

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sociální práce jako opora pro klienty po úrazech s trvalými následky

Bc. Hana Sládková

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies



Casework as a Support for Clients after Injuries with Permanent Consequences

Bc. Hana Sládková

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Praha 2018

ANOTACE

Tato diplomová práce se zabývá rolí sociálního pracovníka a procesem sociální práce na Rehabilitační klinice Malvazinky s klienty po amputaci končetiny.

Teoretická část práce je věnována individuálním paradigmatům sociální práce, metodám sociální práce a zvláště specifícnostem sociální práce ve zdravotnickém zařízení. Definuje pojem amputace, stigma, trauma s jeho somatickými a psychosociální důsledky, copingovými strategiemi a změněnou kvalitou života. Závěr teoretické práce se zabývá posttraumatickým rozvojem osobnosti.

Praktická část práce nabízí vhled do práce sociálního pracovníka na RKM a popisuje způsob využití podpůrných skupin v podpoře klientů po traumatu amputace. Vybraným typem výzkumu je případová studie, která dobře ukazuje komplexnost zkoumaných jevů a umožňuje hledání, deskripci, porozumění a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu dané kazuistiky. Výsledky výzkumu předkládají ucelený pohled na sociální práci s podpůrnými skupinami a ověřují účinnost poskytované pomoci klientům přijmout a normalizovat traumatické následky amputace.

Klíčová slova: trauma, amputace, kvalita života, stigma, sociální opora, posttraumatický růst, sociální práce, případová studie, přímá práce s klientem, podpůrné skupiny.

ABSTRACT

The subject of this dissertation is the process of social work with clients after limb amputation at Rehabilitation clinic Malvazinky (RCM) and the role of a social worker.

The theoretical part of the thesis is dedicated to individual paradigms of social work and its methods and specificities in health-care institutions. It also defines the terms amputation, stigma and trauma with its somatic and psychosocial impacts, coping strategies and changed quality of life. The ending of the thesis is focused on post-traumatic growth.

Practical part of the dissertation provides insight into the work of social worker at RCM and describes the means of using the support groups. The chosen type of research is a case study that shows perfectly the complexity of examined phenomena and allows exploration, description, understanding and explanation of influences of different factors and coherences in the context of given casuistry. The outcome of the research provides comprehensive view on social work with support groups and proves the efficiency of this type of help which results in accepting the traumatic consequences of amputation.

Keywords: trauma, amputation, quality of life, stigma, social support, posttraumatic growth, social work, case study, direct work with a client, support groups.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

1. Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 21.4.2018

Bc. Hana Sládková

PODĚKOVÁNÍ

Velice děkuji doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD. za cenné rady, připomínky, obětavost a za čas, který mi věnoval při vedení mé diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	10
1.1 Cíle sociální práce ve zdravotnickém zařízení	13
1.2 Metody sociální práce ve zdravotnictví.....	15
1.2.1 Sociální práce s jednotlivci	16
1.2.2 Sociální práce s rodinami.....	18
1.2.3 Sociální práce s podpůrnými skupinami.....	19
1.3 Sociální pracovník jako člen interdisciplinárního týmu	20
1.4 Sociální zabezpečení pro osoby se zdravotním znevýhodněním.....	22
2 AMPUTACE	25
2.1 Definice pojmu amputace a nejčastější indikace k amputaci	25
2.2 Typy amputací na dolní končetině.....	26
2.3 Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky	27
2.4 Psychosociální následky amputace.....	28
2.4.1 Psychické trauma.....	28
2.4.2 Posttraumatická stresová porucha.....	30
2.4.3 Stigmatizace a sociální identita	31
3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE A SOCIÁLNÍ OPORA	33
3.1 Nezdolnost.....	33
3.2 Coping	35
3.2.1 Copingové zdroje a strategie.....	36
3.3 Sociální opora a její pojetí.....	37

3.3.1 Druhy sociální opory.....	38
3.3.2 Očekávaná a přijímaná sociální opora	39
4 KVALITA ŽIVOTA A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ	40
4.1 Vymezení pojmu kvalita života.....	40
4.1.1 Kvalita života související se zdravím.....	41
4.1.2 Kvalita života jedinců po amputaci.....	42
4.2 Posttraumatický rozvoj osobnosti.....	43
4.2.1 Osobnost před traumatem	44
4.2.2 Kognitivní zpracování traumatu	45
4.2.3 Posttraumatický rozvoj u klientů po amputaci	46
EMPIRICKÁ ČÁST	
5 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	48
5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	48
5.2 Metodologie výzkumu.....	49
5.2.1 Výběr a popis výzkumného souboru.....	49
5.2.2 Etické aspekty výzkumného šetření.....	50
5.2.3 Metoda získávání a tvorby dat	51
5.2.4 Metoda analýzy dat	52
5.3 Výsledky výzkumu.....	54
5.3.1 Kazuistika 1 – slečna Lucie	54
5.3.2 Kazuistika 2 – mladý muž Petr.....	64
5.3.3 Kazuistika 3 – slečna Tereza.....	73
5.3.4 Kazuistika 4 – pan Tomáš.....	81
5.3.5 Kazuistika 5 – paní Taťána	88
5.3.6 Kazuistika 6 – pan Evžen	95

5.4 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze.....	102
ZÁVĚR.....	108
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	110
SEZNAM ZKRATEK	115
PŘÍLOHY	

ÚVOD

Téma diplomové práce jsem zvolila na základě svých profesních zkušeností získaných na Rehabilitační klinice Malvazinky. Klinika se celostní rehabilitací, specializované na klienty po prodělané amputaci končetiny, věnuje dlouhodobě a po zavedení unikátní „Školy chůze“ zareagovala na nedostatečnou nabídku skupinové práce ve zdravotnických zařízeních (mimo oblast psychiatrie) a umožnila mi otevření podpůrných skupin pod odborným vedením. Právě sociální pracovníci s odpovídajícím vzděláním a s psychoterapeutickým výcvikem v komunitní a skupinové psychoterapii disponují prostředky pro realizaci a rozvoj takovéto skupinové práce. Homogenní podpůrné skupiny díky svým specifickým možnostem, které individuální práce s klientem nenabízí, mají velký potenciál v oblasti sociální podpory, universality, altruismu a předávání informací. Všechny tyto terapeutické faktory významně napomáhají všem členům skupiny v jejich adaptaci a v posttraumatickém rozvoji. Práce je rozdělena na část teoretickou a empirickou.

V teoretické části práce se podrobně zabývám cíli a metodami specifické sociální práce ve zdravotnictví, zvláště pak práce s klienty po traumatech s trvalými následky. Mapuji roli sociálního pracovníka jako klientova partnera, která je spjata s procesem psychosociální adaptace na dočasnou ztrátu soběstačnosti vlivem funkční nedostatečnosti pohybového aparátu a dále s hledáním a podporováním vnitřních silných zdrojů klienta. Ve druhé kapitole teoretické části se věnuji definici amputace, nejčastějším indikacím, které k tomuto výkonu vedou, krátce ortopedickou protetikou a nejzávažnějším psychosociálním důsledkům traumatu. Teoretickou část uzavírám kapitolami věnovanými strategiím zvládnutí zátěže, druhům sociální opory, změněné kvality života a možnostem v docílení posttraumatického rozvoje osobnosti. Ke všem těmto tématům se vztahuji v následujících případových studiích klientů, které jsou obsahem empirické části práce.

V empirické části práce představuji individuální případové studie šesti klientů přijatých na RKM po výkonu amputace končetiny a jejich prostřednictvím popisují průběh vedení podpůrných skupin. Pomocí analýzy případových studií, které jsem propojovala s doplňujícím dotazníkovým šetřením (mezinárodní standardizovaný dotazník PTGI-CZ zaměřený na úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje) pozoruji a ověřuji přínosnost sociální práce s podpůrnými skupinami. Cílem práce je popsat činnost sociálního pracovníka jako opory klientů s trvalými následky při vedení podpůrných skupin na RK Malvazinky; dále pojmenování a prokázání pozitivního vlivu a účinné pomoci klientům přijmout a normalizovat traumatické následky amputace s potenciálem posttraumatického rozvoje osobnosti.

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Cílem této práce je popsat poslání a činnost sociálního pracovníka jako opory u klientů s trvalými následky na RKM, první kapitolu věnuji vymezení obsahu, pojetí a cílům sociální práce a speciálně sociální práci ve zdravotnictví.

MATOUŠEK (2007, s. 10) definuje sociální práci jako „*společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (...). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*“

Podle Musila (2004) se sociální pracovníci zabývají individuálními životními situacemi lidí a jimi poskytované služby bývají zpravidla tím cílenější a kvalitnější, čím lépe se jim daří pracovat s klientem z pohledu celostního, holistického. Od sociálních pracovníků se očekává, že budou klientovi pomáhat zvládat nejrůznější překážky, které vyplývají z nároků jeho sociálního prostředí. (MUSIL, 2004).

Další velmi přiléhavou definicí sociální práce, která dobře vystihuje činnosti sociálních pracovníků s pacienty po traumatech s vzniklými trvalými následky, je definice Zastrowa. Definuje cíle sociální práce (podle americké Národní asociace sociálních pracovníků NASW) jako podporu schopností klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se, dále pak zprostředkovat klientovi informace, kontakty a služby (ZASTROW in MATOUŠEK, 2003). Cílem sociální práce je tedy podpora sociálního fungování klientů s ohledem na jejich specifické životní situace a reflexe této situace je prvním nezbytným krokem při volbě intervencí, které vedou klienta k posílení individuálních schopností při zvládnutí traumat. Termín sociální fungování je mnohoznačný a Navrátil a Musil (2000) tento termín popisují jako komplex skutečností, kam patří například trvalá interakce mezi klientem a jeho sociálním prostředím, které klade na člověka požadavky, formuluje jeho očekávání a staví ho do jisté sociální role, se kterou se více či méně ztotožňuje. Mezi tímto je obvykle rovnováha, pokud ale lidé požadavky prostředí dostatečně nezvládají, což se traumatizovaným s trvalými následky z pochopitelných důvodů děje, křehká rovnováha je rozkolísaná a vzniká problém. Někteří lidé, podle dané struktury osobnosti a životního

příběhu, jsou odolní a schopní si s problematickou životní situací poradit sami, jiní ale nedokáží traumatické zkušenosti čelit a nastalé problémy nezvládají.

Během 20. století se v sociální práci vývojem vyprofilovala tři odlišná pojetí činnosti, která dle Navrátila (MATOUŠEK, 2007) charakterizuje Payne (1997) jako tzv. „malá paradigmata“. Jsou založena na různých filozofických základech a mají i odlišné praktické dopady. První paradigma Navrátil (MATOUŠEK 2007) popisuje jako terapeutickou pomoc, jejímž cílem je podpora sociálního fungování a nastolení stavu pohody a duševního zdraví klienta. Sociální pomoc je chápána a popisována jako terapeutická intervence se zásadním důrazem na komunikaci a na budování vztahu klienta se sociálním pracovníkem. Přitom k profesní výbavě sociálního pracovníka patří odpovídající vzdělání, psychologické znalosti, empatie a terapeutický výcvik. S ohledem na specifickou problematiku klientů po amputaci je dosažení duševní pohody a vyrovnanosti prvořadým cílem, zejména vzhledem ke zdárnému vývoji rekonvalescence a k úspěšnému návratu do života. Klientův problém není léčen izolovaně, ale holisticky ve vztahu k celé osobě, oslovuje zdravé zdroje a potenciál růstu, který je často za problémy skryt. Tento způsob působení na klienta nejvíce odpovídá přístupu orientovanému na klienta a vychází z humanistické a existenciální teorie. Zakladatelem této teorie je Carl R. Rogers a je podle Matouška (2007) pravděpodobně nejvýznamnějším humanistickým autorem, který ovlivnil sociální práci. Přitom je tento vliv nejpatrnější tam, kde se zásadní součástí sociální práce stala terapeuticko-poradenská činnost. Matoušek doslova říká: *“Podle Rogerse je podstatné, aby pomáhající pracovník v terapeutickém vztahu usiloval o kongruenci a opravdovost, bezpodmínečnou pozitivní zpětnou vazbu a empatii (...) Ve vztahu ke klientovi vystupuje jako skutečná osoba, nejde o použití určité techniky, ale o skutečný vztah“* (MATOUŠEK, 2007, s. 203). V humanistickém pojetí sociální práce je za experta na svou situaci považován klient, s nímž sociální pracovník jedná partnersky a zásadním předpokladem je, že klientovy postoje jsou platné, jedinečné a důležité. Dále má být přístup sociálního pracovníka nedirektivní a nehodnotící a jeho součástí je aktivní naslouchání a autentické přátelství.

Další vhodný přístup způsobu působení na klienta po amputaci je existenciální sociální práce. Je to přístup, který předpokládá, že vnitřní konflikt, který klienta sužuje, vychází z konfrontace s *danostmi* existence (YALOM, 2012). Ústředním pojmem existenciální sociální práce je *bytí* spojené s osobní *svobodou*, jejíž součástí je také ale *odpovědnost*, odpovědnost k sobě a k tomu, co se svým životem činíme. *Bytí pro sebe* lze uskutečňovat jen ve vztahu k jiným lidem, kdy mnoho zkušeností a pocitů zakoušíme díky reflexi druhých na naše jednání (MATOUŠEK, 2007). Tato významná skutečnost se vhodně uplatňuje při práci

se sociálními skupinami, kde jednotlivce propojuje shodná životní situace a ve skupině proto vzniká prostor pro vzájemnou solidaritu a pomoc. Práci s podpůrnou skupinou, jako metodu sociální práce ve zdravotnickém zařízení, popisují v další podkapitole. V.E.Frankl, zakladatel existenciální analýzy a logoterapie jako terapeutického směru, popisuje jako základní lidskou potřebu *vůli ke smyslu* a klíčovou otázkou je dle něho otázka smysluplnosti lidského života. Frankl říká, že tuto otázku nám život pokládá sám svými situacemi a potřeba nalezení odpovědi na ni vyvstává právě tehdy, kdy se člověku vede nejhůře (FRANKL, 2016). V osudových situacích, které nejsou ovlivnitelné, kdy člověk přijde dočasně o možnost realizovat tvůrčí a zážitkové hodnoty, mu zůstává možnost realizovat hodnoty postojové, v utrpení zrajeme a rosteme. *„Krátko řečeno záleží na správném postoji, na pravém, poctivém, vzpřímeném protrpění pravého osudu. V tom, jak neseme nutné utrpení, se skrývá možný smysl“* (FRANKL, 2016, s. 70).

Druhé paradigma sociální práce Navrátil (2001) označuje jako úsilí o reformu společenského prostředí. Sociální pracovníci působí na klienty ve smyslu „zmocňování“ jejich vlivu na vlastní životy tak, aby využili možnosti podílet se na tvorbě a činnosti společenských institucí. Osobního nebo sociálního rozvoje nelze (podle představitelů tohoto směru) dosáhnout za nerovných společenských podmínek a příkladem tohoto paradigmatu je podle Navrátila (MATOUŠEK, 2007) strukturální model, který se zabývá sociálním prostředím, jemuž klade za vinu nesoulad mezi požadavky společnosti a schopnostmi jedince na ně odpovídat. Lidé, kteří musí problémům čelit, nemusejí být nutně jejich příčinou. V tomto případě patří ke vzdělanostní vybavenosti sociálního pracovníka vědomosti z oblasti politologie, sociologie a sociální filozofie a využití tohoto modelu sociální práce je spíše vhodné pro práci s etnickými a kulturními menšinami (MATOUŠEK, 2007).

Třetí paradigma sociální práce označil Navrátil (MATOUŠEK, 2007) jako sociálně-právní pomoc a teoretické zázemí pro toto pojetí sociální práce poskytuje kombinace psychologie, sociologie a práva. Sociální pracovník pomáhá klientům prostřednictvím poskytování informací, kvalifikovaným poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů a mediací. Efektivita této pomoci spočívá v myšlence, že i malý úspěch rozvíjí klientovu sebedůvěru a zvyšuje jeho angažovanost při zvládání úkolů a problémů. Za příklad takto vedené sociální práce můžeme považovat úkolově orientovaný přístup práce s klientem, kdy základními rysy tohoto typu přístupu jsou posilování a partnerství. Partnerstvím se rozumí, že vůdčí autoritou při řešení klientových problémů je klient sám a nejlepším cílem je ten, který si klient sám zvolil. Úkolový přístup je užíván v individuální sociální práci, v sociální práci s rodinou i se skupinami (KUZNÍKOVÁ, 2011) a úspěšně se využívá ve zdravotnických zařízeních.

1.1 Cíle sociální práce ve zdravotnictví

Cíle sociální práce ve zdravotnictví vycházejí z historické tradice sociální práce, kdy základním motivem bylo dosažení obecného dobra a sociální spravedlnosti a činnost podporujících byla založena na pomoci lidem nemocným, bezmocným, starým, či jinak oslabeným.

Kuzníková (2011, s. 18) říká, že „*smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci klientovi, jeho rodině a širšímu prostředí při zmírňování či odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.*“ Snahou je dosáhnout u klienta lepší spolupráce při léčbě, motivovat jej při překonávání obtíží, adaptovat ho na ztížené životní podmínky a konečně dosáhnout kvalitnějšího života. A to vše prostřednictvím vlivu sociálního působení.

Sociální práce ve zdravotnictví je zaměřena na individuální přístup ke klientovi. Motivuje klienty k řešení vlastních problémů. Napomáhá k zabezpečení a uspokojení jejich biologických, psychických a sociálních potřeb. Pomáhá účelnému využití materiálních a finančních prostředků služeb sociální péče a přispívá k prevenci patologicko-sociálních jevů. Samotná realizace sociální práce se opírá o teoretickou bázi oboru a podle cílové skupiny pacientů/klientů je orientovaná buď na pomoc a podporu ve svépomoci, anebo více terapeuticky (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Sociální práce na Rehabilitační klinice Malvazinky je vzhledem k různorodosti diagnóz, se kterými jsou klienti hospitalizovaní, velmi rozmanitá. Nejčastěji jde o následnou péči o klienty po operacích na odděleních ortopedií, traumatologií, neurochirurgií, ale také o klienty iktových jednotek po cévní mozkové příhodě či o klienty s degenerativními neurologickými diagnózami. Role sociálního pracovníka jako klientova partnera je zde nejčastěji spjata s procesem psychosociální adaptace na ztrátu soběstačnosti vlivem funkční nedostatečnosti pohybového aparátu, přizpůsobení se dočasné ztrátě intimity, kterou nemůže z provozních důvodů žádné zdravotnické zařízení uspokojivě zajistit, dále s hledáním a podporováním vnitřních silných zdrojů klienta a se zapojením rodiny a jeho blízkých během akutní péče i rehabilitace. Dále s podporou a pomocí prostřednictvím edukace a psychoterapeutickým poradenstvím. Toto vše se děje již během hospitalizace za akutní a následné péče.

Specifická je péče o klienty po prodělané amputaci končetiny. Dle terminologie je jedinec po amputaci označován jako osoba se zdravotním postižením, nebo ještě lépe jako jedinec společensky znevýhodněný, kdy jeho funkční omezení vytváří mimořádné požadavky na jeho životní a pracovní podmínky. Tato terminologie se postupem doby významně

změnila, dříve užívané výrazy jako „tělesně vadný“, „defektní“, „mrzák“ nebo „invalida“ (z franc. *Invalide = bezcenný, neschopný*) jsou dnes již naštěstí považovány za nepřijatelné, dehonestující a neetické (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011). Ale ani současné vymezení pojmu „zdravotně postižený“ není jednotné a liší se podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou sledovány a následně v praxi řešeny. Pro optimální týmovou spolupráci a dobrou komunikaci odborníků z různých oblastí je významná Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (MKF), která patří do mezinárodních klasifikačních systémů WHO a vzájemně se doplňuje s Mezinárodní klasifikací nemocí, MKN-10 (KRHUTOVÁ, 2011). Úmluva OSN o lidských právech občanů s disabilitou byla podepsána zástupci 82 zemí světa, včetně České republiky, dne 30. 3. 2007. Dříve byla disabilita chápána jako snížení výkonu z úrovně vlastních individuálních možností jedince ve smyslu ne-schopnosti člověka. Nyní se lépe za disabilitu označuje snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s bariérami prostředí (MKF, ŠVESTKOVÁ, 2008). Tato definice dobře vystihuje a popisuje význam faktorů prostředí, kam patří postoj společnosti, charakter architektury, právní prostředí, které se navzájem ovlivňují a determinují stupeň a rozsah výkonu funkčních schopností jedince. Nový pojem zcela změnil svou původní konotaci, disabilitu tedy můžeme chápat jako překážku, která je výsledkem vnitřních nebo vnějších dispozic na člověku nezávislých (KRHUTOVÁ, 2011). Dynamická interakce vnějších i vnitřních vlivů působí obousměrně, tzn., že přítomnost zdravotního postižení *může* vytvářet zdravotní problém. Člověk například může mít snížení kapacity funkčních schopností, ale přitom nemá problémy s prováděním výkonů v běžném prostředí bez pomoci druhé osoby, tj. příklad amputovaného – člověka s limitní pohyblivostí, který je vybaven asistivními pomůckami, které mu umožní pohyb. *„Lékařský model vidí překážky a problémy dané osoby tak, že jsou způsobené přímo traumatem nebo jinými zdravotními problémy, které vyžadují lékařskou péči, zajištěnou léčením jedince prostřednictvím odborníků. Sociální model disability vidí východisko především jako sociálně vytvořený problém a zásadně jako předmět plné integrace člověka do společnosti“* (MKF, ŠVESTKOVÁ, 2008, s. 32). Z této definice vyplývá, že disability nejsou individuální ne-schopnosti jedince, ale spíše komplex kombinovaných podmínek, z nichž mnohé jsou vytvářeny společností. Proto zvládnutí tohoto problému vyžaduje sociální aktivitu a je to kolektivní odpovědnost společnosti, která v širokém spektru vytváří úpravy prostředí, nezbytné pro plnou účast osob s disabilitou, a to ve všech oblastech společenského života. Východisko je tedy postoj, vyžadující sociální změny, které se na politické úrovni stávají otázkou lidských práv (KRHUTOVÁ, 2011).

Cílem zdravotně sociální péče (nově komplexní rehabilitace, tzv. ucelené rehabilitace) je začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti v oblasti bydlení, pracovního uplatnění, vzdělávání, cestování atd. Jde o dosažení co nejvyšší možné úrovně jejich funkčních schopností a postupy k tomuto směřující musí být vytvořeny individuálně pro každého takového jedince. Za nedůležitější tři proměnné, které ovlivňují úspěšné dosažení cíle, se dají považovat touha, možnosti a schopnosti jedince. Na vrcholu této „svaté“ trojice je touha jedince po uplatnění ve společnosti, v práci i osobním životě, pevnou základnu pak tvoří schopnosti a možnosti, o které se může jedinec „opřít“. Individuální schopnosti spolu s možnostmi, kterými jsou myšleny rehabilitace (jako soubor postupů) a možnosti společnosti pomoci lidem se zdravotním postižením představují základ ucelené zdravotně sociální péče (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011).

1.2 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotnická péče, je nutné současně zajistit a poskytovat i péči sociální a návaznost zdravotní a sociální péče zajišťují především sociální pracovníci. Konkrétní volba vhodných intervencí sociálního pracovníka a metod sociální práce je závislá na zdravotním stavu klienta, na jeho sociálním a rodinném zázemí, ale také na jeho osobnostním nastavení, na jeho dovednostech a teoretických znalostech (KUZNÍKOVÁ, 2011). Za výchozí je pokládána sociální práce s jednotlivci, která je realizována sběrem anamnestických dat, a především prostřednictvím rozhovoru s klientem.

Mezi další metody patří sociální práce s rodinou klienta, posilování její podpůrné role při překonávání klientova těžkého období a posilování rodinného systému. Sociální pracovník se zde zaměřuje na komunikaci v rodině, sleduje, jak funguje vzájemná podpora a pomoc jednotlivých členů a jak trauma ovlivnilo vzájemné vztahy. Pomoc nepotřebují jen „oběti“ traumatu, ale také jejich nejbližší, kteří spoluprožívají zvláště utrpení postiženého a jinak utrpení své z traumatu vyplývající. A v neposlední řadě patří mezi metody sociální práce i práce se skupinami a komunitami, které jsou bohužel ve zdravotnictví využívány v menším měřítku, než by si zasloužily. Poskytují specifické možnosti, které individuální sociální práce s klientem nabídnout nemůže a mají velký potenciál v oblasti podpory, vzájemné pomoci a prevence (KUZNÍKOVÁ, 2011). Těmito základními metodami sociální práce se podrobněji věnuji v následujících podkapitolách.

1.2.1 Sociální práce s jednotlivci

Individuální práce s klientem vychází z teze, že cena jedince je nadřazena všemu ostatnímu. Jedinec si zaslouží péči, respekt, důstojnost, prostor k tomu, aby mohl vyjadřovat svou individualitu. Zaslouží si podporu v samostatném rozhodování, určování svých cílů a plánování, jak jich dosáhnout a je výlučně na něm, zda využije svého potenciálu a bude uskutečňovat své možnosti anebo se rozhodne pro „přežívání“ (HAVRÁNKOVÁ, 2003). Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem je rovnocenný, partnerský a jejich spolupráce by měla být zcela dobrovolná. Spojení mezi klientem a sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení může vznikat buď tak, že klient sám požádá během své hospitalizace o tento druh pomoci, nebo sociálního pracovníka osloví ošetřující lékař klienta či zdravotní sestra anebo přímo aktivním vyhledáváním klientů (depistáží) sociálním pracovníkem (KUZNÍKOVÁ, 2011). Konkrétně na naší klinice je zajišťován první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem ošetřujícím lékařem anebo fyzioterapeutem daného klienta a také depistáží sociálním pracovníkem. První setkání je pro společnou spolupráci nesmírně důležité, zanechává na klientovi obvykle velmi silný dojem, který následně značně ovlivňuje kvalitu jejich komunikace. Obvykle se děje v době, kdy je klient pod tlakem stresové situace, ve stavu naprosté demoralizace (hospitalizace, závislost v sebeobsluze, ztráta intimity, odloučení od blízkých osob, strach z budoucnosti), nemá dostatek informací o důsledcích nemoci nebo traumatu a s tímto stavem není zdaleka smířený. Zažívá fyzickou bolest a nepříjemné subjektivní tělesné pocity, je plný strachu, obav, vzteku, smutku a bezmoci (KUZNÍKOVÁ, 2011). Pro klienta je to období hledání naděje, motivace, smyslu života, osobní svobody a přijetí odpovědnosti. Vyjmenované existenciální faktory jsou pro klienty s trvalými následky zvláště důležité. Dostávají se díky traumatu způsobenému nemocí či úrazem do situací, kdy vedou svůj velký boj s danostmi, jako jsou osamělost, nesmyslnost a smrtelnost a úzkost přitom způsobuje už každé jednotlivé téma. Obvykle tyto existenciální danosti ignorujeme, dokud nepřijde životní událost, hraniční zážitek, který zvýší naši vnímavost a dokáže člověka „přesunout“ do uvědomovaného – autentického způsobu bytí (YALOM, 2007).

Vztah klienta a sociálního pracovníka probíhá prostřednictvím rozhovoru a rozhovor slouží k vytvoření vztahu, v jehož rámci je možná dobrá spolupráce, která pak vede k potřebné změně. Pro rozhovor je stejně důležité, jak umění mluvit, tak umění autenticky naslouchat. Pozorné naslouchání je základní dovednost, při které si všímáme nejen obsahu klientova vyprávění, ale i významu pro něj a klientovým emocím, které vyprávění provází. V našem chování se autentické naslouchání projevuje přiměřeným očním kontaktem,

přizpůsobením intenzity hlasu, způsobem sezení a vzdáleností od klienta, také zacházením s tichem ve smyslu ponechání prostoru (TIMUĽÁK, 2006). Klientovo vyprávění povzbuzujeme i dalšími technikami kam patří objasňující dotazování, parafrázování, reflektování a shrnování. Rozhovor má dospět k formulaci toho, co klient nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout (HAVRÁNKOVÁ, 2003). V umění naslouchat je velký důraz kladen na empatické porozumění, na schopnost vcítit se. Empatická komunikace přináší klientovi zkušenost, že může být druhým člověkem pochopen a přijímán. Empatie je mostem k druhému člověku, který přichází bez jakékoli intence a konkrétního cíle. „*Být empatický znamená doprovázet člověka a vydat se s ním na pouť s neznámým cílem i neznámou cestou (...) Vystavit se přítomnosti druhého člověka – být otevřený, aby se mě realita druhého člověka mohla dotknout a já se mohl dotknout jeho reality*“ (ŠIFFEROVÁ, 2010, s. 65). Rizikem může být nezvládnutí hranice mezi prožíváním klienta a sociálního pracovníka, které pak vede k utápění se v nic neřešící se lítosti, nebo naopak ke zlosti a vzteku (ŠOBÁŇ, 2011). Aktivní naslouchání, empatické porozumění, autenticita a nepodmíněné pozitivní přijetí jsou základní předpoklady pro vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Opravdovost (autenticita) je chápána jako soulad mezi terapeutovým prožíváním a jeho chováním a jednáním navenek a vytváří tak z terapeuta reálnou (uvěřitelnou a důvěryhodnou) osobu. Je to opak domnělé profesionální masky, kterou si často „nasazují“ pracovníci různých pomáhajících profesí ve zdravotnickém zařízení. Tento nesoulad mezi cítěním a chováním klient vytuší a dojem z ne-autenticity terapeuta pak naruší opravdovost a důvěryhodnost vztahu. Opravdovost samozřejmě neznamená zahltit klienta všemi vlastními prožitky, jde o sdělení, která jsou důležitá pro vzájemný terapeutický vztah a proces z hlediska klienta (TIMUĽÁK, 2006). Množství sdělené pravdy o svém prožívání je nutné zvažovat na základě individuální schopnosti už výše zmiňované empatie. Nepodmíněné pozitivní přijetí je klíčovým faktorem k vytvoření atmosféry bezpečí a prostoru pro konstruktivní změnu. Zahrnuje akceptaci klientových negativních projevů, zlých, bolestných, úzkostných, obranných a „abnormálních“ pocitů ve stejné míře jako akceptuje jeho pozitivní, sebevědomé a zralé osobní projevy (ŠIFFELOVÁ, 2010). Neznamená to, ovšem, že musíme souhlasit se vším, co klient dělá, především při destruktivním chování, kdy ohrožuje sebe nebo druhé, ale máme k němu otevřený a vřelý vztah s respektem a bez projevů odsouzení. Autenticita je proměnná, která je dána především kongruencí sociálního pracovníka a jeho bezpodmínečným přijetím sebe sama, vyzrálostí jeho osobnosti (ŠOBÁŇ, 2011).

1.2.2 Sociální práce s rodinami

Rodinu lze v případě traumatizovaného klienta chápat jako kotvu a oporu. Při vzniku krize je bezpečný svět klienta ohrožen a on se na rodinu obrací s očekáváním, se mu dostane maximální pozornosti podobně, jako to bylo v dětství (BÁRTLOVÁ, 2005). Kvalita jeho dalšího života po amputaci úzce souvisí s kvalitou jeho sociálního zázemí, s uspokojivým životem ve funkční a stabilní rodině, která mu nadále poskytuje emocionální a sociální podporu. Problém klienta/nemocného je problémem všech členů rodiny. První reakce funkční rodiny na úraz jejího člena je mobilizace pomoci a posilování vnějších kontaktů, které by mohly být také nápomocné. Reakce rodiny se odvíjí podle aktuální atmosféry v rodině, nastavených vzájemných vztahů, funkčnosti rodinného systému a toho, který z členů je traumatem postižen. Průběh reakce je jiný, když je traumatem postižen živitel rodiny, matka malých dětí, dítě nebo nejstarší člen rodiny. Čím je situace náročnější, déle trvající a bez jasně dané perspektivy řešení, tím způsobuje větší míru frustrace u jednotlivých členů rodiny (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Sociální práce s rodinou se vyvinula z rodinné terapie, ze které sice čerpá a přijímá některé techniky práce s klientem, stala se však samostatnou disciplínou oddělitelnou od rodinné terapie (CHRENKOVÁ, 2011). Rodinná terapie je zaměřená na způsob interakce v rodině, na očekávání a na motivy jednotlivých členů rodiny. Cílem přitom podle Matouška (2008) bývá dosažení jasné definice rolí a odpovědnosti jednotlivců, jasného komunikování a jasných hranic mezi jednotlivci a subsystemy rodiny (manželé, partneři, rodiče, děti, sourozenci). Smyslem sociální práce (zvláště ve zdravotnictví) je zejména snížení nebo zmírnění sociálních důsledků traumatu nebo nemoci. V první řadě je důležitá spolupráce s rodinou klienta a řešení jeho problémů primárně s rodinou. Rodina je současně zdrojem objektivních informací o klientově situaci a o jeho životě před úrazem. Kromě základních zásad popsaných v kapitole sociální práce s jednotlivcem (aktivní naslouchání, empatické porozumění, autenticita a nepodmíněné pozitivní přijetí) by měl sociální pracovník v případě práce s rodinou uplatňovat neutralitu – nestrannost. Neutralita vede k respektujícímu, nedirektivnímu a nehodnotícímu přístupu (CHRENKOVÁ, 2011). Vždy musí být posouzena klientova životní situace v rámci rodinného systému - tzv. assessment – posouzena životní situace komplexně a posouzeny jeho potřeby (MATOUŠEK, 2008). Při řešení obtížných situací klientů po velmi vážných úrazech s trvalými následky a s následnou omezenou soběstačností klienta spolupracuje sociální pracovník primárně s jeho rodinou a preferuje návrat klienta do jeho původní rodiny před ústavní péčí. Ve spolupráci s nejbližšími se

zaměřuje zejména na posílení a zplnomocnění klienta, jeho aktivní účast a spolupráci (CHRENKOVÁ, 2011).

1.2.3 Sociální práce s podpůrnými skupinami

„Člověk je sociální a vztahová bytost a lidé bez kontaktu jsou deprivováni, izolováni a v konečném důsledku nemohou přežít“ (ŠIFFELOVÁ, 2010, s. 53). Ve skupinách žijeme od dětství a jinak nedovedeme, neustále žijeme v interakci s druhými, jsme tvorové sociální a svůj život potřebujeme sdílet s ostatními lidmi. Ve skupinách se učíme rozumět sobě i druhým, toužíme přijímat a být přijímáni, potřebujeme vzájemnost, která nám přináší (zejména v krizových situacích) úlevu a posílení. Učíme se naslouchat i vyjadřovat, respektovat i tolerovat, ale také se vymezovat a obhajovat a hledat pro sebe vhodná řešení. Toto vše lze zažívat v podpůrných skupinách.

Obecný termín skupinové práce označuje různé typy profesionální práce se specifickými skupinami lidí, kdy skupinová práce pomáhá zúčastněným řešit jejich problémy a je založena zejména na skupinové sociální a psychologické dynamice (ŘEZNÍČEK, 1994). Kuzníková (2011) popisuje rozvoj podpůrných skupin v posledních letech jako odezvu na nedostatečnou nabídku skupinové práce ze strany odborníků z týmů zdravotnických zařízení (mimo oblast psychiatrie). Právě sociální pracovníci s odpovídajícím vzděláním a s psychoterapeutickým výcvikem v komunitní a skupinové psychoterapii disponují prostředky pro realizaci a rozvoj skupinové práce ve zdravotnickém zařízení.

Yalom (2007) ve své knize „Teorie a praxe skupinové psychoterapie“ uvádí, že některé systematické studie věnované skupinové terapii potvrzují efektivitu těchto skupin. Členové během setkávání potvrzují zlepšení kvality svého života a efektivnější zvládnutí svých problémů, větší duševní pohodu, porozumění své situaci a lepší náhled na sebe sama. Důvěrnost a intimita, která časem vzniká mezi členy skupiny, způsobuje, že člověk k sobě nechá přiblížit druhé tím, že před nimi nic netají, a naopak se svěřuje se svými jinak skrývanými bolestmi. Jinými slovy to znamená, že ostatním důvěřuje a neobává se jejich soudu a vlastního znehodnocení. Vzájemná důvěrnost rozložená na více osob silněji podporuje směřování jednotlivců k samostatnosti (ČÁLEK, 2005). Skupiny účinně pomáhají členům přijmout a normalizovat jejich nemoc či postižení a tím jsou prospěšné zejména pro oběti stigmatizujících onemocnění. Tento fakt se stal pro naši rehabilitační kliniku inspirací pro vytvoření podpůrných skupin pod odborným vedením s jedinci po prodělané amputaci končetin. I když se tyto skupiny svou sociální dynamikou podobají skupinám terapeutickým, jsou mezi nimi patrné některé významné rozdíly. Důležitým rozdílem je například skutečnost,

že ve skupinách podpůrných nehraje faktor interpersonálního učení tak výraznou roli jako ve skupinách terapeutických. Dochází v nich daleko méně ke konfrontacím a interpretacím zaměřených na osobnost, a naopak tato skupina svým členům dodává mnohem více pozitivních a podpůrných vyjádření. Sdílená podobná zkušenost členů z nich činí jak spolučleny, tak důvěryhodné odborníky (YALOM, 2007). Tento způsob zvládnutí posttraumatických projevů se podobá debriefingu – metodě krizové intervence, který je založen na zážitku všeobecnosti – členové skupiny si uvědomují, že ostatní se cítili a cítí podobně jako oni (VODÁČKOVÁ, 2012). *„Členové jsou zároveň poskytovateli a příjemci podpory a mají zisk z obou rolí – prostřednictvím altruismu se zvyšuje jejich vlastní hodnota a v kontaktu s druhými lidmi, kteří překonali problémy podobné jejich vlastním, dostávají naději. I když mají členové prospěch z univerzality a dodávání naděje, ti, kteří se účastní aktivně a zažívají silnější soudržnost, budou mít pravděpodobně přínos největší“* (YALOM, 2007, s. 507). Stejně jako skupiny psychoterapeutické využívají podpůrné skupiny terapeutických faktorů, jakými jsou především altruismus, koheze, univerzalita, chování nápodobou, dodávání naděje a katarze (YALOM, 2007).

1.3 Sociální pracovník jako člen interdisciplinárního týmu

Sociální pracovník má ve zdravotnickém zařízení významnou úlohu v zahájení složitějšího procesu zdravotně sociální rehabilitace, která následně vede k uspokojování psychosociálních potřeb klientů a k reálně dosažitelné kvalitě jejich života. Jednání sociálního pracovníka jsou upravena dle §10 zákona č.96/2004 sb. a konkrétně jsou tyto činnosti rozpracovány vyhláškou 55/2011 Sb., a definovány jako *„činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta“* (KUZNÍKOVÁ, 2011, s. 47).

