

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní
končetiny

Bc. Dominika Heverlová, DiS.

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie NMgr.

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Praha 2022

Prague College of Psychosocial Studies



Mental health problems in patients after traumatic amputation of
the lower limb

Bc. Dominika Heverlová, DiS.

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Prague 2022

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem tuto 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 15. 7. 2022

Podpis.....

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat všem účastníkům výzkumu, kteří se této práci zúčastnili, bez nich by nebyla realizace možná. Také bych chtěla poděkovat paní docentce PhDr. Bc. Hricové, Ph.D. za její podporu a odborné vedení mé diplomové práce.

Anotace

Diplomová práce „Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny“ má za cíl zjistit, jaké psychické problémy mohou vyvstat v souvislosti s neočekávanou a traumatickou událostí s následkem amputace dolní končetiny. Teoretická část se zaměřuje na vymezení základních pojmů jako je amputace, bolest a její druhy a psychologické a sociální aspekty bolesti. Dále je v práci představen stručný přehled vzniku psychického traumatu, jeho rysů a forem. V souvislosti s tématem amputace je uvedeno, jaké jsou možnosti vyrovnávání se s prožitým traumatem. Praktická část obsahuje kvalitativní výzkumnou studii, v níž jsou realizovány individuální hloubkové rozhovory s pěti pacienty po traumatické amputaci dolní končetiny. Ke zpracování dat byla využita tematická analýza.

Klíčová slova: psychické problémy, amputace, bolest, psychické trauma, život s amputací

Annotation

The M.A. thesis “Psychological problems in patients after traumatic amputation of the lower limb” aims to find out what psychological problems can arise in connection with an unexpected and traumatic event resulting from the amputation of the lower limb. The theoretical part focuses on the definition of basic concepts such as amputation, pain and its types and psychological and social aspects of pain. Furthermore, the thesis offers a brief overview of the origins of psychological trauma, its features and forms. In connection with the topic of amputation, the possibilities of coping with the experienced trauma are presented. The practical part includes a qualitative research study in which individual in-depth interviews with five patients after traumatic amputation of the lower limb are conducted. Thematic analysis was used to process the data.

Key words: mental health problems, amputation, pain, psychological trauma, life with amputation

Obsah

Úvod	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Vymezení základních pojmů	9
1.1 Pojem amputace.....	9
1.2 Indikace k amputaci na dolní končetině	10
1.3 Typy amputací na dolní končetině.....	11
1.4 Komplikace.....	12
1.5 Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky	13
1.6 Vliv amputace na osobnost člověka	14
1.7 Psychologická opora.....	15
1.8 Možnosti sociální práce a sociální pomoci.....	15
2 Bolest po amputaci	17
2.1 Neurofyzologie bolesti	17
2.2 Typy bolesti po amputaci.....	18
2.3 Psychologické a sociální aspekty bolesti.....	20
3 Psychické trauma.....	22
3.1 Vznik psychického traumatu	22
3.2 Rysy psychického traumatu.....	22
3.3 Reakce na trauma.....	23
3.4 Vyrovnávání se s traumatem	23
4 Život s amputací	25
4.1 Kvalita života po amputaci dolní končetiny	25
4.2 Návrat pacienta po amputaci do společnosti (pracovní a sociální zařazení pacienta, sportovní aktivity).....	26
II. Výzkumná část.....	28
5 Cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky	28
5.1 Metoda	28
5.2 Výzkumný soubor.....	30
5.3 Etika výzkumu	31
5.4 Metoda analýzy dat.....	31
6 Analýza výsledků výzkumného šetření.....	32
6.1 Téma č.1: Prožívání po probuzení	32
6.2 Téma č. 2: Zhoršení psychické pohody	33
6.3 Téma č. 3: Psychická pomoc	35
6.4 Téma č. 4: Výskyt fantomových pocitů a bolestí	37

6.5	Téma č. 5: Sebedůvěra a sebeobraz.....	37
6.6	Téma č. 6: Smíření se se situací.....	39
6.7	Téma č. 7: Zařazení do běžného života	40
6.8	Téma č. 8: Ztráta nebo změna zaměstnání.....	41
6.9	Téma č. 9: Omezení v každodenních aktivitách.....	42
6.10	Téma č. 10: Reakce okolí	43
6.11	Shrnutí výzkumného šetření	44
7	Diskuse.....	49
	Zavěr	52
	Literatura a zdroje.....	54
	Seznam tabulek	60
	Seznam příloh.....	60

Úvod

Vybrané téma mé diplomové práce se dotýká závažné změny v tělesném schématu člověka, která sebou nese značnou zátěž pro psychiku nemocného. Amputace většinou přináší celou řadu možných problémů v životě jak osobním, tak i společenském. U lidí v produktivním věku mohou nastat problémy se zaměstnáním a ekonomickou produktivitou. U mladých jedinců komplikuje možnost studia a dosavadního způsobu života mezi svými vrstevníky. Na základě vlastní zkušenosti s lidmi, kteří podstoupili amputaci některé z končetin, jsem se rozhodla pro hlubší zkoumání vlivu tohoto traumatu z pohledu psychologie, mého studovaného oboru. Ve svém zaměstnání na oddělení rehabilitace jsem se setkala se skupinou lidí, kteří přijeli na pobyt zaměřený na nácvik chůze s protézou nebo protézami dolních končetin. Po mé osobní účasti na programu, jsem pozorováním zjistila, že mé představy a očekávání se výrazně liší od skutečnosti.

Domnívala jsem se, že problémy, se kterými se lidé po amputaci potýkají, jsou převážně v jejich fyzických možnostech a omezeních. Po absolvování několika rozhovorů s nimi a se zdravotníky, kteří se této problematice dlouhodobě věnují, jsem dospěla k závěru, že naopak jejich prožívání, motivace a osobní představy limitují jejich fyzické možnosti. Tato osobní zkušenost a následné studium odborné literatury mě inspirovalo, a zároveň přivedlo k hlubšímu zájmu o prozkoumání možných psychických vlivů u lidí po amputaci. V této práci se pokusím nastínit problematiku amputací v jejich komplexnosti a jejich současného vlivu na psychiku jedince. Mým cílem není obecné vyvozování závěrů, ale mojí snahou je zachytit subjektivní pohled, prožívání a vnímání lidí po traumatické amputaci na tuto zkušenost.

