl dopředu počítat. *„On si vlastně vybral někoho, kdo byl zdravější a pak najednou jsem se změnila.“* Za jejich rozchodem ale podle Alice nestojí její zdravotní stav, ale neshody zcela jiného rázu, ona se přestěhovala kvůli vysoké škole do jiného města a seznamovala se s novými lidmi, poznala jiný život.

Podpora partnera: Alice popisuje, že pro ni hodně znamenalo, že se její partner snažil být tolerantní v době po amputaci, neopustil ji, že samotná jeho přítomnost byla důležitá. Když na tom začala být zdravotně lépe, jejich vztah už pro ni přestal být naplňující. Popisuje, že i když sama věděla, že chce vztah ukončit, nevěděla, jak to udělat právě vzhledem k tomu, čím vším spolu prošli v období jejího zranění: *„on tam vlastně pro mě byl celý to léto a udělal toho pro mě hodně a já se s ním pak rozejdu, to je prostě takový hloupý“.* Když se k rozchodu odhodlala, přiznala mu, že ji to trápí právě vzhledem k amputaci, ale zjistila, že je pro ni lepší, pokud se s partnerem rozejde ona, než kdyby ji opustil zdravý partner. Její současný partner jí byl oporou v době, kdy byla po rehabilitacích v novém městě, od začátku věděl, jaké komplikace s sebou amputace přináší a bral ji takovou, jaká je. Alici to hodně pomáhalo, i když spolu jsou jen několik měsíců, má pocit, že v něm má jistotu a oporu, neostýchá se před ním a nemusí nic skrývat.

Sexualita a atraktivita: Podle Alice je v sexuální oblasti amputace na dolní končetině minimální problém především pro amputovaného, protože *„se stejně soustředím na toho druhého“.* Závažnější by mohla být amputace na horní končetině nebo amputace výš nad kolenem. Ona sama nezaznamenala výraznou změnu. Zpočátku si musela zvykat hlavně na odhalení pahýlu před partnerem, ale domnívá se, že pokud partneři překonají prvotní ostych a nezvyk, nepředstavuje její typ amputace vážnější problém. Záleží ale hlavně na partnerovi, jestli je

ochoten akceptovat odlišnost. Domnívá se, že v této oblasti může amputace fungovat jako „*třídící mechanismus*“. Sama si velmi rychle zvykla na to, že chodila do společnosti v šatech nebo v sukni a její amputace byla viditelná. Zpočátku jí vadily pohledy lidí, ale myslí si, že „*to vypadá horší, než to je*“. Zmiňuje, že v tomto případě by bylo záhodno ptát se spíš partnera, jak to vnímá on, protože ona sama je vyrovnaná, nestydí se a nemyslí si, že by její stav jakkoli ovlivňoval intimní život páru.

Vliv amputace na kvalitu vztahu: Právě díky amputaci byl její vztah se současným přítelem od začátku velice intenzivní a důvěrný. Její současný partner se o ni „*začal starat a pečovat*“, v určitých ohledech se o ni víc bojí, chce ji opatrovat a pomáhat jí. I když má teď pocit, že je soběstačná a nepotřebuje žádnou zvláštní péči, může tato vyšší míra pozornosti ze strany partnera vynahrazovat skutečnost, že spolu nemohou například sportovat nebo spontánně podnikat výlety (což dříve dělala), protože nevydrží dlouho chodit. Vzniká zde tedy prostor plánovat společné aktivity jiným způsobem, dopředu se rozmýšlet, co všechno zvládne a přicházet stále na nové možnosti; zabraňuje to tedy stereotypu ve vztahu.

Faktory působící na kvalitu vztahu: Podle Alice je to především láska, porozumění a důvěra. Zdůrazňuje, že v jejím nynějším vztahu je klíčové, že se dobře znají a mají stejné zájmy a názory. Oceňuje, že se dobře znali už před začátkem vztahu a tak oba věděli, co od toho druhého mohou čekat. Na přítele se ve všem může spolehnout a byl a je jí velkou oporou.

9 Odpovědi na výzkumné otázky

Na začátku výzkumné části této práce jsme uvedli čtyři výzkumné otázky, kterým se nyní budeme věnovat:

1) Jakou roli hraje ve vztahu amputace dolní končetiny?

Pro většinu účastníků této studie není amputace pro jejich vztah nijak zásadní. Někteří ale uvádějí, že právě díky zkušenosti s amputací se jejich vztah prohloubil, stal se více důvěrným a intimním. Právě kvůli amputaci se museli naučit spolu lépe komunikovat, soustředit se na podstatné aspekty jejich vztahu, dělat kompromisy. V určitých případech má amputace na dolní končetině „třídící funkci“. Pokud svůj handicap dotyčná osoba neskrývá, pomáhá jí to v eliminaci nevhodných partnerů, tedy takových, pro něž je vzhled na prvním místě a kteří by teoreticky v průběhu vztahu prokázali svou povrchnost. Postižení tedy hraje důležitou roli už při výběru partnera a na samotném počátku vztahu.

2) Jaké faktory mají vliv na kvalitu partnerského vztahu u osob s amputací?

Účastníci této studie se domnívají, že faktory ovlivňující kvalitu partnerského vztahu u osob po amputaci jsou podobné jako u zdravých párů. Nejčastěji jmenovanými faktory byly tyto: důvěra, tolerance, láska a dobrá komunikace. Dalšími faktory je například schopnost kompromisu, oddanost, společné cíle, pořádek ve financích, stejné názory a pohled na život, vzájemná úcta a porozumění.

3) Jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny?