Komplexnost péče ve zdravotnickém zařízení vyžaduje propojenou spolupráci celého mezioborového týmu, do kterého sociální pracovník patří. Tento způsob spolupráce se stává v současnosti samozřejmým a nepostradatelným. *„Je předpokladem úspěšné pomoci klientovi a z pohledu sociální práce zahrnuje funkční propojení spolupráce mezi sociálním pracovníkem, klientem a jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právními osobami mimo zdravotnické zařízení a samotnými členy interdisciplinárního týmu“* (KUZNÍKOVÁ, 2011, s. 24). Funkční zdravotnický tým je schopen propojeného plánování při řešení klientových problémů, předávání si relevantních informací, plánování intervencí, delegování úkolů,

kontroly jejich plnění a vzájemného učení. Současně je žádoucí, aby během jeho činnosti docházelo ke shodě v etických rozhodnutích. Sociální pracovník spolupracuje s profesemi vně zdravotnického zařízení a je jejich koordinátorem (odborní lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, kliničtí psychologové, ergoterapeuti, apod.) a dále spolupracuje s organizacemi mimo tato zařízení jako jsou zdravotní pojišťovny, s praktickými lékaři, se správou sociálního zabezpečení, s organizacemi poskytující služby zdravotní péče, s organizacemi zajišťujícími terénní služby zdravotně-sociální péče a se sociálními pracovníky některých odborů obecních úřadů apod. Součástí koordinační činnosti sociálního pracovníka v interdisciplinárním týmu je i zapojení sociální sítě klienta do léčebného procesu a do zdravotně sociální rehabilitace (KUZNÍKOVÁ, 2011). Intervence sociální práce s jedinci po amputaci je možné chápat jako součást tzv. ucelené rehabilitace, jako *„kombinované a koordinované týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného pracovního uplatnění k adaptaci jedince na odlišné, nestandardní či ztížené životní podmínky a k získání či znovuzískání a upevnění nejvyšší možné samostatnosti a přiměřené funkční schopnosti“* (KRHUTOVÁ, 2011, s. 130).

Role sociálního pracovníka jako člena interdisciplinárního týmu spočívá zejména v psychosociální podpoře klienta, ve stabilizaci přijatelných životních podmínek ve smyslu poskytování informací o přiznání nároku na invalidní důchod a o možnosti čerpání peněžních dávek ze systému sociálního zabezpečení pro osoby se zdravotním postižením. Další činnosti sociálního pracovníka spočívají v navázání klienta na sociální služby, které patří k nejvýznamnějším prostředkům sociální rehabilitace. Patří sem poskytování technických pomůcek včetně souvisejících služeb, služby osobní asistence, služby řešící dopravu, chráněné bydlení, pečovatelská pomoc, služby, které jsou spojeny se zprostředkováním či vytvářením pracovních příležitostí, včetně podporovaného zaměstnávání, sociální poradenství s ochranou práv a oprávněných zájmů klientů se zdravotním postižením (NOVOSAD, 2009, MATOUŠEK 2010).

Při mé každodenní komunikaci s klienty, kteří přicházejí na RKM z jiných zdravotnických zařízení akutní péče po amputaci končetiny, se opětovaně dozvídám, že se jim dostává skvělé lékařské a ošetrovatelské péče, a to včetně empatického přístupu zdravotnického personálu, ale daleko méně se jim dostává včasných odborných a prospěšných informací. Klienti uvádějí, že získávají jen ty informace, na které se sami aktivně ptají a ty, které si sami dohledají anebo získají od zkušenějších spolu-pacientů. Ze stížností nejčastěji vyplývá, že klienti nevědí, o které dávky a příspěvky sociálního zabezpečení mohou žádat, jaké se jim nabízejí možnosti v čerpání sociální péče a pomoci a neznají dopředu časovou osu vývoje a užití

kompenzačních pomůcek, na které mají nárok. Přitom pouze s dobře a individuálně “naordinovanými” sociálními službami a finanční podporou může být uspokojivě naplněn koncept nezávislého způsobu života, ne ve smyslu „absolutní nezávislosti“, ale ve smyslu převzetí kontroly nad svým životem.

1.4 Sociální zabezpečení pro osoby se zdravotním znevýhodněním

Amputace končetiny je jednou z indikací k přiznání invalidního důchodu. O přiznání invalidity rozhoduje posudkový lékař České zprávy sociálního zabezpečení na základě žádosti odborného lékaře. S účinností od 1. 1. 2010 došlo k zásadním změnám v posuzování nároků na důchody podmíněné dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem a ve způsobu stanovení jejich výše (ČSSZ, 2018). Nová právní úprava již nerozlišuje invaliditu plnou a invaliditu částečnou. Invalidita je nově vymezena jako pokles pracovní schopnosti, který nastal z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, a to v rozsahu nejméně o 35 %.

Podle míry poklesu pracovní schopnosti rozlišuje 3 stupně invalidity:

- nejméně o 35 %, avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně;
- nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně;
- nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.

U pojištěnců starších 38 let jsou nově zmírněny podmínky pro získání potřebné doby pojištění pro nárok na invalidní důchod a ke změnám došlo i ve stanovení dopočtené doby a v hodnocení jejího rozsahu. Nově je také zavedeno věkové omezení pro vznik nároku na invalidní důchod a jeho trvání.

Kromě přiznání invalidního důchodu má amputovaný nárok na poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Nárok je ukotven v zákonu č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením s účinností od 1. 1. 2012 (MPSV, 2018).

Tímto zákonem došlo ke změně dřívějšího složitějšího systému dávek pro tuto cílovou skupinu. Zákon nyní upravuje nárok na příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením a některé benefity, které z něj vyplývají.

Příspěvek na mobilitu je dávka, která, spolu s příspěvkem na zvláštní pomůcku, od 1. 1. 2012 nahrazuje předchozí složitý systém dávek pro osoby s těžkým zdravotním postižením. Příspěvek na mobilitu konkrétně nahrazuje příspěvek na individuální dopravu a příspěvek na provoz motorového vozidla a jedná se o dávku opakující se. Oprávněnými pro přiznání této dávky jsou osoby starší 1 roku, které mají nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P (podle podmínek po 1. 1. 2014), a které nejsou schopny zvládat základní

životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace, které se opakovaně v kalendářním měsíci dopravují nebo jsou dopravovány a nevyužívají pobytové sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením. Výše dávky je 550 Kč měsíčně a vyplácí se tzv. zpětně, to znamená do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží.

Příspěvek na zvláštní pomůcku sjednotil širokou škálu příspěvků zaměřených na pořízení kompenzačních pomůcek. Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. Základní podmínkou pro poskytnutí tohoto příspěvku je přítomnost těžké vady nosného nebo pohybového ústrojí, a přitom musí jít o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav a současně zdravotní stav nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku. Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím (příspěvek na motorové vozidlo, mechanický nebo elektrický vozík, úprava bytu). Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda jde o pomůcku v ceně do nebo přes 10 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo. Vzhledem k tomu, že příspěvek na zvláštní pomůcku se neposkytuje na schodišťové plošiny, existuje pro osoby se zdravotním postižením, které potřebují tyto pomůcky, možnost tzv. výpůjčky zvláštní pomůcky. V případě, že oprávněná osoba nemá dostatek finančních prostředků k úhradě instalace této zvláštní pomůcky, lze poskytnout příspěvek na instalaci s povinnou spoluúčastí minimálně 1 000 Kč.

Nárok na *průkaz osoby se zdravotním postižením* má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace. Existují tři základní druhy průkazů – průkaz TP, ZTP, ZTP/P.

Nárok na *průkaz TP* má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti, a tím se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Držitel tohoto průkazu má nárok na vyhrazené místo sedění v MHD a přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžadují-li toto jednání delší čekání, zejména stání.

Nárok na *průkaz ZTP* má osoba, která je v exteriéru schopna chůze se značnými obtížemi, a to jen na krátké vzdálenosti. Držitel tohoto průkazu má stejné nároky jako držitel průkazu TP, navíc pak má nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji MHD a slevu 75 % jízdného ve vnitrostátní autobusové a vlakové přepravě.

Osoby s *průkazem ZTP/P* trpí zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti. Tím se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku. Držitel tohoto průkazu má stejné nároky jako držitelé průkazu TP a ZTP, navíc pak má nárok na bezplatnou dopravu průvodce v MHD. Od 1. 8. 2011 existují tzv. parkovací průkazy pro osoby se zdravotním postižením, které se vážou na průkazy ZTP či ZTP/P a opravňují držitele k stání po dobu nezbytně nutnou s autem na místech, kde je zákaz stání. Osobní automobil musí být viditelně označen parkovacím průkazem. Výhodou tohoto průkazu je jeho platnost v rámci celé Evropské unie, neboť i vzhledem je sjednocen s kartami v ostatních členských státech.

Mezi další benefity, které může člověk po amputaci čerpat, patří *příspěvek na péči*. Tento příspěvek se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby a stát se tím podílí na zajištění sociálních služeb podle zákona o sociálních službách při zvládání základních životních potřeb. Z poskytnutého příspěvku na péči pak tyto oprávněné osoby hradí pomoc, kterou jim může dle jejich rozhodnutí poskytovat buď osoba blízká, asistent sociální péče nebo registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Tuto právní úpravu řeší zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Výše příspěvku na péči je závislá na věku příjemce (do 18 let nebo starší 18 let) a na stupni závislosti. Stupeň závislosti se hodnotí podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat. Hodnotí se např. mobilita, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, stravování, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Stupně závislosti se značí od I – lehká závislost, II – středně těžká závislost, III – těžká závislost, až po IV – úplná závislost. Příspěvek na péči se vyplácí měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží. Příspěvek vyplácí krajská pobočka ÚP ČR, která je příslušná k rozhodování o příspěvku.

2 AMPUTACE

Pro pochopení problematiky psychosociální rehabilitace pacientů po amputaci na RKM pokládám za důležité uvést ve své práci i základní údaje o typech prováděných zákroků, nejčastějších indikacích k amputaci, dále stručné informace o současných možnostech užívání kompenzačních pomůcek a v neposlední řadě o psychosociálních následcích amputace, se kterými se pacienti potýkají.

Amputace patří mezi nejstarší chirurgické výkony a první dochované zmínky o nich se objevují už 5000 let před Kristem. Zvláštností je, že kromě léčebného efektu měly amputace často rituální nebo také trestní účel (SOSNA a kol., 2001). Největšího pokroku v technice prováděných amputací docházelo v období válek, Kubeš (2005) uvádí, že během první světové války bylo vykonáno až okolo 100 000 amputací. Mezi zásadní a převratné metody, které umožnily přežít tak invazivního zákroku, jakým amputace je, bylo podvazování velkých tepen, zavedení asepse, objev antibiotik a rozvoj anestezie (SOSNA a kol., 2001).

2.1 Definice pojmu amputace a nejčastější indikace k amputaci

Amputace se definuje jako přerušení a odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, vedoucí k funkční nebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření (KUBEŠ, 2005). Výkon amputace je konečnou možností po vyčerpání všech možných léčebných zákroků vedoucích k záchraně končetiny. Podle Hadraby rozlišujeme amputace *primární*, ty jsou způsobené traumatem a *sekundární*, které jsou prováděny z důvodu ohrožení na životě, např. pro arteriální insuficienci, postupující nekrózu nebo osteosarkom (HADRABA, 2006).

V České republice připadá největší procento amputací na vrub cévním chorobám DK jako je akutní a chronická arteriální insuficience (57 %) a diabetická angiopatie (26 %), která se vyskytuje jako častá komorbidita u pacientů s DM – diabetes mellitus (KRISTNÍKOVÁ, 2014). Dle četnosti výskytu následují traumatické amputace, které jsou indikovány u poranění s nemožností rekonstrukce jednotlivých sktruktur anebo s následnými komplikacemi hojení, jako jsou plynatá sněť a gangréna končetiny. Třetím nejčastějším důvodem k radikální amputaci je maligní tumor. Dále následuje infekční příčina v případě nezvládnutých akutních sepsí způsobených lokální infekcí nebo při dlouhodobém lokálním infektu a u chronické osteomyelitidy (SOSNA a kol., 2001, KUBEŠ, 2005).

2.2 Typy amputací na dolní končetině

Nejčastěji se užívá dělení podle výšky amputace (nízká, střední, vysoká), což má zásadní vliv na pozdější schopnost lokomoce, na možnosti výběru vhodné protetiky a na vývoj psychosociální rehabilitace. Je nepochybné, že výška amputace má vliv na jedincovo sebehodnocení, ale v laické veřejnosti je už daleko méně známý fakt, že výška amputace má také zásadní vliv na spotřebu energie pro chůzi. Čím distálněji je amputační výkon proveden, tím je spotřeba energie pro chůzi nižší. Klient s amputací pod kolenem při chůzi na protéze spotřebuje asi o 50 % energie více než jedinec bez amputace a spotřeba energie u klienta s amputací nad kolenem je dvojnásobná (SMUTNÝ, 2009).

Základní typy amputací na DK (KUBEŠ, 2005):

- **amputace v oblasti nohy** – částečná amputace chodidla (amputace prstů, exartikulace v metatarso-falangeálních kloubech, amputace v metatarsech);
- **amputace v hleznu** - exartikulace hlezenního kloubu (amputace dle Symeho a dle Pirogova) s odstranění všech částí nohy a vytvoření nášlapného pahýlu;
- **transtibiální amputace v různých úrovních bérce** – v odborné literatuře uváděná jako nejčastější amputace na DK, přitom délka pahýlu významně ovlivňuje výslednou funkčnost (čím je kratší, tím je funkčnost nižší);
- **exartikulace v kolenním kloubu se zachováním celé délky stehna** (femuru) - nejčastěji je indikována u maligních tumorů a u ischemických postižení bérce, těžkých infekcí bérce komplikovaných septickým stavem, a u traumat bérce vznikajících extrémním násilím např. otevřené zlomeniny;
- **transfemorální amputace** – je zachována jen určitá část femuru;
- **exartikulace v kyčelním kloubu** – odnětí končetiny přímo v kyčelním kloubu, nejčastější indikací je maligní tumor;
- **hemipelvektomie** – odnětí DK včetně přilehlé oblasti pánve, stejně jako exartikulace v kyčelním kloubu je nejčastěji indikována při maligním tumoru;

Další důležité dělení amputace je podle stupně očekávané funkční aktivity pacienta a dělí se na čtyři kategorie (PŮLPÁN, 2011, KOLÁŘ a kol., 2009):

- **stupeň aktivity 1** – chůze je možná pouze v interiéru, po rovném terénu, beze změny rychlosti a délky kroků. Doba chůze na protéze je výrazně omezená;
- **stupeň aktivity 2** – chůze je možná v interiéru a limitně i v exteriéru se schopností překonat malé terénní nerovnosti a překážky a také s nutností užití další kompenzační pomůcky. Tempo i délka kroku je neměnná;

- **stupeň aktivity 3** – chůze v interiéru i exteriéru bez limitace úrovně terénu, rychlost i délka chůze je proměnná. Zdolaná vzdálenost na protéze a doba jejího používání jsou v porovnání se zdravým člověkem nepatrně limitovány;
- **stupeň aktivity 4** - nelimitovaný exteriérový typ uživatele s možností využití volnočasových aktivit jako je běh, tanec, lyžování. Příkladem uživatele 4. stupně jsou děti, sportovci nebo vysoce aktivní dospělí jedinci.

Toto dělení je následně velmi významné pro zdravotní pojišťovny, které tyto čtyři kategorie stanovily a podle předpokládané úrovně aktivity klienta rozhodují o vhodnosti výběru a uhrazení nákladů na nejvhodnější typ protetické pomůcky. Problémem je, že se v ČR nepoužívá objektivní vyhodnocení předpokládané funkční aktivity standardizovaným testem, který by objektivně posoudil stupeň předpokládané funkční aktivity amputovaného. *„Využívá se 6minutový test chůze, test up and go nebo obdobné testy, které však spíše používají fyzioterapeuti nebo ergoterapeuti v následné péči, při výcviku chůze s protézou. Jako další možnost se jeví využití testu Amputee mobility predictor (AMP), který ve 21 položkách je schopen posoudit mobilitu pacienta v různých polohách, koordinaci a také stabilitu“* (KRISTNÍKOVÁ, 2014, s. 47). Volba protézy je závislá na posouzení zdravotního stavu klienta před amputací, fyzické zdatnosti, osobní anamnézy po amputaci, přítomnosti polymorbidit, sociálních podmínek a na klientově pozitivní motivaci k využití této pomůcky (KOLÁŘ a kol., 2009).

2.3 Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky

Úplnou funkci zdravé dolní končetiny nelze plně proteticky nahradit, ale dnešní kvalitní možnosti technické rehabilitace, kam patří vývoj a výroba kompenzačních pomůcek a technologií, ji dokážou dobře kompenzovat. *„Ortopedická protetika se zabývá způsoby náhrady ztracených částí těla a způsoby náhrady omezených nebo ztracených pohybových funkcí technickými prostředky, nebo léčením nemocí technickými prostředky včetně průvodních úkonů, které léčení a aplikace technické pomůcky vyžaduje“* (SOSNA a kol., 2001, s. 161). Ortopedická protetika se dělí na část zdravotnickou, zabývající se léčbou a indikací vhodné technické pomůcky, a na část technickou, která se zabývá výrobou a aplikací technické pomůcky tzv. protetikou. Protetika umožňuje nahrazení ztracené funkce včetně poškozené končetiny, a tak pomocí technických pomůcek zachovává lokomoci člověka (PŮLPÁN, 2011). Vhodnou ortopedicko-protetickou pomůcku předepisuje klientovi odborný lékař s ohledem ke stupni a typu jeho postižení, osobní anamnéze a dosažení předpokládaného

stupně aktivity a již v době akutní péče po amputaci zajišťuje kontakt mezi klientem a ortopedickým protetikem. K prvnímu setkání klienta s ortotiko-protetikem dochází přibližně 4 týdny po amputaci, když lékař rozhodne, že pahýl už je zhojený a ve stavu, kdy se může začít připravovat výroba protézy. Protézy se vyrábějí individuálně tak, aby s uživatelem co nejlépe „splynuly“ a aby s nimi byl schopen pohodlné, bezpečné, a přitom fyziologicky správné chůze. Pro jejich zhotovení je zapotřebí získat přesné měrné podklady, které jsou z těla jedince snímány pomocí měření, obkresů, otisků a odlitků (Sosna a kol., 2001). Měrné podklady získává protetik buď jedním způsobem, nebo jejich kombinací, a to nejčastěji v poloze, ve které bude pomůcka používána, tj. ve stojí. V první polovině roku od amputace se klient naučí zvládat vertikalizaci, cvičení rovnováhy, nezbytné kondiční cvičení zaměřené na namáhanou horní polovinu těla a za pomoci první protézy (prvovybavení) i základní chůzi s oporou francouzských holí. Během prvního roku klienti RKM doslova projdou „Školou chůze“, nácviku chůze v interiéru, nácviku překonávání překážek až po nácvik chůze v exteriéru. Finální protézu získávají přibližně ve 30. - 40. týdnu po amputaci po ustálení objemových parametrů pahýlu.

2.4 Psychosociální následky amputace

Ztráta končetiny je životní zkušenost, která jednoznačně způsobuje psychické trauma disponující všemi známkami akutní krize. Traumatická událost samotná a okolnosti, za kterých se odehrává, vyvolává u postižených především silné emoce a emoce jsou jevy, které se nám jednoduše dějí. Máme velmi malou možnost přímé kontroly a regulace emocí, a protože volní kontrola emocí je nespolehlivá, mohou emoce zcela zaplavit naše vědomí. (HONZÁK, 2017).

2.4.1 Psychické trauma

„Pod pojmem psychické trauma chápeme intenzivní prožitek ohrožení, jehož kvalita se nachází výrazným způsobem mimo rámec typického lidského prožívání a jehož intenzita překračuje psychické kapacity pro zpracovávání, které jsou člověku průměrně k dispozici“ (WÖLLER, KRUSSE, 2008, s. 300). Ze samotné definice je patrné, že psychické trauma je důsledek události nepředstavitelné, nepředvídatelné a nekontrolovatelné a je téměř nemožné jej překonat bez psychosociálních následků. Je to událost natolik intenzivní a přesahující běžnou lidskou zkušenost, že vyvolává prožitek tísně prakticky v každé osobě, která ji zakouší (VODÁČKOVÁ, 2012). Autoři Calhoun a Tedeschi o výrazu trauma říkají: *„Používáme ho*

k popsání okolností, které jsou pro jedince významnou výzvou nebo závažným způsobem narušují jeho dosavadní svět. Výrazy trauma, krize velký stresor užíváme v podstatě jako synonyma.“ (CALHOUN, TEDESCHI, 2006, s. 3).

Stejní autoři vyjmenovali některé charakteristiky, které činí událost výrazně traumatickou (modifikovaně podle CALHOUN, TEDESCHI, 1999, s. 3-5):

- událost je šokující – objevuje se náhle, neočekávaně, nepředvídaně;
- z pohledu jedince se nedá ovlivnit je mimo jeho možnosti ji kontrolovat a řídit;
- vina za průběh události leží mimo jedince, zpravidla nemůže za to, co se stalo;
- jedinci buď hrozí fyzická či psychická újma (zatím jen hrozba), anebo se negativní; dopady aktuálně projevují (jedinec je přímo zažívá);
- událost a její okolnosti nejsou pro jedince běžné, ale něčím mimořádné, výjimečné;
- událost přináší jedinci dlouhodobé a často nevratné problémy;
- jedinec přechází do další, mnohem zranitelnější etapy svého vývoje.

Všechny tyto charakteristiky odpovídají prožití traumatické události amputace.

Bezprostředně po traumatu se zpravidla u jedince dostavuje akutní stresová reakce, která trvá 2 dny až 4 týdny. Projevuje se například zúžením vědomí, dezorientací, ztuhnutím nebo naopak snahou někam utéct, depersonalizací, neadekvátním chováním, ztrátou pojmu času, prudkými změnami emocí, odtažitým chováním nebo naopak nutkavým chováním s přehnanou aktivitou. Závažnost traumatu je relativní, pro různé jedince může být různá. Je to jedinec sám, kdo hodnotí míru nebezpečnosti situace, a míru svých schopností nebezpečí zvládnout. Vyrovnání se s traumatem mívá svůj předpokládaný průběh a různí odborníci popisují jeho fáze s různým časovým průběhem reakcí.

Kořán rozlišuje 5 fází vývoje vyrovnání se s traumatickou zkušeností (MAREŠ, 2012, s. 18):

1. fáze omráčení a šoku (fáze začíná bezprostředně po traumatické události a trvá 24-36 hodin);
2. fáze výkřiku „co se stalo“ s pocity přítomnosti mimo realitu, depersonalizace, spojené s ohromením aktivity anebo naopak s puzením k nadměrné aktivitě (trvá do 3 dnů po traumatické události);
3. fáze hledání smyslu události – „proč mě to potkalo“ (trvá přibližně 3-14 dnů po traumatické události);
4. fáze popření a zase znovuprožívání události (přibližně 2-8 týdnů po traumatické události);
5. posttraumatická fáze (přibližně 1-3 měsíce po traumatické události).

Toto je samozřejmě jen obecné schéma, které nemusí vystihovat individuální prožívání traumatu, u konkrétních jedinců mohou vykazovat fáze jiný časový průběh a některá stadia se mohou vracet. „Existují i případy jedinců, kteří v traumatické, tedy nenormální situaci vykazují dál své normální chování, jako by se jich neštěstí vůbec nedotklo (...) Zmínění jedinci jsou však osobnostně vybaveni jinak, jsou odolnější než ostatní a dokážou se s traumatem sami vyrovnat, „ustát ho“ (MAREŠ, 2012, s. 19). Tomuto „úказu“ se věnuji v další kapitole popisující strategie zvládnání zátěže a současně v jedné případové práci v empirické části diplomové práce.

Po určité době od traumatické události se u řady osob může objevit posttraumatická stresová porucha.

2.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí má tato klinická jednotka označení F 43.1. a je definována jako stav, kdy s odstupem několika týdnů až měsíců po traumatické události dochází u jedince k znovuprožívání traumatu. Porucha je charakterizována opakovaným prožíváním traumatu ve vnucujících se, mučivých vzpomínkách, snech, halucinacích a retrospektivách (flashbacks). Nežádka jde jen o smyslové vjemy (pachy, zvuky) anebo o dílčí disociované fragmenty události, kdy jedinec není schopen vzpomenout si na trauma v celé jeho afektivní a kognitivní dimenzi (WÖLLER, KRUSSE, 2008). Je to obranná reakce organismu, celek prožitého traumatu by byl pro jedince příliš destruktivní. Tyto myšlenky a představy „vpadávají“ do vědomí a spouštějí intenzivní emoční reakce (paniku, děs, zármutek či zoufalství), které jsou často doprovázeny somatickými reakcemi jako je např. tachykardie, tachypnoe, studený pot, nauzea apod. Jedinci s PTSP nejsou schopni prožívat pozitivní pocity jako je štěstí láska a intimita (anhedonie), ztrácejí zájem o obvyklé činnosti, emociálně a sociálně se stahují, jsou neustále „ve střehu“ (hypervigilita), trpí nespavostí, podrážděností a mají potíže s koncentrací (STEPHEN, 2017). Objevují se pocity úzkosti, depresivní stavy, občas dokonce i suicidální myšlenky. Tento negativní stav trvá zpravidla několik týdnů až měsíců, mívá kolísavý průběh a většinou se po čase upraví. Někdy však může přejít až v chronický stav s trvalou změnou osobnosti (MAREŠ, 2012).

Téměř všechny výše zmíněné příznaky PTSP popisovaly ve svých vyprávěních „amputaři“, kdy amputace byla důsledkem dopravní nehody nebo jiného destruktivního traumatu. Mezi typickými příznaky bylo vypadávání paměti, fragmentování zážitku, záblesky jednotlivých okamžiků, které je přepadávají často v nečekaných životních situacích a také důsledné vyhýbání se místu, kde se nehoda stala anebo lidem, kteří ji způsobili. Všechny

symptomy – shrnuté pod pojmy vtíravost, vyhýbání a nabuzení – mohou být vlastně považovány za normální reakci na nenormální situaci. Amputovaná končetina jim jako stigma, které mají denně na očích, trvale připomíná přežití traumatu.

2.4.3 Stigmatizace a sociální identita

Termín *stigma* zavedli Řekové a tímto termínem označovali tělesné znaky, prostřednictvím kterých vycházelo najevo cosi neobvyklého a špatného o statusu označovaného. „*Tyto znaky se vyřezávaly či vpalovaly do těla a upozorňovaly, že jejich nositel je otrok, zločinec či zrádce – osoba pošpiněná, rituálně nečistá, již je radno se vyhýbat, a to zejména na veřejnosti*“ (GOFFMAN, 2003, s. 9). Když se poprvé vidíme s námi neznámou osobou, prvotní dojem z ní nám často stačí k jisté kategorizaci a předjímání její sociální identity. Vytváříme si představy o tom, čím by člověk stojící před námi vlastně měl být a tímto očekáváním vzniká virtuální sociální identita, která nemusí mít nic společného se skutečnou sociální identitou posuzovaného člověka. Zjevné stigma, jako jev nežádoucí odlišnosti od toho, co jsme čekali, potom redukuje celistvost osobnosti na osobu poskvrněnou, zdiskreditovanou a formuje základ nesouladu-diskrepance mezi její virtuální a skutečnou identitou (GOFFMAN, 2003). Vzhledem ke společenskému diktátu zdraví a krásy má „dokonalá tělo“ vysokou hodnotu, a protože lidé po amputaci tato estetická kritéria nespĺňují, snižují se jejich šance na přijetí a na plnou akceptaci ze strany okolí. Stigma snižuje jejich tělesnou atraktivitu, ohrožuje jejich sebepojetí a sebehodnocení, rozvíjí pocit, že jsou pro druhé méněcenní, že na ně mohou působit odpudivě, nebo v nich přímo vzbuzovat odpor. „*Plně a viditelně stigmatizovaní musí snášet zvláštní pohanu vědouce, že mají svou situaci takřkajíc vepsánu ve tváři a že téměř každý může dohlédnout až na dno jejich nesnází*“ (GOFFMAN, 2003, s. 146). Na devalvací své hodnoty, která přichází jako odezva od jiných (urážení, zesměšňování nebo přehlížení) reagují úzkostně, anebo afektivně a vlivem toho sami sebe prezentují defenzivně (obrana, ospravedlňování, vysvětlování), anebo se snaží zvýšit hodnotu sebe sama účelovým sebezobrazujícím chováním. Všechny tyto formy sebezobrazování mají úzkou spojitost s prožívanou frustrací a nejistotou (NAKONEČNÝ, 2009).

Díky odlišnosti od „normálních“ vznikají smíšené sociální situace, kdy je stigmatizující buď vystavován okukování a vpádům do soukromí (neomalené otázky), je tzv. „pod lupou“, anebo se naopak okolí, z obavy, aby nepřekračovalo svým účastným chováním žádoucí hranice, chová ke stigmatizovanému jako by neexistoval. Pro všechny účastníky, zvláště však pro stigmatizovaného, je zvládnání těchto situací náročné a problematické a vede k obtížným

interakcím. Okolí obvykle nereaguje úmyslně zle, jen si neumí se situací vyvolávající napětí poradit. Obyčejně stačí podat pomocnou ruku, vysvětlit svou zvláštnost, „dovzdělat“ zúčastněného a citlivě dát najevo, že navzdory vzhledu je pod povrchem plnohodnotná lidská bytost. Přehlížení a netaktní poznámky je dobré nechat bez odezvy a dá se říci, že zde také platí pravidlo, že pokud stigmatizovaný dokáže brát svou odlišnost opravdu nenuceně, umožní tím svému okolí chovat se k němu v různých sociálních situacích rovněž bezprostředně.

Podle sociologa E. Goffmana existují pouze dvě skupiny osob, od kterých může stigmatizovaný očekávat podporu a pochopení, aniž by se při styku s nimi musel za svou vadu stydět, úzkostně se snažit o sebekontrolu a svůj status objasňovat. Jednu skupinu tvoří osoby postižené stejným stigmatem, lidé stejné kategorie, kteří znají vše, co život se stigmatem obnáší a trpí stejnou deprivací. Druhou skupinu nazývá „zasvěcení“, osoby sice normální, ale vědoucí díky své práci nebo těsnému soužití se stigmatizovaným. Patří sem lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, sociální pracovníci a také životní partneři, rodinní příslušníci či důvěrní přátelé (GOFFMAN, 2003).

3 STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE A SOCIÁLNÍ OPORA

Každý je po amputaci postaven před nelehký úkol akceptace tohoto výkonu, přizpůsobování se nové životní situaci a zvládnutí trvalého znevýhodnění. Nejobtížnější se zdá akceptování nepřijatelné skutečnosti, že se svým handicapem bude žít až do smrti a nepodlehnutí zoufalství, že už nic v jejich životě nebude jako před traumatem (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Nevyhnutelně probíhající sebeexplorace (sebezpochybnění) se obvykle chápe jako újma, jako něco, co sebou nese nepřiměřenou sebekritiku, ona ale s sebou současně nese umožnění změny postoje, akceptaci nejistoty, adaptaci, žití v souladu ducha a těla, žádoucí katarzi a nalezení osobnostní stability (PONĚŠICKÝ, 2011).

Na pozdější vyrovnání se s traumatem má vliv mnoho vstupních proměnných, důležitá je možnost čerpání sociální opory, charakteristika jedinceva „já“ kam patří sebepojetí, zdravá sebedůvěra, vnímaná osobní zdatnost, sebekontrola, autoregulace a nezdolnost.

3.1 Nezdolnost

Cílem kapitoly je seznámení s pojmem nezdolnost (resilience), různými možnostmi definování pojmu a vytyčení základů, o které se teoretický koncept resilience opírá. Jsou zde popsány důležité rozdílnosti ve vnímání charakteru resilience (resilience jako rys, resilience jako proces) a definovány faktory, které v procesu nezdolnosti působí protektivně, a které jako rizikové.

Slovo resilience má latinský kořen: *salite* – skákati a předponu *re* – zpět (viz *resillition*-obnovený útok). Výkladový slovník cizích slov nabízí významově odpovídající synonyma – **nezdolnost, houževnatost, odolnost a pružnost**. Resilience (Slovník cizích slov, 2018) je v něm dále vysvětlována jako míra odolnosti, jako schopnost přizpůsobit se nepříznivé a náročné životní situaci. Podle Křivohlavého (2009) znamená termín resilience doslova pružnost, elasticnost, houževnatost, nezlomnost – schopnost rychle se vzpamatovávat. Šolcová říká, že resilience není osobnostní rys, ale to, že jedinec projevuje svou nezdolnost ve svém chování a jednání (ŠOLCOVÁ, 2009). Nezdolnost se zkušenostmi v průběhu života mění a lze ji i cíleně cvičit, trénovat, kultivovat a posilovat. Je to jedna z nejdůležitějších osobnostních charakteristik, které ovlivňují pozdější posttraumatický rozvoj jedince. Mnohdy je chápána jako lidská vlastnost, adaptabilita, jako příznivý rys osobnosti, který má více podob. Nově je resilience spíše chápána jako dynamický děj, jako proces odolávání.

Můžeme rozlišit tři individuální podoby odolnosti (MAREŠ, 2012, s. 29):

- návrat k normálu (recovery);
- rezistence, odpor (resistance);
- změna, rekonfigurace (reconfiguration).

Návrat k normálu je popisovaný jako stav, kdy je jedinec traumatickou událostí dočasně vychýlen z normálního stavu, po jejím odeznění se však rychle vrací do předstresového stavu a distres na něm nezanechá nepříznivé stopy. Tento návrat k normálnímu stavu fungování lze popsat jako normální adaptaci, jako projev elasticity.

Druhou z podob odolnosti je **rezistence**. Je to stav, kdy jedince traumatická zkušenost nevychýlí z normálního stavu, a to ani během působení stresoru a také ne po jeho odeznění. Během tří let mé práce na Rehabilitační klinice Malvazinky jsem poznala pouze jednu mladou klientku, která zaujala takovýto postoj k traumatu, nenechala se na dlouho vyvést z míry, a už během působení traumatu (dopravní nehoda na motorce), a také po něm fungovala zcela normálně. Tímto se pochopitelně velmi liší od běžné populace, neboť neprojevuje „normální“ negativní emoce jako je strach, úzkost a smutek. Okolí, včetně profesionálů, má tendenci toto chování chápat jako neadekvátní vůči závažnosti traumatu, a proto také u takovéto osobnosti selhávají tradiční typy pomoci. Tito jedinci jsou osobnostně založeni jinak, dokážou si s traumatem poradit po svém (MAREŠ, 2012). Setkání s touto klientkou mi přineslo mnoho nových zkušeností a umožnilo poodstoupit od mých předsudků, předpojatostí a schematických očekávání, jak se lidé vypořádávají se závažnými dopady traumatické události.

Mareš popisuje poslední ze tří podob odolnosti jako **rekonfiguraci**, kdy nejde o rychlou adaptaci ani o rezistenci, ale jde o změnu osobnosti, kdy jedinec překoná trauma a vyjde z něho proměněn (MAREŠ, 2012). Přežití traumatické události jej činí více odolným, jedinec je nucen „svůj svět“ přestavět, přetransformovat, a je možné, že příště snadněji zvládne další těžké situace (STEPHEN, 2017). Klienti, se kterými jsem na klinice RKM mluvila, často o „transformaci“ vyprávěli, o tom, jak se změnil jejich pohled na život, jak se přeskupily jejich priority, že se u nich vyvinul nový smysl pro to, kým jsou a čeho jsou schopni. Pociťovali větší spřízněnost a láskyplnost ke svým blízkým a vděčnost za to, že se jejich vztahy prohloubily. *„Existuje bohužel i druhá možnost. Rekonfigurace nemusí vyústit pouze v pozitivní změny (tím se liší od posttraumatického rozvoje), neboť jedinec může být traumatem závažně a negativně poznamenán – ať už na přechodnou dobu, nebo trvale“* (MAREŠ, 2012, s. 30).

3.2 Coping

Pro anglický výraz coping máme dle psychologického slovníku český ekvivalent „zvládnání“ a znamená schopnost člověka adekvátně se vyrovnat s nadlimitními nároky, které jsou na něj kladeny (HARTL, HARTLOVÁ, 2004). Obecně lze coping chápat jako snahu překonat nepříznivé životní podmínky, které přesahují adaptační schopnosti jedince, a tento proces přizpůsobování probíhá za pomoci obranných mechanismů, kdy jedinec vytěšňuje ohrožující pocity úzkosti, studu a strachu z vědomí a bývá často provázen pocity ztráty osobní hodnoty (non-person) a schopnosti mít život pod kontrolou (KŘIVOHLAVÝ 2002).

Mezi nejčastější obranné mechanismy např. patří (modifikovaně podle NAVRÁTIL 2001, KŘIVOHLAVÝ, 2002):

- popírání a relativizace postižení;
- potlačování emocí (racionalizace);
- sestup na vývojově nižší stupeň (regrese), např. trucování, pláč, stáhnutí se do sebe;
- obviňování druhých (externalizace viny);
- neracionální sebeobviňování;
- projekce vlastních přání a pocitů do druhých;
- vyhýbání se všemu, co vyvolává úzkost (avoidance);
- zlehčování vlivu postižení k zabránění pocitů závidivosti vůči zdravým;
- žití v bezmocné závislosti na blízkých;
- altruistické opečování a přizpůsobování se druhým.

Vyjmenované obranné reakce mohou být dočasně adaptivní a užitečné, chrání jedince v období, kdy není psychicky připraven čelit traumatické zkušenosti. „*Odvracení bolestivých pocitů představuje ochrannou reakci, která může nemocnému pomoci při zvládnání překerní situace. Stávají se problematickými teprve ve chvíli, kdy ochranná opatření vyústí v chorobné chování, které ohrožuje terapii pacienta nebo vede k rozvoji psychosociální symptomatiky*“ (WÖLLER a KRUSSE, 2008, s. 311). Uzavřít se do bludného kruhu vyhýbání však brání možnosti trauma překonat. Právě v tomto stadiu je nejdůležitější přistoupit k jiným strategiím zvládnání více zaměřeným na přiblížení. Podle Stephena existují dva typy zvládnání přiblížením – zvládnání zaměřené na problém a zvládnání zaměřené na emoce (STEPHEN, 2017). Jedinci, kteří adaptaci řeší zaměřením na problém, se zabývají plánováním, strategiemi a řešením problémů, které traumatem vyvstaly. V případě klienta po amputaci to představuje plánování, jak si nechá seřídít automobil na ruční řízení, jaké úpravy v domě nechá udělat, aby zvládal

bariéry, rekvalifikaci, aby mohl být dále ekonomicky nezávislý. Zvládání zaměřené na problém umožňuje amputovanému naučit se v životě nově fungovat a je spojen s větším posttraumatickým růstem. Způsob zvládání zaměřený na emoce přináší úlevu prostřednictvím blízkých osob (STEPHEN, 2017). Sociální podpora (níže jí věnuji celou podkapitolu) je zásadní, ať už přichází od rodiny, přátel, nebo odborníků a je nejspíš nejcennější, když motivuje lidi, aby za svůj život převzali odpovědnost.