Při rozhovorech s informanty se zaměřuji na zjištění, s jakými psychickými problémy se setkali a jakým způsobem se s nimi vypořádali. Práce vychází z předpokladu, že se v různé míře a v různé fázi po amputaci projevují změny, které mají vliv na duševní zdraví jedince. Je obecně známo, že po ztrátě končetiny dochází ke změně kvality života jedince v důsledku omezení fyzického pohybu. Trauma, chronická bolest, stres, ohrožení životních cílů, změna tělesného obrazu, snížené sebevědomí nebo nezaměstnanost a sociální izolace jsou ohrožujícími faktory, kterým také můžou čelit lidé po amputaci končetiny.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Pojem amputace

Slovo amputace má svůj původ z latinského výrazu „*amputatio*”, což znamená „řezat kolem”. Provádění amputace je jeden z nejstarších chirurgických zákroků, známý už v době neolitu (Hsu & Cohen, 2013). Dle Kubeše in Dungal (2014, s. 117) amputaci definujeme jako „odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu, která vede k funkční anebo kosmetické změně s možností dalšího protetického ošetření”. Vokurka a Hugo (2004, s. 17) vymezují pojem amputace jako „přerušení a odstranění periferně uložené části těla, např. končetiny, pohlavního údu, prsu apod. Výkon se provádí až tehdy, není-li již naděje na záchranu příslušné části těla a dochází-li k ohrožení celého organismu, např. rozsáhlou snětí (gangrénou) či zhoubným nádorem”. Podle Sümera et al. (2008) je amputace odstranění celé končetiny nebo její části z těla ze zdravotních důvodů. Amputace je nutná pouze v případě, že onemocnění končetiny nelze vyléčit nebo je přítomen život ohrožující stav.

Amputace končetiny je jedním z nejstarších chirurgických zákroků. Zpočátku byla amputace spojována s mnoha komplikacemi i s velmi skličujícím výsledkem pro pacienta, z důvodu masivního krvácení a následné infekci. Kvůli nedostatku analgetik a narkotik musela operace trvat jen několik málo minut. Při získávání zkušeností s prováděním dalších amputací, chirurgové vyvinuli speciální operativní techniku a zdokonalili postup. Byla zavedena anestezie a perioperační analgezie, byly vyvinuty vhodné nástroje a rehabilitace, která umožnila funkční a sociální reintegraci amputovaných.

Od Hippokratovy éry až do současnosti se chirurgický přístup k amputaci změnil jen málo. Indikace amputací se však o mnoho změnily a byly zpřesněny, zejména pak u diabetických pacientů a u pacientů s těžkým chronickým onemocněním periferních cév. Exponenciální pokles úmrtnosti při operaci, která byla kdysi zatížena komplikacemi, byl způsoben aplikací škrtidla, správným podvazováním a rekonstruováním cév, antisepsí či anestezií (Markatos et al., 2019).

1.2 Indikace k amputaci na dolní končetině

Dle Kubeše in Dungl (2005) před samotným výkonem amputace, která je pro pacienta v jejím důsledku ztrátová ve smyslu změny integrity vlastního těla, se snažíme o minimalizaci rizik a komplikací spojených s pooperačním stavem. Důležitou roli hraje samotná výživa před operací a v případě infekce její včasná léčba. Důvody k provedení operačního výkonu amputace se téměř shodují s její příčinou. Mezi ty nejběžnější patří: cévní příčiny, neurologické příčiny, kožní příčiny, kostní postižení, tumorózní afekce nebo fyzikální vlivy.

Kubeš in Dungl (2014, s. 119) vymezuje indikace k amputacím takto:

1. Trauma – tato dříve častá indikace amputace je nyní naštěstí často vytlačována možnostmi mikrochirurgie a cévní chirurgie. V dnešní době zůstává prakticky jedinou absolutní indikací k amputaci ireverzibilní ischemie z traumatické či jiné etiologie.
2. Infekt – tyto výkony zůstávají vyhrazeny pro dlouhodobé lokální procesy či naopak pro nezvládnutelnou akutní sepsi způsobenou lokálním infektem. V této indikaci se jedná o život zachraňující operaci.
3. Nekróza – včetně nekrózy způsobené fyzikálními vlivy, tj. popáleniny, omrzliny, poranění elektrickým proudem, kdy je nutno o výši amputace rozhodnout až po demarkaci nekróz.
4. Tumory – nejčastěji u pokročilých či recidivujících maligních afekcí.
5. Afunkce – resp. bránění ve zlepšení funkce, kdy se může jednat o vrozené vady, následky traumatu i operací. Tato indikace je často hraniční.
6. Stav kožního krytu anebo defekt měkkých tkání – v dnešní době se tato indikace stává okrajovou vzhledem k možnostem mikrochirurgie a plastické chirurgie (muskulokutánní laloky).

Podle Čurdové & Vaňáskové (2017) je nejčastějším důvodem k amputaci těžká ischemie v důsledku chronického tepenného onemocnění. Sosna et al. (2001) uvádí jako častou indikaci k amputaci komplikace onemocnění diabetes mellitus při progresi diabetické angiopatie až gangrény. Druhou nejčastější příčinou jsou traumata, u kterých již není možná cévní a muskuloskeletární rekonstrukce.

V roce 2017 žilo na celém světě 57,7 milionů lidí s amputací končetin z traumatických příčin. Hlavními traumatickými příčinami amputace končetiny byly pády (36,2 %), úrazy na silnici (15,7 %), ostatní úrazy při přepravě (11,2 %) a mechanické síly (10,4 %). Nejvyšší počet převažujících traumatických amputací byl ve východní Asii a jižní Asii, dále v západní Evropě, severní Africe a na Středním východě, ve vysoce příjmové Severní Americe a východní Evropě. Na základě těchto odhadů prevalence je celosvětově zapotřebí přibližně 75 850 protetiků k léčbě lidí s traumatickými amputacemi (McDonald et al., 2022). V České republice se traumatické amputace dolní končetiny pohybují v řádu několika desítek případů ročně. Převažujícím počet amputací podle typu jsou v oblasti bérce (pod kolenem), méně časté amputace jsou v oblasti prstů, nártu a kotníku (Janoušek, 2015).

1.3 Typy amputací na dolní končetině

Amputace dolních končetin jsou obvykle klasifikovány jako malé (amputace palce a částečné amputace nohy), nebo velké (kdy je odstraněna většina končetiny). Vždy jsou zváženy zásady výběru úrovně amputace a zdůrazněna důležitost optimálního celkového zdravotního stavu pacienta. Většina pacientů vyžadujících amputaci má významné komorbidity (současný výskyt více nemocí) a amputace s sebou nese značné riziko časně i pozdní mortality a komplikací. Občas se používají v nouzovém prostředí (tzv. gilotinové amputace) pro kontrolu sepse (infekce) s následnou revizí vyšší úrovně končetiny (Shelmerdine & Stansby, 2022). Dnes se standardně provádí tzv. laloková amputace, kdy se překryje skelet měkkými tkáněmi a vymodeluje se pahýl. Po zhojení je možné nasadit vhodnou náhradu končetiny – protézu (Kubeš in Dungl, 2005).