Téměř všichni respondenti v tomto výzkumu měli partnera v době amputace a uváděli, že jeho podpora pro ně byla velmi důležitá. Schopnost partnera poskytnout oporu, ubezpečit svůj protějšek, že spolu handicap zvládnou, vyjádření minimálního významu amputace na

vztah, jsou faktory, které hrají největší roli. Pro některé byla podpora a přítomnost partnera zásadní bezprostředně po amputaci, bylo tomu tak u Lídy, Jakuba, Daniela, Alice a Jaroslavy. Naopak pro Patrika byla přítomnost partnerky spíše nežádoucí. Podpora partnera je pro amputované osoby nezbytná i v delším časovém horizontu od samotné amputace. Například pro Lídu byla významná samotná partnerova přítomnost a vyjádření jeho lásky k ní. Pro Jakuba bylo klíčové, že mu jeho partnerka dala najevo, že pro ni amputace na jejím vztahu k němu nic nemění. V přijetí sebe sama hrají roli i další faktory, osobnost jedince, okolnosti i dostupnost kvalitní zdravotní péče, role partnera je však důležitá, až zásadní.

4) Má ztráta dolní končetiny vliv na sexualitu?

Probandi v tomto výzkumu se častěji věnovali spíše praktickým stránkám sexuality a zejména muži vidí největší problém v nemožnosti uskutečnění některých poloh, horší pohyblivosti či významu bolesti. Všechny tři ženy vyjadřovaly svou obavu z vlastní přitažlivosti. Vliv amputace je tedy nejvýraznější v technice, ne však v intimitě a prožívání sexuality mezi partnery, v tomto případě nehraje roli žádnou či jen velmi malou.

10 Diskuze

V zahraničních výzkumech na téma vztahů a sexuality osob s amputací na dolní končetině je pozornost zaměřována především na oblast sexuality (Bodenheimer, Kerrigan, Garber & Monga, 2000; Ide, 2004; Ide, Watanabe & Toyonaga, 2002; Verschuren et al., 2013). Záměrem této výzkumné práce bylo přiblížit a zmapovat oblast vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou u české populace. Stejně jako Mathias a Harcourt (2014) jsme se zaměřili nejen na sexualitu, ale i na další aspekty partnerských vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou. Podobně jako v jejich výzkumné práci se i ve výsledcích této studie objevila témata přijetí sebe sama, konkrétně pak nutnost vyrovnání se s amputací a pozitivní přístup amputovaného jako předpoklad navázání hlubokého vztahu. Všechny tři ženy v tomto výzkumu projevíly obavy ze snížení vlastní atraktivity, stejně tak vypovídaly i ženy ve výzkumu Mathias a Harcourt (2014). Podobné jsou i výsledky ukazující na možnost prohloubení vztahu právě díky amputaci, účastníci v obou výzkumech mají za to, že zkušenost s amputací může znamenat posun ve vztahu, jeho zintenzivnění.

V sexuálním a intimním životě amputovaných nepředstavuje podle probandů v tomto výzkumu jejich handicap závažnější problém, naopak někteří uvádějí, že se jejich intimní vztah ještě prohloubil. Většina probandů zmiňuje problémy spíše technického rázu, tedy obtížnost v proveditelnosti některých poloh. Se stejnými výsledky přišel i Verschuren et al. (2013).

Naopak probandi v tomto výzkumu neuváděli pokles zájmu o sexuální život ani funkční potíže jako problémy s erekcí či vyvrcholením, jako tomu bylo v jiných výzkumech (Bodenheimer et al., 2000; in Ide, Watanabe & Toyonaga, 2002; Reinstein et al, 1978).

Jak uvádí Miovský (2006), v kvalitativním výzkumu závisí formulace výsledků a analýza dat daleko více na schopnostech výzkumníka než u kvantitativního designu. V kvalitativním designu je vyšší riziko zkreslení a subjektivizace výsledků, proto je třeba brát tuto skutečnost na vědomí a snažit se jí vyvarovat. Tento výzkum má explorativní charakter, hlavním cílem bylo zmapovat tuto problematiku, není tedy podložen žádnými statistickými daty.

Tento výzkum je limitován v několika ohledech. Výzkumný vzorek v této studii byl tvořen pouze osmi respondenty, tudíž se nedá přistupovat k větší generalizaci výpovědí, k interpretaci jednotlivých rozhovorů bylo přistupováno vzhledem ke specifikům osobní historie

probandů. Malý počet probandů nám poskytuje menší množství informací týkajících se daného tématu a vzhledem k této skutečnosti nedošlo k saturaci dat. Získání takto malého výzkumného vzorku mohlo být dáno i náročností, specifičností a intimitou tématu. Ač bylo osloveno několik desítek osob, přesto se rozhovory podařily uskutečnit pouze s osmi osobami.

Tento výzkumný vzorek je také homogenní z hlediska příčiny amputace, všichni účastníci přišli o dolní končetinu v důsledku traumatu. Takto homogenní výběr nebyl záměrem, původním očekáváním bylo zastoupení amputací i z dalších příčin, například diabetu, kvůli častosti výskytu této etiologie v celkové populaci amputovaných. Právě u osob s amputací z traumatických příčin by bylo možné na tuto problematiku nahlížet i z pohledu teorií traumatu a možného výskytu posttraumatické stresové poruchy, avšak tato témata přesahují rozsah této diplomové práce.

Odpovědi probandů se v mnoha případech velmi podobají a jsou často pozitivní, všichni probandi jsou vyrovnaní se svým handicapem, prohlašují, že amputace měla na vztah spíše pozitivní vliv, prohloubila jej, zintenzivnila a případně udávají, že neměli problém navázat nový vztah i po amputaci. Tato skutečnost může být ovlivněna tím, jakým způsobem byli probandi do výzkumu vyhledáváni. Členové sdružení No Foot No Stress jsou většinou lidé aktivní a společenější a tvoří tak již specificky determinovanou skupinu. Stejně tak jsou podobného založení i ty osoby, které se zapojují do sledge hokejových týmů. Výzkum tedy možná právě proto obsahuje výpovědi pozitivněji založených osob a neobsahuje naopak výpovědi osob, které ve sdružení nejsou a tím pádem byli pro tento výzkum hůře dosažitelní. Pro další výzkum by tedy bylo vhodné zvolit i jiné prostředky pro zajištění výzkumného souboru, například oslovením potenciálních účastníků výzkumu přes nemocnice, ortopedické ambulance nebo protetická centra.