3.2.1 Copingové zdroje a strategie

Úspěšné zvládnutí výše zmíněných obranných mechanismů znamená pozitivní přínos vědomí vlastní moci nad dějem událostí, osobní nasazení a vlastní iniciativu, schopnost bojovat s myšlenkou, že jsem kompetentní k zvládnutí dané těžkosti.

Metod, jak se vyrovnat s tělesným handicapem a s těžkostmi z něj vyplývajícími, je mnoho a jejich volba kromě jiného úzce souvisí s osobnostním nastavením traumatizovaného. U lidí, kteří úspěšně zvládají životní těžkosti, se častěji objevují osobnostní charakteristiky jako je např. extroverze, otevřenost, nezdolnost (odvaha k životu), optimismus a smysl pro humor, sebedůvěra a sebeúcta, smysluplnost života, snaha mít kontrolu nad chodem událostí, vnímaná vlastní zdatnost (self-efficacy) a vyhledávání sociální opory (KŘIVOHLAVÝ, 2009). K pozitivnímu reagování na úraz patří pozitivní přehodnocení traumatické zkušenosti a hledání, jaký přínos amputace má, kognitivní přehodnocování situace a v neposlední řadě i praktické zvládání nové situace, psychologické i praktické adaptování se na život s protézou (MAREŠ, 2012). Posilování sebeúcty lze „trénovat“ připomínáním si vlastních pozitivních vlastností, předností, úspěchů, bojem se sebezničujícími myšlenkami a používáním afirmace (stvrzení, souhlas). K afirmaci sebe sama mohou patřit věty typu: „*Stojím za něco*“, „*Viditelné zmrzačení ze mne nedělá méněcenného člověka*“, „*Jsem schopna milovat a být milována*“, „*Mohu přijmout svůj handicap a nemusím mu věnovat sebezničující pozornost.*“ Nesnadno vybudované a přijaté kladné sebehodnocení tvoří základ pro sociální srovnávání se s ostatními a významně ovlivňuje to, jak nás následně okolí chápe a přijímá (DEVITO, 2008). Přístup ke strategii zvládání krize po traumatu z amputace je velmi individuální, proto naprosto rozhodující vliv na její úspěšnost mají kromě osobnostního nastavení a pozitivního vztahu k vlastnímu tělu také interpersonální sociální vazby. Podporující a bezpečí navozující vztahy pacienty stabilizují, odvracejí nebezpečí sociální izolace a často pozitivně ovlivňují i somatický průběh rekonvalescence (WÖLLER, KRUSSE 2008). Komunikace s podporujícími lidmi kromě posilování osobní sebeúcty napomáhá zvládat obavy ze sebedhalení a současně motivuje k ochotě oplácet důvěrností, otevřeností a autenticitou, kdy

druhým sdělujeme, že jim plně důvěřujeme a respektujeme je. Jistá míra sebeodhalení je pro otevřenou komunikaci nezbytná, posiluje schopnost poradit si s problémy a pomáhá objevit nový pohled na sebe sama. Otevření se druhým ovšem vyžaduje odvalu a přes nesporný pozitivní efekt sebou nese i jistá rizika, na která je třeba brát zřetel. Při sebeodhalení je důležité respektovat důvěrnost sdělení, být si vědom jejich nevratnosti a případné zranitelnosti či slabosti, která po sebeodhalení může nastat. Také je důležité pro sdílení nalézt vhodný okamžik. Rozsah sebeodhalení by měl být přiměřený vztahu, sebeodhalení by mělo být „užitečné“ pro všechny zúčastněné a v žádném případě nesmí být pod tlakem vynucené (DEVITO, 2008). Pro traumatizované je svěřování se se svým postižením bolavé, a proto je tak důležité, aby měli možnost se sami rozhodnout komu, kdy a v jakém rozsahu se svěří. Ventilace, zveřejnění negativních emocí, napomáhá vyrovnat se s těžkostmi a sníženou kvalitou života. Někdy stačí je vyslovit, pojmenovat, nebo o nich napsat a negativní emocionální dopad se zmírní. „Každý si přeje být viděn respektován a pochopen; proto je však nutno něco dělat, vyvolat v druhém zájem, spolucítění – třeba pouze tím, že se mu upřímně svěřím či že i já jemu naslouchám“ (PONĚŠICKÝ, 2011, s. 24).

3.3 Sociální opora, její definice a pojetí

„Vědomí, že druzí lidé jsou připraveni člověku pomoci, vytváří pocit sociální jistoty, která usnadňuje podstoupení rizika a povzbuzuje člověka k tomu, aby se samostatně pokusil řešit problém, před nímž stojí.“

N. Krause

Definicí sociální opory je mnoho, pro tuto práci jsem si vybrala definici Jaro Křivohlavého z Psychologie zdraví, kde říká, že *sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 94). V životě člověka s traumatickou zkušeností nastávají náročné stresogenní situace, se kterými si sám nedovede poradit. Sociální opora, poskytovaná prostřednictvím osob blízkých nebo profesionály, mu tyto situace ulehčuje a napomáhá k dosažení vytoužené duševní pohody. V tomto smyslu dělíme úroveň poskytované sociální opory na makroúroveň, mezoúroveň a mikroúroveň. **Makroúroveň** představuje celospolečenskou formu pomoci, jakou je sociální pomoc a podpora od organizací řízených státem nebo neziskových organizací. **Mezoúroveň** zajišťuje pomoc od sociálních skupin z okolí sociální sítě jednotlivce a mohou to být například spolupracovníci, kamarádi ze zájmových organizací, členové náboženských sdružení nebo sousedé apod. V **mikroúrovni**

sociální opory jde o pomoc a oporu od nejbližších osob daného člověka, např. od partnera, rodiny nebo blízkých přátel, představuje hlavní zdroj pomoci v těžkých životních situacích a zrcadlí kvalitu intimních vztahů (ŠOLCOVÁ a KEBZA, 1999, KŘIVOHLAVÝ 2009).

Pozitivní účinky sociální opory spočívají v dobrých mezilidských vazbách, kdy lidé s dobrou sociální sítí a s vytvořenými podpůrnými sociálními vztahy disponují lepším fyzickým i duševním zdravím, kdy systém sociální opory funguje jako „náravník“, chrání lidi proti negativnímu vlivu stresových událostí. Nejlépe jsou ochráněni lidé, kteří fungují v malých homogenních sociálních skupinách s pevnými, intenzivními vztahy a s dobře probíhající zpětnou vazbou (ŠOLCOVÁ a KEBZA, 1999).

Sociální opora nemusí však přinášet pozitivní účinky vždy, a to navzdory tomu, že je poskytována s dobrou vůlí (hovoříme o opoře negativní), nebo naopak nabízí pozitivní účinky, ale příjemce ji nepřijímá. Je to dynamický proces, který se mění v čase, úroveň i formou a zúčastněnými (podporující, přijímající i nezávislý pozorovatel) je vnímán vždy subjektivně. „*Mění se v závislosti na situacích, životních událostech, na věku a sociální začleněnosti jedince*“ (MAREŠ, 2001, s. 22).

3.3.1 Druhy sociální opory

Existují čtyři základní druhy sociální opory:

Emocionální opora je poskytována empatickou formou, ze strany pomáhajícího jde o projevení soucítění, lásky, ochoty sdílet, náklonosti a naděje, která přináší útěchu a uklidnění. Empatii podle Davida Caina lze definovat jako „*touhu a úsilí pochopit jaké to je být v kůži druhého a jakým způsobem se s ním dorozumět o jeho prožívání (...)* Sociálně vzato, *neodsuzující a chápavý postoj k druhým je zdrojem silných prožitků a přináší pocit vlastní hodnoty a podpory ze strany okolí*“ (CAIN, 2006, s. 39). Umožňuje člověku pocítit, že je přijímán, akceptován, že je milován a že jeho blízcí jsou připraveni mu v případě potřeby pomoci. **Hodnotící oporou** je posilováno sebevědomí a sebeúcta člověka. Jejím prostřednictvím se vyjadřuje respekt k člověku a ochota ke spolusdílení jeho potíží, a také může kladně ovlivnit subjektivní pojetí osobní kompetence (KŘIVOHLAVÝ, 2009, ŠOLCOVÁ a KEBZA, 1999). Amputovaným nemůžeme slíbit ani zázračné uzdravení ani neexistenci amputované končetiny, ale můžeme jim vyjádřit pochopení a podporu k odvaze životní komplikace zvládat. Další neméně důležitá opora a pomoc spočívá v poskytování důležitých informací. **Informační opora** napomáhá klientovi se správně orientovat v obtížné životní situaci a usnadňuje mu rozhodování. Je vždy důležité poskytnout klientovi veškeré dostupné informace o jeho diagnóze, o možnostech léčby a potenciálních komplikacích,

možnostech současné protetiky a prognóze návratu do života. Bází této opory je rozhovor provázený empatickým nasloucháním. Při rozhovoru poskytovatel opory zjišťuje klientovy představy a potřeby, kdy během naslouchání příjemce nepodrobuje hodnocení, ani ho nekritizuje a nepodává vlastní interpretace. Informační oporu mohou poskytovat profesionálové (lékaři, sestry, sociální pracovníci, terapeuti), ale také stejně postižení lidé, kteří mají s nemocí a jejími důsledky více zkušeností (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Takovéto opory se jedince dostává buď ve zdravotnických zařízeních, anebo v patientských organizacích. U „amputářů“ je to např. sdružení No Foot No Stress! (NO FOOT NO STRESS!, 2018) nebo Černí koně (ČERNÍ KONĚ, 2018). Poslední ze čtyř jmenovaných druhů opor je **instrumentální opora**, díky které dochází k naprosto věcným a praktickým formám pomoci, jako je např. asistence, materiální podpora, vyřízení potřebných záležitostí a úředních úkonů, kdy iniciativa vychází přímo od poskytovatele sociální opory (KŘIVOHLAVÝ, 2009).

3.3.2 Očekávaná a přijímaná sociální opora

„U sociální opory je potřeba odlišovat to, co daná osoba v tísní očekává, že jí bude formou sociální opory poskytnuto, od toho, co tato osoba chápe jako sociální oporou skutečně získané“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 96).

Očekávaná (anticipovaná) sociální opora je výsledkem osobního přesvědčení klienta, že mu bude opora poskytnuta, že je druhými lidmi respektován a přijímán, je výsledkem jeho reflexe sociálního prostředí. Velmi úzce souvisí s osobnostním nastavením a s osvojenými sociálními dovednostmi jedince, jako je extroverze, asertivita, empatie, sociální percepce, připravenost řešit problémy, komunikace a mnohé další.

Obdržená sociální opora naproti tomu prezentuje podpůrné transakce (např. informační, instrumentální nebo materiální povahy), které se příjemci opory prakticky poskytly. Z těchto definicí zřetelně vyplývá, že anticipovaná opora reflektuje očekávání a získaná je založena na konkrétní, osobní zkušenosti. Získanou oporu může nerealistické očekávání příjemce i poskytovatele opory přecenit nebo naopak podhodnotit, a tím je ohrožen její základní předpoklad úspěšnosti a to, že bude vyhovovat potřebám adresáta.

Závěrem této kapitoly lze slovy Jaro Křivohlavého říci, že největší užitek ze sociální opory má *„ten, kdo má druhé lidi rád, kdo je ochoten s nimi navazovat kontakty a být jim nápomocen, ten je též tím, kdo má sám nejvyšší užitek ze sociální opory“* (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 109).

4 KVALITA ŽIVOTA A POSTTRAUMATICKÝ ROZVOJ

Problematiku kvality života zkoumá, hlavně v posledních třiceti letech, mnoho vědních oborů (medicína, filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika a další obory). Úhel pohledu jednotlivých vědních oborů na kvalitu života, jejich metody zkoumání a měření jsou natolik rozdílné, že je jen velmi nesnadné vytvořit akceptovatelnou definici kvality života (GURKOVÁ, 2011).

4.1 Vymezení pojmu kvalita života

Nejčastějším objektem hodnocení je individuální život, kdy jej nechápeme jen v úzkém významu biologické existence, ale jako komplexní pojem zahrnující všechny oblasti jeho činnosti, tzn. život osobní, citový, duchovní, rodinný, společenský a pracovní. Běžně používaná slovní vyjádření – např. „jaký je to život“, „jak jde život“ – naznačují, že pod tímto pojmem vyjadřujeme způsob, jak žijeme. V běžné komunikaci vyjadřuje pojem kvalita života většinou pozitivní představu pojmu kvalita (kvalitní = dobrý). V odborném jazyce se termín kvalita života používá na popis pozitivních i negativních aspektů života (GURKOVÁ, 2011). Individuální život nelze chápat pouze v úzkém významu jeho biologické existence, ale jako komplex, který zahrnuje všechny jeho projevy a činnosti v oblasti citové a sociální, v oblastech spojených s dosahováním životních cílů a s prožíváním životního štěstí. Kvalitu života člověka můžeme hodnotit jako multidimenzionální, subjektivní, individuální a komplexní. Hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je podloženo pozorováním a porovnáváním naší existence s našimi očekáváním nebo se životy druhých lidí. Jaká je ale norma, standard, pro konstatování, že žijeme život kvalitní? Co znamená dobrý život a jaké „kvality“ obsahuje pojem kvalita života? Zjednodušeně by se dalo odpovědět, že kvalitu života určuje naplnění objektivních a subjektivních hodnot. Podle Gurkové (2011) se dá objektivní kvalita života definovat splněním materiálních a sociálních potřeb života a fyzického zdraví. Subjektivní kvalita života se odvíjí od subjektivní pohody, spokojenosti se životem ve vztahu k osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec. Její měření je vlastně porovnávání jednotlivých životů různých lidí s důrazem na to, co je pro každého důležité. Z toho vyplývá, že se kvalita života nedá definovat jako něco všeobecně závazného, je to pojem formální, hypotetický konstrukt, latentní proměnná, kterou lze naplnit pouze individuálním obsahem (DŽUKA, 2004). Ještě složitější je to s definováním kvality života související se zdravím.

4.1.1 Kvalita života související se zdravím

Zdraví je pojem všeobecně známý, což ale neznamená, že je snadno vysvětlitelný. Velmi dobře známá je definice zdraví WHO z roku 1946: „Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nejen nepřítomnost choroby nebo vady“ (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011, s 62). V této definici je nejproblematictější vágnost pojmu “úplná pohoda“, která je jen těžko všemi stejně chápána. Stejně tak jako jej definovat se dá ke zdraví přistupovat mnoha způsoby a podle Vašiny existují čtyři typy přístupů (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ, GOLDMANN, 2011, s 62.:

- **bio-patologický** typ (mechanisticko-individualistický) vychází z bio-medicíny a k člověku přistupuje jako k organismu, u kterého sleduje přítomnost poruchy či nemoci;
- **ekologický** typ (mechanisticko-kolektivistický) sleduje interakci člověka s prostředím a zde se posuzuje vhodnost či škodlivost životního prostředí;
- **biografický** typ (humanisticko-individualistický) se zaměřuje psychologicky na člověka, měřítkem je tu sledování zvládání či nezvládání potíží;
- **komunitní** typ (humanisticko-kolektivistický), který sleduje jednotlivce v jeho sociálních vztazích a kritériem je schopnost vřadit se do společnosti anebo osamocenost.

Zcela obecně a ve všeobecné shodě panuje názor, že zdraví je „dar“; je to mimořádná a velice žádoucí životní hodnota. Souvislost mezi zdravím a kvalitou života vystihuje D. Seedhouse, kterého citoval Křivohlavý: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 40). Citace definuje kvalitu života s ohledem na spokojenost daného člověka s dosahováním cílů určujících směřování jeho života. Všichni máme individuální fyzické a intelektuální potenciály a to, jestli se nám podaří je naplno využít a proměnit ve šťastný, smysluplný a prospěšný život závisí nejen na nás, ale také na životních podmínkách, na našem „osudu“. Mezi základní životní podmínky patří mít uspokojené základní životní potřeby a jistoty (jídlo, pití, teplo, bydlení), dále pak uspokojivý přístup k informacím, které ovlivňují náš život, dostatečná dovednost pracovat s nimi a následně činit rozumná svrchovaná rozhodnutí s ohledem na druhé lidi a prostředí (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Momentální stav zdraví jednotlivce závisí na stupni, ve kterém jsou tyto podmínky uskutečňovány. Všechny nevýhody, handicapy a nedostatky, kam stav po amputaci jistě patří, ztěžují jedinci dosažení pocitu spokojenosti

a naplnění cílů svého života. Pro člověka samotného je nejdůležitější, jaký dopad má úraz na jeho schopnost pokračovat v „normálním životě.“ Jak moc bude odkázán na pomoc druhých a do jaké míry bude tím pádem nesvobodný v běžném osobním životě i ve svých životně důležitých rozhodnutích. „*Úkolem péče o zdraví v celé jeho šíři, je tlumit až odstraňovat tyto nevýhody (liabilities) a zároveň upevňovat a posilovat kladné podmínky zdravého života*“ (KŘIVOHLAVÝ, 2009, s. 40).

4.1.2 Kvalita života jedinců po amputaci

Už samotný výraz amputace navozuje nepříjemné asociace, přitom odnětí části končetiny bývá jedním z nutných chirurgických zákroků zachraňující život a často umožňuje jedinci, za pomoci ortopedické protetiky a kompenzačních pomůcek, bezmála plnohodnotný návrat do života. Amputovaný je touto traumatickou zkušeností pozměněn, prošel náročnými emočními stavy, získal nové znalosti o sobě a svých blízkých, uvědomil si bytostně vlastní zranitelnost. Od té doby vidí svět jinýma očima. Amputace přináší velkou somatickou a funkční trvalou změnu, kdy návrat na primární úroveň není možný a nutí člověka, aby přehodnotil pohled na sebe sama a na svůj další život. Jde o to, jak sám sebe společensky znevýhodněný člověk vnímá, jaká má životní očekávání, motivace, přání a zájmy, a samozřejmě také o to, jak se mu v rámci společnosti daří toto vše uskutečňovat. Hledání smyslu dalšího života jej může dovést až k posttraumatickému rozvoji osobnosti (tomuto tématu se věnuji v další podkapitole práce) anebo naopak k negativním změnám osobnosti (MAREŠ, 2012).

Amputace je bezesporu nežádoucí životní událost, je to jakási životní křižovatka, která mění směr v trajektorii života. Takovéto životní události jsou subjektivně velmi intenzivně prožívány, doprovázeny složitými psychickými procesy, mění život jednotlivce a vstupují do jeho sociálních vztahů (PAYNE, 2005). Životní změny, které amputace přináší, nastávají zejména v oblasti somatické, psychické a sociální. Somatickými dopady je především míněna změna vnímání vlastního těla, zažívání bolesti v místě rány a mnohdy i prožívání fantomové bolesti v odebrané, už neexistující části těla. Fantomová bolest trápí častěji pacienty, kteří přišli o končetinu následkem devastujícího traumatu, méně často po sekundární amputaci. K dalším somatickým negativním dopadům patří změna pohybových stereotypů těla, oslabení některých svalových skupin, a naopak přetížení jiných (vznik svalových dysbalancí), zvýšená únava, neboť nácvik chůze s protézou je velmi fyzicky náročný, přechodně zhoršená soběstačnost a sebeobsluha a v neposlední řadě poruchy spánku (MAREŠ, 2012).

Mezi nejčastěji vysledovanými psychickými problémy jsou pocity méněcennosti, snížené sebepojetí, emoční labilita, depresivní stavy, zpochybňování smyslu pokračujícího života, úzkosti z neisté budoucnosti, anhedonie, strach ze zhoršování zdravotního stavu a ze sociálních a ekonomických dopadů amputace. Často se u pacientů objevují maladaptivní strategie zvládnání zátěže, kam patří konzumování alkoholu a jiných drog, přejídání se, poruchy přizpůsobení se a odmítání protézy.

Pokud jde o sociální dopady, můžu zmínit zvýšenou závislost na druhých lidech, ale stejně jako u soběstačnosti, bývá závislost na druhých dočasná. Traumatická událost amputace má samozřejmě vliv na život celé rodiny, na partnerské soužití obecně a na sexuální život zvlášť. Nezřídka vede k sociální izolaci, stažení se ze společnosti a je spojena s omezeními, která vedou k problémům s rekvalifikací a s hledáním nového zaměstnání.

„Jakkoli je amputace pro člověka traumatickou událostí, nemusí vždy končit trvalými negativními následky na jeho psychiku i na kvalitu života.“ Také v těchto případech se setkáváme s lidmi, kteří se dokázali s tímto zákrokem vyrovnat a někteří z nich se dostali nad úroveň kvality svého života před operací; dostavil se u nich posttraumatický rozvoj osobnosti.“ (MAREŠ, 2012, s. 140).

4.2 Posttraumatický rozvoj osobnosti

„Když už nejsme schopni změnit situaci, máme těžký úkol změnit sebe“. Viktor E. Frankl

Překonání traumatické zkušenosti a posttraumatický růst neznamená absenci emoční nepohody a životních obtíží, ale také to neznamená, že kvalita našeho života bude po traumatu už navždy špatná. Význam slova růst v sousloví posttraumatický růst naznačuje, že je možné ze zápasu s neštěstím vyjít na druhé straně, někdy silnější a s filozofičtější přístupem k životu. Termín posttraumatický rozvoj – Posttraumatic Growth (PTG) byl poprvé použit v práci Tedeschiho a Calhouna (1995) a tito autoři popsali hlavní argumenty ve prospěch termínu později takto (modifikovaně podle TEDESCHI, PARC, CALHOUN, 1998, s. 3):

- termín jasně říká, že osoby zažívající tento jev se rozvíjejí nad svoji předchozí adaptační úroveň;
- rozvoj se dostavil jako následek mimořádně nežádoucích událostí;
- změna k lepšímu je skutečná, dochází k transformaci dané osobnosti;
- termín je záměrným protikladem vůči známému odbornému termínu posttraumatická stresová porucha (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD).

Model posttraumatického rozvoje Tedeschiho a Calhouna je jeden z nejdůležitějších teoretických modelů a obsahuje řadu proměnných, z nichž nejdůležitější jsou: osobnost před traumatem, exponování jedince traumatu, kognitivní restrukturační, sociokulturní vlivy, posttraumatický rozvoj a životní spokojenost.

Autoři předpokládají, že pozitivní změna vlivem traumatu nastává u jedince v pěti oblastech (CALHOUN, TEDESCHI, 2006):

1. jedinec objevuje své silné stránky, o nichž doposud nevěděl;
2. vlivem traumatu se mění jedincovo vnímání vlastního „já“;
3. mění se jedincovi vztahy k ostatním lidem (směrech ke vstřícnosti);
4. přeskupují se jedincovy životní hodnoty, nastává hlubší porozumění životu;
5. dochází ke změnám v duchovní oblasti (příklon k víře);

Posttraumatický rozvoj osobnosti je v tomto modelu definován jako výrazná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě v důsledku traumatické události. Rozvoj je charakterizován skutečností, že jedinec se dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a porozumění života (MAREŠ, 2012).

4.2.1 Osobnost před traumatem

V odborné literatuře se za důležité proměnné považují ty charakteristiky osobnosti, které mají dispoziční nebo konstituční charakter (temperament, emoce), také se sleduje psychosomatické vývojové stádium a jedincův celkový zdravotní stav (somatický i mentální). Pro pozdější vyrovnání se s traumatem jsou důležité charakteristiky jedincova „já“ jako je sebezpečí, sebedůvěra, uvědomovaná osobní zdatnost, sebekritičnost, autoregulace a sebekontrola (MAREŠ, 2012). Mezi výše zmíněné proměnné patří také odolnost, jako jeden z nejdůležitějších příznivých rysů osobnosti a tomuto tématu jsem se věnovala podrobně v kapitole STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE.

U lidí, kteří úspěšně zdolávají životní těžkosti, se častěji objevují osobnostní charakteristiky a silné stránky, např. extroverze, otevřenost, optimismus a smysl pro humor (KŘIVOHLAVÝ, 2009). Seligman, zakladatel hnutí pozitivní psychologie, definuje 24 silných stránek jedince, které pojmenovává jako „zralé obrany“. Jako nejvýznamnější z nich vyzdvihl altruismus, schopnost oddálit požitky, orientaci na budoucnost, naději, optimismus a smysl pro humor. Jedinci, kteří oplývají těmito zralými obranami, mají vyšší frustrační toleranci, větší odolnost vůči depresi a mají tendenci své problémy interpretovat jako přechodné, zvládnutelné a ohraničené. Umění naděje podle Seligmána znamená schopnost jedince nalézat trvalé a univerzální příčiny dobrých událostí a zároveň přechodná a specifická

vysvětlení pro neštěstí, které nás potkávají (SELIGMAN, 2015). Dle Stephena jsou jádrem posttraumatického růstu tři existenciální témata. Prvním je vědomí, že život je nejistý a nestabilní. *Tolerance vůči nejistotě* a schopnost přijmout ji pomáhá jedinci ve zvládnutí překážek a podporuje jej v růstu. Druhým je *psychická všímavost* (mindfulness), která znamená porozumění tomu, jak spolu navzájem souvisí naše myšlenky, emoce a chování a z toho vyplývá osobní autenticita i flexibilní postoj k osobní změně. Posledním, třetím tématem je přijetí *osobní zodpovědnosti* za svá rozhodnutí. Ti, kterým se daří v důsledku traumatu růst, tuto nevyhnutelnost přijímají (STEPHEN, 2017). Z témat výše zmíněných kapitol vyplývá, že pojem trauma je relativní záležitostí, záleží na konkrétním jedinci a jeho specifických životních podmínkách, jak závažnou událost subjektivně vnímá a hodnotí.

4.2.2 Kognitivní zpracování traumatu

Traumatická událost a okolnosti vzniklé kolem ní vyvolávají u jedinců především silné emoce. Kognitivní zhodnocení traumatu přichází až s určitým delším časovým odstupem a je pro postiženého velice pracné a náročné, může při něm docházet i ke značnému zkreslování. Na rychlost a hloubku kognitivního zpracování má vliv mnoho různých faktorů a forma přemítání, které může mít podobu vtíravého přemýšlení, ale také rozvažujícího promýšlení (STEPHEN, 2017). Zpočátku se mohou kognitivní procesy podobat vyhýbavým a vtíravým myšlenkám. Popírání a „ztráta paměti“ je symptomem, který je pro jedince během traumatické události užitečný, pomáhá mu fungovat a přežít. Později se může změnit v chronické vyhýbání a popírání, které přináší maladaptivní způsoby jednání a život vedený v rezignaci (LEVINE, 2011). V případě vtíravých myšlenek se jedinec v duchu neustále musí vracet k traumatické události a jejím nejmenším detailům, definitivně si uvědomuje, že to, co bylo před traumatem, se už nevrátí a úraz mu nezvratně změnil život. Obrací se k minulosti, protože přítomnost je nadlimitně bolestná a budoucnost příliš nejistá (MAREŠ, 2012). Později přechází vtíravé myšlení do optimističtější fáze opětovného promýšlení. Obvykle nastane díky citlivé pomoci nejbližších, ale také profesionálů, kdy se jedinec uklidní a přemítání o traumatu už pro něj není tolik zraňující a beznadějně. Je to období sbírání sil a mobilizace. Přemítání – promýšlení se v odborné literatuře označuje jako ruminace a mívá bohužel převážně negativní konotaci. Stephen popisuje dva typy ruminace: skličující a reflektivní. Reflektivní ruminace má svou přínosnou podobu ve formě konstruktivního a reflektujícího promýšlení, kdy se jedinec snaží dobrat toho, co se skutečně stalo, najít význam události a přerámovat svůj život – je to počátek cesty k nalézání řešení (STEPHEN, 2017). U jedince se dostavuje pocit, že je možné se s danou situací vyrovnat, dochází k promýšlení o tom, kdo mu může pomoci

a jakými zdroji a silami sám disponuje. Po delším čase a po úspěšném „znovuvyjednání“, dojde u jedince k hlubokému posunu – k transformaci (LEVINE, 2011). Výsledkem je nalezení smysluplnosti traumatu, což je nejvíce reflektivní složka posttraumatického rozvoje. Jedinec postupně nachází smysl události, a kromě negativních dopadů časem objevuje i některé dopady pozitivní. I když je cesta k posttraumatickému růstu dlážděna emoční bolestí, většina lidí se postupně adaptuje a mnozí zažijí přínos v tom, co se o sobě dověděli, jaký mají vztah k ostatním a co pro ně život znamená.

4.2.3 Posttraumatický rozvoj u klientů po amputaci

Při rozhovorech s amputovanými jsem slýchala, že pod tlakem nové skutečnosti se dívají na svět jinak, více si váží „obyčejného“ života, upevnil se jim vztah s partnerem, váží si rodiny a přátel, jsou odpovědnější a citlivější k druhým lidem. Růst osobnosti neznamena, že se jednoduše cítíme dobře a bezstarostně, jde o to, že žijeme život na hlubší rovině osobního, mezilidského a existenciálního uvědomění (STEPHEN, 2017).

V posledních sedmnácti letech proběhly tři významné výzkumy, které sledovaly posttraumatický rozvoj u amputovaných klientů. Gallagher a MacLachlan (2000) zkoumali 104 respondenty ve věku 18-84 let, kteří absolvovali nízkou amputaci DK. Ve svém šetření použili kvantitativní metodu šetření, kdy dotazovaní vyplňovali dotazník zaměřený na obecnou adaptaci, sociální adaptaci a adaptaci na životní omezení. 48 % respondentů uvedlo, že na amputaci končetiny neshledávají nic pozitivního, avšak 46 % dotázaných konstatovalo, že amputace jim přinesla jistá pozitiva a současně je i vyjmenovali. 6 % dotázaných pozitiva připustilo, ale nebyli schopni je specifikovat. Sestupně řazený seznam vyjmenovaných pozitiv čítal: pocit nezávislosti, zocelení charakteru, změna postoje k životu, lepší zvládání zátěžových situací, získání finančních kompenzací, vymizení bolesti. Autoři výzkumu potvrdili, že osoby, které byly schopny hodnotit život po amputaci jako pozitivní a šťastný, se vyznačovali současně lepším zdravotním stavem, lepší fyzickou kondicí a celkově se lépe adaptovali na život s protézou (MAREŠ, 2012). Další výzkum proběhl v roce 2005 a uskutečnili ho Oaksfordová, Frude a Cuddihy. Ve výzkumu bylo 12 klientů po nízké amputaci DK ve věku 51-83 let. Výzkum byl vedený jako smíšený: nejdříve respondenti vyplňovali dotazník, ve kterém hodnotili úzkost, depresi, sebedůvěru. Potom výzkumníci vedli s klienty polostrukturované rozhovory, které byly nahrány přepsány a analyzovány pomocí zakotvené teorie. „U tohoto souboru badatelé nezjistili ani zvýšenou úzkost, ani zvýšenou depresi – naopak konstatovali vyšší sebedůvěru“ (MAREŠ, 2012, s. 141). V potaz se musí brát i fakt, že s průzkumem zřejmě souhlasili ty osoby, které se již s amputací

končetiny do značné míry vyrovnaly. Třetí výzkum prováděly Coutureová, Desrosiersová, Caronová (2011) a sledovaly 16 klientů, kteří prodělali nízkou a střední amputaci DK. Šlo o longitudinální šetření ve třech časových rozmezích. První T1 probíhalo během hospitalizace (průměrně 25 dní), druhé T2 za rehabilitace (průměrně 92 dní) a třetí T3 v distanci 2-3 měsíců od propuštění z nemocnice. V tomto případě byl použit také smíšený přístup. Dotazníky sledovaly míru zažívané bolesti, změny ve vnímání vlastního těla, přítomnost deprese, rozsah funkční nezávislosti, schopnost zvládnání chůze s protézou a respondentovo kognitivní zhodnocení dopadu amputace na život. Následovaly polostrukturované rozhovory. *„Ze sledovaných 16 klientů uvádělo pozitivní aspekty amputace v čase T1 69 %, v čase T2 63 % a v čase T3 opět 69 % (...) Celkem 8 osob nezměnilo po celou dobu sledování své pozitivní hodnocení (...) Za zmínku stojí, že skupina, která nacházela určité pozitivní aspekty zažité amputace, se od skupiny vidící jen negativa lišila: nižší úroveň bolesti, bohatšími sociálními kontakty s rodinou, přáteli i zdravotníky, menšími zdravotními obtížemi“* (MAREŠ, 2012, s. 141).

Všechny výše uvedené výzkumy potvrdily, že ani amputace končetiny neznamená *„rozsudek na doživotí“*, neznamená, že život bude už jenom horší, ale že může mít i své pozitivní vyústění, jak výstižně vyjádřil Nietzsche citátem *„Co mě nezabije, to mě posílí.“*

5 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Ve výzkumné části práce se zaměřuji na proces sociální práce na Rehabilitační klinice Malvazinky s klienty po amputaci dolní končetiny. Podnětem byla osobní zkušenost s nedostatečným využíváním sociální práce se skupinami ve zdravotnickém zařízení tohoto typu. Díky svým specifickým možnostem, které individuální práce s klientem nabídnout nemůže, mají skupiny velký potenciál v oblasti podpory, soudržnosti a vzájemné pomoci, která významně napomáhá všem členům v jejich osobním rozvoji.

V teoretické části práce jsem se věnovala somatickým a psychosociálním důsledkům amputace, individuálním paradigmatům sociální práce, metodám sociální práce a zvláště specifícností sociální práce ve zdravotnickém zařízení. Všechny tyto teoretické poznatky jsou nezbytnými východisky pro sociální práci s klienty se zdravotním znevýhodněním i pro výzkum, který bude popsán v následující části práce.

5.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapování a deskripce sociální práce s podpůrnými skupinami a jejich pozitivního vlivu a účinné pomoci členům přijmout a normalizovat traumatické následky amputace s potenciálem posttraumatického rozvoje osobnosti. S ohledem na tento cíl jsem si stanovila celkem tři okruhy výzkumných otázek. První okruh se vztahuje k vlastní individuální traumatické události a je konkretizovaný ve dvou otázkách:

1. Popište mi traumatickou událost. Co se stalo, jaká byla Vaše první reakce na utržené trauma?
2. Jak se vyvíjela Vaše situace při akutní péči během první hospitalizace?

Druhý okruh otázek je věnovaný osobnosti klienta, sociálnímu zázemí, jeho specifickým obraným reakcím a strategiím zvládnání zátěže:

1. Co Vám pomáhalo toto těžké období bezprostředně po výkonu amputace zvládnout?
2. Kdo a jak Vás podporoval při adaptaci na změněnou životní situaci?

Poslední okruh otázek je věnovaný pobytu na rehabilitační klinice Malvazinky:

1. Jaké se Vám dostalo podpory a péče ze strany odborného personálu během následné rehabilitační péče?
2. Jak byl pro Vás tento pobyt užitečný z hlediska psychosociální a informační pomoci?
3. Jaké pomoci se Vám dostalo od členů podpůrné skupiny?
4. Jaká je vaše současná situace, jak se cítíte a jak zvládáte život?

5.2 Metodologie výzkumu

Pro výzkumnou práci jsem zvolila kvalitativní přístup, který považuji vzhledem k vybranému tématu za nejpřípadnější. Vybraným typem výzkumu je případová studie, která dobře ukazuje komplexnost zkoumaných jevů a jak uvádí Miovský, tento typ výzkumné práce „zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, jichž se případ dotýká, včetně jeho historicko-biografického pozadí. Analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, a díky tomu může dospět k přesnějším a do hloubky jsoucím výsledkům.“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 94). Strategie případové studie umožňuje hledání, deskripci, porozumění a vysvětlování vlivu různých faktorů a souvislostí v kontextu dané kazuistiky. Případové studie jsem kombinovala s doplňujícím dotazníkovým šetřením, mezinárodním standardizovaným dotazníkem PTGI-CZ, který zjišťuje úroveň dosaženého posttraumatického rozvoje.

5.2.1 Výběr a popis výzkumného souboru

Při tvorbě výzkumného souboru jsem využila možností plynoucích ze své pracovní pozice na RKM, kde jako jeden člen interdisciplinárního týmu pracuji s klienty po traumatech s trvalými následky. Jednalo se o metodu záměrného výběru, kdy cíleně pracujeme s jedinci, kteří splňují předem dané kritérium a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit. Tento způsob výběru uplatňujeme zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký případový soubor a osoby náležející do základního souboru jsou poměrně snadno přístupné (MIOVSKÝ, 2006). V případě popisovaného výzkumu jsem pracovala s výběrem výzkumného vzorku přes instituce, který je z hlediska času, přístupu k informacím a nákladům velice efektivní. Je to metoda, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti zařízení vyhrazené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá. „Bude-li nás například zajímat téma, jak se lidé po těžkých úrazech vyrovnávají se svým postižením v podobě trvalých následků, jaké podpůrné faktory pro ně mají největší význam, co naopak může poúrazový stav komplikovat a vést například k rozvoji těžké deprese, pak možností ke kontaktu jsou např. rehabilitační centra určená právě k poúrazové rehabilitaci osob s trvalými zdravotními následky“ (MIOVSKÝ, 2006, s. 138). Miovský dále říká, že v případě skutečnosti, že základním vzorkem výzkumu jsou klienti, kteří využívají pomoci dané instituce, je tento záměrný výběr nejlepší volbou zvoleného souboru. Současně bylo výběrem výzkumného vzorku přes instituce zajištěno vhodné zázemí pro výzkum a odpadla náročnost organizačních opatření, jako je výběr vhodného místa, nominování členů skupiny, možnost zajištění periodicity skupin apod.

Participanty výzkumu se stali klienti, kteří byli na RKM přijati k následné komplexní rehabilitační péči po prodělané amputaci dolní končetiny. Amputace a následná hospitalizace na RKM byly základními nezbytnými podmínkami pro začlenění klientů do výzkumného souboru. Zpočátku se klienti zúčastňovali podporných skupin během své hospitalizace a po propuštění do domácí péče na společná sezení někteří dojížděli ambulantně. Výzkumu se zúčastnilo 6 respondentů - 3 muži a 3 ženy, všichni se výzkumu účastnili dobrovolně, motivováni byli vlastním zájmem o účast v podpůrné skupině. Respondenti byli rozděleni do tří dvojic, vždy 1 muž a 1 žena ve shodné věkové kategorii, s podobnou nebo blízkou indikací, vedoucí k amputaci končetiny. V první skupině ve věku 20–35 let byl mladý muž s diagnózou osteosarkomu a slečna, která prodělala meningokokovou infekci, kdy obě diagnózy vedly k neodvratné amputaci dolní končetiny. Druhou dvojici respondentů ve věku 35–50 let tvořili muž a žena, kteří přišli o končetinu následkem devastujícího traumatu – mladá žena při nehodě na motorce a muž po vážné autonehodě. Poslední dvojicí byli muž a žena ve věku 70-80 let, kteří prodělali amputaci končetiny z důvodu ICHDK.