Amputace dolních končetin můžeme rozdělit i dle jejich úrovně, a to následovně:

- a) chodidlo, včetně prstů nebo části chodidla – typy amputací prstů na noze zahrnují amputace středního tarsu, Lisfrancovu amputaci, Boydsovu amputaci a Symesovu amputaci.
- b) disartikulace kotníku (v kotníku)
- c) transtibiální (pod kolenem) – patří sem všechny úrovně amputace od kolena po kotník. Pokud chirurg nemůže provést amputaci pod kolenem, zváží disartikulaci kolenního kloubu, která ponechá femur a čéšku nedotčené.

- d) disartikulace kolena (v koleni) – disartikulace kolena je lepší variantou než transfemorální amputace. Všechny stehenní svaly jsou zachovány a svalová rovnováha zůstává nenarušena. Rozsah pohybu kyčelního kloubu není omezen. Baňatý tvar pahýlu umožňuje nést plnou váhu na konci pahýlu a lze na něj snadno nasadit protézu.
- e) transfemorální (nad kolenem) – tato amputace zahrnuje všechny úrovně stehenních amputací od kyčle po kolenní kloub. Amputace nad kolenem, známá také jako transfemorální amputace, odstraňuje nohu nad kolenním kloubem, pokud je tato končetina vážně poškozena nebo nemocná. Tato amputace do poloviny stehna se volí, když nelze zachránit bérce a koleno.
- f) disartikulace kyčle (na kyčli) – tato úroveň amputace je vedena v kyčelním kloubu, přičemž je odstraněna celá část stehna. Vzácnější než amputace v dolní části končetiny, je disartikulace kyčelního kloubu, při kterém je dolní končetina odstraněna přes samotný kyčelní kloub.
- g) hemipelvektomie – chirurgické odnětí celé dolní končetiny a část pánevních kostí (Allarakha, 2020; „Lower Limb Amputation“ (n.d.); Baumgartner, 2011, Kubeš in Dungal, 2005).

1.4 Komplikace

Amputace je závažným zásahem do pacientova těla. Bezprostředně po chirurgickém výkonu je nutná prevence vzniku komplikací. Ta spočívá ve správném polohování pahýlu a bandážováním elastickým obinadlem proti vzniku pooperačního otoku. Významnou součástí péče je bezprostřední rehabilitace a mobilizace pacienta, jakmile to zdravotní stav umožňuje. Vhodná je i spolupráce s psychologem.

Dle Kubeše in Dungal (2005) mohou po amputaci nastat komplikace typu: hematoma, kožní nekróza, dehiscence rány, gangréna pahýlu, otok, kloubní kontraktura pahýlu či fantomové obtíže (fantomové pocity nebo bolesti). Sosna et al. (2001) uvádí, mimo výše popsané, také celkové komplikace, jako morbidita, mortalita a psychologické obtíže.

1.5 Ortopedická protetika a kompenzační pomůcky

Matějček (in Dungal, 2014, s. 93) definuje obor ortotiku protetiku jako „interdisciplinární obor zabývající návrhem stavby, stavbou a aplikací protetických pomůcek“. Podle Stokosy (2021) je protéza umělá končetina, která nahrazuje chybějící část těla. Mezi cíle při nasazení protézy patří pohodlí, stabilita ve stoje i chůzi a umožnění provádění různých denních činností. Protézy se skládají z objímky (pahýlového lůžka), protetického kolenního kloubu, trubkového adaptéru, protetického chodidla a široké škály dalších komponent. Hlavním účelem je zajištění jednoduché mobility, až po aktivity s vysokým dopadem (např. při skoku). Nedávné pokroky v tlumících materiálech, designu i technologii komponent výrazně zlepšily pohodlí a funkci protézy.

Vysoce motivovaní, jinak zdraví lidé, s protézou dokážou mnoho mimořádných výkonů (např. skákat padákem, lézt po horách, absolvovat triatlon, naplno se věnovat sportu nebo se vrátit k náročným zaměstnáním či aktivní službě v armádě). Ať už se protéza používá pouze pro základní mobilitu nebo pro náročnější činnosti, může poskytnout i mnohé výhody k lepší psychické pohodě. Úspěšné použití protézy závisí na následujícím:

1. Základní zdravotní stav pacienta, fyzické a kognitivní schopnosti
2. Anatomie (např. délka a stav amputačního pahýlu)
3. Usazení objímky protézy (např. pohodlí a stabilita)
4. Funkce a biomechanická účinnost komponent protézy

Nasazení protézy a provedení fyzických a psychických příprav pacienta, které jsou nezbytné pro fungování s protézou, jsou zdoluhavým a náročným procesem. Ne všichni pacienti jsou kandidáty na všechny typy protéz.

Podle typu konstrukce můžeme umělé protézy končetin rozdělit na exoskeletální nebo endoskeletální. Exoskeletální protézy mají pevnou vnější plastickou strukturu ve tvaru končetiny. Jsou pevné a nelze je nastavovat dle potřeby. Exoskeletální protézy jsou odolnější a jsou preferovány především tehdy, když může být protéza vystavena drsným podmínkám prostředí, jako je poškození nárazem při fyzické práci. Endoskeletální protézy mají centrální vnitřní skeletální strukturu, která zahrnuje modulární komponenty a spojky, které jsou úhlově stavitelné ve všech třech rovinách. Díky tomu se také snadněji

odstraňují poškozené komponenty v případě potřeby. Endoskeletální systém je pokrytý měkkým materiálem a syntetickou kůží nanesenou přes anatomický tvar končetiny.

Dle Votavy (2005, s. 137) jsou „kompenzační pomůcky takové prostředky zdravotnické techniky, které kompenzují disabilitu klienta při některé konkrétní činnosti“. Nejběžněji se využívají pomůcky k hygieně, konzumaci potravy nebo nápojů, oblékání, komunikaci nebo k běžnému úklidu. Pomůcky k chůzi slouží k zajištění větší stability, pomáhají s odlehčením a zároveň rozložením váhy z jedné končetiny na druhou. Nejčastěji se můžeme setkat s podpažními berlemi, francouzskými holemi a různými typy invalidních vozíků (Votava, 2005).