K určitému zkreslení odpovědí účastníků studie mohlo dojít z důvodů obav z odhalení anonymity či kvůli závažnosti tématu, i když byli všichni probandi upozorněni, že nemusejí odpovídat na všechny otázky, pokud jim to bude z nějakého důvodu nepříjemné. Ve zkreslení odpovědí mohlo hrát roli také to, že probandi chtěli vystupovat v lepším světle, ať už před sebou samými nebo před výzkumníkem. Vliv na výsledná data mohly mít také osobnostní sympatie či antipatie ať už ze strany probandů či výzkumníka a aktuální naladění.

Dalším možným nedostatkem ve sběru dat by mohl být rozdíl v uskutečňování rozhovorů naživo a za použití programu skype. Přesto, že jsme se snažili o co možná největší přiblížení rozhovoru po skypu rozhovoru tváří v tvář zapnutím videa a dohodou o nerušení (například rodinnými příslušníky) a naplánováním dostatku času, v některých případech byla plynulost rozhovoru rušena zhoršenou slyšitelností a technickými problémy. Osobní rozhovor je spontánnější, umožňuje větší možnost pozorování a neverbální komunikace a jejího využití při interpretaci rozhovorů.

Do určité míry se liší odpovědi probandů, kteří byli s jedním partnerem v době amputace a ve vztahu zůstali, jiná specifika jsou viditelná u osob, které v době amputace partnera neměly, a jejich handicap mohl hrát roli při výběru partnera. Tyto dvě skupiny se ve výpovědích mírně liší, proto bychom navrhovali v dalších případných studiích stanovit upravená kritéria pro výběr participantů.

Co se týče využití této studie, kromě zmapování problematiky a poskytnutí možností k dalším výzkumům, jednotlivé kazuistiky jsou poměrně pozitivním příkladem pro odborníky pracující s touto skupinou osob.

Navzdory limitům výzkumu si myslíme, že svými výsledky můžeme přispět k lepšímu poznání této problematiky, která je v České republice zatím neprobádanou oblastí. Tento výzkum byl pouze explorační, hlavním cílem bylo tuto oblast zmapovat. Další výzkum této oblasti by se měl soustředit na větší výzkumný soubor, zahrnout další metody sběru dat, popřípadě by mohl mít i kvantitativní design. Za žádoucí považujeme věnovat se i pohledu zdravého partnera, což by mohlo přinést další poznatky o této problematice.

11 Závěry

Ve výzkumné části této práce byly provedeny rozhovory s osmi dobrovolníky, kteří splňovali námi stanovená kritéria. Všichni účastníci výzkumu hovořili o vlastních zkušenostech se vztahy, o svých názorech na aspekty vztahu u osob s amputací na dolní končetině a o svých postojích k této problematice.

Všichni účastníci zdůrazňovali důležitost přijetí sebe sama, svého těla a svých omezenějších možností pohybu, chůze i dalších činností. Přijetí sebe sama po amputaci dolní končetiny mělo vliv na kvalitu vztahu a jeho prohlubování a ovlivňovalo pozitivním způsobem případné navazování nových vztahů.

Dotazovaní zároveň tvrdili, že pro vyrovnání se s vlastním stavem a pro kvalitu a rozvoj vztahu je velice důležitá podpora partnera. Mezi nejdůležitější faktory patří pozitivní přístup partnera k amputaci, jeho spolehlivost a poskytování psychické opory.

V sexuální oblasti způsobuje amputace největší potíže technického rázu, muži nejčastěji uváděli omezenost v pohybu. Ženy se obávaly o vlastní atraktivitu a bylo pro ně důležité ujištění ze strany partnera. Intimní oblast však může být po amputaci prožívána s větší intenzitou.

Ti z probandů, kteří byli se svým partnerem již v době amputace, uváděli, že se jejich vztah po této události prohloubil, upevnil a pročistil. Amputace měla pozitivní vliv na vzájemnou komunikaci, důvěru a schopnost dělat kompromisy.

Faktory, které ovlivňují kvalitu vztahu, jsou podle účastníků studie tyto: důvěra, tolerance, láska, komunikace, oddanost, stejné názory a pohled na život, vzájemná úcta a porozumění.

Podle výsledků této studie nezhoršuje amputace na dolní končetině kvalitu vztahu, naopak kvalita vztahů těchto zkoumaných osob je velmi dobrá.

12 Souhrn

Tato diplomová práce se zabývá kvalitou vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou. V teoretické části práce byla nejprve popsána problematika partnerských vztahů, jejich vývoje a faktorů působících na kvalitu vztahu. Hassebrauck a Fehr (2002) ve své studii vyčlenili čtyři nejdůležitější faktory, šlo o intimitu, jednotnost partnerů, závazek a sexualitu. Dalšími zmiňovanými faktory jsou závazek, spokojenost, láska, důvěra a stabilita (Bryant a Conger, 1999; Fletcher, Simpson & Thomas, 2000; Sprecher & Felmlee, 1992). Další kapitola je věnována očekávání žen a mužů od partnerství. Oběma pohlavím jsou přitom společné základní aspekty, které jsou pro partnerský vztah důležité, jako je důvěra, láska, spokojenost nebo věrnost.