5.2.2 Etické aspekty výzkumného šetření

Všichni účastníci výzkumu byli nejdříve obeznámeni s jeho cílem a plánovaným průběhem. Dále byli důkladně informováni, že pro účely výzkumu budou zpracována data z jejich anamnestické dokumentace, která vznikla během hospitalizace. Respondenti byli také obeznámeni s důležitým faktem, že ke zpracovávaným materiálům nebudou mít přístup žádné třetí osoby a budou využity výhradně pro potřeby tohoto výzkumu. Všechny osobní anamnestické údaje, které by mohly vést k identifikaci respondenta, byly pozměněny a následně zpracovávány jako anonymní, jména byla zaměněna za jména smyšlená. Vzhledem k tomu, že byli respondenti rozděleni ve svých věkových kategoriích do dvojic, přidělila jsem jim jména podle známých literárních párů (R. Rolland: Petr a Lucie, M. Kundera: Tomáš a Tereza z Nesnesitelné lehkosti bytí a A.S. Puškin: Taťána a Evžen v Evženu Oněginovi).

Na počátku výzkumu byli respondenti seznámeni s možností neodpovídat na všechny otázky a také s faktem, že informovaný souhlas se zpracováním osobních dat mohou omezit jen na určitou část poskytnutých dat. Této možnosti nikdo nevyužil a všichni respondenti byli ochotni informovaný souhlas s výzkumem podepsat. Vzor formuláře informovaného souhlasu respondenta je součástí příloh. Písemný záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů.

5.2.3 Metoda získávání a tvorby dat

Vzhledem k širokému záběru případových studií, jejichž následná analýza nám umožňuje sledování, popisování, a vysvětlování kazuistiky na hranici životního příběhu v celé její komplexnosti, je i spektrum metod získávání a tvorby dat velmi pestré. Mezi základní zdroje dat patřila, v případě mé práce, lékařská dokumentace, která vždy obsahuje osobní a rodinnou anamnézu, anamnézu onemocnění, způsob terapie a reakci klienta na ni. Shromažďovaná data v podobě lékařské dokumentace klienta jsou na rozdíl od rozhovorů a pozorování specifická tím, že vznikají nezávisle na výzkumné činnosti a tím odpadá možnost jejich ovlivnění nebo zkreslení výzkumníkem. Zároveň ale vnímám jistou nevýhodu v limitovanosti možností získání rozšířenějšího materiálu. Mezi další metody získávání a tvorby dat patřilo otevřené zúčastněné pozorování (introspektivní a extrospektivní), zápisy z individuálních rozhovorů, záznamy o rozhovorech v podpůrné skupině, autobiografie a citace z deníku některých členů, kombinovaná kvantitativní metoda – vyplnění dotazníku PTGI, intervize s kolegy, zápisy ze supervize a kvalifikovaný odhad. Poslední jmenovaný kvalifikovaný odhad, vzhledem k tomu, že je založen na zprostředkované zkušenosti a introspektivním přístupu, užíváme pouze jako alternativní zdroj dat (MIOVSKÝ, 2006).

Výše zmiňovaná data vznikala postupně v průběhu jednoho roku. Základem kazuistiky č. 3 je případová studie „*Trauma není rozsudek na doživotí*“, kterou jsem vypracovala k obhajobě státní magisterské zkoušky. S klientkou jsem byla v prvním kontaktu již v roce 2016 během její několikaměsíční hospitalizace na RKM a setkávání probíhala prostřednictvím individuálních sezení, ze kterých jsem pořizovala zápisy s přímými citacemi klienty. Klientka se v následujícím roce občasně ambulantně zúčastňovala podpůrných skupin, na kterých se setkávala s ostatními klienty v době jejich první hospitalizace.

Podpůrné skupiny pro klienty po amputaci na RKM se konají pravidelně jedenkrát týdně a délka sezení je 1,5 hodiny. Skupina je dobrovolná a otevřená, pravidelně se skupin zúčastňuje 5 až 8 členů – nejčastěji v době své hospitalizace a někteří po svém propuštění na skupiny dojíždějí ambulantně z domova.

Podpůrná skupina má svá stanovená základní pravidla, kam patří:

- přijetí zodpovědnosti za sebe a za skupinu;
- skupina má sice facilitátora-terapeuta, ale plně náleží svým členům, kteří rozhodují o přinesených tématech;
- diskuse ve skupině se účastní všichni členové, nikdo nemá dominantní roli;
- vždy hovoří pouze jedna osoba, neprobíhají žádné paralelní rozhovory;

- každý má právo říci svůj názor;
- každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, doptávat se, nemá ale právo odsuzovat, hodnotit či jinak dehonestovat;
- každý má právo nemluvit, pokud je pro něj téma nepříjemné či nepřijatelné, má právo říci „stop“;
- každý má právo ukončit svoji účast ve skupině;
- informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, patří pouze skupině.

Výhody otevřenosti skupiny „*amputářů*“ spatřuji v tom, že noví členové přinášejí stále nová osobní témata a skupině tím nehrozí opotřebování námětů ani vyhoření. Nevýhodou může být, že s příchodem nového člena je dočasně ohrožena (vychýlena) již vytvořená intimita prostředí a ochota členů odhalovat své nejnítější soukromí. Tím může být i ohrožena základní podmínka dobře fungující podpůrné skupiny, její bezpečnost. Je ale pravda, že s touto situací jsem se v průběhu existence takto specifických skupin zatím nesetkala. Společné téma traumatu amputace je tak silné, že potřeba podpory, sdílení, pomoci a sounáležitosti s novým příchozím byla vždy silnější než nedůvěra nebo obava. U dvou členů skupiny v nejstarší věkové kategorii jsem zaznamenala dočasnou rezervovanost vůči novému členovi skupiny a jistou zdrženlivost v zapojování se do diskuze; tomuto se dále věnuji v následující kapitole kazuistik. Při samotné tvorbě dat jsem zvažovala, zda pořizovat z polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými klienty RKM a se skupinami záznam, ale vzhledem k intimnosti tématu (a v případě skupin vzhledem k jejich četnosti) jsem došla k závěru, že by toto negativně ovlivnilo bezprostřednost, otevřenost a vnímání bezpečnosti probíhajících rozhovorů. Nabyla jsem mínění, že výtěžnost již sesbíraných dat je dostatečná a z toho důvodu jsem se zaměřila na analýzu již získaných dat.

5.2.4 Metoda analýzy dat

Vzhledem k faktu, že je výzkum zaměřený na analýzu kazuistik, jsem pracovala s již existujícími písemnými dokumenty. Tato data nebylo nutné nějakým způsobem fixovat, neboť jejich fixace proběhla přirozeným způsobem. Dokumenty, které byly předmětem zkoumání, byly vytvářeny a zakládány během doby hospitalizace klientů na RKM. Byly zapisovány odborným personálem RKM – ošetřujícími lékaři, fyzioterapeuty, SP a psychologem v podobě zdravotnické dokumentace, která obsahuje lékařské zprávy, ošetřovatelskou dokumentaci a dokumentaci ostatních NLZP. Vedení zdravotnické dokumentace vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách

jejich poskytování a konkrétně §53 je věnovaný způsobu vedení, uchovávání a nakládání se zdravotnickou dokumentací (MVČR, 2018). K těmto dokumentům jsem měla, jako zaměstnanec RKM, volný přístup v souladu s vnitřními pravidly organizace. Ostatní dokumenty byly tvořeny jako zápisy ze skupin, ze supervizí a intervizí s kolegy. Při vyhodnocování dat jsem využila metody vytváření trsů a metody zachycení vzorců. První metoda umožňuje seskupovat a konceptualizovat výroky do skupin na základě rozlišených jevů, případů apod. *„Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami.“* (MIOVSKÝ, 2006, s. 221). Společným znakem může být tematický překryv, tzn., že v jednotlivých výrociích osob se vyskytují pasáže týkající se jednoho úzce ohraničeného tématu. Mohou to být například různorodé výroky klientů vztahující se tematicky k problému dočasné ztráty soběstačnosti, a tím ztracené svobody v životě po amputaci. Druhá metoda je metoda zachycení „gestaltů“, *„která představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (témata) a ty zaznamenáváme“* (MIOVSKÝ, 2006, s. 222). Ve své podstatě jde o vyhledávání obecnějších principů, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaným na určitý kontext. Tím samozřejmě dochází k určité redukci, kdy původní bohatost a jedinečnost zaznamenaných jevů je nahrazována jistým obecnějším tématem na základě vzájemných podobností. Výzkumník tak postupně *„vkládá nová a nová data do vytvořených koherentních příběhů a konstruuje svoji představu o zkoumaném fenoménu. Klíčové je přitom opakování podstatných částí obecného příběhu (vzorce) v různých konkrétních případech“* (MIOVSKÝ, 2006, s. 222).

Kvalitativní analýzu dat jsem doplnila jednou kvantitativní metodou, dotazníkovým šetřením. Aplikovaný mezinárodní standardizovaný dotazník PTGI-CZ zaměřený na posttraumatický růst osobnosti obsahuje 21 tvrzení sledujících pět proměnných: vztahy s ostatními, nové možnosti, silné stránky jedince, změny v duchovní oblasti a porozumění životu. Klienti kroužkováním vybírali tvrzení na škále odpovědí 0-5, a to od možnosti 0 = nezažil/a jsem žádnou takovou změnu až po 5 = taková změna u mě nastala ve výrazné míře (viz příloha č. 1). Výsledky dotazníkového šetření, jako kombinované metody, podpořily ostatní metody kvalitativní – pozorování, rozhovory a analýzu dokumentů. Tímto způsobem jsem dospěla k výsledkům výzkumu, které prezentuji v další části textu.

5.3 Výsledky výzkumu

V následující části práce představím jednotlivé případové studie šesti klientů RKM. Individuální kazuistiky obsahují výpisy z lékařské dokumentace, vyprávění klientů s přímými citacemi, reflexi jejich účasti na podpůrných skupinách a odpovědi v dotazníku PTGI-CZ. V kazuistikách sleduji individuální výsledky výzkumu a jejich návaznost na teoretické poznatky z první části diplomové práce. Reflexi podpůrných skupin se dále věnuji v kapitole věnované shrnutí výzkumného šetření a diskuzi v samotném závěru práce.

5.3.1 Kazuistika 1 – slečna Lucie

Představení klientky

Příběh traumatu Lucie započal téměř přesně před rokem a zpočátku se jevil jako banální a nevinné onemocnění chřipkou. Lucie prožívala exponovaný čas plný stresu z posledního zkouškového období a z příprav na státní magisterské zkoušky a z toho důvodu prvním příznakům chřipky nevěnovala takřka pozornost. Konstatovala, že to nebylo poprvé, kdy neměla čas marodit, a kdy se chřipku pokusila „přechodit“. Jenže tentokrát to nebylo jako jindy – pak už si jen matně pamatuje, že měla večer vysokou horečku, nemohla se postavit na nohy a „přes noc se to rozjelo“. To bylo 10. dubna 2017 a rodinou přivolaná sanitka záchranné služby ji odvezla do nemocnice; z umělého spánku se probudila za tři týdny a dozvěděla se, že prodělala meningokokovou sepsi s meningitidou, díky které došlo k multiorgánovému selhání se selháním ledvin s tubulární nekrózou. Následkem sepse došlo k periferní končetinové nekróze a bylo nezbytné provést nízké amputace v bérce obou DK a amputaci všech prstů PHK mezi prvním a druhým článkem prstu a amputaci IV. a V. prstu LHK. Podrobnostem týkajících se diagnózy, operací, průběhu léčení a ošetřování se budu dále věnovat v osobní anamnéze klientky, kdy budu citovat z lékařské dokumentace.

Vzhledem k důležitosti sociálního zázemí klientky a vlivu rodiny na vývoj její osobnosti popisují i to, co jejímu zkoušenému osudu předcházelo. Její příběh začal před 26 lety, kdy se narodila v menším severočeském městě jako jedno ze tří dětí. Má o pět let starší sestru a o jeden rok mladšího bratra. K popisu nukleární rodiny použiji Luciinu citaci – „jsme rodina plná krásných bláznů“. Rodiče se poznali při sportu a sport je neustále provází jejich životem i životy všech tří sourozenců. Odtud myslím pramení Luciina bojovnost, odhodlanost při překonávání překážek, statečnost a pevná vůle. Tatínek pracuje jako kapitán říčního tankeru, ale dříve byl kapitán velkých dopravních lodí a z toho důvodu byl několik měsíců v roce daleko od rodiny. Rodina tím nestrádala, protože maminka s pomocí obojích prarodičů

dokázali vytvořit dětem pevné a láskyplné zázemí. Táta byl mimo domov v několikátýdenních cyklech, ale stejně dlouho byl potom doma, a v té době naopak věnoval svůj veškerý volný čas rodině. Maminka je učitelka matematiky a fyziky na II. stupni základní školy a díky tomu měla Lucie a její sourozenci vždy krásné letní prázdniny; buď s tátou na lodi, anebo s tátou, mámou a jejich přáteli při cestování a sportu. Lucie popisuje své dětství jako velice šťastné, akční a láskyplné, rodiny si velice považuje. Líčí, jak moc má ráda domov a tím myslí místo, kde rodina žije – krásnou přírodu, konkrétně hory, kde tak ráda v zimě lyžuje na běžkách a po zbytek roku jezdí na horském kole. V přírodě a na kole se nejvíc cítí „šťastná a svobodná“ a díky lásce k horskému kolu, ke kterému „přeběhla“ od ženského fotbalu, potkala v cyklistickém týmu svou první lásku. Ale to v čase předbíhám. Po základní škole studovala na gymnáziu a po maturitě složila úspěšně přijímací zkoušky na vysokou školu, kde až do osudného onemocnění studovala obor speciální pedagogika se zaměřením na vzdělávání. V dětství se věnovala různým sportům, prošla mnoha dětskými sportovními kolektivy a díky nim má od té doby dostatek přátel. Konstatuje, že v posledním, pro ni tak dramatickém roce, prošla většina přátelství těžkou zkouškou a až na „vytracení“ jediné kamarádky o nikoho nepřišla. Naopak našla nová přátelství mezi hendikepovanými. Tady Lucie vyjádřila velikou lítost, protože kamarádka, která se jí nyní vyhýbá (podle ní záměrně a ze strachu, že situaci nezvládne) byla její jedna ze dvou nejlepších kamarádek z dětství a z týmu ženského fotbalu. Nějaký čas udržovaly kontakt po telefonu a prostřednictvím sociálních sítí, několikrát si naplánovaly návštěvu buď v nemocnici, nebo později už doma, ale ona se vždy nakonec omluvila. Lucii je to velmi líto, chtěla by kamarádce říci, ať nemá ze setkání obavy, ale neví jak do toho. Tato častá zkušenost stigmatizovaných je popsána a vysvětlená v podkapitole „Stigmatizace a sociální identita“ v teoretické části práce. Pro všechny zúčastněné, zvláště však pro stigmatizovaného, je zvládání podobných situací velice náročné a problematické a často vede k obtížným interakcím. Goffman (2003) objasňuje, že okolí obvykle nereaguje úmyslně zle, jen si neumí se situací vyvolávající napětí poradit. Lucie správně cítí, že by stačilo podat pomocnou ruku, a citlivě dát najevo, že navzdory „jinému“ vzhledu je stále táž, ale zatím nemá dostatek sil. Tady musím popsat jednu reflexi svých emocí – a to, jak velmi mě dojímala otevřenost a statečnost a pozitivní sebepojetí Lucie při vyprávění o pro ni tak těžkých zkušenostech.

Anamnéza klienty

Nynější onemocnění: 26letá pacientka po meningokokové sepsi se selháním ledvin s nutností intermitentní hemodialýzy byla přijata k nácvičku chůze s protézami. Pro periferní končetinové

nekrózy provedeny amputace obou DK v bérkách, dále amputace všech prstů PHK v PIP a amputace IV. a V. prstu LHK.

Objektivní nález: Pacientka je spolupracující, lucidní, komunikativní. Amputace obou DK v bérkách, ROM obou kolenních kloubů uspokojivý, hojící se defekt pahýlu vlevo. DK bez otoku. Popisuje fantomové bolesti. Vstupně schopna samostatné chůze s protézami, sama si je nasadí, samostatná v činnostech ADL. T. č. závislá na intermitentní dialýze (3xtýdně).

Kineziologický rozbor:

Vyšetření trupu: Napřímený stoj se zvýrazněnou kyfózou hrudní páteře, zvýšená lordóza bederní páteře. Funkční ROM kolenních kloubů i svalová síla. Oslabení trupového svalstva.

Vyšetření chůze: Pacientka chodí samostatně bez KP v interiéru, v exteriéru spíše s oporou o druhou osobu, chůze po schodech s přidržením zábradlí, nahoru střídavě, dolů přísunem s výraznou lateralizací tropu (naklánění), souhyb HK přítomen, avšak omezený. Přesuny na vozík samostatně.

Cíle terapie: Zlepšení svalové síly končetin, nácvik chůze na nových protézách, zvýšení kondice a návrat ke sportu.

Spolupráce v rámci RKM

Mému prvnímu setkání s Lucií na podpůrné skupině předcházela konzultace s ošetřujícím lékařem a fyzioterapeutkou klientky a seznámení s její lékařskou dokumentací. Od ošetřujícího lékaře jsem se dozvěděla podrobnosti o prováděných operacích a o nutnosti 3x týdně probíhajících intermitentních dialýz, které Lucii omezují v možnosti rychlejšího návratu k předcházejícímu aktivnímu způsobu života paradoxně daleko více než provedené amputace DK. Lékař mi potvrdil, že Lucie má soudržné podporující a bezpečí navozující vztahy (rodina a přátelé), které ji stabilizují a odvracejí nebezpečí sociální izolace, a které po celou dobu její hospitalizace pozitivně ovlivňovaly i somatický průběh rekonvalescence.

Od fyzioterapeutky jsem se dozvěděla, že Lucie výborně zvládá nácvik chůze na protézách a je jednoznačný adept na dosažení stupně aktivity 4 - nelimitovaný exteriérový typ uživatele protézy s možností aktivně sportovat. Důvodem její hospitalizace na Malvazinkách byl nácvik chůze na nových protézách. Nové protézy dostala po devíti měsících od ataky nemoci, po období nezbytně nutném ke zhojení pahýlu, cvičení rovnováhy, po přivyknutí na prvotní protézy a nácviku chůze – nejdříve s oporou chodítka, francouzských holí a později k samostatné chůzi. Na setkání s Lucií jsem se velmi těšila, a to i vzhledem k tomu, že se stala nejmladší členkou, jedinou ženou v probíhající mužské skupině, a svou pozitivní energií vnesla do skupiny novou dynamiku.

Při prvním setkání nového člena se skupinou vždy probíhá (se souhlasem klienta) představení sebe sama a vyprávění „*jak jsem se na kliniku dostal*“. A jak jsem trochu očekávala, Lucie představení zvládla dobře. V rámci pozorování musím konstatovat, že na první skupinu přišla upravená, nalíčená, oční kontakt navazovala a udržovala bez potíží, byla komunikativní, normoformická. Neměla problémy s vyprávěním svého příběhu ani s projevováním emocí, na ostatní členy reagovala bezprostředně a pohotově, žertovala (přiměřeně situaci) a skupinou byla přijata okamžitě a velmi pozitivně. U ostatních členů jsem pozorovala respekt, obdiv a také ochránářské postoje, které se v průběhu dalších skupin v různých situacích opakovaly. Lucie nenuceně mluvila o průběhu meningokokové sepse, o akutním nástupu nemoci a dalším jejím průběhu, díky kterému strávila 3 a půl měsíce na infekčním oddělení JIP. Mluvila o období bezvědomí, které lépe popisuje jako „*jinou kvalitu vědomí*“ a o několika týdnech prožitých v umělém spánku, ze kterého si stále dobře pamatuje děsivé sny a halucinace. Vyprávěla, že v těchto dnech a nocích nedokázala rozeznat a oddělit skutečnost od bludů a tento stav vylíčila jako velmi „*trýznivý*“. Na vyprávění reagovali další tři členové skupiny se stejnou zkušeností – se splnutím děsivých halucinací s reáliemi ze svého života před amputací a konstatovali, že tyto „*zážitky*“ byly opravdu hodně frustrující, vyvolávající zmatenost, dezorientaci a strach. Petr (2. kasuistika této práce) líčil svoji zkušenost, kdy se mu v době umělého spánku zdálo, že stejnou nehodu, díky které u něj došlo k amputaci, prožila i jeho partnerka s dcerou a on po probuzení nevěděl, co byla halucinace a co skutečnost. Lucie dál vyprávěla jak jí umělý spánek „*vymazal*“ vnímání času, jak absolutně ztratila nad tokem času kontrolu. Jejím prvním přáním pak nebylo zrcátko, ale umístění hodin do pokoje. Hned na prvním setkání vzpomínala na první návštěvy v nemocnici, na podporu rodičů, sestry s bratrem a na kamarády z cyklistického týmu. Během její hospitalizace při akutní péči tatínek udělal v bytě bezbariérové stavební úpravy, svařil bradla a pořídil chodící pás. Tady bych ráda vložila (s dovolením Lucie) poznámku, kterou si zapsala do deníku o Vánocích 2017: „*Všem přeji krásné Vánoce se svými blízkými, a hlavně hodně zdraví do nového roku 2018. To, jak už vím, je opravdu to nejdůležitější. Tenhle rok byl pro mě a mou rodinu ten nejtěžší. Proto chci za ním udělat tlustou čáru a začít žít znovu naplno, plnit si své sny a cíle, a že jich teď je. To, co mě potkalo, mi hodně vzalo. Na druhou stranu i hodně dalo. Mám plno nových přátel, ti opravdoví “staří” zůstali, otevírají se mi nové cesty a v hlavě jsem si to také urovnala. Tímto bych chtěla také poděkovat za veškerou podporu a pomoc, které se mi po nemoci dostalo. Všechno to začalo akcí „Cesta za snem“ – Handy Cyklo maratonem, kde pro mě jel tým skvělých ženských. A skvělých kamarádek. A pak už se to začalo nabalovat (...) Děkuji VŠEM lidem, kterým není můj osud lhostejný. Nejradši*

bych psala poděkování každému, ale je toho tolik a někteří chtěli zůstat anonymní (...) Děkuji své kamarádce Pavlíně, která tu se mnou byla před nemocí, která mě navštěvovala v nemocnici, a která se teď se mnou raduje z každého malého pokroku. Lidé, kteří mě navštěvují, pomáhají mi, těm děkuji neustále osobně. Oni vědí, že? Naposled děkuji své rodině, která to se mnou nemá jednoduché. Někdy bych si vážně zasloužila pár pohlavků. Hlavně, když si sundám těsně před obědem nohy a začnu si na stole lakovat nehty. Děkuji za mého nejlepšího brášku, sestřičku, maminku a taťuldu. Bez nich by to nešlo. Uff, tolik děkuji v jednom příspěvku. *Když já ale opravdu děkuji každý den*“. Myslím, že tento příspěvek jasně ukazuje, že Lucie zažívá silnou sociální oporu od rodiny, přátel a lidí s podobným osudem, kteří se poté rozhodli pomáhat. Toto Lucii napomáhá dojít k přesvědčení, že změna je možná, vede ji to k růstovému způsobu přemýšlení, k náhledu na to, kým je, co se stalo, jestli je schopna klást si nepříjemné otázky a zvažovat nové perspektivy. Stát se znovu tvůrcem svého života obnáší převyprávět svůj příběh, mluvit o roli traumatu ve svém životě a o nových možnostech a skupiny tuto eventualitu převyprávění vhodně nabízejí a umožňují.

Další její účast na skupinách byla vždy aktivní, na skupiny docházela pravidelně a díky své komunikativnosti se se všemi členy rychle sblížila i mimo skupiny. Z jejich vyprávění jsem pochopila, že se někteří členové kromě účasti na skupinách scházejí při cvičení v posilovně a v kavárně kliniky, kde někdy pokračují jejich rozhovory o tématech započatých na skupinách. Na třetí podpůrné skupině Lucie vyprávěla o tom, jak se těší, až se nastěhuje do vlastního bezbariérově upraveného bytu a bude konečně soběstačná a nezávislá. Závislost na druhých, ať už na nemocničním personálu, anebo rodině a přátelích, je časté a neustále se vracející téma bezmála všech členů skupiny. Závislost prožívají těžce, a i když si pomoci velice cení, těší se na okamžik, kdy o sobě a svých činech začnou rozhodovat sami a svobodně. To, že se ve skupině už v této době cítila bezpečně, podle mne dokládá fakt, že vyslovila obavu a lítost z toho, že i když má to štěstí, že už brzy bude bydlet ve vlastním bytě, bude v něm asi už napořád sama. Dostala byt po babičce, která se přestěhovala k rodičům Lucie, a tatínek jí byt bezbariérově upravil s tím, že ve stejném domě bydlí i Luciin bratr. Muži ve skupině ihned zareagovali, vyslovili nesouhlas a dotazováním po důvodech jejich předpokladů nechali Lucii vyjmenovat její argumenty: „*kdo by si mě bral bez nohou*“, „*nikomu se přece nemůžu líbit*“, „*nebudu schopná všechno zvládat jako dřív a tím nebudu parťák do života*“, (myslela aktivní život s cestováním a adrenalinovými sporty), „*zúžil se mi výběr mužů, teď už si přece nemůžu vybírat*“. Hodnotím jako velmi přínosné, že nedošlo na „plané utěšování“, ale že členové skupiny nechali Lucii její obavy vyslovit, mluvit o nich, poslouchali ji a vyprávěli o svých vlastních zkušenostech, o tom, jak se vyvíjel jejich

partnerský život po amputaci. Petrovi, výše zmiňovanému členu skupiny, bylo v době amputace 31 let a měl partnerku a malé dítě. Vyprávěl, že jedna z prvních myšlenek, která ho napadla, byla, že ho partnerka opustí a on přijde i o malou dceru. Čtyři měsíce po amputaci se společně rozhodli pro svatbu a početí druhého dítěte. Na tomto intimním tématu partnerského života bylo vidět víc než kdy jindy, jak dobře funguje podpora skupiny, potřeba sdílení, pomoci a sounáležitosti.

Dalším důležitým tématem, které Lucie do skupiny přinesla, bylo téma „ztrát“, konkrétně ztráta některých zájmů, které jí přinášely radost do života. Projevila lítost nad tím, že s některými zájmy se opravdu bude muset rozloučit a v jejím případě, je to hra na klavír, které se věnovala 15 let a bude jí velmi chybět. Každý člen skupiny našel hned několik činností, které měl rád a které teď nemůže provozovat (Petr uměleckou kovařinu, Evžen zahradničení, Tomáš myslivost, Vlastík skalní lezení, Taťána ztrátu zaměstnání) a na toto téma vznikla velice dlouhá debata, které byla věnována téměř celá skupina. Debata končila příspěvky a individuálními plány jednotlivých členů, jak hledat náhradní řešení, která činnost se dá vykonávat alespoň částečně a co „jiného“ může přinést zase radost do života. Lucie vyslovila víru v to, že do sedla kola se zase posadí a o cyklistiku nepřijde; už má doma upravené horské kolo, a to se jí podařilo, díky pomoci organizace Cesta za snem, kdy byla vloni jednou z patronů, pro které jely týmy v Handy Cyklo maratonu. Výtěžek získaný od investorů byl věnovaný na její transparentní účet určený pro sportovní protézy umožňující běh nebo jízdu na kole.

Ke konci hospitalizace požádala Lucie, po rozhovoru s ošetřujícím lékařem o případné transplantaci ledvin, o návštěvu klinického psychologa. Záznam z psychologického konzilia přikládám:

Pozorování: drobná mladá žena přichází sama v rámci hospitalizace, upravená. Oční kontakt navazuje i udržuje bez potíží. Hovoří sama na téma původní otázky. Dobře orientovaná. Bez pozorovatelných poruch vnímání či myšlení. Normoformická.

Rozhovor:

Subj. potíže: subjektivně, po rozhovoru s lékařem ohledně transplantace, prožívá psychické obtíže. Po tomto rozhovoru u ní došlo k propadu nálady. Pacientka v současnosti s transplantací nesouhlasí (jmenuje několik racionálních argumentů), chce vyzkoušet i jiné možnosti, rozhodně zamítá transplantaci rodinného dárce. Zároveň připouští možnost, že k transplantaci nakonec dojde, protože nechce dlouhodobě docházet na dialýzu. Rodina ji v jejích postojích podporuje. Připouští, že cca 1x za měsíc má „špatný den“ – přemýšlí o minulosti, o ztrátách, které ji nemoc způsobila a v těchto chvílích se dívá do budoucnosti

pesimisticky. Většinou si jde lehnout dříve a další den má náladu „dobrou“. Existují témata, která vnímá jako zátěžová: transplantace ledvin, nemožnost sportovat, hrát na klavír, partnerský vztah. Tyto poklesy nálady hodnotí jako „běžnou součást života, kterou občas zažívá každý“. Většinou se však negativním myšlenkám dokáže bránit racionálními argumenty, nedostavuje se pokles forie, případně pozornost dokáže odklonit jinam. Kromě výše uvedených dní se do budoucna dívá optimisticky – jmenuje mnoho realisticky vytyčených cílů: dokončit státnice (již se připravuje), přestěhovat se (byť je již připraven, do doby stěhování zvládnout sebeobsahu v domácím prostředí), začít jezdit autem (vůz se již adaptuje), začít jezdit opět na kole (již má doma upravené kolo), po dokončení VŠ začít pracovat (již má několik pracovních nabídek).

SA: žije v domácnosti rodičů, po státnicích plánuje stěhování do vlastního bytu, který je poblíž současného bydliště.

RA: ze spokojeného manželství, 2 sourozenci (setra cestuje a příležitostně pracuje v zahraničí, bratr má v místě bydliště firmu). Vztahy v rodině velmi dobré – pravidelně se s rodiči i sourozenci vídá, rozumějí si.

Psychiatrická anamnéza: neguje, psychiatrická hereditární zátěž nezjištěna.

Aktuální nálada: normoformická, občas (1x měsíčně) dysforie – v tomto období smutná, plačtivá, lítostivá. Spouštěčem jsou často výše uvedená témata. Bez poruch chuti k jídlu, spánku bez anhedonie či abulie.

Závěr: Pacientka dobře adaptovaná na změnu zdravotního stavu. Bez výrazných psychických obtíží. Přechodnou dysforii přičítám náročnému tématu transplantace. Copingové strategie rozvinuté, pacientka se se změnami vyrovnává proaktivně, má realistická očekávání od budoucnosti. S dobrým sociálním zázemím. Mírné výkyvy nálady odpovídají náročným životním situacím. Pokud by se frekvence či intenzita dysforie zvyšovala, doporučuji vyhledat psychologickou pomoc.

Z konziliárního vyšetření psychologem vyplynulo, že náročná témata, o kterých během vyšetření mluvila, dobře reflektovala již během své pravidelné účasti na podpůrných skupinách a že využila možnosti otevřeně o nich mluvit a sdílet je s ostatními členy.

Lucie byla po uplynutí plánované doby hospitalizace propuštěna domů a z epikrýzy vyplynulo, že hospitalizace proběhla bez komplikací. Klientka absolvovala rehabilitační program dle individuálního plánu, procedury dobře tolerovala, rehabilitace proběhla s dobrým efektem ve smyslu snížení intenzity algické složky. Nastala částečná úprava svalové dysbalance, byly zlepšeny svalové stereotypy a celková kondice.

Shrnutí případové studie

Odpovědi na první okruh otázek, které se vztahují k vlastní individuální traumatické události, jsou obsahem výše citované osobní anamnézy klientky v lékařské dokumentaci a dále jsou popsány také ve vyprávění klientky během její první účasti na podpůrné skupině. Za akutní hospitalizace měla 6 týdnů zavedenou tracheostomii a byla delší dobu krmena, žaludeční sondou. V době akutní péče trpěla kachexií a v propouštěcí dokumentaci z oddělení infekční JIP byla zaznamenána dg. mentální anorexie. Tuto diagnostiku Lucie a její rodina rozhodně odmítá; po vyjmutí sondy totiž trpěla následnými obtížemi spojenými s polykáním a nechutenstvím. V době domácí péče a později během pobytu na naší klinice se tyto potíže upravily, zlepšil se její polykací reflex a vrátily se i ztracené chutě jednotlivých potravin. Váha se stabilizovala na původní stav před onemocněním, cvičením se zvyšoval objem svalové hmoty a začala se vracet i svalová síla.

Druhý okruh otázek byl věnovaný osobnosti klientky jejímu sociálnímu zázemí a dále specifickým obranným reakcím a strategiím zvládání zátěže. Cesta za snem – organizace, která pomáhá lidem po traumatech v návratu do života, na svých stránkách popsala setkání s Lucií takto: „*Drobounká žena, která má ale větší sílu než většina dvoumetrových chlapů. Před 5 měsíci se připravovala na státnice, když se jí udělalo zle. Netušila, že její organismus zachvátila nejtěžší forma meningokoku. Lékaři Lucii dali 1 % na přežití (...) Letos jsme udělali více než 20 rozhovorů s lidmi, kteří vybojovali své životy zpátky. Tentokrát to bylo poprvé, kdy nám došla slova. Ještě nikdy jsme před sebou neměli většího bojovníka. Neskutečná lidská síla ukrytá v těle drobné dívenky*“ (CESTA ZA SNEM, 2018). Pro doložení silných stránek Lucie doplňuji i její odpovědi z dotazníku PTGI-CZ, zaměřenému na posttraumatický rozvoj osobnosti sledující silné stránky jedince:

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 1

Odhodlanost nevzdat se dále dokazuje její citace z deníku: *"Na to, že se probudíte bez nohou a bez prstů vás nikdo nepřipraví. Já jsem ale dostala šanci. Dopadlo to dobře. Jsem tady a hodlám žít naplno jako dřív!"* Z jejích slov neuslyšíte sebelítost. *"Bude to těžké, ale já to zvládnou. Dodělám školu, budu sportovat, cestovat."* O jejích plánech, které se nyní pomalu začínají naplňovat, se zmíním níže v odpovědích, které reflektují nové možnosti a porozumění

životu. Domnívám se, že osobnostní nastavení a celoživotní láska ke sportu, kdy musela často prokázat pevnou vůli a nezdolnost Lucii nyní velmi pomáhá v jejím proaktivním přístupu v překonávání překážek. Dle citace své problémy interpretuje jako přechodné, zvládnutelné a ohraničené. Za velmi pozitivní považují také její extroverzi, otevřenost, optimismus a smysl pro humor. K tomu, aby v sobě Lucie dokázala probudit sílu život vybojovat, potřebuje podporu a dobré sociální zázemí. Svě vztahy s ostatními opisuje v dotazníku PTGI-CZ těmito tvrzeními:

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 2

Díky pozitivnímu vlivu rodiny, pevnému zázemí, dostatku věrných a pomáhajících přátel jsou její sociální potřeby dobře saturovány. A zažitá zkušenost, že ji nezištně pomáhali i cizí lidé (charitativní akce, sbírky) ji přivedla k přesvědčení, že lidé jsou spíše dobří a ona se na ně může „v horších časech“ spolehnout. Tato tvrzení dále potvrzuje její zápis v deníku: „12. duben 2017 - hospitalizace na infekčním JIPu, diagnóza meningokoková meningitida, amputace, selhání ledvin. 12. duben 2018 - nohy nasazené, snídaně uvařená, učení na státnice, posilování, kdyby byl čas, tak i to kolo dám... tak si říkám, že jsem se za ten rok stihla vrátit se vším všudy do toho normálního života, na který jsem byla zvyklá (popravdě teď toho mám ještě víc. Všem, kteří mi během toho roka pomáhali, a kteří mi pomáhají i nadále, těm mockrát děkuji. A děkuji, meningokoku, za nová přátelství.“

Poslední okruh otázek je věnovaný pobytu na rehabilitační klinice Malvazinky, současné situaci klientky a jejím plánům do budoucnosti. Lucie spolupracovala a komunikovala s odborným personálem kliniky aktivně, v případě potřeby pomoci o ni dokázala požádat, na podpůrné skupiny docházela svobodně, pravidelně a stala se jejich velmi aktivním členkou. Lucie konstatovala, že si ve skupině uvědomila, že i ostatní se cítili a cítí vlivem traumatu podobně jako ona, a toto zjištění ji přinášelo úlevu. Dále ocenila rady ostatních „ostřílenějších“ členů skupiny týkajících se získaných zkušeností s nároky na různé

příspěvky na mobilitu a zvláštní pomůcky (např. příspěvek na předělání vozu na ruční řízení). Do skupin občasně přinášela „černý humor“ a tím i odlehčení některých těžších okamžiků. To, že Lucie současný život zvládá, potvrzuje skutečnost, že se začala připravovat na státní magisterské zkoušky, které jí čekají v květnu a před šesti týdny poprvé po dlouhé době sedla za volant auta. „Včera se mi splnil další sen (...) po deseti měsících jsem opět řídila auto. Nic jsem nenabourala, žádný kužel jsem neporazila a strašně mě to bavilo. Dobře, pán vedle si málem rozbil čelo o palubku. Jenže když ono to ruční ovládání je tak strašně citlivé! Tak teď už si jen počkat na to svoje auto“. A neuplynul ani měsíc a Lucie už řídila i své auto a bezmála před týdnem poprvé sedla na upravené horské kolo a bez pomoci přídatných kol vyjela do terénu. Tréninkem na kole si začala plnit další sen, kterým je aktivní účast na červencovém Handy Cyklo maratonu, nonstop etapovém týmovém závodu s cílem ujet 2222 km v limitu 111 hodin. Každý cyklista musí zdotat alespoň 100 km, a to je pro Lucii velká výzva (CESTA ZA SNEM, 2018).

V závěrečném shrnutí případové studie nakonec příkládám tvrzení Lucie z dotazníku PTGI-CZ, která dokumentují klientčino porozumění životu:

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 3

Tato tvrzení prokazují, že reflektivní ruminace pomáhá jedinci dobrat se toho, co se skutečně stalo, najít význam události a přerámovat svůj život. Výsledkem je nalezení smysluplnosti traumatu, což je nejvíce reflektivní složka posttraumatického rozvoje. I když je cesta k posttraumatickému růstu dlážděna emoční bolestí, tyto odpovědi vypovídají, že se Lucii dařilo během roku postupně na novou situaci adaptovat a v současnosti zažívá přínos v tom, co se o sobě dověděla, jaký má vztah k ostatním a co pro ni život znamená. Další tvrzení pak sledují nové možnosti:

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 4

Tvrzení o nových možnostech dokládají zjištěnou rekonfiguraci osobnosti, kdy nejde o rychlou adaptaci ani o rezistenci, ale jde o změnu osobnosti, kdy jedinec překoná trauma a vyjde z něho proměněn. Přežití traumatické události jej činí více odolným, jedinec je nucen „svůj svět“ přestavět, přetransformovat. Aktuálně začala Lucie pracovat na částečný úvazek v organizaci Cesta za snem a toto komentuje, že nikdy dříve by ji nenapadlo tolik přemýšlet nad smysluplností práce pro druhé. S novými lidmi, které (jak Lucie sama říká) potkala jen díky traumatu, přišly i nové možnosti a tím se jí otevřela jiná – nová budoucnost. Například se prostřednictvím fyzioterapeutky seznámila s naším nejúspěšnějším paralympionikem Jiřím Ježkem, který se po ukončení aktivní sportovní kariéry rozhodl věnovat trenérské činnosti. Hledal svého nástupce a asi se dočkal nástupkyně, myslím, že o Lucii ještě hodně uslyšíme.