1.6 Vliv amputace na osobnost člověka

Amputace je událost, která mění životy pacientů a jejich rodin. Stresová reakce na amputaci se může projevit jako smutek z trvalé ztráty, úzkost, deprese nebo jako posttraumatická stresová porucha. Takové reakce jsou ovlivněny převážně věkem, pohlavím, úrovní zralosti, premorbidními osobnostními rysy, sebeúčinností, mechanismy zvládání, flexibilitou, sociální podporou, koexistujícím zdravotním onemocněním, tolerancí bolesti a naléhavostí rozhodnutí o amputaci. Potíže s adaptací po amputaci mohou vést k problémům, jako je nízké sebevědomí, zkreslený obraz těla, zvýšená závislost na okolí a sociální izolace; proto je zásadní včasné odhalení a léčba psychických problémů. Pro rehabilitaci u amputovaných pacientů je ideální multidisciplinární přístup, včetně odborníků na duševní zdraví, se zaměřením na potřeby pacientů a jejich pečovatелů. Úlohou odborníků na duševní zdraví je normalizovat (a stabilizovat) emoce a zkušenosti pacientů a podporovat psychickou adaptaci (Jo, et al., 2021). Po amputaci se mohou objevit psychické potíže v důsledku změněného vnímání a zkreslené představy o sobě samém. Přesvědčení, že budou po amputaci považováni za „neúplné“, je bolestná představa. Když mají pacienti potíže s přijetím nového tělesného obrazu a sociálního stigmatu, stimuluje to jejich zranitelnost a je snadnější použít maladaptivní mechanismy k zvládnutí životní situace (Rybarczyk et al., 1995; Badura-Brzoza et al., 2006).

Amputace může způsobit problémy i se sexuálními funkcemi. Tyto faktory mohou být příčinou psychických potíží, jako je deprese a úzkost, problémy s adaptací a způsobit i významné snížení kvality života jedince (Woods et al., 2018). Psychické a emocionální změny se mohou projevit různými způsoby v závislosti na individuálních osobnostních

charakteristikách. U pacientů s narcistickými osobnostními rysy, lze amputaci považovat za velký útok na vlastní hodnotu a důstojnost. Naopak osoby se závislými osobnostními rysy mohou roli pacienta uvítat a mohou být osvobozeni od již existujících povinností a tlaků (Williamson et al., 1994).

1.7 Psychologická opora

Psychologická intervence se doporučuje jako nejlepší příležitost k minimalizaci psychického strádání. Užitečné mohou být psychologické a komunitní intervence, jako je krátkodobá psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, meditace všímavosti, relaxační trénink a skupinová psychoterapie. Výzkum účinnosti psychiatrických intervencí u pacientů s amputací je stále omezený a další výzkum založený na důkazech s terapeutickými intervencemi je oprávněný.

Dle Keszlera et al. (2020) každá fáze adaptace na změnu po amputaci končetiny vyžaduje různé aspekty, které je třeba řešit na základě potřeb a omezení handicapovaných. Multidisciplinární přístup zaměřený na pacienty a jejich pečovatele je ideální pro komplexní rehabilitaci a biopsychosociální management.

Psychologické intervence by měly být prováděny co nejdříve, aby se minimalizovaly psychické potíže během amputace. Úvahy o možnostech intervence zahrnují postamputační stavy, fyzické, kognitivní, psychologické, sociální a duchovní funkce, současný systém sociální podpory, ekonomickou situaci, nebo možnost sdílení svých emocí v komunitě (Carroll & Edelstein, 2022).

1.8 Možnosti sociální práce a sociální pomoci

Vliv amputace na psychický stav jedince i na rodinné a sociální vztahy je nepopiratelný, protože tělesné postižení ovlivňuje nejen psychosociální přizpůsobení, ale také duševní zdraví. Ve srovnání se zdravými jedinci tito lidé většinou zažívají sociální izolaci (Ebrahimzadeh & Rajabi, 2007; Warmuz et al., 2004). Návrat do života po amputaci přináší mnoho problémů. Z důvodu neúplného vyrovnání se s novou situací, mohou tito lidé trpět psychosociálními obtížemi jako jsou deprese, pocit beznaděje, nízké sebevědomí, nuda, úzkost, frustrace, pocity viny, strach o budoucnost rodiny a vést je až k úvahám o sebevraždě. Kromě toho, se častěji objevují i další problémy, jako je abnormální chování (závislost na drogách nebo alkoholu) a snížený sociální výkon.

Ekonomické, sociální, osobní, rodinné a ekologické problémy jsou dalšími typy problémů, kterým čelí lidé s amputacemi (Ebrahimzadeh & Rajabi, 2007; Pupulin, 2004). Výzkumy však ukázaly, že sociální podpora hraje velkou roli v adaptaci a vyrovnávání se s nemocí, jako je amputace (Vanaki et al., 2013). Sociální podporu lze poskytovat ve formě psychologické (práce s emocemi), informační, hmotné a sociální. Je ale důležité, aby pacient prezentované podpoře rozuměl. Pochopení konkrétní nabízené podpory je důležitější než její přijetí. Jinými slovy, zdá se, že porozumění a postoj pacientů k nabízené podpoře je důležitější, než míra poskytované podpory (Helgeson & Cohen, 1996). Dle Chenga et al. (2008) role podpory je tedy zřejmá, protože pochopením sociální opory lze předejít vzniku nepříznivých fyziologických nežádoucích účinků u pacientů, zvýšit úroveň sebeobsluhy, pozitivně ovlivnit jejich fyzický, psychický a sociální stav a jednoznačně pozitivně ovlivnit jejich sociální výkon. Taghavi et al. (2001) se domnívají, že takovým zdrojem podpory pro pacienty mohou být rodinní příslušníci, příbuzní, přátelé, lékaři, další zdravotničtí pracovníci a také podpůrná sdružení.

V České republice se sociální pomocí zabývají sociální pracovníci, kteří se věnují jednotlivcům i rodinám, kteří mají nárok na některou z forem pomoci. Od propuštění z nemocnice pomáhají se zajištěním vhodných pomůcek, následné zdravotní péče, nebo potřebným úpravám bytu dle míry postižení. V rámci sociální pomoci řeší i pracovní uplatnění, případně začlenění se zpět na původní pracovní místo, nabízejí poradenství a předávají potřebné informace o možnostech klienta úřadům a organizacím v jeho místě bydliště. Jednou z významných možností získání podpory jsou finanční prostředky. Při splnění podmínek dle zákona a § 38, lze získat nárok na invalidní důchod, dle zákona č. 329/2011 Sb. lze zažádat o příspěvek na mobilitu, zvláštní pomůcku nebo o průkaz osoby se zdravotním postižením. Veškeré podmínky pro stanovení zákonné sociální pomoci stanovuje Zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. (Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87).