Ve druhé části teoretické práce je popsána etiologie amputací; nejčastěji jde o cévní příčiny, dále traumata, tumory, infekce, kongenitální anomálie a nervové příčiny. Jsou zde také popsány druhy amputací na dolní končetině podle místa (úrovně) provedené amputace a podle času zákroku. Je zde také nastíněna nutnost rehabilitace, přičemž její nejkompexnější definici poskytuje např. Kolář (2012, 2), a to jako *„vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož základní náplní je co nejvíce minimalizovat přímé i nepřímé důsledky trvalého a dlouhodobého zdravotního postižení jednotlivců s cílem jejich optimálního začlenění do společnosti“*. V kapitole 2.6 Protézy a kompenzační pomůcky práce poskytuje základní přehled o kompenzačních pomůckách a protézách.

V závěru teoretické části práce jsou uvedeny vybrané aspekty vztahů a sexuality osob s amputací na dolní končetině na základě několika současných zahraničních studií. Klíčovými tématy jsou změna ve vnímání vlastního těla, která podle Athernon & Robertson (2006) může vést k psychickým potížím, jako jsou deprese a úzkosti. Osoby s amputovanou dolní končetinou hodnotí hůře vlastní vzhled a atraktivitu než zdraví lidé (Holzer et al., 2014). Houston (2008) zmiňuje důležitost dobrých a pevných vztahů pro pocit psychického a fyzického štěstí člověka po amputaci. Velmi důležitou oblastí je také sexualita. Taleporos & McCabe (2001) upozornili na negativní přístup společnosti k tělesným odlišnostem, což způsobuje horší sebehodnocení u amputovaných osob. Lidé s amputací mívají potíže v sexuální oblasti a to hlavně technického rázu, jejich handicap je omezuje v pohybu, často také trpí bolestmi. Co se týče emocionálních

prožitků v intimní oblasti, handicapovaní uvádějí spíše zlepšení a zintenzivnění (Verschuren et al., 2013). V některých studiích výzkumníci hovoří o poklesu sexuálních kontaktů amputovaných, o funkčních potížích a ztrátě zájmu o intimní život, což ale může být způsobeno právě nespokojeností s vlastním tělem (Ide, 2004). Nejen sexuální oblastí, ale i partnerskými vztahy se zabývaly autorky Mathias a Harcourt (2014). Ženy s amputací v jejich výzkumu uváděly, že amputace jim pomáhá jako třídící faktor při seznamování se s potenciálními partnery, kdy eliminuje ty "špatné". Klíčovými tématy, která se objevila, byla tato: odhalování; zveřejňování amputace a protézy; souzení a posuzování: vnitřní strach a sebezpochybňování; důvěra a přijetí: eliminace dobrých a špatných partnerů; posun ve vztahu: potřeba hloubky; uvědomění si: přijímání a pocit přijetí.

V návaznosti na výše uvedené studie jsme se ve výzkumné části zabývali aspekty vztahu u osob s amputací na dolní končetině. Hlavním cílem bylo tuto oblast zmapovat, dále potom zjistit, zda amputace na dolní končetině ovlivňuje kvalitu partnerských vztahů, jaký pohled na partnerské vztahy a jaké zkušenosti mají sami amputovaní, jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny a jaký má amputace vliv na sexualitu. Na základě výzkumných záměrů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jakou roli hraje ve vztahu amputace dolní končetiny? Jaké faktory mají vliv na kvalitu partnerského vztahu u osob s amputací? Jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny? Má ztráta dolní končetiny vliv na sexualitu?

Zvolili jsme kvalitativní design výzkumu vzhledem k intimnímu a netypickému tématu. Pro výzkum byl zvolen typ případových studií. Pro sběr dat byla použita metoda polostrukturovaného interview. Naším výzkumným souborem byly osoby po amputaci na dolní končetině se zkušeností s dlouhotrvajícím vztahem. Získány byly metodou záměrného výběru. Výzkumu se zúčastnilo osm osob, tři ženy a pět mužů. Rozhovory byly nahrány na diktafon a přepsány do podoby transkriptů. Ty byly analyzovány metodou vytváření trsů a zachycení vzorců. Na základě analýzy obsahu rozhovorů bylo vyčleněno pět tematických kategorií: přijetí sebe sama, podpora partnera, sexualita a atraktivita, vliv amputace na kvalitu vztahu a faktory působící na kvalitu vztahu. Tyto kategorie byly popsány v jednotlivých kazuistikách.

Velkým omezením tohoto výzkumu je malý výzkumný soubor, proto se nedají zjištění generalizovat, nedošlo k saturaci dat. Výzkumný soubor je také velmi homogenní z hlediska etiologie amputace i jednotlivých výpovědí.

V této studii bylo zjištěno, že pro kvalitu vztahu osob s amputovanou dolní končetinou je důležité přijetí sebe sama a zároveň je pro amputovaného klíčová podpora ze strany partnera. U probandů v tomto výzkumu měla amputace na vztah spíše pozitivní vliv, došlo k zintenzivnění a prohloubení vztahu. V intimní oblasti účastníci uváděli problémy pouze technického rázu, ženy uváděly obavy o vlastní atraktivitu. Podle výsledků této studie je kvalita partnerských vztahů těchto zkoumaných osob velmi dobrá.