Ke dvěma otázkám, směřujícím ke spirituálním potřebám a k víře, se Lucie v dotazníku vyjádřila těmito tvrzeními:

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 5

Otázku č. 18. okomentovala doslovně „nenazvala bych se věřícím člověkem.“

Případovou studii bych ráda zakončila citací britského psychologa a psychoterapeuta se specializací na zvládání traumatu a pozitivní psychologii J. Stephana: „*Co se jeví jako důležitý faktor odpovědný za posttraumatický růst, je existenciální alarm. Po takové zkušenosti se lidé nemohou vyhýbat uvědomění, že život je ve své podstatě nejistý, nepředvídatelný a nekontrolovatelný a že lidské bytosti jsou zranitelné a křehké. Toto uvědomění může být podstatou posttraumatického růstu ve všech jeho podobách*“ (STEPHEN, 2017, s. 98). A na příkladu Lucie je vidět, že není důležité, v jakém věku tento existenciální alarm člověka zasáhne.

5.3.2 Kazuistika 2 – mladý muž Petr

Původní kazuistiku mladého muže, který prodělal amputaci DK jako důsledek maligního nádoru kostní tkáně jsem byla nucena z etických důvodů vyřadit. U klienta došlo k recidivě onemocnění a z důvodů probíhajících chemoterapií musel svou účast na podpůrných skupinách dočasně přerušit. Ve stejné době byl na kliniku přijat mladý muž po amputaci pravé paže pro devastační poranění při autonehodě, kterého jsem nově zařadila mezi případové studie.

Představení klienta

Petr se narodil před 32 lety v menším jihomoravském městě jako mladší sourozenec do tradiční čtyřčlenné úplné rodiny. Tatínek pracuje jako stavební technik a maminka je účetní. Petr má o rok starší sestru a oboje prarodiče. Jako první zásadní zlom svého života popisuje přežití anafylaktického šoku po běžné vakcinaci proti pneumokokovým infekčním onemocněním. Při této akutní reakci organismu dochází k hypovolemickému šoku, plicnímu edému a při déle trvající reakci se mohou objevit arytmie a kardiogenní šok, který postiženého bezprostředně ohrožuje na životě. Petr byl od svého 8. měsíce života půl roku z důvodu hospitalizace odloučený od rodiny, rodiče prožili otřes, velmi se obávali o jeho život a maminka jej potom po celé jeho dětství úzkostlivě opatrovala. Dětství prožil v rodinném domě rodičů; vypráví, že vyrůstal tak trochu ve stínu hodnější a neproblematičtější sestry. Táta byl kvůli své práci ve stavební firmě vždy hodně vytížený a na rodinu měl málo času, maminka se naopak velmi o děti starala. Petr se vůči maminčině úzkostné péči intenzivně vymezoval. Už na základní škole měl výchovné problémy, chodil za školu a otec Petra za tyto prohřešky tělesně trestal („*najdi si velikost klacku podle velikosti průšvihů*“). To způsobovalo mezi rodiči velké napětí a hádky. Jeho otec byl v dětství také vychováván tvrdým způsobem, dodnes nedokáže dětem projevit lásku, neumí je za nic pochválit. Prarodiče ze strany otce se stavěli na stranu svého syna proti snaze a dle klienta ostentativně protěžovali děti tety, jeho bratrance a sestřenicí. Celé dětství vnímal, že ho rodina, a vlastně i všichni ostatní „*zaškatulkovali*“ do role sígra, a tak jim jejich předpoklady naplňoval. Říká, že se této nálepky dodnes nezbavil. V 15 letech odešel studovat do blízkého krajského města, dostal se mimo vliv rodiny, a jak řekl „*utrhl se ze řetězu*“. V této části případové studie bych ráda popsala mnou pozorovanou klientovu extroverzi – konkrétně to, jakým způsobem získává podněty pro své rozhodování a jednání. Petr je velmi přímý, otevřený, živý, rád komunikuje, jeho psychická energie směřuje zevnitř ven, podněty pro své rozhodování čerpá ze svého okolí. Sám o sobě mluví jako o člověku, který snadno a rychle navazuje kontakty, bez váhání a pochybností prý vždy „*vplul*“ do nových životních situací, aniž by si připouštěl problémy, které by z takového jednání mohly vzejít. Středoškolské studium tedy začal na střední škole v oboru mechanik elektrotechnických zařízení, bydlel na internátu a domů dojížděl jen občasně. „*Chytil*“ se špatné party, začal experimentovat s drogami, hlavně s halucinogeny pro jejich psychedelický efekt (vyzkoušel doslova vše kromě heroínu, kterého se bál), propadl alkoholu a hned během prvního ročníku byl ze školy vyloučen. Rodiče vůbec neměli tušení, jaký život Petr vede, a byli velmi zaskočeni. Táta mu vyřídil přijetí do učebního oboru umělecký kovář, a protože byla škola, jak Petr popisuje, v úplném „*zapadákově*“, dostal se

z dosahu své party a školu s vyznamenáním dokončil. V této době žil s o šest let starší partnerkou, která měla roční nemanželské dítě a Petr sám o sobě říká, že se „*dočasně usadil*“ a žil rodinným životem „*taťky*“, který absolutně neodpovídal jeho věku. Dokončení školy jej povzbudilo, a tak pokračoval ve dvouleté nástavbě v oboru umělecko-řemeslná tvorba, která měla být ukončená maturitou. Díky škole se ve 20 letech dostal zpátky do krajského města, zpátky ke své původní partě a nástavbu již nedokončil. Rodiče tím definitivně zklamali. Nikdy, až do loňského roku, se závislosti na alkoholu a měkkých drogách nezbavil. Po odchodu ze školy a po rozchodu s partnerkou nastalo období práce a cestování. Pět let pracoval pro německou firmu v odvětví kovovýroby a během této spolupráce při realizaci mezinárodních veletrhů a výstav poznal mnoho zajímavých míst a nových lidí, což jej inspirovalo k rozhodnutí „*vyjet do světa*“. V 25 letech se seznámil se svou nynější partnerkou, která v té době dokončila studium jazyků na VŠ a společně se rozhodli vycestovat na delší čas do zahraničí, kde se živili příležitostnou prací. Za čtyři roky procestovali Nový Zéland, Cookovy ostrovy, Malajsii, Borneo a své cesty zakončili v Nepálu. Po návratu se rozhodli pro společné bydlení, Petr se vrátil ke své dřívější práci a narodila se jim dcera. Závislost na alkoholu se prohlubovala, s pitím začínal již ranním „*vyprošťováním*“. Konstatuje, že nepil jedině před řízením automobilu a během práce. I tak stihl vypít až 1,5l tvrdého alkoholu za den. Na nátlak maminky, sestry a životní partnerky odešel na detoxikační pobytové léčení pro drogově závislé. Komplexní režimová léčba, která trvala 3 měsíce, spočívala v biologické léčbě a v pracovní a skupinové psychoterapii. Po návratu z léčení krátký čas užíval Antabus, ale přibližně po třech měsících ho vysadil, přestal docházet na skupinová setkání AA a vrátil se k pití. Za důvod neúspěchu považuje skutečnost, že se k léčení neodhodlal sám, ale že byl k tomuto rozhodnutí přinucen rodinou. Následující období popisuje jako depresivní (několikrát uvažoval, že „*to skončí*“), měl na sebe vztek, dobře si uvědomoval, že se nevěnuje dceři, zklamává partnerku a selhává v roli otci i partnera. Dostal se do existenciálního napětí, cítil se vinen za to „*kým je*“, svoji nedostatečnost a provinění prožíval jako dluh vůči sobě (že neuskutečnil své možnosti), svému svědomí, a hlavně vůči svým blízkým. Jediné, co pořád ještě zvládal, byla práce, tu nezanedbával, stále jezdil do Německa a rodinu dobře zabezpečoval. V té době naopak pracoval čím dál usilovněji, prací se chtěl vykoupit – vyvinut. Před více než rokem se sám rozhodl pro druhý pokus detoxikačního léčení, našel si léčebné zařízení, kde strávil pět měsíců v komunitní terapii a od té doby se zatím alkoholu nenapil. Tři měsíce po návratu z léčebny způsobil jeho kolega při cestě z Německa na dálnici dopravní nehodu, jejímž důsledkem pak byla neodvratná amputace Petrovy pravé paže.

Anamnéza klienta

Nynější onemocnění: 32letý pacient přijat k rehabilitaci po subtotální amputaci PHK v paži pro devastační poranění při autonehodě 31/8/2017 v Německu. Amputace provedena po 4 týdnech neúspěšné rekonstrukce PHK pro infekci dne 26/9/2017.

Objektivní nález: Pacient je spolupracující, lucidní, komunikativní, soběstačný. Amputace PHK v paži. Pahýl zhojený, klidný, plošná aktivní jizva na paži po plastice kůže. Od 28/2/2018 prvoprotéza. RA: bez vztahu k nynějšímu onemocnění, OA: interně se s ničím neléčí, abusus alkoholu a psychotropních látek, protialkoholní a detoxikační léčba 2-6/2017, nekouří. SPA: do úrazu umělecký kovář pro tvorbu a vybavení veletržních prostor. Žije s přítelkyní a 1 dcerou.

Kineziologický rozbor: hybnost v pravém ramenním kloubu bez omezení. Popisuje intermitentně fantomové bolesti – na terapii pregabalinem. Svalová síla PHK i ROM ramenního kloubu funkční. V domácím prostředí vše zvládá, více používal LHK. Protézu navlékne samostatně, používá spíše pracovní nástavec pro přenášení věcí. Prvoprotéza mechanická, bez táhel. Pocit těžké ruky. Svalové dysbalace trupu.

Cíle terapie: péče o jizvu, nácvik práce s protézou, korekce svalových dysbalancí trupu.

Spolupráce v rámci RKM

Petr při prvním setkání na podpůrné skupině (tato skupina patřila více než méně jemu) vyprávěl svůj příběh, který nazval „*jak jsem k tomu přišel, že jsem o ruku přišel*“ a později se dostal i k vypravování svého životního příběhu, tak jak jsem jej popsala výše v představení klienta. Sebeodhalení mu nečinilo větší obtíže, mluvil nenuceně, spontánně a ani neměl problém s odpovídáním na dotazy ostatních členů skupiny. Po prostudování jeho osobní anamnézy a po našich opakovaných setkáních, kdy jsem měla možnost jej déle pozorovat a vést s ním rozhovor, jsem toto přičítala jeho osobnostnímu nastavení a získané zkušenosti s komunitní terapií při detoxikační léčbě. V léčbě a následně na setkáních AA zažil a pochopil dyadický efekt vzájemného svěřování, který je podstatou vzniku jistoty a bezpečí ve skupině. To, že je společenský, sdílný a má dostatek sebedůvěry je pravděpodobně důvodem jeho ochoty riskovat i negativní reakce ostatních při vyprávění o alkoholismu a užívání drog.

Dopravní nehoda se stala v noci na německé dálnici při cestě domů, automobil řídil jeho kolega, Petr spal. Sedadlo v autě měl položené a pásy byl připoutaný pouze přes nohy. Auto se po nárazu několikrát otáčelo kolem své osy a Petrova pravá paže se během otoček dostala rozbitým oknem ven z vozu. Bezprostředně po nehodě viděl, že paže „*divně visí*“ a drží jen na měkkých tkáních; zpočátku necítil vůbec bolest a vzhledem k tomu, že zůstal při

vědomí, mohl pobízet kolegu, který byl naopak v posttraumatickém šoku, aby začal shánět pomoc. První přijela k nehodě policie a teprve po 30 minutách i záchranná služba a helikoptéra, která Petra transportovala do nemocnice v Berlíně. A potom si už nic nepamatuje. Petr dál vyprávěl, že strávil tři týdny v umělém spánku s občasným probouzením a upadáním do bezvědomí, trpěl hrůznými halucinacemi (např. sám sebe viděl ležet v mrazáku, lékaři ho neléčili, ale dělali na něm experimenty a natáčeli s pacienty pornografický film, viděl identickou nehodu, ale stala se jeho partnerce apod.), které se mu pletly s reáliemi z jeho života před amputací. Tady se do debaty zapojili i ostatní členové skupiny (konkrétně v této práci zmiňovaná Lucie a Tomáš) se svými identickými děsivými zkušenostmi, které jsou popsány v kazuistice Lucie. Po třech týdnech Petra definitivně lékaři probudili z umělého spánku a dozvěděl se, že bezprostředně po nehodě byl 11 hodin na operačním sále a následně prodělal pro záchranu ruky 10 operací. Po měsíci neúspěšného léčení musela být paže z důvodu sepse amputována. A tímto vyprávěním skončila první Petrova skupina. Převyprávění traumatu jedinci umožňuje pochopit, co se stalo a tím napomáhá vytvářet rámec pro formování nových zkušeností. Stephen (2017) píše, že trauma vytváří doslova mezeru v lidském životním příběhu a předpoklady, které jsme si o sobě vytvořili, jsou otřeseny, rozbity a výsledkem je např. otázka „*proč já?*“ a „*jak se to mohlo stát?*“. Teprve vyprávěním nových příběhů jsme schopni znovu vybudovat vědomí vlastního já, rekonstruovat a pochopit, kdo jsme, jaké je naše místo ve světě a co chceme svému životu dál dát.

Na příští skupině Petr vyprávěním o svém kamarádovi, který fatální autonehodu zavini, otevřel téma viny a odpuštění. Jak se ukázalo, bylo to téma, kterým se intenzivně zabývali i ostatní členové skupiny. Každý jej ve svém příběhu traumatu „*našel*“. Součástí těchto společných úvah bylo přemýšlení o tom, kdo za vzniklou situaci mohl, kdo byl „*vinen*“ tím, že traumatická událost nastala. Petr sobě vyčítá, že nebyl v době nehody dostatečně připoutaný a spekuluje, jestli by následky byly stejně osudné, kdyby nespal a instinktivně při nárazu reagoval. Řidič, Petrův kamarád a kolega z práce, byl později za nehodu podmíněně odsouzen k trestu odnětí svobody s odkladem na zkušební dobu a povinností nahradit způsobenou škodu. Dopad trestu na kolegu – viníka byl podle Petra stejně fatální jako na něj-postiženého; manželka se s ním rozvedla a on po rozdělení majetku, vyměření odškodnění a výživného byl nucen vyhlásit na sebe insolvenční a čeká jej celoživotní splácení dluhu. Petr vyprávěl, jakým si prošel vývojem emocí a pocitů vůči kamarádovi – od hněvu, zlosti s příchutí pomsty, frustrace, bezmocnosti („*ani poprat se s ním teď nemůžu*“), přes nechut se s kamarádem vídat, až po lítost a soucit s jeho osudem. S tímto sebeodhalením spojeným

s emocemi se ztotožnil i Tomáš (v následující kazuistice), který ovšem konstatoval, že ho naštěstí nepřepadly vůči kamarádovi žádné pocity vzteku ani zloby. Dokázal si i v době nejsilnějších emocí racionálně uvědomovat, že to byl právě on, kdo rozhodl, kdo bude v inkriminovanou dobu řídit. Řekl doslova: „*Viníkem jsem klidně mohl být já, a takovou tíhu bych snášel daleko hůře*“. Evžen jako jediný oponoval konstatováním, že svému operatérovi dosud nedokázal špatně provedenou operaci odpustit. Cítí nespravedlnost, že lékař nebyl za viníka ani označen a on za jeho chybu musí platit doživotními následky, které mu absolutně změnilы trajektorii života. Nedokázal ovšem ostatním odpovědět, jaký „*trest*“ by si pro lékaře představoval. Díky Petrovi se tak rozběhla bohatá komunikace na téma „*kdo je vlastně viníkem a kdo je obětí*“, téma externalizace viny a odpuštění, kdy Petr na závěr debaty podotkl, že si uvědomil, že ani úraz mu nedává právo být soudcem.

Z vyprávění ostatních jsem postřehla, že je Petr nejaktivnějším iniciátorem setkávání členů i mimo skupiny, např. při cvičení v posilovně anebo v kavárně kliniky. Díky své otevřenosti, ochotě komunikovat a prožitým zkušenostem v komunitách během léčení ze závislosti (AA) si každou skupinu vždy doslova „*odpracoval*“, přinášel aktivně témata a reagoval na náměty ostatních členů. Dokázal projevovat zájem, soucit, zažívat sdílení, uměl se doptávat, podporovat a povzbuzovat. Nejsilnějším společným tématem bylo zjištění, ke kterému dospěli vlivem traumatu téměř všichni zúčastnění, že k životu potřebují blízkost druhých lidí a více si nyní jejich existence váží. U Petra konkrétně toto vedlo k rozhodnutí požádat v prosinci 2017 svou životní partnerku o ruku a k naplánování početí druhého dítěte, které se jim má v srpnu narodit. Nyní už ví, že čekají syna. Vyslovil se, že nechce zklamat, cítí odpovědnost, doslova řekl „*vinu*“ (tato zkušenost ukazuje, že i nezaviněnost nehody podněcuje otázku po vině), ale věří si: „*Když jsem dokázal rok nepít, zvládnou už všechno*“. Uvažuji, že téma spolehlivosti a osobní odpovědnosti Petr vysoce hodnotí a je pro něj zásadní vzhledem k jeho závislosti na alkoholu. S vírou současně vyslovil i obavu, jestli zvládne rodinu uživit; je si vědom skutečnosti, že traumatická událost zasáhla celou rodinu, nikoli jenom jeho. Své chování vůči rodičům, od svého dospívání až dosud, posuzoval sebekriticky, a toto hodnocení dokumentoval otcovým vtipným výrokem: „*Ty už dokážeš překvapit jenom příjemně*“. Otcovu sentenci nehodnotí jako kritiku, ale jako výzvu. Za velké štěstí a výhodu považuje, že mu firma, pro kterou pracoval, nabídla odškodnění, a navíc hledá možnost pracovního uplatnění v rámci jeho možností. K této debatě se přidal i Tomáš se svou zkušeností solidarity, kdy mu zaměstnavatel po roce pracovní neschopnosti nabídl práci na stejné pozici a on díky tomu není závislý na invalidním důchodu. Oba se shodli, že je těžké se smířit s určitým doživotním stupněm závislosti a jejich touhou je být soběstačný a užitečný

pro své blízké. Takřka všichni „amputaři“, se kterými jsem se ve skupinách setkala, mluvili o hlubokém strachu z bezmocné závislosti, nejen pro to, že by se stali pro ostatní břemenem, ale proto, že by byli k ničemu a bezcenní pro druhé.

Poslední skupina před Petrovým propuštěním z hospitalizace patřila kromě jiného tématům vztahujících se k hodnotám, prioritám a cílům v budoucnosti. Petr se svěřil, že má mezi svými plány na prvním místě pravidelné docházení do skupiny AA a dodržování schůzek s adiktoložkou. Dále by si chtěl doplnit vzdělání ukončené maturitou a věnovat se cílevědoměji studiu jazyků – to vše kvůli konkurenceschopnosti v práci. Mluvil o lítosti, že ztratil možnost být dál uměleckým kovářem, že mu bude práce rukama chybět. Touží naučit svou levačku vše, co uměla jeho pravá ruka a doufá, že brzy dostane nový protézový systém s rukou Michelangelo, která je vybavena unikátní mechanickou jednotkou umožňující pohyb v zápěstí – ohýbání, otáčení i napřimování. Tuto touhu dojemně dokumentuje na přání obejmout svou ženu oběma rukama anebo být schopný zavázat své dceři tkaničky.

Shrnutí případové studie

Vlastní traumatickou událost jsem popisovala v osobní anamnéze klienta, dále byla zaznamenána v lékařské dokumentaci a stala se tématem první skupiny, které se Petr na RKM zúčastnil. Subjektivně Petr hodnotí své trauma jako nepochybný důsledek svého životního stylu, přestože nebyl označen za viníka nehody a ani nemohl mít nad událostí kontrolu. Akutní péči čerpal v nemocnici v Berlíně, kam byl po autonehodě transportován. Domnívá se, že to bylo „*štěstí v neštěstí*“, vyslovil subjektivní pochybnost nad tím, že by měl stejně erudovanou péči doma. Vyjmenoval počet operací vedoucí k záchraně ruky (označil jejich výslednou cenu), a nakonec i to, že součástí operací byla postupná plastika jizvy. Celkově hodnotí akutní péči jako nadstandardní a kladně oceňuje ochotu a vlídnost odborného personálu během celé doby hospitalizace. Záhadné a podstatné pro něj byly zkušenosti s obdobím stráveným v umělém spánku. Toto jej inspirovalo v přemýšlení nad změněným stavem vědomí a nad prodělanými mystickými zážitky spojenými s tímto stavem, kdy elektrická aktivita mozku (v případě hlubokého spánku vlny delta) odráží stav našeho vědomí a realita není podložena vnějšími vlivy, ale je vnitřním procesem založeným na našich myšlenkách, vnímání a emocích.

Odpovědi na otázky, co Vám pomáhalo toto těžké období bezprostředně po výkonu amputace zvládnout, a kdo a jak Vás podporoval při adaptaci na změněnou životní situaci, jsou z části obsažené v Petrových výrocích ze skupin, kdy vyslovil hlavně vděčnost své partnerce, že ho „*držela*“ a po celou dobu léčení jej podporovala a neopustila. Pravidelně za ním dojížděla do nemocnice v Berlíně a vozila s sebou i malou dceru. Kromě rodiny mu

pomáhali i kolegové z práce v Německu (návštěvami v nemocnici a štedrou sbírkou) a také rodina a pár přátel z domova. Z pozorování jeho bytí v rámci skupiny mohou potvrdit, že ve vztazích k ostatním lidem se Petr vždy velmi angažoval, dával najevo svůj zájem, projevoval emoce a v komunikaci s druhými se projevoval autenticky a empaticky. V tomto případě pozitivně zužitkoval zkušenosti z komunitní léčby závislosti na alkoholu a z pravidelné účasti v jiné homogenní skupině AA. Věděl o skutečnosti, že skupina pracuje nejlépe, když si její členové váží cenné pomoci, kterou si navzájem poskytují a že je pro ně skupina bohatým zdrojem informací a podpory. K těmto osobním postřehům dále přikládám následující tvrzení Petra z dotazníku PTGI-CZ k tématu vztahů s ostatními:

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 6

Trauma Petra donutilo zamyslet se nad hodnotami, jimiž se v životě dříve řídil (nebo neřídil) a vyslovil touhu a naději, že bude schopen změnit pořadí svých životních priorit. Ve skupinách reflektoval svůj „*předtraumatický*“ nesmyslný a destruktivní způsob života a svým vyprávěním mapoval individuální hledání smyslu traumatické zkušenosti. Už to, jakým způsobem se rozhodl událost chápat, nedívat se na ni z pohledu oběti, mu může v budoucnu napomoci v proaktivním způsobu zvládnání překážek, které nastanou. Jakmile smysl události traumatizovaný objeví a pojmenuje, čerpá z něj energii, která se stává hybnou silou v přijetí zodpovědnosti za směřování svého života.

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážít každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 7

Proces posttraumatického růstu se odvíjí z posttraumatického stresu a prostřednictvím příběhů, které si následně vyprávíme. Rychlost, kterou toto kognitivní zpracování traumatu

probíhá, je ovlivněna složitými interakcemi mezi naší osobností, našimi copingovými strategiemi a naším sociálním prostředím. Potenciál posttraumatického růstu je hluboce zakořeněn v naší osobnosti a ze své podstaty spočívá ve větší autentičnosti a pravdivosti k sobě. Odhodlanost Petra nastalé těžkosti vybojovat dokládá i výše citovaný výrok: „*Když jsem dokázal rok nepít, zvládnou už všechno*“. Dále také vzpomínal na překonávání obtíží a nebezpečných situací (úraz, okradení, nemoc, ztráta osobních věcí) při cestování v neznámé zemi s minimem prostředků a s neznalostí prostředí, ve kterém se s partnerkou pohybovali. Stejně jako u Lucie hodnotím jako pozitivní faktory jeho sebedůvěru, užití humoru, otevřenost, optimismus a vnímanou osobní zdatnost. Své problémy považuje za přechodné, zvládnutelné a omezené. V následujících tvrzeních směřovaných k silným stránkám jedince, které posttraumatickému růstu napomáhají, Petr odpovídal těmito tvrzeními:

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 8

Následující tabulka č. 9 sleduje nové zájmy, možnosti a vůli traumatizovaného k jejich naplňování. Petr je na samém počátku uskutečňování nového způsobu života a objevování nových možností. Mluví spíše o postupném uvědomování si jejich existence a o motivaci lépe naložit se svým životem. Mareš (2012) píše, že stresory, které jsou velmi silné, závažné, jejich nástup je rychlý a ovlivní mnoho oblastí jedincova života současně, zpravidla vyústí v dlouhodobou změnu osobnosti. Je to však obecná úvaha, která neříká nic o tom, které proměnné brání zásadní změně a které ji naopak usnadňují. Petr mluví o tom, že má v úmyslu rozvíjet svůj osobní život, věnovat se dětem, rozhodl se prodat dům (jeho údržba by pro Petra byla příliš náročná) a koupit prostorný byt s předzahrádkou, aby rodina měla pohodlné a méně náročné bydlení. Touží po novém profesním uplatnění a díky firmě, pro kterou před úrazem pracoval, je tato možnost reálná. Může se po doplnění vzdělání dostat na novou a vyšší pracovní pozici. Uvažuje o tom, jak být prospěšný druhým a připouští, že tyto myšlenky poprvé přicházely v průběhu podpůrných skupin prostřednictvím zažití pocitu vlastní užitečnosti pro druhé.

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5

11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 9

Obrácení se k víře a k náboženství vlivem traumatu je specifická strategie zaměřená na emoce. Petr o víře ve skupině vedl diskuzi s Tomášem a k tématu se dostaly přes rodinnou výchovu. Konstatoval, že rituály spojené s návštěvou kostela bral jako nedílnou součást svého útlého dětství a teprve nyní po traumatu zkoumá vztah mezi vírou, smysluplností života a nadějí do budoucna. Tady cituji Petra, když řekl, že „víra, někde ve mně zasutá“ mi umožňuje „smířit se s nejistotou, která je jistá“. Nezbyvá mi než konstatovat, že je velká škoda, že na otázky víry a spirituálních potřeb v podpůrných skupinách nedošlo častěji.

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 10

Petr v rámci svého léčebného pobytu na RKM spolupracoval a komunikoval s odborným personálem kliniky velmi aktivně a přátelsky. On sám hodnotil kolektiv odborníků na rehabilitační klinice jako srdečný, vlídný a ochotný vždy pomoci. Zvláště oceňoval informační a hodnotící oporu, které se mu dostávalo prostřednictvím ošetřujícího lékaře, fyzioterapeutky a ostatních členů podpůrné skupiny. Na skupiny docházel pravidelně a byl jedním z nejčinnějších členů, byl aktivní v případě vyhledání i poskytnutí podpory. Jeho účast na skupině posilovala významně její soudržnost a fenomén dodávání naděje. Petr prohlásil, že si po setkání s ostatními členy ve skupině (konkrétně jmenoval Lucii) uvědomil, že nelze poměřovat velikost traumatu, obdivoval odvalu a odhodlání druhých a toto mu dle jeho vyjádření přinášelo povzbuzení a inspiraci. Na úplný závěr případové studie mi nezbyvá než konstatovat, že rozloučení s Petrem před jeho propuštěním z hospitalizace bylo nejvřelejší a nejdojemnější ze všech odchodů ze skupin. Se všemi členy se na skupině rozloučil čokoládou, kterou mezi ostatní rozdělil, vyměnili si na sebe kontakty a Petr přislíbil svou účast na akcích kliniky, které RKM pravidelně pořádá pro své klienty.

5.3.3 Kazuistika 3 - slečna Tereza

Představení klientky

Než jsem se s Terezou poprvé setkala, seznámila jsem se s její lékařskou dokumentací a absolvovala jsem konzultaci s fyzioterapeutkou, která byla s Terezou jako první v kontaktu

od její hospitalizace při akutní péči a byla s ní díky pravidelné rehabilitaci i nadále v nejtěšnějším denním styku.

Z lékařských zpráv jsem vyčetla, že rodinná anamnéza je vzhledem k nynějšímu onemocnění (úrazu) bezvýznamná, ale z mého pohledu je velmi zajímavá a nemůže nebýt související s klientčíným osudem, a proto se o ní zmíním. Tereza se narodila před 36 lety v Olomouci, dětství prožila v úplné rodině, a jak sama říká, byla obklopena bezpečím, láskou a péčí rodičů i prarodičů. Mezi rodiči je patnáctiletý věkový rozdíl a pro otce to bylo již druhé manželství, kdy si vztahu k ženě, a hlavně k dceři užíval a obě doslova hýčkal. Z prvního manželství měl syna, který je o dvacet let starší než Tereza, ona se o jeho existenci dozvěděla teprve před pěti lety. Byla to vůle otcovy bývalé ženy a on ji respektoval. Tereza vlastní sourozence nemá a říká, že to bylo to jediné, co ji v dětství scházelo a kamarádům jejich sourozence záviděla. Proto se nyní velmi raduje z objevu nevlastního bratra, snaží se dohnat ztracený čas a je aktivní iniciátorkou společných setkávání. Bezpodmínečná láska rodičů Tereze dovoľovala zažívat pocitů jistoty, nezpochybněného práva k existenci a přesvědčení, že je jedinečná a že žije život, který ji poskytuje všechno, po čem touží. Neměla žádné problémy s navazováním kamarádkých vztahů, byla v kolektivu dětí oblíbená a s důvěrou se pouštěla do kontaktů s druhými. Myslím, že toto je právě ten zásadní „pramen“, ze kterého momentálně v období posttraumatické krize nevědomě čerpá. Stejně jako z jistoty a samozřejmé radosti z vlastního těla, z vitality a sexuality získané v dětství a v mládí. Přelom nastal v období adolescence, kdy přirozeně dochází ke zrušení idealizace rodičů a k odpoutání se od nich a je často provázáno labilními pocity vlastní hodnoty. Tereza popisuje samu sebe v tomto období hledání vlastní identity jako nesnesitelnou, revoltující, sobeckou, tvrdohlavou a neohledupnou. Přesto, že se velmi dobře učila, prosadila si studium na Střední hotelové škole, kterou sice dokončila, ale nikdy v této profesi nepracovala. Jejími hesly, podle doslovného vyjádření, tohoto životního období byly „*užívat si a nechat druhé užívat si*“, „*nějak to dopadne*“, „*když nevyjde tohle, vyjde něco jiného.*“ Často tyto postoje prý hraničily s leností a pohodlností. Současně ale měla sklon všechno vyzkoušet, zažít, chtít, mít a vůči druhým měla (tak jak to nyní hodnotí) samozřejmé a nepřiměřeně vysoké nároky. V období mladé dospělosti se ničeho neodříkala, střídala partnery, ráda se bavila a vyzkoušela bezmála všechny společenské drogy. Po škole nastoupila díky své tehdejší lásce na místo asistentky vedoucího ve velkém autosalonu, kde ale vydržela pouze jeden rok. Práce ji ničím neinspirovala a láska brzy skončila. Nato pracovala téměř dva roky v call centru pro jednu ze tří největších telekomunikačních společností v ČR. Tuto práci zpětně hodnotí s ohledem na sbírání životních zkušeností jako smyslupnou, psychicky náročnou, naučila se v ní

trpělivosti, aktivnímu naslouchání a komunikačním dovednostem, které se jí v další profesi velmi hodily. Z mého pohledu zde dobře uplatnila přirozenou dávku sebevědomí, schopnost snášet stres, sociální inteligenci a talent pro bezprostřední a otevřenou komunikaci s druhými lidmi. Po čase nabyla pocitu, že stagnuje, nemá možnost se učit ničemu novému, a proto přijala nabídku na místo obchodního zástupce jedné velké strojírenské společnosti. Tady ji opět pomohla víra, že neexistuje nic, co nelze vyzkoušet a naučit se. Přestože neměla odpovídající odborné vzdělání, teoretické vědomosti si doplnila a setrvala v této firmě sedm let. Co se týká prodeje, byla velmi úspěšná a práce ji bavila. Byla pro ni dostatečně kreativní, při kontaktování obchodních partnerů dokázala uplatnit své asertivní chování, a této práci věnovala velké osobní nasazení, které ji přinášelo žádoucí uspokojení. Celkově byla v tomto čase dle vlastních slov šťastná, byla zamilovaná, udělala si řidičský průkaz na sportovní silniční motorku a stala se členkou motorkářské party. Z této práce odešla jen velmi nerada z důvodu rozporů se svým přímým nadřízeným. Kdybych příčinu odchodu popisovala slovy Terezy, ztratila důvěru ve správnost jeho rozhodování, měla problém jej respektovat a svého nadřízeného si přestala obvykle lidsky vážit, ztratil u ní svou přirozenou autoritu a úctu. Tady přidala dovětek, že si je obecně vědoma svého problému s respektováním autorit. Po odchodu ze strojírenské společnosti pokračovala na pozici obchodního zástupce ještě u dvou firem, z nichž první se zabývala kosmetickým sortimentem a druhá byla výrobcem piva. Tereza však nebyla ani v jedné firmě natolik spokojená, aby ji práce naplňovala. Opět přicházel pocit stagnace a přesvědčení, že se již neučí ničemu novému. Práce se pro ni stala rutinou, čím dál více jí vadilo, že výsledek její činnosti je neustále měřen a porovnáván s výsledky druhých, a z toho vyplývající zkušenost, že dostatečně dobrá je jen tehdy, pokud podává stále větší výkon. Ani v osobním životě se jí příliš v této době nedařilo. Rozešla se po čtyřech letech se svým přítelem. Jejimi slovy pro ni nastalo „*období hledání nových možností*“, protože při rozchodu nejde jen o odpoutání se od člověka, který pro nás mnoho znamenal, ale o nové definování vlastní identity. Chtěla využít samoty k osobnímu rozvoji, měla, jak sama říká, „*puzení se vyvíjet, puzení k nezávislosti*“.

V prosinci 2015 odjela na dva měsíce do Indie a v dubnu 2016 na Bali. Domů se vrátila se zkušeností, že se dokáže sama o sebe postarat bez bezpečí zázemí a iluzorních jistot, že se dokáže spolehnout na vlastní pocity, vlastní myšlení a schopnosti navazovat vztahy s lidmi i v cizí zemi. Vrátila se s vírou v sebe sama. Měsíc po návratu se jí stala dopravní nehoda na motocyklu.

Anamnéza klientky

Nynější onemocnění: 33letá pacientka paní T. K. byla přijata na RK Malvazinky z domova se stavem po amputaci LDK po dopravní nehodě na motocyklu. 5/5/2016 nízká amputace v bérce, 14/5/2016 střední amputace ve stehně (FN Brno).

Objektivní nález: Pacientka je orientovaná, spolupracuje. Psychicky a sociálně saturovaná.

LDK: Toho času občasné mírné bolesti pahýlu, jinak bez obtíží. Jizva zhojena, klidná, okolí bez výrazné palpační citlivosti. Čítí neporušeno. Soběstačná, zvládá chůzi na femorální protéze s oporou o jedné FH. Chůze v interiéru bez kompenzačních pomůcek.

PDK: Pacientka chodí kvadrantovým mechanismem na protéze, ve švihové fázi dochází k elevaci pánve a cirkumdukci v kyčelním kloubu. Stojná fáze není dostatečně dlouhá, zdravá noha předbíhá dopředu.

Spolupráce v rámci RKM

Při prvním setkání jsem Tereze vysvětlila, jakou práci na klinice zastávám, co studuji a k čemu bude případová práce sloužit. Sešly jsme se odpoledne v zahradě kliniky. Tereza byla ve společnosti dalších „amputářů“, kdy někteří hráli na betonových stolcích šachy a někteří pétanque. Už na první dojem byla velice bezprostřední, družná, pozitivní, vstřícně a ochotně souhlasila s dalším setkáním. Domluvily jsme se hned na podvečer, kdy bude mít po procedurách a budeme spolu samy. Vzhledem k tomu, že jsem věděla, že dojde na emotivní vyprávění, byla jsem ráda, že může probíhat v soukromí. Sešly jsme se u Terezy na pokoji a přes očekávání, které jsem z krátkého odpoledního setkání získala, mě stejně ohromilo, s jakou vyrovnaností a nadhledem dokáže o svém úrazu vyprávět. Dopravní nehodu a vše s ní související včetně příjezdu záchranářů a poskytnuté první pomoci si pamatuje do nejmenších detailů. Konstatovala, že je moc ráda, že nejela příliš rychle a ani neporušila žádná dopravní pravidla, prohlásila, že měla prostě jen smůlu. Najela v zatáčce na šterk, motorka dostala smyk na přední kolo a vyjela do protisměru, kde v tu chvíli přijížděl osobní automobil a jeho řidička, která nedokázala včas strhnout řízení ani auto dobrzdit, přejela Tereze nohu. Vypráví, že neupadla do bezvědomí, ihned si uvědomovala fatální následky nehody - „*viděla jsem, že ta noha je pryč*“ - a díky tomu, že záchranná služba přijela velice brzy a ošetření bylo rychlé, necítila žádnou děsivou bolest. Začala prý ihned přemýšlet nad tím, co bude následovat, uvědomila si nevratnost okamžiku a realitu, že se jí změnil „*směr života*“. Tady jsem poprvé zažila osobní zkušenost, jak velice subjektivní je hodnocení a vnímání traumatické události a jak moc se může lišit od hodnocení profesionálů (lékařů, fyzioterapeutů, psychologů a sociálních pracovníků). Nejvýznamnější je to, jak hodnotí závažnost prožitého traumatu jedinec sám, ač se to profesionálům může zdát až patologické.