2 Bolest po amputaci

Podle International Association for the Study of Pain (IASP) je bolest nepříjemný smyslový a emocionální zážitek spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně nebo podobný zážitku spojeným se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně (Raja et al., 2020). Bolest je vždy subjektivní, každý jedinec se učí používat slovo bolest prostřednictvím svých vlastních zkušeností. Bolest je tedy zkušenost, kterou spojujeme se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně. Je to nepochybně pocit v části nebo částech těla, ale vždy je to nepříjemný, a tedy negativní emoční zážitek. Mnoho lidí uvádí bolest i v situacích, kdy není patrné žádné fyzické zranění nebo jeho příčiny. Obvykle neexistuje způsob, jak odlišit jejich zkušenost od zkušenosti způsobené skutečným poškozením tkáně. Bolest má tedy několik důležitých dimenzí: smyslovou dimenzi – kde to bolí a jak moc to bolí; emocionální rozměr – jak nepříjemný je to zážitek; a kognitivní dimenzi – jak interpretujeme bolest na základě naší předchozí zkušenosti (Crofford, 2015).

2.1 Neurofyziologie bolesti

Woolf (2010) se domnívá, že bolest jsou ve skutečnosti tři zcela odlišné věci. Za prvé je to bolest, která je fyziologickým ochranným systémem včasného varování, který je nezbytný pro rozpoznání a minimalizaci kontaktu se škodlivými podněty. To je bolest, kterou cítíme, když se dotkneme něčeho příliš horkého, studeného nebo ostrého. Protože se tato bolest týká vnímání škodlivých podnětů, nazývá se *nociceptivní* bolest, vysokoprahová bolest aktivovaná pouze v přítomnosti intenzivních podnětů. Neurobiologický aparát, který generuje nociceptivní bolest, se vyvinul ze schopnosti i toho nejprimitivnějšího nervového systému signalizovat hrozcí nebo skutečné poškození tkáně z okolních podnětů. Jeho ochranná role vyžaduje okamžitou pozornost a akci, ke které dochází díky reflexu stažení, který aktivuje pocit nepříjemnosti a emocionální úzkosti. Nociceptivní bolest se nyní prezentuje jako něco, čemu je třeba se vyhnout, v tu chvíli náš obranný systém potlačí většinu ostatních nervových funkcí.

Druhý druh bolesti je také adaptivní a ochranný. Díky zvýšení sensorické citlivosti v místě poškození tkáně tato bolest pomáhá při hojení poraněné části těla tím, že vytváří situaci, která odrazuje od dalšího fyzického kontaktu nebo pohybu. Přecitlivělost nebo citlivost na bolest snižuje další riziko poškození a podporuje zotavení. Tato bolest je způsobena aktivací imunitního systému poraněním tkáně nebo

infekcí, a proto se nazývá *zánětlivá* bolest; bolest je skutečně jedním z hlavních rysů zánětu. I když je tato bolest adaptivní, stále je třeba ji snížit u pacientů v případech těžkého nebo rozsáhlého poranění. Konečně je tu bolest, která není ochranná, ale maladaptivní, vyplývající z abnormálního fungování nervového systému. Tato *patologická* bolest, která není příznakem poruchy, ale spíše chorobným stavem nervové soustavy, může nastat po poškození nervové soustavy (neuropatická bolest). Taktéž se může projevovat u stavů, kdy k takovému poškození či zánětu nedochází (dysfunkční bolest). Výsledným efektem ve všech třech případech je pocit, který nazýváme bolestí.

2.2 Typy bolesti po amputaci

Bolest může být klasifikována jako akutní nebo chronická a oba druhy se velmi liší. Akutní bolest obvykle vyplývá ze specifického zranění, onemocnění a/nebo zánětu. Obvykle se objevuje náhle, například po fyzickém traumatu nebo operaci, a může být doprovázena úzkostí nebo silnými emocemi. Běžně je akutní bolest ochrannou reakcí na poškození tkáně způsobené zraněním, nemocí, nadměrným používáním nebo environmentálními stresory. Příčinu akutní bolesti lze obvykle diagnostikovat a léčit. Bolest je sebe vymezující, což znamená, že je omezena na dané časové období a závažnost. Akutní bolest se však může stát chronickou.

Chronická bolest je zdravotní onemocnění, které může být zhoršeno environmentálními a psychologickými faktory. Chronická bolest přetrvává po dlouhou dobu a může být obtížné ji zvládnout. Lidé s chronickou bolestí často trpí více než jedním bolestivým stavem. Mají také zvýšené riziko rozvoje problémů s fyzickým fungováním, kognicí a emočními reakcemi. Mohou existovat společné mechanismy, které některé lidi vystavují vyššímu riziku vzniku vícečetných bolestivých poruch. Není známo, zda tyto poruchy mají společnou příčinu (Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education, 2011).

Specifickou bolest po amputaci nazýváme fantomovou bolestí. Bolestivé a/nebo nebolestivé pocity v místě chybějící končetiny uvádějí téměř všichni pacienti po amputaci a v lékařské literatuře jsou popsány již od 16. století. Francouzskému vojenskému chirurgovi Ambroise Paré se připisuje první popis tohoto postamputačního fenoménu. Přestože téměř všichni pacienti po amputaci nejčastěji uvádějí bezbolestné fantomové

pocity (PLS: Phantom limb sensations), což je jakýkoli pocit chybějící končetiny, např. cítění polohy bývalé části těla nebo pocit končetiny ve statickém nebo pohyblivém stavu). Zdá se, že tyto pocity nemají patologickou hodnotu, ani žádné negativní dopady na život a funkci pacienta (Erlenwein et al., 2021).

2.3 Fantomové pocity a fantomová bolest

Dle Collinsové et al. (2018) amputace způsobují změny v periferním nervovém systému (PNS) i centrálním nervovém systému (CNS), včetně vzniku fantomových pocitů končetin (PLS) charakterizovaných tím, že amputovaná končetina je stále jakoby přítomna. Většina pacientů po amputaci zažívá PLS a může dokonce ovládat i fantomové pohyby bezprostředně po operaci, jako jsou pohyby prstů nebo otevírání a zavírání dlaně v pěst. Podle Erlenweina et al. (2021) trpí většina pacientů s amputací (až 80 %) po operaci spíše fantomovými bolestmi končetin. Chirurgické odstranění části těla a oddělení periferních nervů má za následek nedostatek aferentní zpětné vazby, následované neuroplastickými změnami v senzomotorické kůře. Ghoseiri et al. (2018) uvádí, že navzdory rozsáhlé literatuře o fantomové bolesti končetin neexistuje konsenzus o přesném mechanismu takového pocitu. V literatuře je fantomová bolest končetin připisována genetice, paměti a vzpomínkám, neuromům (bolestivé koncové větve přeríznutého nervu), periferní/spinální dysfunkci, supraspinální a centrální plasticitě a kortikálnímu přemapování. Kromě toho, některé fyzické i psychologické faktory a faktory způsobené počasím, mohou zvýšit riziko fantomové bolesti končetin.