LITERATURA

- 1) Aarskaug Wiik, K., Bernhardt, E. & Noack, T. (2009). A Study of Commitment and Relationship Quality in Sweden and Norway. *Journal of Marriage and Family*, 71, 465-477.
- 2) Ahlborg, T. (2004). *Experienced quality of the intimate relationship in first-time parents*. (Doctoral disertation). Nordic School of Public Health, Sweden.
- 3) Atherton, R. & Robertson, N. (2006). Psychological adjustment to lower limb amputation amongst prosthesis users. *Disability and Rehabilitation*, 28 (19), 1201-1209. doi: 10.1080/09638280600551674
- 4) Binarová, I. (2000). *Partnerství, sexualita a rodina*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- 5) Bodenheimer, C., Kerrigan, A. J., Garber, S. L. & Monga, T. N. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation*, 22 (9), 409-415.
- 6) Brozmanová, B. (1990). *Ortopedická protetika*. Martin: Osveta.
- 7) Bryant Ch. M, Conger R. D. (1999). Marital Access and Domains of Social Support in Long - Term Relationships. *Journal of Marriage and Family*, 61, 437-450.
- 8) Dungl, P. (2005). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.
- 9) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál.
- 10) Fletcher, G. J. O., Simpson, J., & Thomas, G. (2000). The measurement of relationship quality components: A confirmatory factor analytic study. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 340-354.
- 11) Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systematické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- 12) Hadraba, I. (2006). *Ortopedická protetika - II. část*. Praha: Univerzita Karlova v Praze.
- 13) Hassebrauck, M. & Fehr, B. (2002). Dimensions of relationship quality. *Personal Relationships*, 9, 253 – 270.
- 14) Hayesová, N. (2013). *Základy sociální psychologie*. Praha: Portál.
- 15) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- 16) Holzer L. A., Sevelde F., Fraberger G., Bluder O., Kicking W., & Holzer, G. (2014). Body Image and Self-Esteem in Lower-Limb Amputees. *PLoS ONE*, 9(3), e92943. doi:10.1371/journal.pone.0092943
- 17) Houston, S. (18. září 2008). *Altered States: Our Body Image, Relationships and Sexuality*. Získáno 14. srpna 2015 z http://www.amputee-coalition.org/first_step_2005/altered_states.html
- 18) Ide, M. (2004). Sexuality in persons with limb amputation: A meaningful discussion of re-integration. *Disability and Rehabilitation*, 26, 939-943
- 19) Ide, M., Watanabe, T. & Toyonaga, T. (2002). Sexuality in persons with limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 26, 189-194.
- 20) Janoušek, J. (2015). *Četnost a možnosti řešení amputací dolních končetin*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Karlova v Praze.
- 21) Knoke, J., Burau, J. & Roehrl, B. (2010). Attachment Styles, Loneliness, Quality, and Stability of Marital Relationships. *Journal of Divorce & Remarriage*, 51, 310-325. doi:10.1080/10502551003652017
- 22) Kolář, P. (2012). *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén.
- 23) Kratochvíl, S. (2009). *Manželská a párová terapie*. Praha: Portál.
- 24) Mathias, Z. & Harcourt, D. (2014). Dating and intimate relationships of women with below-knee amputation: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 36 (5), 395-402. doi: 10.3109/09638288.2013.797509
- 25) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 26) Otto Bock ČR s.r.o. *Časová osa vybavení protézou*. Získáno 12. listopadu 2015 z <http://mojeproteza.cz/cerstva-amputace/casova-osa-vybaveni-proteza/>
- 27) Perrin, P., Heesacker, M., Tiegs, T., Swan, L., Lawrence, A., Smith, M., & Mejia-Millan, C. (2011). Aligning Mars and Venus: *The Social Construction and Instability of Gender Differences in Romantic Relationships*. *Sex Roles*, 64(9/10), 613-628. doi:10.1007/s11199-010-9804-4
- 28) Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny*. Brno: Doplněk.

- 29) Riehl-Emde, A., Thomas, V. & Willi, J. (2003). Love: An Important Dimension in Marital Research and Therapy. *Family Process*, 42, 253-267.
- 30) Řehan, V. (2007). Sociální psychologie I-III. Skripta, VUP Olomouc.
- 31) Říčan, P. (2004). *Cesta životem: vývojová psychologie*. Praha: Portál.
- 32) Sinha, R. & Van den Heuvel, W. J. A. (2011). A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disability and Rehabilitation*, 33 (11), 883-889. doi: 10.3109/09638288.2010.514646
- 33) Smutný, M. (2013). *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Brno: MS ortoprotetika s.r.o.
- 34) Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M. & Pokorný, D. (Ed.) (2001). *Základy ortopedie*. Praha: Triton.
- 35) Sprecher S., Felmlee D. (1992). The influence of parents and friends on the quality and stability of romantic relationship. *Journal of Marriage and Family*, 54, 888-900.
- 36) Taleporos, G. & McCabe, M. P. (2001). The Impact of Physical Disability on Body Esteem. *Sexuality and Disability*, 19 (4), 293-308.
- 37) Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2013). *Péče o nemocné cukrovkou 2012*. Získáno z <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/pece-nemocne-cukrovkou>
- 38) Vágnerová, M. (2007) *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- 39) Verschuren, J. E. A., Zhdanova, M. A., Geertzen, J. H. B., Enzlin, P., Dijkstra P. U. & Dekker, R. (2013). Let's talk about sex: lower limb amputation, sexual functioning and sexual well-being: a qualitative study of the partner's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3557-3567. doi: 10.1111/jocn.12433
- 40) Vrba, I. (25. února 2003). Postamputační bolest. Získáno 11. listopadu 2015 z <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/postamputacni-bolest-151984>
- 41) Webster, J. B., Hakimi, K. N., Williams, R. M., Turner, A. P., Norvell, D. C. & Czernicki, J. M. (2012). Prosthetic fitting, use, and satisfaction following lower-limb amputation: A prospective study. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49 (10), 1493-1504

- 42) Willi, J. (2011). *Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu*. Praha: Portál.
- 43) Woodhouse, A. (2005). Phantom Limb Sensation. *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, 32, 132-134
- 44) Ziegler-Graham, K., MacKenzie, E. J., Ephraim, P. L., Trivison, T. G. & Brookmeyer, R. (2008). Estimating the Prevalence of Limb Loss in the United States: 2005 to 2050. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 89, 422-429.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Příloha č. 2: Český abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 4: Příprava polostrukturovaného interview