Po převozu do nemocnice následovala první amputace v polovině bérce, po nastalých pooperačních komplikacích muselo dojít po více než týdnu ke střední amputaci ve třetině stehna. Celkově strávila Tereza tři týdny na oddělení JIP a další dva týdny na traumatologii. O průběhu hospitalizace a o lékařských zákrocích, které prodělala, vypráví věcně, srozumitelně a hned k nim zaujímá smířlivý postoj. Měla ještě poraněnou krční páteř a slezinu a zřetelně si uvědomovala, že vše mohlo dopadnout daleko hůř – „*taky jsem tu už vůbec nemusela být*“. Díky své nehybnosti měla spoustu času na přemítání, kdy se obyčejně lidé postižení traumatickou událostí vracejí do minulosti – přítomnost je nesnesitelná a budoucnost nejistá a vyvolávající obavy. Ona však, jak vypráví, rovnou začala plánovat, jak se nepřízni postaví. Díky tomu, že má fungující rodinu a hodně přátel se necítila sama, dostávalo se jí citlivé pomoci i sociální opory. A tady naše první setkání muselo skončit, protože Tereza je velice sdílná a na vyprávění o rodině a životě před nehodou jsem si chtěla udělat více času.

Při dalším setkání mi podrobně vyprávěla o svém životě před nehodou tak, jak jsem ho popsala na začátku kazuistiky. Dostaly jsme se i k tomu, jak vnímají nehodu rodiče a jak se s jejími následky vyrovnávají. Traumatická událost pochopitelně významně zasáhla celou rodinu. Maminku nehoda a její následky zlomily, podle interpretace Terezy neustále iracionálně přemítala, „*proč k tomu muselo dojít*“ a „*jak se nehodě dalo zabránit*“. Později maminka vyhledala pomoc psychologa a dočasně užívala antidepresiva. Mezi tatínkem a Terezou existuje pravděpodobně větší míra souladu v uvažování, a to jak o celém traumatu, jeho následcích, o její obranné reakci (resistenci), tak i o dalších možnostech Terezy. Zažili „*spolu – přemítání*“, kdy si dokázali porozumět více než kdy jindy a podle Terezy je nehoda ještě více stmelila. Začal více pomáhat i její nevlastní bratr, kamarádi motorkáři a pravidelně ji v nemocnici navštěvoval i její bývalý přítel. Vyprávěla mi, že během hospitalizace ji navštívila nemocniční psycholožka, ale ona sama měla pocit, že pomoc tohoto druhu nepotřebuje. Došla při dlouhém ležení v nemocnici k přesvědčení, že ji tři měsíce strávené v Indii a na Bali neplánovaně pomohli připravit se na traumatickou událost, ač to samozřejmě nemohla dopředu tušit a cestování mělo původně úplně odlišné poslání. Během našeho setkání a povídání v zahradě se u nás několikrát zastavili i její současní spolu-pacienti a z jejich chování bylo zřejmé, jak je Tereza oblíbená, že snadno a rychle dokáže navazovat vztahy, s důvěrou se pouští do seznamování, a i po prodělaném traumatu zůstává stále otevřená a přátelská. Myslím, že tuto přednost ona sama považuje za samozřejmost a myšlenky na možnou sociální vyloučenost ji ani na moment nenapadly.

Po propuštění do domácí péče se samozřejmě náš kontakt přerušil a Tereza zůstala se mnou a se svou fyzioterapeutkou ve spojení jen občasně, po telefonu a po emailu. Názarově

se účastnila setkávání „amputářů“ na společných akcích pořádaných organizací No Foot, No Stress! a fitness dnů, které organizovala klinika Malvazinky. Začala také příležitostně dojíždět na podpůrné skupiny, což pro ni nebylo vzhledem ke vzdálenosti od domova snadné. I když její účast na skupinách byla vzácná, stala se i tak pro mnohé klienty jistým „vzorem“, protože při setkání s ní viděli, že lze dosáhnout samostatnosti, svobody v pohybu a rozhodování a jejich současná závislost na druhých je pouze dočasná. Ona sama několikrát vyjádřila radost z toho, že je „něco platná“ a že může pomoc dávat, když ji před časem sama čerpala. Přínosem během pár návštěv ve skupinách pro ni bylo spíše potvrzení „užitečnosti“ pro druhé, ona sama pomoc tohoto typu v době vzniku podpůrných skupin už nepotřebovala.

Shrnutí případové studie

Závěr případové studie se bytostně dotýká klientky, jejích reakcí a přímých odpovědí na výše vyjmenované výzkumné otázky, které se ve třech okruzích věnují individuálnímu traumatu, klientčině osobnosti, sociálnímu zázemí a klientkou zvoleným strategiím zvládnutí zátěže. Tím je v případové studii zmapován celý průběh traumatu od jeho počátku až po klientčinu současnou situaci s reflexí a plánem do dalšího života. Případovou studii dále doplňují odpovědi z dotazníku PTGI-CZ, který je zaměřený na posttraumatický rozvoj osobnosti, a ve kterém sledujeme a rozlišujeme 5 proměnných (škál). Neslouží ke kvantitativním výsledkům šetření jako při jině dostatečně odpovídajícím počtu respondentů, ale podporují zprávy z klientčiny dokumentace, její výroky a reakce během individuálních i skupinových setkání a její činy a plány do budoucnosti.

Na první dvě otázky, které se věnují popisu traumatické události, klientčině autentické reakci na fatální nehodu a počátečním dnům po ní, dokázala Tereza odpovídat neobvykle věcně až pragmaticky. Takto racionálně se projevovala již při akutní péči na traumatologii, v době první hospitalizace na RKM brzy po nehodě, a také během našich opakovaných setkání. V lékařské dokumentaci je tento fakt popsán slovy: „Pacientka je orientovaná, spolupracuje. Psychicky a sociálně saturovaná“. Toto lékařské konstatování podporují její autentické výroky, které použila k popisu nehody na motorce: „*ihned jsem věděla, že je zle, viděla jsem, že ta noha je pryč*“. Začala prý v podstatě okamžitě přemýšlet nad tím, co bude následovat, uvědomovala si nevratnost okamžiku a realitu, že se jí změnil „*směr života*“. Už v průběhu akutní hospitalizace zaujala poměrně vyrovnaný postoj, který ilustruje výrok „*taky jsem tu už vůbec nemusela být*“ a dokázala logicky posoudit nutnost druhé, střední amputace a odsouhlasit ji. Současně její postoj rezistence vystihuje to, že během hospitalizace při akutní péči konzultaci psychologa přijala a absolvovala, ale další sezení již s poděkováním odmítla.

Jak popisují výše v klientčině anamnéze, není to reakce častá, ale ojedinělá a odborný personál ji někdy klasifikuje jako efektivní obrannou reakci organismu. Jako disociaci, která představuje jednu z forem copingového a obranného mechanismu při snaze zvládat, minimalizovat a snášet stres. Tato očekávání pomáhajících se však v případě Terezy nenaplnila a skutečnost je vyjádřená v anamnéze prostřednictvím popisu typu osobnosti klientky, její schopnosti navazovat vztahy při hledání pomoci a pevného zázemí v rodině. Tady bych vyzdvihla vliv otce, který projevil, jako jeden z mála, velké porozumění pro její reakci rezistence na utrpené trauma a jejich vztah to ještě více upevnilo. Tímto je současně zodpovězen i dotaz, kdo podporoval klientku při adaptaci na změněnou životní situaci. Z dalších osobních zkušeností, tak jak jsem sledovala Terezu během rehabilitačního pobytu, jsem si ověřila, že podpory se jí dostalo i od přátel a kamarádů a od spolu-klientů na RKM. Vztahům s ostatními lidmi a jejich kvalitativní změně po traumatu je věnovaný druhý okruh výzkumných otázek, a proto zde uvádím pro doplnění kazuistiky i odpovědi Terezy v dotazníku PTGI-CZ, které jsou vyjádřené v těchto proměnných:

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 11

Z jednotlivých tvrzení zřetelně vyplývá, že překonané trauma Terezu ještě více utvrdilo v přesvědčení, že k životu potřebuje blízkost druhých lidí, více si jejich existence váží, stala se soucitnější a je ochotná ze sebe vztahům více dávat. Současně i konstatuje, že díky traumatu se přesvědčila, že může druhým lidem věřit a může se na jejich pomoc spolehnout.

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 12

Okolnosti jejího života, které ji těsně před nehodou dovedly při cestách do Indie a na Bali vypovídají dost o tom, že již v té době pochybovala o správném směru a naplnění svého života, a kromě jiného hledala víru v sebe sama. Chtěla využít samoty k osobnímu rozvoji, měla, jak sama říká, „*puzení se vyvíjet*“. To, že prožité trauma tuto započatou cestu ještě více akcelerovalo, potvrzují tato tvrzení, která v dotazníku sledují silné stránky jedince.

A další trojice odpovědí, která dedikuje porozumění životu a pochopení jeho smyslu:

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 13

Naopak prožité trauma nemělo, dle tvrzení Terezy, výrazný vliv na změnu v duchovní oblasti a na její spirituální změnu. Je pravda, že otázku víry Tereza sama od sebe aktivně nikdy nezminila, ani při našich individuálních setkáních a také ne v podpůrné skupině, když toto téma přinesl jiný člen skupiny, na ni významně nereagovala.

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 14

Poslední okruh otázek byl věnovaný klientčině současné situaci, jak se nyní cítí a jak zvládá život. V následujících tvrzeních, která toto mapují, Tereza konstatovala, že v současnosti ani tak nejde o nové zájmy, jako o to, že se jí podařilo se ke starým zájmům vrátit. Například se vrátila díky kamarádům z motorkářské party zpátky k jízdě na motorce. Novými možnostmi myslí rekvalifikaci a nové zaměstnání, které jí umožňuje se rozvíjet, učit se a cestovat. Umožňuje jí vše, co měla ráda i před traumatem. Pracuje pro společnost, která se specializuje na poradenství a dozorování firem s ubytovacími a stravovacími službami a je zaměřena na zlepšení kvality služeb, dále na konzultace, analýzy, tréninky, interní audity a školení v gastronomické a hotelové oblasti.

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 15

Z kazuistiky je zjevné, že role sociálního pracovníka byla v tomto případě zejména podpůrná, koordinační a dále informativní. Podpůrná pomoc probíhala formou individuálních i skupinových setkání; koordinační sociální práce zahrnovala funkční propojení mezi klientem a organizacemi mimo zdravotnické zařízení. Dále také mezi samotnými členy interdisciplinárního týmu, kdy sociální pracovnice poskytovala průběžnou zpětnou vazbu a doporučení dalších kroků z hlediska sociální práce při probíhajících intervizích. Informativní pomoc byla naplněna poskytnutím potřebných informací k sociálnímu zabezpečení pro osoby se zdravotním znevýhodněním popsané v kapitole 1.4 této práce. Tereza nebyla typický klient, ona sice pomoc ochotně čerpala, ale současně si dokázala informace sehnat sama. Vyzdvihla pomoc s navázáním na podpůrné organizace a potom už byla aktivní sama.

5.3.4 Kazuistika 4 – pan Tomáš

Představení klienta

Tomáš byl v době našeho prvního setkání přijat k opakované hospitalizaci na RKM s cílem náviku správných stereotypů chůze na definitivní protéze s mikroprocesorem v kolenním kloubu. Tento kolenní kloub je řízen komplexním systémem snímačů, který umožňuje přizpůsobení funkce různým rychlostem chůze, umožňuje stabilitu i v nejistých situacích, překonávání svahů a také střídavou chůzi ze schodů. Tyto funkce splňují základní požadavek na mobilitu a volnost. Než jsme se poznaly, nastudovala jsem si klientovu lékařskou dokumentaci z předcházející hospitalizace a absolvovala jsem pohovor s fyzioterapeutkou, která s Tomášem rehabilitovala už při náviku chůze na prvoprotéze.

Tomáš se narodil před 46 lety na vesnici blízko středně velkého města na Jižní Moravě, jak sám říká, v samém „*srdci Slovácka*.“ Dětství prožil v úplné rodině jako starší za dvou bratrů. Tatínek pracoval v blízkých leteckých závodech jako technik a maminka byla učitelka na základní škole. Díky tomu měla na Tomáše a na jeho o tři roky mladšího bratra dostatek času. Na chodu rodiny se podíleli i prarodiče a Tomáš své dětství, strávené na vesnici v těsném sejetí s přírodou, hodnotí jako šťastné – téměř idylické. Tatínek se aktivně věnoval myslivosti a Tomáš rád vyprávěl, jak ho otec bral od mala s sebou do lesa a naučil ho milovat zvěř a přírodu. Oba dědové měli, jak je na Slovácku zvykem, vinici, a díky tomu Tomáš poznal, co znamená celoroční starost a péče o vinohrad. Jako kluk tuto práci neměl rád, obírala ho o čas, který chtěl věnovat fotbalu a kamarádům, ale dnes už na ni vzpomíná rád. Vyučil se v oboru letecký mechanik a nastoupil do stejné firmy, kde pracoval jeho otec. Mezi jeho koníčky kromě cyklistiky a lyžování patřil na prvním místě fotbal, kterému se

poloprofesionálně věnoval celé své dětství a mládí. Při našem prvním rozhovoru projevil lítost, že doba fotbalu je nenávratně pryč. Když Tomáš ve skupině vyprávěl svůj životní příběh, smál se, že je až trapně nudný a nezajímavý. Oženil se se svou první láskou, se kterou vloni oslavil stříbrnou svatbu a mají spolu 24letou dceru a 17letého syna. Po několika letech odešel z leteckých závodů do nové firmy, která se věnuje výrobě a montáži schodišťových plošin pro invalidy a tam dosud pracuje. Miluje přírodu, konkrétně les, věnuje se aktivně myslivosti a věří, že amputace končetiny mu v zachování tohoto zájmu nezabrání. Nikdy nezapomene na svou první procházku po amputaci v lese na prvoprotéze; vzpomíná na tu znovu zažitou radost z pohybu v přírodě a úlevu, že to zvládne sám. Obával se totiž, že na procházky do lesa z důvodu zachování bezpečnosti už může zapomenout, a to by mu velmi scházelo. Být sám se sebou a přírodou bylo pro něj vždy (jak sám říká) „*očistné a přinášejší energii*“.

Anamnéza klienta

Nynější onemocnění: 46letý jinak zdravý pacient přijatý k opakované rehabilitaci po polytraumatu s traumatickou amputací ve stehně PDK + fraktury předních pilířů acetabula, fraktury stydké kosti a luxační fraktury hlavice femuru vpravo bez dislokace – řešeno repozicí. Poranění měkkých struktur genu l. sin. s následnou instabilitou levého kolenního kloubu. Výhledově náhrada zadního zkříženého vazů levého kolena. Nitrobřišní poranění po autonehodě 24/11/2016 - hematom sleziny + lacerace levé ledviny. Při přijetí fantomové bolesti PDK – občasné. Nyní opakovaná rehabilitace na definitivní protéze. RA: nevýznamná vzhledem k nynějšímu onemocnění, OA: běžné dětské nemoci. Před úrazem se s ničím neléčil. Nekouří, alkohol neguje.

Objektivní nález: lucidní, orientovaný, spolupracuje, bez fatické poruchy. Stav po amputaci ve stehně PDK, jizva hypertrofická, pahýl klidný, palpačně nebolestivý, pohyb v pravé kyčli volný. Mírné fantomové bolesti, medikaci neužívá.

Kineziologický rozbor: mírné oslabení trupu na straně amputace, stoj bez pomůcky – stabilní, protézu nasadí sám, chůze bez kompenzačních pomůcek, zvládne i střídavou chůzi ze schodů. Příliš dlouhý krok PDK, chybí odraz od špičky.

Cíle terapie: posílit dynamické stabilizátory kolene a kyčle, korekce svalových dysbalancí v oblasti pánve, zad, břicha a DK, nácvik správného stereotypu chůze, instruktáž k domácímu cvičení, zpevnění svalového korzetu a celkové zvýšení kondice.

Spolupráce v rámci RKM

Během své první účasti na podpůrné skupině Tomáš ostatním členům vyprávěl, z jakého důvodu u něho k amputaci dolní končetiny došlo. V té době byl ve skupině kromě

Petra jediný, kdo prodělal amputaci následkem devastujícího traumatu při autonehodě, a s ním a Lucií, patřil k mladším členům skupiny. Tato trojice klientů výrazně změnila stávající dynamiku skupiny, přinesli nová témata, více optimismu a odhodlání. Při pozorování se mi Tomášovo chování jeví jako bezprostřední, spontánní a pozitivní ve smyslu směřování k ostatním ve skupině. Tomáš byl při vyprávění uvolněný, klidný, věcný, nepozorovala jsem žádné adaptivní prvky v chování, jako je předstírání, zastírání anebo přehánění.

Tomáš vyprávěl, jak se mu zdá paradoxní, že se téměř celý profesní život věnuje výrobě a montáži plošin pro invalidy, a nakonec se sám stane invalidou s pohybovým hendikepem. Autonehoda se stala v listopadu 2016 při zpáteční cestě z montáže svislé schodišťové plošiny do rodinného domu invalidy. Domů se s kolegou vraceli přes celou republiku a oba byli velmi unavení. Tomáš nechtěl řídit, vyvedl kolegu ven z města a před nájezdem na dálnici mu předal řízení. Řidič za volantem usnul a jejich dodávka ve velké rychlosti narazila zezadu do kamionu. Tomáš vypráví, jak bylo neskutečné, že vnímal každý náraz o svodidla a každé převrácení auta – „*jako ve zpomaleném filmu*“. Popisuje, jak čelní náraz vrazil přední část vozu na straně spolujezdce dovnitř auta a Tomáše v kabině doslova „*postavil*“. Na rozdíl od vyprávění Terezy i Petra jej přepadla ihned po nehodě obrovská nezvladatelná bolest nohy, najednou slyšel sám sebe hrozně křičet, popisuje to slovy „*bez možnosti kontroly nad svým chováním*“. Naštěstí se řidič, který vyvázl z nehody bez vážného zranění, zachoval duchapřítomně a zaškrtil Tomášovi dolní končetinu svým opaskem; Tomáš to komentuje tak, že je kamarádovi vděčný, že mu tímto činem pravděpodobně zachránil život. Záchraná služba přijela za 15 minut a už v sanitce cestou do nemocnice (po medikaci odezněla nesnesitelná bolest) mu bylo jasné, co je pro něj nejdůležitější a tento stav popisuje jako *náhlé zjevení*: „*Všechno mi bylo jasné, když jsem myslel, že je po všem. Důležitá byla jediné rodina, manželka a mé děti*“. První jeho přání bylo, aby kolega zavolał ještě z místa nehody ženě a vyřídil jí, že ji Tomáš velmi miluje. Kromě amputace PDK ve stehně prodělal luxaci kyčelního kloubu, zlomeniny pánve, poranění měkkých struktur levého kolene a četná nitrobřišní poranění. Vzpomíná, že během hospitalizace při akutní péči trpěl velmi silnými fantomovými bolestmi, které popisuje jako střídání horka a mrazení („*jako zmrzlé nohy po bruslení*“) s pocity tlaku jako by měl nohu v lisu anebo brnění a mravenčení. Ostatní klienti postupně přidávali své osobní zkušenosti a popisovali individuální zažité fantomové bolesti s jejich různou intenzitou. Tomáš vyslovil převzatou hypotézu, že po traumatu jsou fantomové bolesti intenzivnější, než když dojde k amputaci plánovaně na operačním sále a nervová zakončení jsou ihned ošetřena. První vyprávění ukončil tím, že byl nesmírně šťastný, že mohl být na Vánoce nazpátek doma s rodinou a už 16. ledna 2017 udělal své první

kroky na prvoprotéze. Tady vložím informace, kterých se mi dostalo od fyzioterapeutky, že Tomáš byl velmi aktivně naladěný klient od začátku rehabilitace. Jednak byl dostatečně fyzicky zdatný, akutní léčba netrvala příliš dlouho a on své síly nepozbyl, a hlavně projevoval dostatečnou vůli se postavit a co nejdříve chodit. V teoretické části práce v kapitole věnované očekávané funkční aktivitě klienta se tento profil označuje jako nelimitovaný exteriérový typ uživatele s možností využití volnočasových aktivit jako je běh, tanec, lyžování. Příkladem uživatele 4. stupně jsou děti, sportovci nebo vysoce aktivní dospělí jedinci.

Jedním z dalších témat, které do skupin Tomáš přinesl, bylo téma strachu a úzkosti v prvním období rekonvalescence před vlastní rehabilitací, která je sama o sobě, jak sám říká, již motivační. Vyprávěl, že při ležení na traumatologii měl čas na přemítání a toto v něm vyvolávalo úzkost, před kterou nemohl nikam utéct. Verena Kast (2012) v kapitole věnované aspektům úzkosti píše, že úzkost je v obecné shodě považovaná za emocionální reakci na anticipaci osobně důležitých ztrát a objevuje se, když je v nebezpečí něco, co je pro nás velmi cenné. A zdraví mají lidé obecně za hodnotu nejcennější. *„Úzkost nás tedy vlastně dovádí k poznání a záchraně toho, co je pro nás cenné, anebo k novým hodnotám“* (KAST, 2012, s. 35). Tomáš mluvil o tom, že kdyby nebyl bezmocný, utekl by od úzkosti k práci anebo do lesa, ale za této situace si „to“ musel vynuceným ležením „dopřemýšlet“. Toto prohlášení mně připomnělo podobnou interpretaci Terezy, se kterou se ovšem Tomáš na RKM nepotkal. Těžké pro něj bylo zjištění, že je, jako ostatně každý člověk, hrozně křehký a snadno zranitelný. Tuto skutečnost, která v něm nyní vyvolávala obavu z budoucnosti, si dříve téměř neuvědomoval. Iluze, které mu dříve pomáhaly a poskytovaly uklidnění, přestaly fungovat. Popisuje, jak si prošel mnoha emocemi (jmenoval vztek, hněv, smutek, strach ze ztráty vlastní hodnoty) a na těchto pocitech se obecně shodl se všemi členy skupiny. Většinou vyjádřili, že traumatem došli ke zjištění, že když tuto úzkostnou nejistotu vydrželi, většinou se objevila jiná jistota. Jistota, že druzí jsou ochotni pomoci, že rodina a blízcí je milují, utrpení má svůj konec a nová situace dokonce přináší i nové možnosti (toto jsou konkrétní tvrzení jednotlivých členů). Prožitý zmatek jim dovolil nahlédnout na skutečnost, že neexistují uniformní řešení, že je normální, že v nové situaci nevíme, jak na ni máme reagovat, natož jak ji máme vyřešit. Tady přidal Petr svou osobní zkušenost, kdy se po propuštění domů obával, že se opět vrátí k alkoholu, aby tyto obavy a úzkosti „rozpustil“. Naštěstí to s pomocí přítelkyně a rodiny zatím zvládl. Na závěr Tomáš konstatoval, že překonáním období nejistoty došel k naději pozitivního očekávání vůči budoucnosti.

Jak jsem již psala v případové studii Petra, dalším tématem, které Tomáše zaujalo, a aktivně se k němu vyjadřoval, bylo téma viny a odpuštění. Oba se stali obětmi autonehody,

kteřou sami nezavinili a v obou případech byli za viníky označeni jejich kamarádi, se kterými jsou i nadále v blízkém kontaktu. Tomáš (na rozdíl od Petra) necítil vůči kolegovi ani bezprostředně po nehodě a po zjištění jejich fatálních následků žádný hněv. Realisticky hodnotí, že situace mohla být opačná, a on si není jistý, zda by se zachoval při první pomoci stejně duchapřítomně jako jeho kamarád. Naopak si je jistý, že by cítil velkou vinu, se kterou by se mu nelehko žilo. S kamarádem dál pracují ve stejné firmě (Tomáš v lednu 2018 nastoupil zpět do práce na stejnou pozici, kterou zastával před traumatem), mají k sobě a svým rodinám nadále blízko a on naopak cítí vděčnost, že mu kolega pravděpodobně zachránil život.

Vyloženě osobním tématem bylo pro Tomáše nahlédnutí na skutečnost, že nejdůležitější je pro něj v životě rodina, manželka a děti, jak už mluvil na první skupině o svém „*prozření*“ na místě nehody. Říká, že považoval rodinu za něco samozřejmého, měl tendenci „*utíkat*“ do práce, do lesa, na fotbal a na kolo, ale přitom neměl na nic z toho kvůli množství práce dostatek času. Teď už s časem, kterému věnuje více pozornosti, lépe zachází. Manželka vyhledala v době jeho hospitalizace pomoc psychologa a Tomáš míní, že ji to velmi pomohlo při vytvoření postoje k traumatu. Také se domnívá, že trauma „*zatřáslo*“ s dcerou, která procházela bouřlivějším životním obdobím, které více nekonkretizoval, jen konstatoval, že jako malé dítě byla takové „*sluníčko*“ a v období puberty naopak „*velká darebnice*.“ V době nehody již nežila s rodiči a mladším bratrem ve společné domácnosti, ale bydlela u svého přítele. Tomáš vzpomíná, že první Vánoce po nehodě strávila dcera svátky doma a od té doby se častěji vrací; letos se rozhodla pro pokračování ve studiu vysoké školy, které přes domluvy rodičů ukončila bakalářským studiem a dál odmítla pokračovat. Tomáš neví, jak velký vliv na její osobní rozhodnutí měla nehoda, ale prý se dcera celkově zklidnila, tráví více času s rodinou, je sdílnější a vypadá celkově šťastněji.

Dalším Tomášovým tématem bylo zvládání dočasné nesoběstačnosti, jednak v období absolutní závislosti v nemocnici (na personálu) a později v přechodném období učení se sebeobsluhy a zvykání si na chůzi s protézou v rodině. Pocit, že nemá život pod kontrolou a nemůže o sobě svobodně rozhodovat, ho velmi tížil. Cítil i provinění, že musí rodina svůj režim téměř ve všem přizpůsobit nové situaci, která nastala z důvodu jeho nemohoucnosti. Bylo to přesně období přechodové fáze, v době po návratu domů a před nástupem na rehabilitaci, kdy si mohl začít osvojovat chůzi na protéze. Přiznává, že to bylo období emoční labilitity spojené s pochybnostmi o sobě samém. Představy o nových cílech byly ještě nejasné, a naopak bylo zřejmé, co už nikdy nebude možné. Nové perspektivy se začaly objevovat s počátkem rehabilitace, kdy během měsíce zvládl chůzi na protéze bez opory berlí a díky

protetikovi dostal do zapůjčení bionickou protézu C-leg s mikroprocesorem v kolenním kloubu. Tehdy začal věřit, že jeho závislost byla pouze dočasná a nastalo období „*naděje, důvěry a klidné odvahy*“. Termín klidná odvaha se mi ve spojení s Tomášem zvlášť líbí, protože tak bych sama popsala vlastní dojem z jeho osobnosti. Působil ve skupině jako klidná jistota, nevykazoval žádné velké výkyvy v emocích, na druhé působil podpůrně, a přitom dokázal připustit tíhu následků a jejich obtížné překonávání a také skutečnost, že nemá zdaleka vše vyřešené. Kdybych zůstala u charakteristiky tří nejmladších členů skupiny, Lucii bych popsala jako nosiče naděje, Petra entuziasmu a Tomáše klidné síly.

Shrnutí případové studie

První okruh otázek věnovaný vlastní traumatické události a akutní péči byl obsahem vyprávění Tomáše z první seznamovací skupiny a také byl obsahem lékařské dokumentace za první i druhé hospitalizace na RKM.

Odpovědi na druhý okruh otázek, „*co Vám pomáhalo toto těžké období bezprostředně po výkonu amputace zvládnout*“ a „*kdo a jak Vás podporoval při adaptaci na změněnou životní situaci*“ jsou z části obsažené v Tomášově vyprávění z podpůrných skupin a dále v odpovědích z dotazníku, která sleduje posttraumatický rozvoj. Tomáš si nejvíce cení pomoci manželky, rodiny a kolegů v práci, kam se letos v lednu mohl vrátit na stejnou pracovní pozici. Dále vyzdvihl profesionalitu, a i velkou morální oporu v osobě protetika, který mu pomáhal nad rámec svých povinností.

Poslední okruh otázek věnovaný pobytu na RKM zodpověděl dílčím způsobem Tomáš v popisu svého labilního období, které bylo ukončeno nástupem na kliniku, kdy se pro něj s počátkem rehabilitace začaly objevovat i nové perspektivy a naděje. Instrumentální a informační pomoc nejvíce čerpal od fyzioterapeutky a protetika, role sociálního pracovníka byla zejména podpůrná, koordinační a dále informativní. Podpůrná skupina Tomášovi, dle jeho slov, dávala podporu, odvahu a úlevné zjištění, že někdo stejně rozumí problémům, které zažívá. V neposlední řadě vyzdvihl i informační pomoc zkušenějších členů (např. informace o firmách zaměřených na vozy s ručním ovládním). Mně potěšila Tomášova autentická věta, že pondělí (den konání skupin) pro něj byl nejvýznamnější den v týdnu.

Na úplný závěr přikládám tvrzení v dotazníku PTGI-CZ:

Ve třech otázkách směřujících k porozumění životu, odpověděl, že změnu zaznamenal ve výrazné míře. Změnil životní priority, více času věnuje rodině a sobě, užívá si každého dne a každé chvíle v něm.

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 16

Na stejné stupnici ohodnotil i tvrzení v případě otázek mapujících silné stránky osobnosti. Překonáváním překážek zjistil, že je silnější, než si myslel a že má svůj život opět pod kontrolou. Věří, že když v budoucnu nastanou jiné obtíže, dokáže je překonat.

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 17

Vztahy s ostatními lidmi se mu vlivem traumatu spíše zlepšily. Upevnil se mu již dříve hezký a spokojený vztah s manželkou; zjistil, že se může v těžkých časech na rodinu spolehnout. Trauma ho přesvědčilo, že lidé jsou v jádru spíše dobří a ochotní pomoci. Jako příklad uvedl své kamarády a kolegy v práci a svého zaměstnavatele. Změna v ochotě dávat najevo své city a mít větší pocit sounáležitosti s ostatními lidmi u něj nastala ve větší než průměrné míře. Tady vnímá rezervy díky své výchově ze strany otce, že „*chlapi nejsou žádné citlivky*“.

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 18

Spíše, než nové zájmy Tomáš zatím rozvíjí ty staré (výlety do přírody a myslivost) a po operaci levého kolene je rozhodnut se opět věnovat cyklistice a lyžování. Rozhodl se pro nový koníček, pro vzduchovou střelbu na terč z důvodu trénování koncentrace. Vlivem traumatu se naučil lépe nakládat se svým životem a více než v průměrné míře je ochoten měnit věci, které je měnit třeba.

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 19

Spirituální změna u Tomáše dle jeho tvrzení nastala v průměrné míře. Konstatoval, že rituály spojené s vírou bral jako nedílnou součást své výchovy v dětství a až teprve nyní po traumatu více pátrá po vztahu mezi darem života a vírou.

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 20

Strohá mluva propouštěcí zprávy říká, že pacient absolvoval rehabilitační program dle plánu, dobře spolupracoval a procedury zvládal bez obtíží. Pobyt zde vedl ke zlepšení pohybových stereotypů, nácviku chůze na definitivní protéze C-leg a ke zlepšení svalové síly a vytrvalosti. Ráda dodávám, že dle mé zkušenosti mu účast na podpůrných skupinách pomohla k odhodlání a vytrvalosti ve zvládnání i jiných než tělesných obtíží.

5.3.5 Kazuistika 5 – paní Taťána

Představení klientky

S Taťánou jsem se seznámila po jejím přijetí na kliniku RKM v prosinci 2017 s diagnózou stavu po vysoké amputaci PDK ve stehně pro rozsáhlé defekty a sepsi při ICHDK. V té době už měla za sebou, vzhledem k probíhajícím zdravotním komplikacím, opakující se hospitalizace na odděleních interny, chirurgie a následně na oddělení LDN. O probíhajících podpůrných skupinách se dozvěděla prostřednictvím své fyzioterapeutky a sama projevila zájem se skupin zúčastňovat. Taťána se narodila před 76 lety v Praze a do svých osmi let žila v úplné rodině bez sourozenců. Tatínek pracoval u policie a maminka byla v domácnosti. Když bylo Taťáně osm let, maminka zemřela a tatínek dal dceru do péče své svobodné a bezdětné mladší sestře. Taťána říká, že se u tety měla dobře a měla ji ráda, těžko se ovšem smířovala se smrtí maminky a po tatínkovi se jí stýskalo. U své tety byla dva roky, než si otec našel novou partnerku, podruhé se oženil a Taťánu si vzal zpět. Byly to změny, na které si jen těžko zvykala; vypráví, že dobrý vztah se svou nevlastní matkou navázala až

později, když sama dospěla. V jejích dvanácti letech se do rodiny narodila mladší sestra. Dva roky na to, ve čtrnácti letech, Taťána odešla do Liberce, kde se vyučila v učebním oboru knihařka a bydlela tu na internátu. O období puberty a mladé dospělosti více nevyprávěla. Ve 29 letech se vdala a v manželství se jí narodily dvě děti, starší syn a o tři roky mladší dcera. Konstatovala, že prožila spokojené manželství, které trvalo až do roku 1999, kdy její muž zemřel. Celý život pracovala v oboru, ve kterém se vyučila a práce vazačky knih v tiskárně, později v knihovně, a nakonec v soukromé firmě své sestry, ji uspokojovala. Vyslovila lítost, že díky zdravotním problémům, které vyústily v amputaci PDK se musela zaměstnání vzdát a má obavu, jaký bude mít její život bez činnosti, která jí těšila, smysl. Po smrti manžela se zbavila veškerého majetku, byt přepsala na syna, se kterým dál žije ve společné domácnosti a chatu přepsala na dceru. Dcera se vdala, už 17 let žije v harmonickém manželství a má dva dospívající syny. Taťána zakončila vyprávění tím, že se o ni její děti a mladší sestra nyní v období krize dobře starají, pravidelně ji navštěvují v nemocnici a společnými silami se snaží řešit nastalé problémy s jejím bariérovým bydlením.

Anamnéza klientky

Nynější onemocnění: 76letá polymorbidní pacientka přijata k rehabilitaci po vysoké amputaci PDK (13/11/2017) pro rozsáhlé defekty a sepsi při ICHDK IV. stupně.

Objektivní nález: Pacientka je orientovaná, lucidní, bez fatické poruchy, spolupracující. Při příjmu mírná hypotenze s tachykardií. Četné hematomy na HK i DK., jizva zhojená, pahýl klidný, volně pohyblivý s tendencí ke flekčnímu držení. Fantomové bolesti mírné, snesitelné, nevyžadující medikaci. RA: nevýznamná vzhledem k nynějšímu onemocnění, OA: léčená arteriální hypertenze, trombotizované aneuryzma břišní aorty – k pravidelnému sledování, revmatoidní artritida na kortikoterapii, hypotyreóza na substituci. SA: bydlí se synem v bytě (45 schodů bez výtahu). Abúzus: nekouří 2 roky, alkohol příležitostně.

Cíle terapie: Vertikalizace do stoje, nácvik stojné fáze PDK, vybavena protézou. Nácvik sebeobsluhy. Cvičení na neurofyziologickém podkladě, zvýšení rozsahu pohybu v kyčelních kloubech, izometrické posilování, korekce svalových dysbalancí v oblasti pánve a DK, práce s jizvou, kondiční cvičení, nácvik správného stereotypu chůze s 2 FH – rovina + schody.

Spolupráce v rámci RKM

Taťána vstoupila do podpůrné skupiny tvořené, kromě Evžena, výrazně mladšími členy. Skupin se pravidelně zúčastňovali Lucie, Petr a Tomáš (výše citované kazuistiky), kteří byli na klinice hospitalizováni a skupinu dále ambulantně navštěvoval mladý muž s amputací DK po osteosarkomu v kolenu a muž středního věku po amputaci LDK vlivem rozsáhlého defektu nohy při ICHDK a DM. Taťána do rozhovorů ostatních klientů, kteří se navzájem

lépe a déle znali, vstupovala zpočátku opatrně a nesměle, debat se zúčastňovala až na pobídky ostatních. Její chování bylo spíše adaptivní než spontánní s prvky vyhýbání se tématům, které vyvolávají úzkost. Na první skupině vyprávěla příběh svého traumatu, který odstartoval pád a zpočátku nevině vypadající rána na noze. To se stalo v létě 2017 při práci na zahradě chaty. Rána způsobená pádem se dlouhodobě nehojila, Taťána začala docházet na chirurgii a posléze na podiatrii, kde v průběhu pěti měsíců prodělala různé typy léčby včetně katetrizace. Léčení popisuje jako úmorné, nekonečně dlouhé a bezvýsledné. Vyprávěla, že po celou dobu trpěla silnými, nesnesitelnými bolestmi, od kterých jí vysvobodil až amputace končetiny. Během klientčina vyprávění o amputaci a prvních dnech akutní péče jsem v jejím chování pozorovala obranné mechanismy sloužící k potlačení lítosti a studu; neracionální sebeobviňování („*měla jsem být v léčení důslednější*“) relativizaci problému („*prostě se to stalo*“), racionalizaci (*popisování velmi těžkých okamžiků doprovázela úsměvem*). Domnívám se, že pro ostatní klienty se nesrozumitelný úsměv, doprovázející emočně náročné vyprávění, mohl stát někdy brzdou v doptávání se po dalších okolnostech traumatu a jeho prožívání. Pojmenované vytěsňování ohrožujících pocitů úzkosti, strachu a lítosti je při překonávání nepříznivé životní situace pro postiženého traumatem dočasně adaptivní a patří mezi časté copingové strategie. Přesto je ale vyprávění o prožitém stresu ve skupině terapeutické. Při popisování traumatu dochází k jeho „*znovuprožití*“ a toto umožní abreakci pocitů bolesti a hněvu na sebe i okolí. Taťaně se dostalo hned na první skupině podpory a povzbuzení, čekal ji nácvik chůze na prvoprotéze, potýkala se s problémy s její obsluhou a díky ostatním členům skupiny mohla zjistit, že stejnými problémy si prošli dříve i ostatní. Zvláště povzbudivě na ni působil věkově nejbližší Evžen, který prodělal amputaci (pro stejnou indikaci) teprve před rokem a nyní už chodí na protéze za podpory francouzských holí, dokonce na skupiny dojíždí z domova a sám řídí auto s automatickou převodovkou. Viděla, že je možné dosáhnout dobrého stupně samostatnosti v sebeobsluze a mobilitě.