Fantomová bolest končetin (Kuffler, 2018) je chronická neuropatická bolest, která se rozvíjí u 45–85 % pacientů, kteří podstoupí velké amputace horních a dolních končetin. Objevuje se převážně ve dvou časových intervalech po amputaci: první měsíc a po jednom roce. Ačkoli u většiny pacientů frekvence a intenzita bolesti v průběhu času klesá, silná bolest přetrvává asi u 5–10 %. Chronická bolest je fyzicky i psychicky vysilující, ovlivňuje schopnost jednotlivce postarat se o sebe, ale také snižuje jeho každodenní schopnost osobní a ekonomické nezávislosti. Navíc bolest může vést k depresi a pocitům beznaděje.

Nejčastěji podávanou farmakologickou léčbou PLP jsou gabapentin a pregabalín, léky proti záchvatům, které snižují frekvenci a intenzitu neuropatické bolesti. Opioidy a opiáty se již dlouho používají k léčbě neuropatické bolesti a některé výzkumy naznačují, že jsou účinné při zmírňování příznaků PLP (Collins et al., 2018). Jsou zde i

nefarmakologické možnosti léčby, např. transkutánní elektrická stimulace nervů (TENS), zrcadlová terapie, biologická zpětná vazba, akupunktura, stimulace míchy (SCS: Spinal cord stimulation nebo stimulace periferních nervů. Virtuální a rozšířená realita poskytla několik nových příležitostí k využití technologie jako pokročilé formy zrcadlové terapie. V několika případových studiích se ukázalo, že se jedná o účinnou léčbu PLP, ale žádné rozsáhlé studie zatím nebyly provedeny.

Fantomové bolesti jsou velmi složité a obtížně léčitelné. První léčba je obvykle konzervativní a měla by zahrnovat nefarmakologické a nechirurgické metody. Protetik by měl zhodnotit pahýl amputované končetiny a pomoci pacientovi v nácviku k používání protetické náhrady. Zdravotní sestra a psychoterapeut by měli pomoci zmírnit úzkost a deprese. Pokud se to nepodaří, měl by farmaceut spolupracovat s lékařem na výběru vhodné medikace a také poučit pacienta o různých dostupných farmakologických přípravcích, jejich účinnosti a nežádoucích účincích. Měl by být zapojen i specialista na bolest. Je tedy zapotřebí propojit specialisty, protože neexistuje jediná léčba, která by spolehlivě a důsledně fungovala u všech pacientů (Hanyu-Deutmeyer et al., 2022).

2.4 Psychologické a sociální aspekty bolesti

Ukázalo se (Fuchs et al., 2018), že psychologické faktory hrají důležitou roli u různých typů chronické bolesti. U fantomových bolestí je však interakce mezi bolestí a psychologickými proměnnými málo zdokumentována. Amputace končetiny představuje vážné narušení tělesné integrity a je spojena s řadou negativních důsledků, zejména invaliditou a postamputační bolestí. PLP vede k osobnímu strádání, snížené kvalitě života a zhoršuje spánek. PLP je stále výzvou pro výzkum a léčbu bolesti.

Klinické výzkumy naznačují, že emoční faktory ovlivňují PLP, ale mohou být méně důležité ve srovnání s jinými typy chronické bolesti. Zejména v časných stádiích po amputaci může míra komorbidit duševních poruch u amputovaných osob souviset s jinými faktory než s PLP. Faktory jako chronická onemocnění vedoucí k amputaci, traumatizace, sekundární bolest, invalidita způsobená amputací a adaptace na novou situaci mohou nezávisle na PLP vést k úzkosti a depresi.

Příznaky deprese jsou běžné v akutní fázi po amputaci. Několik studií však ukázalo, že míra depresivních symptomů během následujících let klesá. Horgan a

MacLachlan (2004) publikovali přehled o psychosociálních změnách po amputacích dolních končetin a dospěli k závěru, že deprese v prvních letech po amputaci je nejsilněji spojena s postižením, kdy do dvou let po amputaci klesla míra deprese na úroveň srovnatelnou u zdravých lidí. Horgan a MacLachlan (2004) také uvádějí, že úzkost u pacientů s akutní amputací souvisí především se změnami tělesného obrazu, změnou sociální rolí a adaptací na novou identitu. Zaměstnání osob po amputaci, témata souvisejícími s identitou a sociálním fungováním (spíše než bolestí), bylo zjištěno v kvalitativní studii, která zkoumala zkušenosti amputovaných pomocí semistandardizovaného rozhovoru (Senra et al., 2012).

3 Psychické trauma

Trauma je emocionální reakce na nepříjemnou událost, jako je nehoda, znásilnění nebo přírodní katastrofa. Bezprostředně po události je typický šok a popření. Dlouhodobější reakce zahrnují nepředvídatelné emoce, vzpomínky, napjaté vztahy, a dokonce i fyzické příznaky, jako jsou bolesti hlavy nebo nevolnost. I když jsou tyto pocity normální, někteří lidé mají potíže pokračovat ve svém životě. Psychologové mohou těmto jedincům pomoci najít konstruktivní způsoby, jak zvládat své emoce (American Psychological Association, 2013).

3.1 Vznik psychického traumatu

Termín „trauma“ se používá po staletí a je odvozen z řeckého slova znamenajícího ránu. Ve svém původním použití se „traumatem“ označovala fyzická zranění na těle, která byla způsobena náhle se vyskytující vnější silou; tato zranění byla závažná, s potenciálem způsobit smrt nebo trvalou invaliditu (Altmaier, 2019). Psychické trauma představuje zážitky, které ohrožují lidský život nebo tělesnou integritu (Ford, 2009). Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN-11) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5), je traumatická událost definována jako přímé vystavení smrti, vyhrožování smrtí, skutečné nebo hrozící vážné zranění, nebo také skutečné či hrozící sexuální násilí.

3.2 Rysy psychického traumatu

O tom, co je traumatizující, podle Center for Substance Abuse Treatment (2014), nerozhoduje jen událost samotná, ale také zkušenost jednotlivce s danou událostí. Dva lidé mohou být vystaveni stejné události nebo sérii událostí, ale prožívají ji a interpretují tuto událost velmi odlišnými způsoby. Různé biopsychosociální a kulturní faktory ovlivňují akutní reakci na stres jedince i posttraumatickou stresovou reakci (Post-traumatic stress disorder, PTSD). U většiny lidí, bez ohledu na závažnost traumatu, se okamžité nebo trvalé účinky traumatu setkávají s jejich odolností – schopností povznést se nad okolnosti traumatu nebo čelit této výzvě s odvahou. U některých lidí jsou reakce na traumatickou událost pouze dočasné, zatímco jiní mají přetrvávající reakci, která přechází od akutních příznaků k závažnějším, déletrvajícím nebo dokonce trvalým

následkům na duševním zdraví (např. posttraumatický stres a jiné úzkosti, užívání návykových látek nebo poruchy nálady) a zdravotní problémy (např. artritida, bolesti hlavy, chronická bolest).