Příloha č. 5: Ukázka transkriptu jednoho rozhovoru

Příloha č. 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PS)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
VANĀKOVÁ Eliška	K Zastávce 56, Hradec Králové	F100575

TÉMA ČESKY:

Kvalita partnerských vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou

TÉMA ANGLICKY:

Relationship quality among people with amputated lower limb

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Marek Kolařik, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium české a zahraniční literatury na téma amputace dolní končetiny, kvalita partnerských vztahů, partnerské a sexuální vztahy u osob s amputovanou dolní končetinou.
2. Zpracování osnovy teoretické části práce, rešerše dosavadních výzkumů v této oblasti.
3. Zpracování projektu výzkumu, navržení výzkumných metod, využití kvalitativního metodologického rámce, výběr výzkumného vzorku.
4. Průběžná práce na teoretické části, sběr dat, jejich analýza, interpretace, písemné zpracování praktické části práce.
5. Diskuze, přínosy práce.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

Hassebrauck, M. & Fehr, B. (2002). Dimensions of relationship quality. *Personal Relationships*, 9, 253-270.

Ide, M., Watanabe, T. & Toyonaga, T. (2002). Sexuality in persons with limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 26, 189-194.

Mathias, Z. & Harcourt, D. (2014). Dating and intimate relationships of women with below-knee amputation: an exploratory study. *Disability and Rehabilitation*, 36 (5), 395-402. doi: 10.3109/09638288.2013.797509

Sinha, R. & Van den Heuvel, W.J.A. (2011). A systematic literature review of quality of life in lower limb amputees. *Disability and Rehabilitation*, 33 (11), 883-889. doi: 10.3109/09638288.2010.514646

Verschuren, J.E.A., Zhdanova, M.A., Geertzen, J.H.B., Enzlin, P., Dijkstra P.U. & Dekker, R. (2013). Let's talk about sex: lower limb amputation, sexual functioning and sexual well-being: a qualitative study of the partner's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3557-3567. doi: 10.1111/jocn.12433

Podpis studenta:



Datum:

22.11.2015

Podpis vedoucího práce:



Datum:

29.11.2015

Příloha č. 2: Český abstrakt diplomové práce

Název práce: Kvalita partnerských vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou

Autor práce: Eliška Vaňková

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, PhD.

Počet znaků: 111 124

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 44

Abstrakt: Tato diplomová práce se zabývá kvalitou vztahů u osob s amputovanou dolní končetinou. Klade si za cíl zmapovat tuto problematiku v České republice. Položeny byly tyto výzkumné otázky: Jakou roli hraje ve vztahu amputace dolní končetiny? Jaké faktory mají vliv na kvalitu partnerského vztahu u osob s amputací? Jakou roli hraje partner ve vyrovnávání se se ztrátou končetiny? Má ztráta dolní končetiny vliv na sexualitu? Zvolen byl kvalitativní design výzkumu, pro sběr dat bylo použito polostrukturované interview. Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru a tvořilo jej pět mužů a tři ženy s amputovanými dolními končetinami se zkušeností s dlouhodobým vztahem. Bylo zjištěno, že pro kvalitu vztahu osob s amputovanou dolní končetinou je důležité přijetí sebe sama a zároveň je pro amputovaného klíčová podpora ze strany partnera. U probandů v tomto výzkumu měla amputace na vztah spíše pozitivní vliv, došlo k zintenzivnění a prohloubení vztahu. V intimní oblasti účastníci uváděli problémy pouze technického rázu, ženy uváděly obavy o vlastní atraktivitu. Podle výsledků této studie je kvalita partnerských vztahů těchto zkoumaných osob velmi dobrá.

Klíčová slova: amputace na dolní končetině, partnerské vztahy, kvalita partnerských vztahů

Příloha č. 3: Cizojazyčný abstrakt diplomové práce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationship quality among people with amputated lower limb

Author: Eliška Vaňková

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, PhD

Number of characters: 111 124

Number of appendices: 5

Number of references: 44

Abstract: This study is focusing on quality of relationships among people with amputated lower limb. It aims to map this issue in the Czech Republic. Following research questions were asked: What is the role of amputated lower limb in the relationship? What factors affect the quality of relationships with amputees? What is the role of romantic partner in coping with the limb loss? Does the loss of lower limb impact sexuality? We chose qualitative research design and semi-structured interviews for data collection. The research sample was selected using purposive sampling, and it consisted of five men and three women with amputated lower limbs with experience with long-term relationships. It was found that the quality of the relationship of people with an amputated lower limb is important to self-acceptance and is crucial for amputee support from the partner. For subjects in this study had amputation of the relationship rather positive effect, there has been an intensification and deepening of the relationship. In the intimate area participants reported only technical problems, women reported fears about their own attractiveness. According to the results of this study, the quality of relationships examined these people is very good.

Key words: lower limb amputations, relationships, relationship quality

Příloha č. 4: Příprava polostrukturovaného interview

Otázky:

Jméno:

Věk:

Kraj bydliště:

Stav:

Kontext, parametry situace a vztahu

Jak dlouho trvá váš vztah?

Máte spolu děti?

Bydlíte v jedné domácnosti?

Jak dlouho spolu bydlíte?

Bydlíte v domácnosti ještě s někým? Pokud ano, tak s kým?

Byli jste v době amputace již spolu nebo jste se seznámili až poté?

Využívali jste nebo využíváte služby asistenta či někoho jiného?

Pracujete nebo máte přiznaný invalidní důchod? V případě důchodu jakého stupně? Pokud pracujete – z domu nebo musíte do práce dojíždět?

Máte s partnerem rozdělené činnosti při chodu domácnosti?