Taťána docházela na podpůrnou skupinu pravidelně každý týden a ani jednou ji nevynechala. Zpočátku byla spíše mlčící klient, který má hlavně zisk ze zástupné účasti tím, že se identifikuje s více aktivními klienty s podobnými problémy. Stejně jako dříve Evžen, v době výrazné obměny skupiny mladými členy, se spíše dotazovala ostatních na jejich osud a při doptávání projevovala upřímný zájem a empatii. Mladým kolegům, Lucii a Petrovi, vyjádřila obdiv k jejich odvaze a odhodlání. Později se čím dál častěji zapojovala do debat a byla i aktivnější v sebeodhalování vlastních pocitů a obav. Svěřila se s předsevzetím, že „*do roka a do dne začne chodit na protéze*.“ Také se ovšem ztotožňovala s Evženem v uvažování o vlivu jejich vysokého věku na možnosti, nebo spíše nemožnosti návratu k větší

soběstačnosti a o nepřijímání společnosti jedinců starých a postižených invaliditou. Souhlasně reagovala na jeho výroky o „*odepsanosti a neperspektivnosti*“. Mluvila o pocitech lítosti, že mladí jsou, na rozdíl od starých, dříve vybaveni definitivní protézou a z toho důvodu dosahují rychleji vyššího stupně pohybové aktivity a nabízejí se jim nové možnosti a perspektivy, které ona už nemůže očekávat. Uvědomovala jsem si, že tato skutečnost by mohla ve skupině vyvolat rozpor, možná i konflikt, probuzený závistí vůči mladým a jejich možnostem. Rozpoutala se debata o větší zranitelnosti a odevzdanosti starších a skupina začala tyto eventuality rozebírat a prozkoumávat. Když jsem se Taťána doptávala po „*kořenech*“ svých pocitů, popsala pocíťované ponížení, přehlížení a vyloučení vlivem stáří jako zranění, které přináší „*ztrátu sebehodnoty, smutek a strach*.“ Hněv tyto pochopitelné a legitimní emoce provázející trauma zastírá. Především Tomáš, ale i další mladší členové skupiny, se s citovanými emocemi ztotožňovali navzdory jejich věku. Tady vidím výhodu homogenních skupin, kde je zřejmá větší míra univerzality a altruismu oproti jiným terapeutickým skupinám. Členové homogenních skupin spolu mohou mluvit s nesmírnou autentičností, která pramení ze stejných či podobných životních zkušeností a mají větší tendence mezi sebe zapadnout.

Dalším důležitým tématem, které Taťána sice sama neotevřela, ale aktivně a opakovaně se k němu vyjadřovala, bylo téma osobních „*ztrát*“ vlivem traumatu. K nastalým ztrátám se vyslovili bezmála všichni členové v průběhu probíhajících podpůrných skupin a pro každého byly něčím osobní a známé. Kromě ireverzibilní ztráty zdraví a úzkosti z ní vyplývající, kterou pocíťují pochopitelně všichni klienti, Taťána mluvila o strachu ze ztráty smysluplné činnosti při práci ve firmě své sestry (vazba brožur a knih). Dále mluvila o strachu ze ztráty soběstačnosti v každodenním životě, kterou jí kromě jiného způsobuje bariérový byt. Toto v ní vzbuzuje napětí a strach, jestli je její návrat domů za současné situace vlastně možný. Ztráta domova patří k nejtěžším stresorům způsobujícím krizi velké životní změny. Domov je fenomén, který v nás evokuje mnoho emocí a asociací, téměř jistě u každého velmi rozdílných, i když v drtivé většině pozitivních. Lidé obvykle vnímají domov jako zázemí, bezpečí, evokuje rodinu, osobní hodnoty, jistotu, vlastní prostor, atmosféru, přijetí, péči, intimitu, pohodu a nabízí jedinci vzpomínky i budoucnost. Taťána na můj dotaz, co pro ni domov znamená, mluvila o tom, že je to místo, které si s mužem společně vybudovali (stavba družstevního bytu) a vyrostli tam její dvě děti. Místo, které má spojené s nejšťastnějšími chvílemi svého života. Skupina poskytla Taťáně bezpečný prostor k vypovídání se a vyjádření emocí, které s obavou ze ztráty domova nevyhnutelně souvisí. Důležité bylo také ujištění, že její emoce naprosto odpovídají velikosti (hrozbě) možné ztráty, které se obává, a že je

v pořádku, pokud je sdílí a není potřeba se za ně stydět. Tomáš ji nadto ujistil, že bariérovost je řešitelný problém a popsal jí možnosti, které nabízejí různí výrobci schodišťových plošin pro bytové i rodinné domy. A tady pokračovala debata na téma osobních zkušeností s čerpáním sociálních příspěvků na zvláštní pomůcky. Vzhledem k tomu, že příspěvek na zvláštní pomůcku se na schodišťové plošiny nevztahuje, existuje pro osoby se zdravotním postižením, které tuto pomůcku potřebují a nemají dostatek vlastních finančních prostředků, možnost tzv. výpůjčky zvláštní pomůcky. Tímto mohla Taťána prostřednictvím podpůrné skupiny čerpat, kromě emocionální, také praktickou informační oporu.

Následujícím osobním tématem Taťany byly negativní důsledky hospitalizace, která v jejím případě trvá již sedm měsíců, z toho pět měsíců na RKM a zatím není možné určit, za jak dlouho bude propuštěna do domácí péče. Mluví o tom, že se cítí jako „uvězněná“, vadí jí ztráta soukromí, nemožnost „zavřít za sebou dveře“, chybí jí obyčejné příjemné zážitky jako je třeba „procházka po zahradě“. Hospitalizace, a zvláště ta dlouhodobá, je spojena s prožíváním stresových situací souvisejících se ztrátou intimity, závislostí v sebeobsluze na druhých, odloučením od blízkých osob a se strachem z budoucnosti. Je to období, kdy klient ještě nemá dostatek informací o všech důsledcích traumatu a s tímto stavem není zdaleka smířený. Období hledání naděje, motivace a smyslu života. V teoretické části práce jsem citovala Kuzníkovou (2001) v kapitole o individuální sociální práci, která popisuje hospitalizaci jako stav spojený se zažíváním nepříjemných subjektivních tělesných pocitů, se strachem, obavami, vztekem, smutkem a bezmocí. V podstatě všechny tyto emoce Taťana na podpůrných skupinách, po nabytí pocitu bezpečí, ventilovala a sdílela s ostatními členy. Mimoto si během půlroční hospitalizace 2x požádala o individuální rozhovor s klinickým psychologem a ze záznamu z psychologického konzilia vyplynulo, že šlo o krizovou intervenci na téma velkých životních změn s hodnocením přínosů a ztrát dosavadních copingových strategií.

Shrnutí případové studie

Popis traumatické události a období akutní péče je součástí představení klientky a také obsahem výše citovaných lékařských zpráv. Druhý okruh otázek směřovaný k osobnosti klienta, jeho sociálnímu zázemí a individuálním obraným reakcím a strategiím zvládnutí zátěže je zčásti zodpovězen v příložených tvrzeních klientky v dotazníku PTGI-CZ a také citacemi z podpůrných skupin.

Jak se změnilo její porozumění životu vlivem prožitého traumatu, popisuje Taťana v těchto tvrzeních:

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 21

Ve všech třech tvrzeních odpověděla, že takováto změna u ní nastala v průměrné míře. Taťána konstatovala, že v užívání si každého dne svého života jí dočasně brání nucená hospitalizace a z budoucích dní má zatím ještě obavy. Nezměnila názor na to, co je v jejím životě důležité, ale snaží se mezi těmito prioritami najít správnou rovnováhu.

Silné stránky jedince mapují následující tvrzení:

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 22

Ve dvou tvrzeních Taťána odpověděla „*taková změna u mě nastala ve větší než průměrné míře,*“ a to v případě zvládnání obtíží a ve zjištění, že je mnohem silnější a více vydrží, než si dříve myslela. Větší ochotu přijímat životní události vlivem traumatu u sebe zaregistrovala pouze v průměrné míře. Naopak větší sebedůvěru následkem těžké životní situace nepozorovala, vyhodnotila ji tvrzením „*taková změna u mě nastala jen v minimální míře*“. Domnívám se, že je to taktéž důsledek dlouhodobé, a ještě neukončené hospitalizace, která brání většímu rozvoji dobrého sebehodnocení a sebepřijetí. Zde mne ještě napadá hypotéza, vzhledem ke skutečnosti, že Taťáně zemřela v osmi letech maminka a byla dva roky odloučena i od otce, že jde o nezvládnutí období latence mezi šestým až dvanáctým rokem života. Podle Eriksona charakterizuje toto období *snaživost proti méněcennosti* a nezvládnutí tohoto životního období může vést k pocitům „*nestačím na to*“, „*jsem horší než druzí*“, „*tohle nikdy nedokážu*“ atd. Tato přesvědčení pak logicky ústí v nízké sebehodnocení a tam, kde se méněcennost stane rysem osobnosti, působí nadále jako rizikový faktor, jehož nepříznivé důsledky mohou dlouhodobě přetrvávat a negativně ovlivňovat další životní období včetně překonávání traumata a životních krizí.

Vztahy s ostatními, zkušenost se sounáležitostí s druhými lidmi, soucit a víru v to, že lidé jsou spíše dobří a ochotní pomoci sledují následující tvrzení:

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 23

Taťanu těžká životní zkušenost jednoznačně přesvědčila, že se na lidi může spolehnout i v horších časech. Toto tvrzení doplňuje informací, že v nemocnici se během léčení setkala prostřednictvím odborného personálu jen s laskavostí, ochotou, vlídností a trpělivostí. Cítí velkou důvěru a vděčnost, a to ji inspiruje k tomu se více snažit. Díky podpůrným skupinám mohla, jak sama říká, zažít „sblížení na základě stejného osudu“. Po zažití této zkušenosti je přesvědčená, že těžkostem může lépe rozumět a chápat je ten, kdo je sám prožil. Ve skupinách také intenzivně zažila fenomén sounáležitosti s druhými lidmi a vlivem traumatu i více soucítí s jejich trápením. Naopak pouze v průměrné míře je ochotna projevovat své city. Nové zájmy a nové možnosti klienta sleduje tabulka č. 24:

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 24

Objektivně je zřejmé, že vzhledem k nadále probíhající hospitalizaci není prozatím uskutečňování nových možností reálné. A i vzhledem ke klientčině vyššímu věku a očekávané vitalitě je eventualita nových aktivit omezená. Také jsem si ovšem vzpomněla na Taťaniny úvahy z podpůrných skupin o tom, že starý, a navíc invalidní jedinec je společností nepřijímaný, je „odepsaný a neperspektivní“. Takováto přesvědčení mohou logicky vést k závěrům, že není možné, aby se objevily nové příležitosti a nové zájmy, které povedou i k novému způsobu života. A tato skutečnost v jedinci nepovzbuzuje ani touhu ani inspiraci cokoli změnit. Závěrečné hodnocení, směřované k možnosti spirituální změny vlivem

traumatu a víry v duchovní potřeby, potvrzuje Taťánino konstatování, že v dětství nebyla k víře v rodině vedena ani vychovávána. Tato zkušenost ji přivádí k přesvědčení, že víra jí nemůže pomoci v překonávání životních traumat.

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 25

Poslední okruh otázek je věnovaný přínosům pobytu na RKM v pomoci získané prostřednictvím podpůrných skupin. Taťána spolupracovala a komunikovala s odborným personálem kliniky aktivně, v případě nutnosti pomoci o ni dokázala požádat, na podpůrné skupiny dochází pravidelně, a jak sama komentuje, velmi ráda. Nesnadná životní zkušenost ji jednoznačně přesvědčila, že se na lidi může spolehnout i v horších časech a na prvním místě jmenovala lékaře, sestry a fyzioterapeuty na RKM. Podpůrná skupina ji v době hospitalizace posilovala, umožnila ji přijímat pomoc vlivem sociální, emoční a informační opory. Zpočátku byla spíše „pozorující“ klient, který zisk čerpá spíše ze zástupné účasti tím, že se identifikuje s více aktivními klienty, později se Taťána přidávala se svými individuálními zkušenostmi, a nakonec přinášela i osobní niterná témata. Sama říká, že těm, kteří prožili stejné trauma „lépe rozumí, soucítí s nimi a nemá důvod nevěřit či nedůvěřovat.“ Tady přidávám mou osobní zkušenost, že u Taťány se potvrdil jeden z nejdůležitějších přínosů podpůrné skupiny, a to dodávání naděje. Naděje je nutná k tomu, aby klient zůstal v terapii, a aby dokázal čerpat všechny její přínosy. Pozitivní očekávání jsou vždy silnější při setkání s těmi, kteří prošli stejnou cestou. Úkolem toho, kdo se odbornému vedení podpůrných skupin věnuje je, tato pozitivní očekávání posilovat, odstraňovat předsudky a poskytovat jasná a účinná vysvětlení, jak skupiny léčí.

5.3.6 Kazuistika 6 – pan Evžen

Představení klienta

Evžen je spolu s Taťánou nejstarší člen podpůrné skupiny a také ji nejpravidelněji a nejdéle navštěvuje. Narodil se před 76 lety v Praze do úplné a spokojené rodiny a je jedním ze čtyř sourozenců. Maminka se, jak to bylo v té době zvykem, starala o děti a domácnost a tatínek pracoval jako zahradník u jednoho známého a bohatého stavitele. Díky tomu prožil šťastné dětství (sice v nelehké válečné době) v luxusní pražské čtvrti, ve vile s velkou a krásnou zahradou. Evžen vypráví, že největší vliv na formování jeho osobnosti měl v dětství

děda, otec a jeho bratr, Evženův strýc. Tedy samé mužské vzory. Děda byl umělecký kovář a po něm myslím zdědil umělecké sklony a talent ke kreslení, a tatínek (skaut) se strýcem (vášnivým rybářem) v něm probudili lásku k přírodě a k rybaření. O svých sourozencích příliš nemluví, nejčastěji hovoří o 13 let mladším bratrovi Honzovi, se kterým udržuje dosud nejintenzivněji kontakt, a který mu po amputaci velmi pomáhá. Z dětství mu zůstala parta kamarádů, se kterými trávil trempováním každou volnou chvíli na Sázavě, Berounce a Želivce. Původně jich bylo třináct, dnes už žije jen 7 členů party, ale stále se pravidelně scházejí. O trempování, přírodě, rybaření a o práci se dřevem vypráví Evžen nejraději. V dospělosti vlastníma rukama a sám se synem postavil na Berounsku srub a při jeho opravování a opečovávání se cítí nešťastnější. Po vychovení obecné školy se vyučil opravářem tkalcovských stavů. O tomto období moc nemluví, necítil se tehdy spokojený, protože to pro něj znamenalo přestěhovat se do pohraničí, kde neměl rodinu a žádné kamarády. Byla to vůle rodičů, aby získal praktické zaměstnání, které mu umožní perspektivní obživu. On chtěl raději studovat na některé z uměleckých škol obor umělecký řezbář anebo obor grafický design. Tento sen si naštěstí později splnil a večerně vystudoval Střední uměleckou školu Václava Hollara. V roce 1965 se poprvé oženil a z tohoto manželství má jednoho syna (52 let). Vztah však vydržel pouze 4 roky a skončil rozvodem. Stalo se to v roce 1969 a on vzpomíná, že tento rok byl pro něj velmi těžký; kromě rozpadu manželství přišel i o práci, která ho velmi těšila. Pracoval jako výtvarník v podniku zahraničního obchodu a odtud byl v době normalizace po odmítnutí vstupu do KSČ propuštěn. Tehdy mu pomohl kamarád z jejich trempske party a nabídl mu práci výčepního v jedné známé hospodě na Kampě. Evžen této životní zkušenosti nelituje a vcelku rád na období strávené za výčepem vzpomíná. Díky tomuto prostředí poznal mnoho významných a uznávaných osobností, uživil se, a jak říká, „*nehrbil se u toho*“. Později, když nastalo ve společnosti jisté uvolnění, začal opět díky pomoci přátel pracovat jako výtvarník-aranžér v jednom nejmenovaném spotřebním družstvu, kde byl později ve funkci vedoucího propagace a této práci se věnoval i po revoluci v několika dalších firmách až do svého odchodu do penze. V roce 1984 se Evženovi narodila z druhého dlouhodobějšího partnerského vztahu dcera, ale ani tento vztah bohužel nevydržel. Jeho partnerka se i s dcerou odstěhovala na Moravu a z toho důvodu nemohl udržovat kontakt s dcerou tak často jak by si přál. Spokojeného vztahu se dočkal až v pozdějším věku, podruhé se oženil ve svých 62 letech a s manželkou žijí ve šťastném manželství už 14 let. Mají identické zájmy a koníčky, procestovali spolu Skandinávii a díky aktivní manželce si Evžen splnil sen, podívat se na Aljašku. Oba mají rádi přírodu a práci na zahradě, a tak se rozhodli opustit město a přestěhovali se do rodinného domu na okraj Prahy. Z vyprávění jsem

odvodila, že manželka iniciovala obnovení a ožívování vztahů mezi Evženem, jeho dětmi, a hlavně s jeho čtyřmi vnoučaty.

Před třemi roky přepadla Evžena silná bolest ve stehně levé nohy. Následným vyšetřením mu diagnostikovaly ucpání cévy a indikovali jej k rychlé operaci. Domníval se, že mu cévu „vyčistí“ anebo provedou bypass, a protože svému ošetřujícímu lékaři důvěřoval, šel na operaci beze strachu a s důvěrou. Už během přípravy na operační sál se dozvěděl, že jeho lékař byl narychlo odvolaný k jiné závažné operaci pacienta po autonehodě a bude ho operovat jiný lékař. Podle jeho vyprávění se po probuzení na pokoji při vizitě dozvěděl, že se operace podařila pouze částečně a nadále bude sledovaný na flebologii. Jizvu na levé končetině měl dlouhou od lýtka až po tříslu. Po propuštění do domácí péče dostal kontakt na ošetřovatelky, které mu docházely domů čistit a převazovat ránu. Defekt v ráně se nehojil, rána se infikovala a na dvou exponovaných místech se opakovaně jizva otevírala. Po třech měsících neúspěšného léčení se v noze rozšířila gangréna natolik, že muselo dojít k nízké amputaci levé dolní končetiny v bérce. To bylo 5. 10. 2016. Vlivem poškození cévy nebyl pahýl dostatečně dokrvován, gangréna neustoupila a tkáň se rozpadala, a z toho důvodu došlo 19. 10. 2016 k vyšší transfemorální amputaci v oblasti stehna. Měsíc byl Evžen v pooperační akutní péči na chirurgii a před Vánoci 2016 byl přijat na RKM k následné rehabilitační péči při nácviu soběstačnosti a chůze na první protéze.

Anamnéza klienta

OA: ICHS, chronicky warfarinizován, DM II. typu na PAD, arteriální hypertenze na medikaci. Stav po amputatio in crure l.sin. (5/10/2016) pro gangrénu v terénu ICHDK, stav po reamputaci in femore l.sin. (19/10/2016) pro gangrénu v terénu ICHDK.

Nynější onemocnění: Pacient cévně rizikový na chronické warfarinizaci, přichází k následné rehabilitaci + nácviu chůze. Stav po transfemorální reamputaci LDK pro gangrénu v terénu ICHDK. Pahýl s defektem cca 1,5 cm Ø ve střední části jizvy. Při přijetí rámcově soběstačný, nutná jen malá dopomoc. Protézou vybaven – cca před 2 dny, umí nasazovat sám. Od operace udává výrazný váhový úbytek cca 15-17 kg, občasné algie v pahýlu – fantomové bolesti. Jinak bolesti nekuje.

Objektivní nález: lucidní, spolupracující, bez známek fatické poruchy. PDK – výrazné varixy, pulzace hmatná, v periférii slabě. Svalová síla bez zásadního oslabení. Pahýl LDK – jizva v mediální části, ve středu s defektem, spodina klidná, palpačně nebolestivá, občasné fantomové bolesti, tendence k flekčnímu držení v kyčli.

Kineziologický rozbor: v rámci lůžka samostatný, sed samostatný, vertikalizace samostatná, chůze v nízkém chodítku nebo s 2 francouzskými holemi na kratší vzdálenost, na delší vzdálenost v invalidním vozíku, přesun zvládá sám.

Cíle terapie: nácvik správného nasazování protézy. Nácvik chůze s protézou: rovina + schody. Zpevnění svalového korzetu zad, posílení svalstva trupu a končetin, korekce svalových dysbalancí v oblasti trupu, pánve a DK. Instruktaž domácího kondičního cvičení.

Spolupráce v rámci RKM

S Evženem jsem se poprvé setkala přímo na podpůrné skupině, s jeho lékařskou dokumentací jsem se obeznámila později. O této nové službě na RKM se dozvěděl od ostatních klientů na pravidelném cvičení v rámci „Školy chůze“, kam ambulantně docházel a sám se informoval, zda může na skupiny pravidelně dojíždět z domova. V této době tvořili skupinu výlučně muži ve středním a vyšším věku, dva klienti prodělali amputaci dolní končetiny po devastujícím zranění a další čtyři muži, stejně jako Evžen, trpěli ICHDK a diabetickou angiopatií dolních končetin. Jedná se o postižení cév aterosklerózou, na jejímž podkladě se rozvíjí ischemická choroba dolních končetin. Diabetik v tomto případě necítí ulcerace, otlaky či puchýře. Vznikají rány, které se špatně a pomalu hojí a bývají spojeny s infekcemi. V důsledku těžké ischemie postupně dochází ke vzniku nekrózy – diabetické gangrény, která posléze vede k amputaci.

Už při první účasti na podpůrné skupině Evžen uvedl jako důvod své amputace „selhání lékařského postupu“, konstatoval, že posloužil mladému nezkušenému lékaři pro experimentování a dostal se tak do role „pokusného králíka“. Přesně uvedl: „to je prostě úděl nás starých, stejně jsme už na odpis“. Kdyby byl mladší, určitě by se soudil, ale protože nabyt přesvědčení, že u soudu s žalobou nemůže uspět a „lékaři stejně stojí při sobě“, rozhodl se rezignovat. Dosud cítí velikou bezmocnost, hořkost a beznaděj. Během rekonvalescence se o pomoc obrátil k rodině, ke svým blízkým a přátelům, konstatoval, že „od státu nechce nic navíc“. Regrese a externalizace viny patří k častým copingovým reakcím, které mohou být pro postiženého dočasně adaptivní a užitečné; chrání jedince v období, kdy není psychicky připraven čelit traumatické zkušenosti. Neexistuje univerzální zvládací strategie, spíše jde o pružnost a schopnost navzdory potížím, které s sebou trauma nese, použít zvládací strategii, jež odpovídá nárokům situace a neméně důležité je potom přijmout osobní odpovědnost za směřování svého života. Ostatní členové skupiny přidali své osobní zkušenosti a muži se obecně shodli v tvrzení, že „to“ nemuselo tak špatně dopadnout, kdyby se jim péče dostalo dříve a léčení bylo intenzivnější a kvalitnější. Obecnou shodu naboural až jeden člen skupiny, který v té době docházel na jejich setkání také z domova a učil se chůzi na druhé – bionické

protéze. Vlastík oponoval, že k amputaci nedochází z důvodu nedostatečné zkušenosti lékařů a díky jejich malé snaze, ale proto, že kouříme, necvičíme a potom „*dostaneme*“ cukrovku, která nás „*pomalou a potichu zničí*“. Řekl, že si je vědom svého „*příčinění*“ a i toho, že se mu všichni v nemocnici naopak snažili pomoci. Vyprávěl, jak si spálil plosku nohy na dovolené o horký asfalt a díky cukrovce se mu rána nehojila. Dlouho se mu ji lékaři intenzivně snažili zachránit, docházel půl roku na podiatrii, kde mu ránu léčili a ošetřovali, ale bohužel bezvýsledně. Řekl, že za tu snahu a péči cítí vděčnost, ale prostě „*se to nepodařilo*“. Evžena tato reakce dočasně umlčela a do další debaty se během skupiny už příliš nezapojoval. Vlastík do této skupiny přinesl současně i další téma: upevnění vztahu s životním partnerem během těžkého období po traumatu. Přiznal se, že vztah s manželkou bral jako „*samozřejmý*“ a po amputaci došel k poznání, že má úžasnou ženu a nyní si jí více váží. Od té doby to ženě říká, což před tím příliš nečinil. Tento moment vrátil Evžena zpátky do debaty, přidal se k ostatním s prohlášením, že je také rád, že má laskavou ženu, která mu velmi pomáhá. Někdy až moc – musí ji brzdit, aby ho tolik „*nezneshopňovala*“. Chce se o sebe postarat co nejvíc sám a nebýt jí na obtíž. Prodal např. starý vůz a koupil nový s automatickou převodovkou, aby mohl být svobodný a nezávislý v cestování, a aby mohl pomoci ženě s nakupováním. Téma „*závislosti*“ se pravidelně do skupin vracelo bez ohledu na věkovou strukturu skupiny a bylo popisováno znovu a znovu v mnoha svých variantách.

Během dalších setkání se Evžen více osměloval a častěji zapojoval do debat. Přinášel do skupin čím dál častěji své životní příběhy z minulosti. Zřejmá byla snaha navázat na svou „*původní identitu*“, kdy se mu vzpomínání a vyprávění stalo mostem mezi *tehdy* a *ted*. Tady nastala jistá analogie, kterou jsem popisovala v kazuistice Petra, že trauma vytváří mezeru v lidském životním příběhu a ořes a rozbití jistot o sobě samém přináší otázky „*proč já?*“ a „*jak se to mohlo stát?*“. Evžen si pokládal identické otázky. Tomuto tématu klienti věnovali celou jedna skupinu, kdy se inspirací stal jeho deník, který začal vytvářet na popud vnučky a nazval jej „*Dědečku vyprávěj*“. Zúročil tady svůj výtvarný talent a textem, kresbami a fotografiemi pro ni zdokumentoval svůj dosavadní život. Tato činnost jej v současnosti plně pohlcuje a současně naplňuje uspokojením a po dlouhé době prý cítí radost. Nejdřív při vytváření deníku a potom, když si jej s vnučkou prohlížejí. Současně je to pro něj úplně nová činnost, ve které mu jeho hendikep nebrání. Plánuje, že se tvorbě deníku bude věnovat dlouhodobě. Během této skupiny byl Evžen nejaktivnějším členem.

V následujícím období nastala obměna skupiny, někteří klienti byli propuštěni domů, a jelikož měli bydliště příliš vzdálené, ztratili možnost na skupiny docházet. Do skupiny přišla Lucie, Petr a Tomáš, skupina tímto výrazně „*omladila*“, změnila se témata a rovněž

dynamika skupiny. Zaznamenala jsem, že Evžen na tyto změny zareagoval „*stažením se ze scény*“, stal se více posluchačem než vypravěčem. Vybudované bezpečí skupiny se pro něj dočasně vytratilo. Obtížná pro něj byla konfrontace s mladými lidmi, kteří reagují na trauma rychlejší rekonvalescencí, dosahují vyššího stupně pohybové aktivity, mluví více o nových možnostech a perspektivách a dříve u nich dochází k vybavení definitivní bionickou protézou. Tato srovnání Evžen reflektoval konstatováním, že „*my staří jsme na odpis*“. Jako pozitivní se mi jeví, že na skupiny nepřestal docházet, a i když o sobě mluvil méně, o to více se ostatních dotazoval na jejich osudy a zkušenosti. Později do skupiny přibyli dva klienti, Evženovi věkově bližší a on se stal opět vyrovnanějším a aktivnějším členem. Zvláště přítomnost Tat'ány jej motivovala stát se nápomocným a užitečným v předávání nabitých zkušeností. Na skupiny i cvičení dochází pravidelně dál a také se zúčastňoval všech akcí RKM. Vlastní reflexi skupin, výhodám a nevýhodám jejich otevřenosti vs. uzavřenosti se dále budu věnovat v závěrečné diskuzi této práce.

Shrnutí případové studie

Odpovědi na první okruh otázek, které se vztahují k vlastní individuální traumatické události, jsou obsahem výše popsané osobní anamnézy klienta, v lékařské dokumentaci. Subjektivně Evžen hodnotí své trauma jako důsledek selhání lékaře. Způsob léčeni a následnou péči posuzuje jako nedostatečnou a její zanedbání dle něho vyústilo v nezbytnou amputaci. Toto pociťuje jako nespravedlnost a zatím se s amputací nesmířil. Cítí se být obětí. Nedokonalý systém viní ze své invalidity. Pocity frustrace a bezpráví u něj dle mého způsobují defenzivní chování a jistou emoční uzavřenost, která je potvrzena v odpovědích na otázky č. 8 a č. 9. Jeho osobní zkušenost reflektují tvrzení, která sledují silné stránky jedince, ve kterých konstatuje, že trauma mu nepřineslo ani větší víru v sebe ani smíření a přijímání životních událostí:

4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 26

Druhý okruh otázek týkajících se sociální pomoci, které se klientovi dostalo po traumatu, je obsahem těchto tvrzení:

6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	----------	---

8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 27

Tabulku odpovědí doplním informacemi z podpůrných skupin, kde Evžen konkretizoval rodinu jako nejvýznamnějšího poskytovatele podpory a pomoci. Po traumatu se sblížil více se synem a dcerou a také se svými vnoučaty, se kterými dříve neudržoval častý kontakt kvůli bývalým partnerkám a díky větší vzdálenosti. Vlivem traumatu už toto nepovažuje za bariéry. Nejvýznamnější je pro klienta ovšem vztah se současnou manželkou a mladším bratrem, který se zapojil svou pomocí do činností, které Evžen nyní nezvládá (práce na zahradě a údržba milovaného srubu). Také mu nadále zůstala parta sedmi kamarádů – trempů z dětství a mládí, stále se pravidelně scházejí. Odpovědi klienta v otázkách č. 8, č. 9 a č. 21 mne spíše překvapily, protože přesně nekorespondují s jeho výroky ve skupinách. Trauma mělo u klienta výraznější vliv na jeho porozumění životu, zhodnotil změnu za „*větší než v průměrné míře*“ a já se domnívám, že tato zkušenost jej přivedla k rekapitulaci jeho života ve formě deníkové tvorby. Překvapivě oponuje tvrzením, které sleduje považování si každého dne – odpovídá, že taková změna vlivem traumatu u mě nastala jen v malé míře.

1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 28

Spirituální změnu klient vlivem traumatu žádnou nezažil. Tyto reakce mě nepřekvapily, protože klient se k tématům víry v probíhajících skupinách nikdy nevyjadřoval.

5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 29

Poslední tabulka je věnována novým možnostem. Evžen ve svých tvrzeních konstatuje, že transformace v nových možnostech vlivem přestálého traumatu u něj nastala pouze v malé nebo průměrné míře.

3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5

Tabulka č. 30

Potěšující je, že dle klientova vyjádření se nové příležitosti objevily hlavně díky personálu a dalším klientům z podpůrných skupin na RKM. Pozitivně hodnotí informační, hodnotící a emocionální oporu, kterou nejvíce čerpal od ošetřujícího lékaře, fyzioterapeutky, sociální pracovnice a také od ostatních členů podpůrné skupiny. Zde také probíhala podpůrná emocionální pomoc formou skupinových setkání, kterou Evžen komentoval na stránkách společnosti zabývající se výrobou protéz takto: „*Příjemná změna, když člověk může mluvit nahlas o svých problémech s ostatními a k tomu stejně hendikepovanými jako jsem já.*“ Tímto autentickým vyjádřením popsal podpůrnou skupinu jako copingový zdroj pomoci. Pro traumatizované je svěřování se se svým postižením tíživé, a proto je tak důležité, aby měli možnost se sami rozhodnout komu, kdy a v jakém rozsahu se svěří a podpůrná skupina tuto eventualitu nabízí. Dále Evžen konstatoval, že díky podpůrným skupinám získal mnoho nových sociálních kontaktů, které ve svém poměrně vysokém věku už ani neočekával. Stále je jejich aktivním členem a tím, že na skupiny dochází pravidelně a nejdéle, se dostal do role „*znalého*“, který předává své zkušenosti dalším, nově přichozím členům. Tento pozitivní přínos altruismu na něj působí velmi podpůrně. Podpůrné skupiny svým zaměřením na altruismus a na hledání smyslu života učí své klienty vyrovnávat se s fatálními následky nemoci či přestálého traumatu.

5.4 Shrnutí výzkumného šetření a diskuze

V této části práce bych se ráda zaměřila na shrnutí výzkumného šetření a na diskuzi výsledků výzkumu a jejich propojení s teoretickými poznatky z první části práce. V první kapitole teoretické části práce jsem se věnovala deskripci sociální práce s klienty po traumatech s trvalými následky a jejímu pozitivnímu vlivu. Členové probíhajících podpůrných

skupin během setkávání potvrzovali efektivnější zvládnání svých problémů, větší duševní pohodu, porozumění své situaci a lepší náhled na sebe sama. Důvěrnost a intimita, která mezi členy skupiny časem vznikala, způsobila, že k sobě nechali přiblížit druhé, netajili se svými obavami a svěřovali se se svými jinak skrývanými bolestmi. Vzájemná důvěrnost rozložená na více osob a ochota k sebeodhalení silněji podporovala směřování jednotlivců k samostatnosti. Tento druh homogenní skupiny zvláště účinně pomáhá svým členům přijmout a normalizovat jejich stigmatizující postižení; tato realita se potvrzovala průběžně během probíhajících skupin a ověřují ji citovaná tvrzení klientů v jednotlivých případových studiích. Jednoznačně nejčastějšími tématy byla: potřeba sdílení, strach z bezmocné závislosti na druhých, obava z nepřijímání, ztráta osobní hodnoty a osobní ztráty různého druhu, vina a odpuštění, uvědomění si potřeby vztahů a přerámování životních hodnot. Individuální tvrzení členů skupiny jsem na základě vzájemného tematického překryvu seskupovala do skupin, trsů a některé konkrétní příklady zde uvádím:

Klient	Výrok	Téma
Lucie	„kdo by si mě bral bez nohou“	strach
	„nikomu se přece nemůžu líbit“	úzkost
	„nebudu schopná všechno zvládat jako dřív a tím nebudu parták do života“	bezmocnost
Petr	obava, že se po propuštění z hospitalizace opět vrátí k alkoholu	hněv
	„zvládnou uživit rodinu?“	smutek
	„ani poprat se s ním teď bez ruky nemůžu!“ (s viníkem nehody)	bezpečnost
Tereza	projevená lítost nad skutečností, že se jí změnil „směr života“	
Tomáš	„kdybych nebyl bezmocný, utekl by od úzkosti k práci anebo do lesa“	
	citované pochybnosti o sobě samém v období akutní péče (emoční propad)	
	„rodina se mi teď musí ve všem přizpůsobovat“	
Evžen	my staří jsme „odepsaní a neperspektivní“	
	„byl jsem v roli pokusného králíka“	
	„lékaři stejně stojí při sobě“ (lékař = viník)	
Taťána	„invalidita přináší ztrátu sebehodnoty, smutek a strach“	
	„nebudu soběstačná v každodenním životě, přišla jsem o práci“	
	„budu se moci vrátit do svého domova?“	

Tabulka č. 31

Jmenované výroky z tabulky č. 31 popisují negativní emoce, které je možné považovat za emocionální odezvu na anticipaci osobně důležitých ztrát, a objevují se, když je v nebezpečí něco, co je pro nás velmi cenné. Mezi jmenovanými ztrátami se opakovaně objevovala ireverzibilní ztráta zdraví, vitality, soukromých zájmů (Lucie – hra na klavír, Petr – umělecká kovařina, Tomáš – fotbal, Evžen – zahrada a srub, Taťána – práce a obava o ztrátu domova) a nejzávažnější obava ze ztráty vlastní hodnoty. Většinou se klienti vyjádřili, že traumatem došli ke zjištění, že pokud úzkostnou nejistotu vydrželi, většinou se objevila jiná

jistota. Jistota, že druzí jsou ochotni pomoci, že rodina a blízcí je milují, že utrpení má svůj konec a nová situace dokonce přináší i nové možnosti. Prožitý zmatek jim dovolil nahlédnout na skutečnost, že neexistují uniformní řešení, že je normální, že v „nenormální“ situaci nevíme, jak na ni máme reagovat, natož jak ji máme vyřešit. Tento okruh tvrzení klientů s dalšími výpověďmi v případových studiích odpovídá na otázky „*co se stalo a jak se vyvíjela Vaše situace po prodělané amputaci?*“

V teoretické části práce jsem se odkazovala na systematické studie věnované skupinové terapii a její pozitivní výsledky. Jmenované přínosy a pozitiva podpůrných skupin se prokázala i v probíhajících skupinách na RKM. Skupina svým členům dodávala kladná a podpůrná vyjádření, univerzalita byla velmi zřejmá a sloužila ke snížení stigmatizace a osamocení, soudržnost skupiny poskytovala klientům sociální oporu přímo. Altruismus a sdílená shodná zkušenost členů z nich činila jak spolučleny, tak důvěryhodné odborníky; vidět ostatní, jak účinně zvládají stejné trauma, dodávalo jednotlivcům naději. Tento způsob zvládání posttraumatických projevů se podobá debriefingu – metodě krizové intervence, který je založen na zážitku všeobecnosti – členové skupiny si uvědomují, že ostatní se cítili a cítí podobně jako oni. Dále se během skupin prokázalo, že předávání užitečných informací hraje v těchto skupinách hlavní roli a nemusí přicházet od osoby pověřené vedením skupiny, ale z výměny informací mezi jednotlivými členy. Následující vybrané příklady výroků sledují vztahování se klientů ke skupině a odpovídají na dotazy „*jaké se Vám dostalo podpory ze strany ostatních členů podpůrné skupiny a jak byl pro Vás pobyt na RKM užitečný z hlediska psychosociální a informační pomoci*“.

Klient	Výrok	Téma
Lucie	„úlevné zjištění, že se ostatní cítili a cítí vlivem traumatu podobně jako já“	sdílení
	„pomohly mi rady ostréjších členů“	opora
Petr	„obdivuji odvahu a odhodlání druhých, a to mně přináší povzbuzení a inspiraci“	skupinová soudržnost
Tereza	vyjádřila radost z toho, že je „něco platná“ a že může „pomoc předávat dál“	altruismus
Tomáš	„skupina mi dávala podporu, odvahu“	dodávání naděje
	„úlevné zjištění, že někdo stejně rozumí problémům, které zažívám“	univerzalita
	„pondělí byl nejvýznamnější den v týdnu“ (den konání skupin)	poskytování informací
Evžen	„Příjemná změna, když člověk může mluvit nahlas o svých problémech s ostatními“	
	„a k tomu stejně hendikepovanými jako jsem já.“	
Taťána	„na skupině jsem zažila sblížení na základě stejného osudu“	
	„lidem s traumatem lépe rozumím, soucítím s nimi a nemám důvod jim nedůvěřovat“	

Tabulka č. 32

V průběhu příprav a od počátku organizování podpůrných skupin hospitalizovaných klientů jsem si byla vědoma, že jejich účinnost a samotná existence je do značné míry závislá na organizačním zázemí. Vedení RKM zastává názor, že skupinově terapeutický přístup je

pro klienty účinný a program podpůrných skupin od počátku podporovalo; podobně pozitivní vliv na uskutečňování skupin a jejich účinnost má umožnění pravidelné intervize s kolegy a externí supervize. K diskuzi se nabízí otevřenost skupin a vázanost účasti klientů na dobu trvání své hospitalizace. Uvažuji nad porovnáním otevřených podpůrných skupin vedených za hospitalizace se skupinou uzavřenou – ambulantní, ve které by byl větší prostor pro interpersonální učení a zaměření na interakce „*tady a teď*.“ Výhody otevřenosti skupiny spatřuji v tom, že příchozí členové přinášejí nová osobní témata a skupině tím nehrozí opotřebování námětů či vyhoření. Nevýhodou se jeví, že s příchodem nového člena byla dočasně „vychýlena“ vytvořená intimita skupiny a ochota členů k sebeodhalování se u některých dočasně redukovala. Tím může být i ohrožena základní podmínka dobře fungující podpůrné skupiny, bezpečnost. Je ale pravda, že s touto situací jsem se v průběhu existence skupin zatím nesetkala. Společné téma traumatu amputace je velmi silné a potřeba opory, sdílení a sounáležitosti s novým příchozím byla vždy silnější než nedůvěra nebo obava. U Taťány a Evžena jsem zaznamenala dočasnou zdrženlivost vůči novému členovi skupiny a jistou opatrnost v zapojování se do diskuze; po sblížení se situace rychle upravila.