3.3 Reakce na trauma

„Délka a intenzita zpracování traumatické události se může lišit, přičemž obojí záleží na různých faktorech. Podstatná je především osobnost a odolnost postiženého člověka, závažnost traumatické události či reakce okolí.“ (Vágnerová, 2004, s. 437). Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), musí být příznaky akutní stresové reakce přítomny do 1 hodiny od stresující nebo traumatické události. Objevuje se jeden ze tří symptomů (např. pocení, bušení srdce nebo třes). Mezi další obtíže řadíme potíže s dýcháním, pocit dušení nebo bolest na hrudi, pocit závratě, zmatenost, nebo strach ze smrti. Ve středně těžkých nebo těžkých případech se může také projevit zoufalství nebo beznaděj, dezorientace, stažení se do sebe, společenská izolace, snížená pozornost, agresivita nebo přehnaná aktivita. Symptomy se postupně vytrácejí do 48 hodin od události (Gradus et al., 2010).

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je podle Messman-Moore & Cook (2016) psychický stav, který je důsledkem vystavení jedné nebo více traumatickým událostem. Porucha je charakterizována symptomy, které přetrvávají více než čtyři týdny a zahrnují opětovné prožívání traumatické události, vyhýbání se, změny přesvědčení a emocí a zvýšené fyziologické vzrušení a související potíže po události.

3.4 Vyrovnavání se s traumatem

Traumatický stres je normální reakcí na abnormální událost. Obvykle se příznaky časem zlepšují, ale lidé s intenzivnějšími příznaky mohou potřebovat odbornou pomoc. Existují velmi účinné způsoby, jak se vyrovnat a jak léčit následky traumatu. Psychologové a další výzkumníci zjistili, že tyto způsoby mohou pomoci. Jedním ze způsobů pomoci je vyhledat oporu u své rodiny nebo blízkých přátel. Americká psychologická asociace (American psychological association, APA) uvádí toto doporučení: Pokud se cítíte připraveni diskutovat o traumatické události, můžete s nimi mluvit o svých zkušenostech a pocitech. Můžete také požádat své blízké, aby vám pomohli s domácími úkoly nebo jinými povinnostmi, abyste se zbavili každodenního

stresu. Postavte se svým pocitům čelem. Je normální chtít se vyhnout přemýšlení o traumatické události. Ale nevycházet z domu, neustále spát, izolovat se od blízkých a používat návykové látky k úniku od vzpomínek nejsou zdravé způsoby, jak se s tím časem vyrovnat. I když vyhýbání se je normální, může prodloužit váš stres a bránit v uzdravení. Postupně se snažte vrátit do normální rutiny. Podpora od blízkých nebo od odborníka na duševní zdraví vám může hodně pomoci.

Upřednostněte péči o sebe. Udělejte to nejlepší pro sebe, jezte výživná jídla, věnujte se pravidelné fyzické aktivitě a dobře se vyspěte. Hledejte další zdravé strategie zvládnání, např. věnujte čas umění, hudbě, meditaci, relaxaci a trávení času v přírodě.

Buď trpělivý. Pamatujte, že je normální mít silnou reakci na stresující událost. Jak dny plynou, vaše příznaky by se měly začít postupně zlepšovat (American Psychological Association, 2019).

Podle Schulze (2009) je důležité, aby amputovaní prošli různými fázemi truchlení: první fází je odmítnutí situace. Represe a popření ztráty chrání pacienta před emočním přepětím. Konfrontace je dalším krokem, emocionálně i mentálně. „Jak se to mohlo stát?“ (rozumět důvodům, proč) „Jaká bude moje budoucnost?“, „Jak to zvládnou.“ (schopnost vyrovnat se) "Proč se mi to stalo?" (smysl). Poslední fází vyrovnávání se s amputací je přijetí a vypořádání se s novou situací a vybudování nového sebevědomí.

Úspěšný proces zvládnání vede k nové identitě. Pokud se člověk nedokáže přizpůsobit nové situaci, vyvine si komplex méněcennosti a upadne do deprese. Může se také pokusit hledat viníka a svalit situaci na někoho jiného. Asi dvě třetiny všech amputovaných se s amputací nevyrovnejí a propadají depresi. U 15 % se rozvinou příznaky úzkosti. Proto je důležité nabídnout pomoc. Pacienti by se měli scházet do svépomocných skupin a mluvit o svých zkušenostech a problémech. Pokud potřebují intenzivnější a individuální pomoc, měli by mít možnost kontaktovat psychologa. V průběhu vyrovnávání se s amputací se u pacientů často střídá optimistická a pesimistická nálada. Někdy upadnou zpět do negativního a rezignovaného stavu mysli. To je přirozené a součástí procesu, pokud si najdou vlastní cestu k pozitivnímu přístupu a pohledu na život.

4 Život s amputací

Desmond a MacLachlan (2002) se domnívají, že amputace způsobují značné změny v každodenním životě pacienta, a to zejména v psychosociálních vztazích. Bez ohledu na okolnosti, které k amputaci vedly, přináší dramatickou změnu v životě jedince, který prochází fází šoku, přijetím, a nakonec přizpůsobením se nové situaci. Za delší dobu po operaci se pacienti kromě fyzického a psychického utrpení potýkají s řadou obtížných problémů, jako jsou: vysoké náklady na protetickou končetinu, honba za odškodněním v případě automobilových nebo pracovních úrazů, pokračující léčba chronických onemocnění (jako je cukrovka), snížená sexuální aktivita, zejména u mladých lidí, a také nejistota ohledně budoucnosti (Roşca et al., 2021).