(Pokud byli spolu už předtím, změnila se skladba a rozdělení denních (domácích) činností?

Pokud se seznámili až poté – mají pocit, že na ně partner bere ohledy a snaží se jim pomáhat s většinou domácích prací?)

Amputace

Před jakou dobou došlo k amputaci?

Jaký je typ vaší amputace?

Můžete mi popsat, za jakých okolností došlo k amputaci?

Omezuje handicap váš běžný život? V čem přesně?

V jakých ohledech se váš život změnil po této události?

Máte zdravotní komplikace a bolesti, které významně zasahují do vašeho života?

Hodnocení kvality vztahu

obecné otázky

Co si myslíte o dlouhodobém vztahu nebo manželství handicapovaných osob?

Myslíte si, že se liší od vztahů lidí bez handicapu? Případně v čem? (Proč?)

Jaké faktory podle Vás hlavně ovlivňují kvalitu partnerského vztahu u osob s amputovanou dolní končetinou?

Jak hodnotíte Váš vztah nyní?

Co podle Vás nejvíce ovlivňuje kvalitu Vašeho nynějšího vztahu?

specifické otázky

Myslíte si, že amputace nějakým způsobem ovlivňuje sexualitu?

V případě, že jste byli spolu už před amputací, změnil se váš vztah nějak po této události?

Poskytuje vám váš partner oporu? Jakým způsobem?

a) V případě, že jste byli spolu už před amputací, poskytoval ji v době amputace/těsně po ní?

b) V případě, že jste měl/a jiného partnera v době amputace, poskytoval vám v té době oporu?

Souvisely události kolem amputace s rozpadem vztahu?

Jak hodnotíte vliv amputace a událostí kolem ní na vaši vzájemnou důvěru a komunikaci?

Příloha č. 5: Ukázka transkriptu jednoho rozhovoru

Proband 1 - Jakub

Takže...máte partnerku teď?

Ano, partnerku.

Jak dlouho trvá váš vztah?

Jsme spolu tři roky.

Máte spolu děti?

Jedno. Zatím.

Bydlíte v jedné domácnosti?

Ano.

A jak dlouho?

Prakticky od začátku vztahu. Jsme bydleli v bytě, ve čtvrtém patře, po té nehodě se mi naskytla příležitost bydlet v domečku s našima, máme vrchní patro, oni spodní, ten barák je velkej, ale ty domácnosti jsou rozdělený.

V době amutace jste byli spolu nebo jste se seznámili až po?

Spolu jsme byli.

Využíval jste někdy služby asistenta nebo něco takového?

Ne.

Pracujete nebo máte přiznaný invalidní důchod?

Mám invalidní momentálně. Plnej.

Máte s partnerkou rozdělené činnosti při chodu domácnosti? Je to jinak, než jak to bylo předtím?

Klasicky máme rozdělený že partnerka se stará o kuchyň, já mám obývací.

Před jakou dobou došlo k amputaci?

21.7. minulej rok. Syn se narodil tři týdny potom.

Jaký je typ vaší amputace?

Na té levé mám ve stehni a tady mám pod kolenem.

Můžete mi popsat, za jakých okolností došlo k amputaci?

Nehoda na motorce. Jako na tu nehodu si nevzpomínám, to mi vypadl celý den. Oni říkali, že to je nějaká obrana mozku, jako že to pro mě bylo takový trauma. Ale bylo to kvůli rychlosti. Podle výpovědi svědka jsem měl jet přes 180 v zatáčce a já jsem se dostal pod svodidla a motorka letěla dál do pole. Takže tu pravou nohu jsem si urazil na místě o ten sloupek od svodidel a tu druhou mi vzali v nemocnici.

Omezuje vás ten handicap v běžném životě a jakým způsobem?

To jako....no určitej handicap to je, nemůžu běhat třeba do schodů, to je problém, no je to poznat, třeba nošení větších věcí nebo tak...jinak takhle...si myslím, že se dá žít plnohodnotnej život.

V jakých ohledech se změnil ten váš život potom? Co je jinak?

No, to, že nechodím do práce, to je jedna věc. A byl jsem zvyklej sportovat, což jako taky nejde. Něco jde, třeba plavání...no a pak motorka, to už se teď nedá moc no.

Máte ještě nějaké fantomové bolesti?

To mám furt no, sice se to trošku zklidnilo, než jak jsem to měl na začátku, ale je to pořád. Jsem bral ten tramal předtím. Teď už je to lepší, ale ty fantomový bolesti asi zůstanou, to říkali, že to budu mít celej život. Spíš jde o to, že si na to člověk zvykne, že to přestane vnímat.

Tak jestli se můžeme přesnout k té oblasti vztahů. Co si myslíte o manželství nebo dlouhodobém vztahu handicapovaných osob?

Já nevím. Jako je to..přítelkyně se k tomu postavila až nečekaně dobře, že hnedka to vzala...že byla ráda, že jsem vůbec přežil a nějaký nohy, jako že to se zvládne. A tak nějak se jako doplňujem, takže...nevím, co si o tom myslet.

Myslíte si, že se liší od vztahů lidí bez handicapu? Případně v čem?

Tak vono asi...jak u koho no. Tak já si myslím, že je spousta lidí, kteří by to nezvládli. U nás to ještě bylo že jsme čekali toho malýho, že on se vlastně tři týdny po té nehodě narodil, že byly trošku jiný myšlenky a starosti. No věřím tomu, že spousta lidí to nedá, že si řeknou, že takhle nemůžou žít. Jako omezující to je ten handicap, to je na celej život už.

Jaké faktory podle Vás hlavně ovlivňují kvalitu partnerského vztahu u osob s amputovanou dolní končetinou?