System sociální opory, jak jsem citovala v teoretické části práce, funguje jako „*nárazník*“, chránící lidi proti negativnímu vlivu stresových událostí. Nejlépe jsou před devastujícím dopadem traumatu ochráněni lidé, kteří fungují v malých homogenních sociálních skupinách s pevnými, intenzivními vztahy a s dobře probíhající zpětnou vazbou.

Klient	Výrok	Téma
Lucie	„ <i>děkuji své rodině, která to se mnou nemá jednoduché</i> “	sociální opora emocionální opora blízkost přijetí
	„ <i>mám plno nových přátel a ti opravdoví – staří zůstali</i> “	
	„ <i>jsem vděčná všem, kteří mi během toho roku pomáhali</i> “	
	„ <i>děkuji, meningokoku, za nová přátelství</i> “	
Petr	„ <i>nejvíce držela partnerka, jezdila za mnou i s dcerou, když jsem byl v bezvědomí</i> “	
	„ <i>pomáhali mi kolegové z práce</i> “ (návštěvami v nemocnici a štědrá sbírkou)	
	požádal partnerku o ruku a očekávají narození syna	
Tereza	„ <i>spolu – přemítání a podpora otce</i> “	
	„ <i>nalezení</i> “ bratra	
	pomoc kamarádů-motorkářů	
Tomáš	„ <i>náhlé zjevení – důležitá byla jediná rodina, manželka a mé děti</i> “	
	nejvíce si cení pomoci manželky, rodiny a kolegů v práci	
	„ <i>uvědomil jsem si nesamozřejmost kvalitních vztahů</i> “	
Evžen	„ <i>vyslovil kamarádovi vděčnost za záchranu života (současně viník nehody)</i> “	
	„ <i>jsem rád, že mám laskavou a hodnou ženu, která mi velmi pomáhá a také bratra</i> “	
	„ <i>vzdálenost už není bariéra</i> “- obnovení a rozvíjení vztahů s dětmi a vnoučaty	
Taťána	„ <i>zůstala mi parta sedmi kamarádů – trempů z dětství a mládí</i> “	
	„ <i>jsem ráda, že mám děti a sestru, pravidelně mě navštěvují řeší můj návrat domů</i> “	

Tabulka č. 33

Vyjmenované výroky klientů ze svépomocných skupin, které jsou obsahem tabulky č. 33, směřují k tématu čerpání sociální opory a odpovídají na dotazy „*co Vám pomáhalo a kdo a jak Vás podporoval při adaptaci na změněnou životní situaci?*“ Během debat z podpůrných skupin a z výše popsaných tvrzení jednoznačně vyplynulo, že klienti si nejvíce cenní pomoci svých nejbližších a přestálé trauma jim vysokou hodnotu těchto vztahů „*osvítilo.*“

V kapitolách teoretické části práce, které mapovaly psychosociální dopady amputace, jsem uvedla výrok Mareše (2012), že ačkoli je amputace pro člověka traumatickou událostí, nemusí vždy končit trvalými negativními důsledky na jeho psychiku i kvalitu života. Setkáváme se s lidmi, kteří se dokázali s tímto zákrokem vyrovnat a někteří z nich se dostali nad úroveň svého života před traumatem; dostavil se u nich posttraumatický rozvoj osobnosti. V této souvislosti si uvědomuji nevýhodu omezeného a jasně ohraničeného období kontaktu s klienty po výkonu amputace, a to vzhledem ke skutečnosti, že je úzce spjato s dobou trvání hospitalizace (někdy i opakované). Hodnocení posttraumatického rozvoje se vztahuje, kromě jiného, i k délce odstupu od provedeného výkonu a bylo by zajímavé a vhodné výzkum opakovat např. po roce a po pěti letech. Přesto jsou výsledky smíšeného výzkumu v kombinaci analýzy případových studií a dotazníkového šetření zajímavé a přínosné.

V následující tabulce cituji vybrané výroky klientů, které popisují individuální odhodlání nepřiznat čelit a realizaci nových zájmů a činností; současně odpovídají na dotazy „*jaká je vaše současná situace, jak se cítíte a jak zvládáte život?*“

Klient	Výrok	Téma
Lucie	<i>"Jsem tady a hodlám žít naplno jako dřív!"</i>	odhodlání transformace růst nové zájmy
	<i>"Bude to těžké, ale já to zvládnou. Dodělám školu, budu sportovat, cestovat."</i>	
	pracovní úvazek v organizaci "Cesta za snem"	
probíhající trénink na Handy Cyklo maraton		
Petr	<i>„když jsem dokázal rok nepít, tak teď už zvládnou všechno“</i>	
	<i>„naučím levou ruku vše, co uměla pravá“</i>	
	téma plánované maturity, rekvalifikace	
Tereza	<i>„puzení se vyvíjet, puzení k nezávislosti“</i>	
	návrat k jízdě na motorce, řízení auta	
	rekvalifikace a nová práce na plný úvazek	
Tomáš	návrat do práce na stejnou pracovní pozici	
	návrat k myslivosti a k cyklistice	
	nový koníček (vzduchová střelba)	
Evžen	zdokumentování života deníkovou tvorbou „ <i>Dědečku vyprávěj</i> “	
	radost z práce na zahradě (alespoň částečná)	
	pořízení auta s automatickou převodovkou-nezávislost	
Tat'ána	<i>"do roka a do dne se naučím chodit na protéze"</i>	

Tabulka č. 34

Některé výpovědi o nových možnostech dokládají zjištěnou rekonfiguraci, kdy nejde o rychlou adaptaci ani o rezistenci, ale jde o změnu osobnosti, kdy jedinec překoná trauma a vyjde z něho proměněn. Toto žádoucí a očekávané přetransformování jedince a možný posttraumatický rozvoj vlivem překonaného traumatu sledují tvrzení v dotazníku PTGI, která byla nedílnou součástí případových studií. Po sesbírání všech odpovědí v dotazníku je rozsah dosažitelného skóre od 0 do nejvyššího možného 105; čím vyšší skór, tím více klient vnímá svůj růst. Z analýzy několika uskutečněných studií vyplývá, že běžný skór v PTGI se pohybuje mezi 40–70, což napovídá, že typické jsou malé až mírné změny vlivem posttraumatického růstu (STEPHEN, 2017). Skór jednotlivých členů výzkumného souboru byl sestupně podle dosažených bodů: Petr-99, Tereza-90, Lucie-89, Pavel-87, Tat'ána-49 a Evžen-34. Při zhodnocování objektivitu (která je v kvalitativní studii vždy relativní) tvrzení mne napadá, že odpovědi jsou ovlivněny skutečností, že někteří klienti mohou mít sklony tvrdit, že se změnili více, než tomu skutečně je, někteří se naopak mohli podhodnocovat, protože jim přijde nevhodné mluvit o „*přínosu*“. Klienti, kteří uváděli růst, v dotazníku často potvrzovaný tvrzeními „*vic si ted' důvěřuji*“ a „*ted' už vím, že umím zvládat obtíže*“ současně ve svém vyprávění připouštěli i hluboké strádání, stres, emoční zmatek a obavy spojené s nejistotou a smutkem. Růst klientů se tedy rodil z jejich emočního zápasu. Domnívám se, že rovněž iluzorní růst může být přínosný, mírně pozitivní iluze souvisejí se zdravým psychologickým fungováním, posilují sebeúctu a mohou přinášet naději do budoucnosti. Z teorie a výzkumů vychází, že lidé mají lepší dispoziční pro dosažení transformace, když jsou schopni o traumatu přemýšlet otevřeně, a ne v obranné pozici. Tento předpoklad se ve svépomocné skupině potvrdil; mladší klienti (dosahující vysoký skór) vykazovali větší ochotu k sebeodhalování a otevřenosti, u starších klientů (dosahující nízký skór) jsem pozorovala v průběhu skupin obranné mechanismy.

K diskusi se na závěr nabízí, nakolik role pomáhajícího pracovníka mohla kolidovat s rolí výzkumníka. V případě skupinově terapeutického přístupu dochází u homogenních skupin k jakémusi „*začlenění*“ osoby zodpovědné za odborné vedení do skupiny. Není naprosto možné uvažovat o expertním postavení výzkumníka (s objektivní a neutrální pozicí), který ví o zkoumaném problému více než zkoumaná osoba. Tímto je výzkum pochopitelně obohacen o sdílení, kdy se expert sám zúčastňuje výzkumu a má možnost sdílet zkušenost s ostatními participanty a dále ji rozšiřovat mezi potenciální uživatele výsledků výzkumu. Interpretace výsledů případových studií je závislá na zpětné vazbě participantů a je tvořena dialogem; klasické pojetí validity je nahrazeno širší ideou důvěryhodnosti zjištění, jež v sobě obsahuje koherenci, smysluplnost a sdělnost (ČERMÁK, 2002).

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou hospitalizovaných klientů po amputaci, po životní události, která je subjektivně velmi intenzivně prožívána, doprovázena složitými psychickými procesy, mění dramaticky život jednotlivce a vstupuje do jeho sociálních vztahů. Životní změny, které amputace přináší, nastávají zejména v oblasti somatické, psychické a sociální.

V diplomové práci byla nejdříve definována teoretická východiska poskytující potřebný rámec pro vhled do dané problematiky. Byla charakterizována sociální práce v rámci zdravotnického zařízení, zvláště pak v kontextu poskytnutí potřebné opory klientům po traumatické události amputace. Dále byly zmíněny možnosti sociálního zabezpečení pro osoby se zdravotním znevýhodněním a konkrétní principy a cíle sociální práce s podpůrnými skupinami v rámci celostní rehabilitace v zařízení RKM. Stručně byl definován výkon amputace, nejčastější indikace vedoucí k tomuto zákroku a možnosti současné ortopedické protetiky. Teoretickou část práce uzavírají kapitoly věnované strategiím zvládnutí zátěže, druhům a cílům sociální opory, změněné kvalitě života vlivem traumatu a eventualitám v docílení posttraumatického růstu.

Empirická část práce, prostřednictvím případových studií, sledovala jednotlivé příběhy klientů, jejich život před traumatem, vlastní traumatickou zkušenost a její somatické a psychosociální důsledky. Mezi základní metody získávání a tvorby dat patřilo otevřené zúčastněné pozorování, záznamy o debatách a dění během konání podpůrných skupin, zápisy z individuálních rozhovorů, poskytnutá autobiografie od některých klientů (např. citace z deníku a statusu na sociálních sítích) a v neposlední řadě intervize s kolegy. Mezi další přínosné zdroje dat patřila lékařská dokumentace, která vždy obsahovala osobní a rodinnou anamnézu, anamnézu onemocnění, způsob terapie a reakci klienta na ni.

Z celkových výsledků vyplynulo, že hlavním cílem sociální práce prostřednictvím podpůrných skupin s klienty po traumatech je zajištění jejich pocitu bezpečí, přijetí a opory. Pro práci sociálního pracovníka se jeví jako zásadní vtáhnout klienta do terapeutického procesu skupiny, dokázat, že sdílení a mluvení pomáhá, redukuje osamocenosť a úzkost spojenou s traumatem a následnou hospitalizací. Bylo prokázáno, že podpůrná skupina zasvěcuje své členy do terapeutického faktoru pospolitosti a univerzality. Členové skupiny se naučili dovednosti ve zvládnutí traumatu účinněji ze vzoru od spoluklientů než od odborníků. Terapeutický faktor altruismu, byl osvědčen pozorovanou aktivní spoluprací klientů ve skupinách. Tento faktor přinášel jednotlivcům vědomí, že jsou užiteční druhým, a toto zjištění

v nich upevňovalo pocit vlastní hodnoty. Dále bylo výzkumem prokázáno, že homogenní skupiny prokazují, více než jiné terapeutické skupiny, silnější faktor soudržnosti, který zvláště účinně pomáhá svým členům přijmout a normalizovat jejich stigmatizující postižení; tato realita se potvrzovala průběžně během probíhajících skupin a ověřovala ji tvrzení klientů v jednotlivých případových studiích.

V samotném závěru práce bych ráda sdělila svou osobní zkušenost získanou díky setkávání s lidmi po traumatech v rámci vedení podpůrných skupin, ve kterých jsem měla možnost poslouchat a sdílet pohnuté příběhy svých klientů. Lidskou přirozeností je dávat svému životu smysl a to, co se nám v životě stane, skládáme do příběhů. Své příběhy potom vyprávíme, abychom chápaly, co se nám děje a vytvořili si rámec pro formování nových zkušeností. Osobní historie, kterou klienti ve skupinách sdíleli, jim pomáhala porozumět sobě samým, vyprávěním potom dostávali své myšlenky, pocity a chování do souladu se svým sebepojetím a chápáním souvislostí. V interakci s ostatními si je potvrzovali či vyvraceli. Příběhy, které si navzájem vyprávíme, jsou tedy způsobem, jak dát smysl svému životu, jak formovat svou identitu a pomáhají nám v rozhodování, jaký život budeme žít.

„Ten, kdo ví, proč žít, může se vyrovnat téměř se vším.“ Nietzsche

SEZNAM LITERATURY

- BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005, s. 188. ISBN 80-247-1197-4.
- CAIN, D., J. Historické a konceptuální základy. In: Julius SEEMAN, ed. *Humanistická psychoterapie, příručka pro výzkum a praxi – 1. díl*. Praha: Triton, 2006, s. 29-94. ISBN 80-7254-643-0.
- CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. (Eds.) *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah: Erlbaum, 2006, s. 387. ISBN 0-8058-5196-8.
- CALHOUN, L. G., TEDESCHI, R. G. *Facilitating Posttraumatic Growth. A Clinician's Guide*. Mahwah: Erlbaum, 1999, s. 165. ISBN 0-8058-2412-X.
- COUTURE, M., DESROSIERS, J. CARON, C. D. *Cognitive Appraisal and Perceived Benefits of Dysvascular Lower Limb Amputation: A Longitudinal Study*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2011, vol. 52 no. 1., s. 5-11. ISSN 0167-4943.
- ČÁLEK, O. Skupinová daseinsanalýza. Praha: Triton, 2005, s. 545. ISBN 80-7254-539-6.
- ČERMÁK, I. *Myslet narativně (kvalitativní výzkum 'on the road')*. In Sborník z konference Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno: Psychologický ústav AV ČR, Nakl. Albert, 2002. s. 11-25, 15 s. ISBN 80-86620-03-4.
- DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vydání. Praha: Grada, 2008, s. 502. ISBN 972-80-247-2018-0.
- DŽUKA, J. *Kvalita života a subjektivna pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely*. In: *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. 2004, s. 42-63. ISBN 80-8062-282-8.
- FRANKL, V. E. *Utrpení z nesmyslnosti života*. Praha: Portál, 2016, s. 117. ISBN 978-80-262-1038-2.
- GALAGHER, P., MACLACHLAN, M. *Positive Meaning in Amputation and Thoughts about Amputated Limb*. *Prosthetics and Orthotics International*, 2000, vol 24, no. 3, s. 196–204. ISSN 0309-3646.
- GOFFMAN, E. *Stigma*. Praha: Slon, 2003, s. 169. ISBN 80-86429-21-0.
- GURKOVÁ, E. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011, s. 224. ISBN 978-80-247-3625-9.

- HADRABA, I. *Ortopedická protetika – II. část*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2006, s. 106. ISBN 80-246-1296-8.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2015, s. 776. ISBN 978-80-262-0873-0.
- HAVRÁNKOVÁ, O. *Případová práce*. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Metoda a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 67-81. ISBN 80-7178-548-2.
- HONZÁK, R. *Psychosomatická prvouka*. Praha: Vyšehrad, 2017, s. 336. ISBN 978-80-7429-912-4.
- CHRENKOVÁ, M. *Sociální práce s rodinami*. In: KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. 72-80. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KAST, V. *Úzkost a její smysl*. Praha: Portál, 2012, s. 240. ISBN: 978-80-262-0160-1.
- KOLÁŘ, P. a kol. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 2009, s. 713. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KRISTNÍKOVÁ, J. *Protetická fyzioterapie*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, s. 96. ISBN 978-80-7464-515-0.
- KRUSSE, J., WÖLLER, W. *Chronicky nemocný pacient*. In: Wolfgang TRESS a Jürgen OTT, ed. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008, s. 311-330. ISBN 978-80-7367-309-3.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. 224. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KRHUTOVÁ, L. *Sociální práce s klienty se zdravotním postižením*. In: KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. s. 124-134. ISBN 978-80-247-3676-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002, s. 198. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3.vyd. Praha: Portál, 2009, s. 280. ISBN 978-7367-568-4.
- KUBEŠ, R. *Amputace*. In DUNGL, P. a kol. *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 165-176. ISBN 80-247-0550-8.
- LEVINE, P. *Probouzení tygra. Léčení traumatu*. Praha: Maitrea, 2011, s. 293. ISBN 978-80-87249-21-5.

- MAREŠ, J. *Problémy s definováním pojmu sociální opory*. In Jiří MAREŠ a kol., ed. *Sociální opora u dětí a dospívajících I*. Hradec Králové: Nucleus, 2001, s. 13-23. ISBN 80-86225-19-4.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 384. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 271. ISBN 978-80-7376-368-0.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 299. ISBN 978-80-7367331-4.
- MATOUŠEK, O., J. KOLÁČKOVÁ a P. KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-003-X.
- MIOVSKÝ, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, s. 332. ISBN 80-247-1362-4.
- MKF. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO*. 1. české vydání překladu International Classification of Functioning, Disability and Health, Health Organization, 2001. Přeložili: prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008, s. 259. ISBN 978-80-247-1587-2.
- MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004, s. 243. ISBN 80-903070
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 2.vyd. Praha: Academia, 2009, s. 499. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001, s. 169. ISBN 80-903070-0-0.
- NAVRÁTIL, P. *Vybrané teorie sociální práce*. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 183-261. ISBN 978-80-7367331-4.
- NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. *Sociální práce s příslušníky menšinových skupin*. Sociální studia. Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000, s. 127-163. ISSN 1212-365-X.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdrav. a soc. znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009, s. 272. ISBN 978-80-7367-509-7.
- OAKSFORD, K., FRUDE, N., CUDDIHY, R. *Positive coping and Stress-Related Psychological Growth Following Lower Limb Amputation*. *Rehabilitation Psychology*, 2005, vol. 54, s. 171-183. ISSN 0197-6664.

- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 629. ISBN 80-7254657-0.
- PONĚŠICKÝ, J. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton, 2011, s. 120. ISBN 978-80-7388-518-3.
- PŮLPÁN, R. *Základy protetiky*. Praha: Epimedia Publishing, 2011, s. 99. ISBN 978-80-260-0027-3.
- ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 1994, s. 75. ISBN 80-85850-00-1.
- SELIGMAN, M. *Opravdové štěstí. Pozitivní psychologie v praxi*. Praha: Euromedia Group – Ikar, 2015, s. 392. ISBN 978-80-249-2944-46.
- SMUTNÝ, M. *Informace pro pacienty po amputaci končetiny*. Brno: Federace ortopedických protetiků technických oborů, 2009. 64 s. ISBN 978-80-254-38206.
- SOSNA, A. a kol. *Základy ortopedie*. Praha: Triton, 2001, s. 175. ISBN 80-7254-202-8.
- STEPHEN, J. *Co nás nezabije ...* Praha: Portál, 2017, s. 312. ISBN 978-80-262-124-9.
- ŠIFFELOVÁ, D. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století. Vybraná témata z historie a současnosti*. Praha: Grada, 2010, s. 192. ISBN 978-80-247-2938-1.
- ŠOBÁŇ, T. *Psychické důsledky nemocí*. In: KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. s. 103-111. ISBN 978-80-247-3676-1.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. 1999, ročník 43, č. 1, s. 19-38. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009, s. 104. ISBN 978-80-247-2947-3.
- TEDESCHI, R. G., CALHOUN, L. G. *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks: Sage, 1995. ISBN 0-803952577.
- TEDESCHI, R. G., PARK, C. L., CALHOUN, L. G. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah: Erlbaum, 1998, s. 250. ISBN 978-0-8058-2319-0.
- TIMUĹÁK, L. *Základy vedení psychotherapeutického rozhovoru*. Praha: Portál, 2006., s. 184. ISBN 80-7367-106-9.
- VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a krizových služeb*. Praha: Portál, 2012, s. 544. ISBN 978-80-262-0212-7.
- WÖLLER, W., KRUSSE, J. *Traumatizované pacientky a pacienti*. In: TRESS, W., KRUSSE, J. a OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008, s. 299-310. ISBN 978-80-7367-309-3.
- YALOM, I. D. *Chvála psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 244. ISBN 978-80-262-0210-3.

INTERNETOVÉ CITACE

MPSV, Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotní postižení* [online] c2018 [20180211]

Dostupné na: <https://www.mpsv.cz/cs/8>

ČSSZ, Česká správa sociálního zabezpečení. *Invalidní důchody* [online] c2018 [20180211]

Slovník cizích slov. *Resilience* [online] c2018 [20180211] Dostupné na:

http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=resilience&typ_hledani=prefix

ČSSZ, Česká správa sociálního zabezpečení. *Invalidní důchody* [online] c2018 [20180211]

Dostupné na: <http://www.cssz.cz/cz/duchodove-pojisteni/davky/invalidni-duchody.htm>

No Foot No Stress! *Na co má člověk nárok?* [online] c2018 [20180202] Dostupné na:

<http://www.nofoot.cz/clanky/na-co-ma-clovek-narok-/>

Černí koně. [online] c2018 [20181602] Dostupné na: <http://www.cernikone.cz/>

MVČR. Ministerstvo vnitra České republiky. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování* [online] c2018 [20180304] Dostupné na:

<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059>

Cesta za snem, z.s., *O nás*. [online] c2018 [20180317] Dostupné na:

<https://www.cestazasnem.cz/o-nas-1-0>

Cesta za snem, z.s., *Handy Cyklo maraton 2018*. [online] c2018 [20180317] Dostupné na:

<https://www.cestazasnem.cz/o-projektu-1-31>

SEZNAM ZKRATEK

RKM – Rehabilitační klinika Malvazinky

NASW (National Association of Social Workers) – Národní asociace sociálních pracovníků USA

MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health) - Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MKN 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize

WHO (World Health Organization) – Světová zdravotnická organizace

TP - označení průkazu pro osoby se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti

ZTP – označení průkazu pro osoby s těžkým funkčním postižením pohyblivosti

ZTP/P – označení průkazu pro osoby trpící zvláště těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti

ÚP ČR – Úřad práce České republiky

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

MVČR – Ministerstvo vnitra České republiky

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MHD – městská hromadná doprava

AA – mezinárodní sdružení lidí léčících se z alkoholismu

DM (Diabetes mellitus) - komplexní metabolická porucha, při níž organismus není schopen zpracovávat glukózu

PAD - perorální antidiabetika

DK – dolní končetina

PDK – pravá dolní končetina

LDK – levá dolní končetina

PHK – pravá horní končetina

LHK – levá horní končetina

PIP – proximální interfalangeální kloub

FH – francouzské hole

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

ADL (activity daily living) – Barthelův test základních všedních činností

ROM – stupeň (rozsah) pohybu, který nastává v kloubech

KP – kompenzační pomůcky

ICHDK - ischemická choroba dolních končetin

ICHS – ischemická choroba srdeční

NLZP – nelékařský zdravotnický pracovník

JIP – jednotka intenzivní péče

OA – osobní anamnéza

RA – rodinná anamnéza

SPA – sociální a pracovní anamnéza

AMP - (Amputee Mobility Predictor) - test mobility, koordinace a stability

PTSP - (Posttraumatic Stress Disorder) – posttraumatická stresová porucha

PTG - (Posttraumatic Growth) – posttraumatický rozvoj

PŘÍLOHY

Příloha 1

Dotazník PTGI-CZ

© R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun, University of North Carolina – Charlotte 1996

© Český překlad: M. Preiss, (1. LF UK Praha), J. Krutiš, J. Mareš (LF UK Hradec Králové) 2008

Pokyny pro vyplňování

Každý člověk zažije ve svém životě něco těžkého, velmi vážného, co ho přiměje, aby se trochu změnil.

Specifikujte těžkou, traumatickou událost nebo událost, která Vám změnila život:

<input type="checkbox"/> ztráta milované osoby	<input type="checkbox"/> vážné finanční potíže
<input type="checkbox"/> vážná nemoc	<input type="checkbox"/> změna pracovní pozice nebo stěhování
<input type="checkbox"/> násilný čin, přepadení, týrání, znásilnění	<input type="checkbox"/> změna v rodině, ale rodina zůstává
<input type="checkbox"/> nehoda nebo zranění	<input type="checkbox"/> rozvod
<input type="checkbox"/> přírodní katastrofa, povodeň, požár, vichřice	<input type="checkbox"/> odchod do důchodu
<input type="checkbox"/> invalidita	<input type="checkbox"/> válka
<input type="checkbox"/> ztráta zaměstnání	<input type="checkbox"/> jiná těžká událost (vypíšte) ...

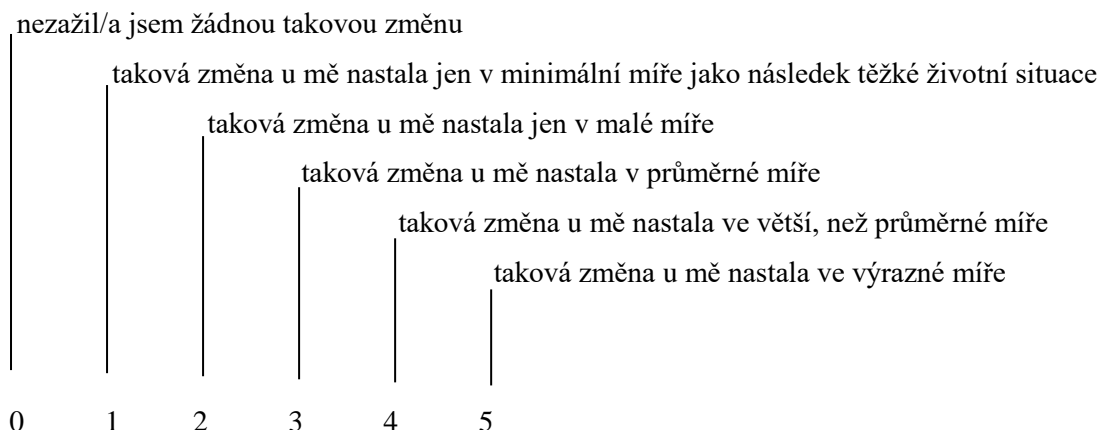
Uveďte **dobu**, která od této těžké události už uplynula:

6 měsíců až 1 rok; více než rok až 2 roky; více než dva roky až 5 let; více než 5 let

Zde je několik tvrzení; zjišťují, v čem je člověk, který prodělal těžkou životní situaci, teď už jiný.

Přečtěte si pečlivě každé tvrzení, promyslete, jestli se týká právě Vás a označte **zakroužkováním** tu variantu, která s nejvíce blíží Vašemu názoru. Pokud se spletete nebo se rozhodnete dodatečně změnit svou odpověď, nevádí. Škrtněte to, co neplatí a zakroužkujte to, co platí.

Zde je nabízená stupnice odpovědí:



1. Změnil/a jsem názor na to, co je v mém životě důležité; změnil/a jsem své priority	0	1	2	3	4	5
2. Uvědomil/a jsem si hodnotu vlastního života, více si ho vážím	0	1	2	3	4	5
3. Mám teď nové zájmy a rozvíjím je	0	1	2	3	4	5
4. Víc si teď důvěřuji, věřím si	0	1	2	3	4	5
5. Lépe rozumím tomu, že má člověk také duchovní potřeby	0	1	2	3	4	5
6. Přesvědčil/a jsem se, že se mohu na lidi spolehnout i v horších časech	0	1	2	3	4	5
7. Rozhodl/a jsem se pro nový způsob života, pro novou cestu	0	1	2	3	4	5
8. Mám teď větší pocit sounáležitosti s druhými lidmi	0	1	2	3	4	5
9. Jsem teď ochotnější dát najevo své city	0	1	2	3	4	5
10. Teď už vím, že umím zvládat obtíže	0	1	2	3	4	5
11. Teď už dokážu lépe naložit se svým životem	0	1	2	3	4	5
12. Teď už dokážu přijímat události tak, jak v životě dopadnou	0	1	2	3	4	5
13. Umím si více vážit každého dne	0	1	2	3	4	5
14. Objevily se nové příležitosti, které by za jiných okolností asi nenastaly	0	1	2	3	4	5
15. Víc soucítím s druhými lidmi, než dříve	0	1	2	3	4	5
16. Ve vztazích k ostatním lidem se teď více snažím	0	1	2	3	4	5
17. Víc se teď snažím změnit ty věci, které je potřeba změnit	0	1	2	3	4	5
18. To, co jsem zažil/a, posílilo mou víru; jsem opravdu věřící člověk	0	1	2	3	4	5
19. Zjistil/a jsem, že jsem mnohem silnější, že vydržím více, než jsem si předtím myslel/a	0	1	2	3	4	5
20. Hodně jsem se poučil/a o tom, že lidé jsou bezvadní, skvělí	0	1	2	3	4	5
21. Teď už chápu, že k životu potřebuji i jiné lidi.	0	1	2	3	4	5

Děkujeme Vám za ochotu a prosíme: projděte ještě jednou celý dotazník a zkontrolujte, jestli jste někde nezapomněli uvést svoji odpověď. Těžko bychom ji za Vás domýšleli...

Klíč k dotazníku PTGI

Dotazník měří pět proměnných:

1. vztahy s ostatními (položky č. 6, 8, 9, 15, 16, 20, 21)
2. nové možnosti (položky č. 3, 7, 11, 14, 17)
3. silné stránky jedince (položky č. 4, 10, 12, 19)
4. spirituální změna, změna v duchovní oblasti (položky č. 5, 18)
5. porozumění životu, pochopení života (položky č. 1, 2, 13)

Příloha 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se tvorby případové práce.

Žádám Vás o souhlas s poskytnutím materiálu pro tvorbu případové práce ve formě biografických a dalších údajů, které byly získány při osobních rozhovorech a při plnění mých pracovních povinností.

Případová práce je tvořena pro účely diplomové práce v rámci studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií.

Vzhledem k etickým aspektům případové práce je kladen důraz na ochranu soukromí a z toho důvodu jsou v práci **zamlčeny či změněny údaje vedoucí k identifikaci osob**. Jedná se zejména o název organizace, název míst a další názvy a jména vztahující se k poskytnutým biografickým údajům.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s použitím získaných biografických údajů k anonymizovanému sepsání případové práce.

Bc. Hana Sládková

Podpis:

Zmocňuji tímto autora případové práce k nakládání a prezentování získaných anonymizovaných dat.

Dne

Podpis:

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Hana Sládková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Sociální práce jako opora pro klienty po úrazech s trvalými následky

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Rok dokončení práce: 2018

Počet stran (bez příloh): 115

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů české literatury a pramenů: 53

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 8

Počet internetových odkazů: 8

Počty znaků hlavního textu práce (bez příloh): 269 182

Přímé citace: 2 551

Ostatní text: 5 635

Souhrnný počet znaků: 277 368

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Hana Sládková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Sociální práce jako opora pro klienty po úrazech s trvalými následky

Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 115

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 69

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverov práce (publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi pri obhajobe:

Nemám otázky do diskusie, všetky boli vydiskutované v rámci konzultácií.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Autorka Hana Sladková sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou, ktorou je sociálna práca ako opora pre klienty po úrazoch s trvalými následkami.

Štruktúra predkladanej diplomovej práce je dobrá a je vyvážená v štyroch teoretických kapitolách a v jednotlivých podkapitolách. Posledná piata kapitola je venovaná empirickému šetreniu. V úvode autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých hlavných kapitolách a podkapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej práce v teoretickej a empirickej časti ktorou sa zaoberá v posledných kapitolách svojej diplomovej práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu odbornú literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala).

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce autorka opisuje pohľad na zvolenú problematiku (venuje sa v prvej kapitole sociálnej práce v zdravotníctve, v druhej kapitole amputácii, tretie kap. je zameraná na stratégiu zvládania záťaže a sociálne opory a posledná štvrtá sa venuje kvalite života posttraumatickému rozvoju osobnosti...). Praktickú časť tvorí posledná piata kapitola, ktorá sa zaoberá, je zmapovanie a deskripcia sociálnej práce s podpornými skupinami a ich pozitívneho vplyvu a účinnej pomoci členom prijať a normalizovať traumatické následky amputácie s potenciálom posttraumatického rozvoja osobnosti. Autorka použila metódu prípadových štúdií, ktoré doplnila o medzinárodným štandardizovaným dotazníkom PTGI-CZ, ktorý zisťuje úroveň dosiahnutého posttraumatického rozvoja. Musím pochváliť autorku, že sa pustila do náročnej problematiky, kde využila svoje praktické skúsenosti z praxe teda s klientmi, ktorí majú problém v rámci amputácie. Prístup k písaniu práce a spoluprácu, hodnotím veľmi kladne a záujem autorky o problematiku. Na základe stanoveného cieľa sa autorka podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobe: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikácia:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 10.05.2018

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **SLÁDKOVÁ Hana**

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: **Sociální práce jako opora pro klienty po úrazech s trvalými následky**

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

Oponent práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 115

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 61

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Co je cílem případové sociální práce v RKM? V jakých krocích se sociální práce odehrává?
2. V kapitole 1. 4 je uveden přehled ochranných mechanismů plynoucích ze systému sociálního zabezpečení. Z jakého důvodu nejsou zmíněny také sociální služby?
3. Patří standardizovaný dotazník PTGI-CZ zaměřený na posttraumatický růst osobnosti mezi nástroje využívané v činnosti sociálního pracovníka? Jak se s tímto nástrojem pracuje v průběhu skupinové práce?
4. Jaký je rozdíl mezi výzkumnou otázkou a otázkou, kterou klade tazatel v rozhovoru?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Stěžejním tématem předložené diplomové práce je problematika osob s vážným poškozením zdraví a role sociální práce v jejich podpoře. Předmět práce hodnotím jako oborově přílehlavý a téměř až tradiční pro sociální práci jako pomáhající profesi.

Diplomová práce je tradičně dělena na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část je vystavěna na čtyřech hlavních kapitolách, ve kterých se autorka z různých aspektů snaží přiblížit hlavnímu tématu své práce. Uspořádání jednotlivých kapitol, resp. dílčích témat je ovšem málo jasné a návodné. Autorka se již v první kapitole věnuje tématu sociální práce s lidmi po amputacích, aniž by čtenáři tuto problematiku patřičně předem nastínila. Až ve druhé kapitole vymezuje pojem amputace a nastiňuje psychosociální důsledky, které ji provázejí. Náležitá pozornost je také upřena k tématu zvládnutí náročných životních situací, ke kterým bezesporu definitivní ztrátu části těla řadíme. Ke konci teoretické části čtenář pak narazí na pojednání o kvalitě života, a to spolu s posttraumatickým rozvojem osobnosti. V teoretické části práci postrádám nicméně ukotvení předmětného tématu do kontextu široké problematiky zdravotního postižení – amputace je de facto poškozením, které může nabývat projevů zdravotního postižení. Dále pak chybí informace, které by čtenáře seznamovaly se sociálními důsledky amputace, jako je především ohrožení či ztráta sociálních rolí a celkově změny v sociálním životě, které obvykle amputace provázejí. To je dle mého soudu klíčovým předmětem pro sociální práci. Autorka jinak využívá odborný, věcný a kultivovaný jazyk bez zjevných gramatických chyb.

Výzkumnou část práce tvoří šetření, pro které diplomantka volí kvalitativní design. Jako jeho cíl si definovala následující: „zmapování a deskripce sociální práce s *podpůrnými skupinami* a jejich pozitivního vlivu a účinné pomoci členům přijmout a normalizovat traumatické následky amputace s potenciálem posttraumatického rozvoje osobnosti“. Tomuto hlavními cíli bohužel již neodpovídá formulace dílčích výzkumných okruhů. Ty jsou spíše povšechné, zabývají se jak etiologií amputace, tak tím, jak se klienti s tímto stavem vyrovnávají. Významu podpůrných skupin je věnována pouze jediná dílčí otázka. Autorka práce navíc evidentně nerozlišuje mezi výzkumnými otázkami a otázkami v rozhovoru.

Výzkumný soubor tvořilo 6 respondentů, 3 ženy a 3 muži. Ty si diplomantka rozdělila do tří dvojic, chybí ovšem vysvětlení, proč tento krok učinila. Data byla sbírána prostřednictvím široké palety technik, a to i standardizovaného dotazníku. Je patrné, že autorka chtěla využít maximálního množství zdrojů, které se jí nabízely, nicméně v řadě případů je specifikuje velmi neurčitě a navíc neuvádí, za jakým účelem tyto dokumenty studovala. Navíc se domnívám, že takto širokým datovým zdrojům neodpovídá ani formulovaný informovaný souhlas, který od svých respondentů studentka nutně požadovala. Zpracované případové studie jsou rozsáhlé a je v nich prezentováno široké spektrum různých informací, a to včetně doslovných zdravotních (lékařských) záznamů a nálezů, kineziologických nálezů, psychologických vyšetření a dalších. Informace tak působí nekonzistentně a nespojuje je společná jednotící kostra. Některé informace, zejména anamnestická data, se navíc opakují. Na konci každé

případové studie je shrnutí, které nejvíce odpovídá původní představě výzkumnice, tedy formulovaným výzkumným otázkám. Vzhledem k definovanému cíli práce by bylo příležitější větší důraz klást na vlastní průběh skupinové práce, progresi, kterou klienti navštěvováním skupiny zaznamenali. Empirická část se uzavírá konečným shrnutím a diskusí, která se již věnuje tomu, čemu bychom očekávali, a to pouze poznatkům a zjištěním z oblasti podpůrných skupin.

Je na místě ocenit úsilí, které diplomantka zjevně do zpracování závěrečné práce vložila. Výsledkem je skutečnost, že diplomová práce splňuje přes výše popsané, zejména metodologické, nedostatky nároky kladené na tento typ kvalifikační práce a **doporučuji ji k obhajobě.**



Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: V Praze 11. května 2018