Tak určitě....důvěra, to je asi jedno z nejhlavnějších. Já jsem byl předtím s přítelkyní deset let. A prostě jak jsme si přestali věřit, tak to už nebylo ono. Potom já jsem byl protivnej, jí to vadilo, že já su takovej a pak to skončilo.

Ještě něco jiného krom té důvěry?

Tak určitě láska. To je asi to nejhlavnější.

Ještě něco vás napadá?

Tak ještě nějaká komunikace, tolerance, to taky musí být taky. Základ je prostě důvěra.

Jak hodnotíte váš vztah nyní?

Tak já si myslím, že nás tahle zkušenost....tahle nehoda...že nás tak nějak jako...stmelila...utvrdila v tom vztahu. Že my jsme se předtím dost hádali, té vadilo tohle, mě zas tamto, ona byla těhotná, jí říkali, že mám deset procent na přežití, jak jsem byl v té nemocnici, než jsem se z toho jako dostal...jakože co se děje a tak. Tak potom jsem měl hooooodně času přemýšlet o věcech, který jsem řešil, neřešil...že jsem se předtím zabýval takovýma zbytečnostma, řešil jsem takový kraviny, který jsou absolutně nedůležitý jako. Tak si myslím, že se na ten život dívám tak nějak veseleji jako. Snažím se z toho života dělat trochu srandu, jinak to nejde, jinak se celej život člověk jenom honí, dělá si stresy, kvůli

něčemu...a pak když leží v nemocnici, tak si uvědomí, že to bylo úplně k ničemu, že ten život, že neměl žádný smysl v podstatě.

Co podle Vás nejvíce ovlivňuje kvalitu Vašeho nynějšího vztahu?

Tak že si celkem rozumíme, že máme stejné názory, že třeba i na tu výchovu toho malýho, to je pro nás teď prioritní číslo jedna, už začíná lítat a to prostě..takže máme stejnej názor i na tu výchovu, což je super. Když každě dělá něco jinýho, to je pak...

Ještě něco by Vás napadlo?

No že si dost rozumíme, máme dost společnýho, taky že jsme oba pro tu rodinu, že nám nevadí, že jsme takhle furt spolu, že jinej by řekl, že to je ponorka, jo, potřebuješ vypadnout, někam. No taky jdu třeba někam za sousedem nebo ta jde s kámoškou večer si sednout, ale tak nějak furt jsme spolu a v pohodě a nelezem si na nervy. Jako chytmem se občas, ale je to takový...že v tu chvíli to tak je, ale za chvíli je to dobrý. Že to dokážem rychle přejít. Jako dobrý, teďka jsme našťvaný, ale za hodinu se zas spolu bavíme a je to dobrý. Vono taky třeba když je ona našťvaná nebo já vím, že jsem něco udělal jako špatně, že za to asi bude našťvaná, tak nějak...tomu nechám volnej průběh, nehádám se zbytečně. To jsou právě ty věci, které jsem si v té nemocnici uvědomil, které jsem si srovnal. Tehdá se mi něco nelíbilo, tak jsem se hádal a hádal do krve, ale teď si říkám, nemá to cenu. Zítra už bude líp. A je. Jsem byl hrozně výbušný po té nehodě, ale teď jsem se změnil.

Myslíte si, že amputace nějakým způsobem ovlivňuje sexualitu?

No tak asi trochu jo no. Člověk by si tak řekl, že u toho nohy nejsou potřeba, ale mě to třeba vadí jo. Tak vnitřně. Aj kolikrát mi to chybí to koleno jedno. Ale jako jinak ne ani, že bych to nějak víc řešil. Jako pokud to nevadí jí, tak mě ne.

Změnil se váš vztah nějak po této události ještě v něčem?

Mně vadilo, že jsem furt na někom závislej potom. To jsem ještě neměl protézy, jen vozík, furt mě někdo musel snášet ze schodů, já se nemohl ani plazit. Jsem byl pořád doma a na mě padaly takový deprese, to bylo jako špatný, hlavně ta závislost na někom. Dneska jak se už dostanu všude, všechno si zařídím, tak je to takový veselejší. No a k tý změně toho vztahu... Těžko říct, jestli to změnila nehoda nebo malej.

Poskytuje vám vaše partnerka oporu? Jakým způsobem? Jak to bylo potom?

No oporu...jako ve všem, pomáhala mi, říkala mi, když jsem byl v nemocnici, když jsem už byl při sobě, tak jsem jí říkal, že jako prostě nemám nohy a vona přišla a jakože co jako. Jako byla v pohodě. To prostě je vidět, že to tomu druhýmu jako nevadí, že se s tím dokážeme poprat spolu. To jsme dokázali a všechno je v pohodě.

Myslíte, že ta amputace měla nějaký vliv na vaši vzájemnou komunikaci?

Asi jo no. Tak nějak ve všem asi. Nemáme před sebou žádný tajnosti, víme oba to stejný, dokážeme se bavit o všem, nemáme jako nějaký hranice, že by se jeden z nás třeba styděl a domluva je taky v pohodě. Ono těžko říct, jak by to bylo, kdyby se ta nehoda nestala, jak by to bylo nebo nebylo. Ale v podstatě můžu říct, že jsem takhle šťastnej, že na to, co všechno

bylo, tak to dopadlo dobře, že to tak asi mělo být. Jako nemyslím na to, jaký by to bylo, kdyby se ta nehoda nestala, jak bych žil, na to vůbec nemyslím. Prostě stalo se, stalo, jdem dál a všechno ostatní se tak nějak musí vymyslet.

Máte ještě něco, co by vás napadlo?

Já si myslím, že na to, jak to vypadalo tragicky, tak jsme se s tím poprali parádně a rychle. Život jde dál. Já se na to koukám, že to není zas až takovej problém, když se na tom člověk naučí chodit, tak to je dobrý. Jinak to je asi tak všechno...

Děkuju za rozhovor.