4.1 Kvalita života po amputaci dolní končetiny

Amputace končetiny je velkým zásahem do života člověka. Nová situace vyžaduje přeorganizování dosavadního životního stylu. Někdy je nutné změnit práci, nebo dokonce úplně přestat pracovat. Lidé po amputacích už nejsou zcela nezávislí a musí se spoléhat na pomoc druhých. Pooperační období je pro ně velmi obtížné, protože se s touto novou situací musí vyrovnat a smířit se se svým novým vzhledem. Po amputaci je velmi důležité zahájit aktivní rehabilitaci, která zahrnuje fyzioterapii, pracovní terapii a nácvik v používání protézy, aby se pacient mohl co nejdříve vrátit k běžným společenským aktivitám (Noszczyk, 2007; Weetland & Conway, 2006).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života jako individuální vnímání životního postavení člověka v kontextu kultury, hodnotového systému a s ohledem na úkoly, očekávání a normy stanovené podmínkami životního prostředí (Uchmanowicz & Jankowska-Polańska, 2013). Kvalita života závisí na mnoha faktorech a vztahuje se k mnoha aspektům lidského života, jako jsou fyzické, duševní, duchovní a sociální aspekty (Papłaczyk et al., 2015). Van der Schans et al. (2002) použili dotazníky GQPLA (The Groningen Questionnaire Problems Leg Amputation) a RAND-36 (dotazník zdravotního průzkumu), ke srovnání kvality života u pacientů po amputaci s fantomovými bolestmi i bez nich. Autoři zaznamenali významné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami z hlediska různých aspektů. Kvalita života pacientů s fantomovými bolestmi po amputaci je výrazně nižší. Bolest pahýlů a vzdálenost chůze se ukázaly být nejvýznamnějšími determinanty kvality života. Lidé s fantomovými bolestmi mohli ujít

jen 100-500 m, zatímco pacienti bez těchto příznaků urazili 500-1000 m. Fantomová bolest a snížená vzdálenost chůze souvisí se snížením kvality života pacientů po amputaci končetiny. Podle Muraczyńského & Cieslaka (2003) pahýlové bolesti samotné mohou mít také negativní dopad na kvalitu života a být vnímány jako důležitější pro posouzení kvality života než fantomové bolesti. Předchozí výzkumné studie zjistili významný vztah mezi fantomovými bolestmi a emocionálními problémy (stresem). Nicméně Whyte & Niven (2001) zjistili, že nejen somatické symptomy, jako je bolest, mají negativní vliv na pacienty po amputaci, ale také sociální dysfunkce, nespavost a úzkost. Autoři použili Beck Depression Inventory (BDI), který hodnotí nejen kognitivní a afektivní symptomy, ale také somatické a autonomní symptomy. Podle studií značný počet lidí po amputaci nevykazují příznaky deprese nebo jsou tyto příznaky slabé.

4.2 Návrat pacienta po amputaci do společnosti (pracovní a sociální zařazení pacienta, sportovní aktivita)

Japonští výzkumníci Ide et al. (2002) došli k závěru, že informanti s výraznou bolestí jsou méně spokojeni v zaměstnání než jiní účastníci studie. Nebyl však nalezen žádný vztah mezi typem bolesti, jeho závažností a návratem do normálního pracovního rytmu. Důvod amputace, druh zákroku a doba od operace, měli jen malý vliv na spokojenost pacienta se zaměstnáním. Sinha et al. (2011) prokázali, že amputace má významný dopad na zaměstnanost, což potvrzuje i skutečnost, že 82 % amputovaných přišlo o předchozí zaměstnání. Tito autoři použili dotazník SF-36 (Dotazník kvality života Short Form – 36) k analýze faktorů určujících kvalitu života pacientů po amputaci dolní končetiny. Studovali determinanty ovlivňující fyzickou a duševní stránku kvality života. Používání protézy a souběžný výskyt dalších nemocí významně ovlivňuje fyzickou výkonnost. Typ zaměstnání spolu s dalšími chorobami tvoří hlavní složky duševního zdraví. Fantomová bolest má výrazně horší vliv na tělesný aspekt, zatímco souběžná onemocnění mají nepříznivý vliv na fyzickou a duševní výkonnost pacientů.

Studie Muraczyńského & Cieslaka (2003) dokazují, že bez ohledu na typ a úroveň amputace, jakož i dobu od zákroku, zůstává sociální aktivita pacientů na průměrné úrovni. Mohammed & Shebl (2014) uvádějí, že amputace dolní končetiny narušuje fyzické i duševní zdraví. Výzkumníci pozorovali, že kvalitu života výrazně ovlivňuje věk, pohlaví, místo amputace a rodinný stav, zatímco úroveň vzdělání, druh práce a podmínky bydlení nemají vliv na kvalitu života pacientů po amputaci. Adegoke et al. (2012) mají jiný názor.

Tvrdí, že úroveň amputace, doba od zákroku a věk pacienta nemají vliv na obecnou kvalitu života. Studie však ukazují, jak důležité je pro pacienty po amputaci používat protézu z hlediska kvality života.

Hawkins et al. (2016) došli ve svém výzkumu k závěru, že amputace dolní končetiny vede k vážným životním změnám. Autoři zkoumali vliv sociální integrace na život pacientů, kteří podstoupili amputaci. Lidé, kteří jsou méně integrovaní do společnosti, se s omezeným pohybem vyrovnávají méně efektivně. Ve skupině lidí, kteří jsou dobře sociálně integrovaní, se pohybovalo rychlou chůzí přes 70 % informantů a pouze 10 % nechodilo vůbec. Sociální síť ovlivňuje kvalitu života. Čím pevnější pouto se společností, tím vyšší kvalita života.

Jak uvádí Bragaru et al. (2001), sportování má také významný vliv na fungování pacientů po amputaci. Tělesná aktivita má pozitivní vliv na mobilitu pacientů, stejně jako na duševní a sociální fungování. Autoři uvádějí, že lidé po amputaci často nevědí o možnosti využití různých sportovišť, přístrojů a sportovních zařízení. Proto by měli být poučeni o rehabilitaci a fyzické aktivitě po amputaci. Měli by být povzbuzováni k aktivnímu životnímu stylu, ke zvyšování svojí kondice i sebevědomí.

Souhrnně řečeno, amputace dolních končetin je invazivní operace, která trvale mění životy pacientů. Proto je důležité poskytovat pacientům po amputaci komplexní péči. Vhodná léčba a rehabilitace mohou zlepšit kvalitu života pacientů a umožnit jim návrat do každodenního života ve společnosti. Analýza vlivu konkrétních faktorů na kvalitu života u lidí po amputaci dolních končetin může přispět ke zlepšení a zavedení nových paradigmat týkajících se péče poskytované amputovaným osobám (Grzebień et al., 2017).

II. Výzkumná část

V této kapitole uvedu jednotlivé části výzkumného šetření. Nejprve popíši cíle výzkumu a výzkumné otázky, výzkumný soubor a etiku výzkumu. Dále uvedu zvolenou výzkumnou metodu a následně výsledky, ze kterých vyvodím závěr výzkumného šetření.

5 Cíle výzkumu a hlavní výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného šetření ve zvoleném tématu diplomové práce je zjistit, jaké psychické problémy vyvstaly v souvislosti s neočekávanou a traumatickou událostí s následkem amputace dolní končetiny. Pomocí individuálních hloubkových rozhovorů s polostrukturovanými otázkami, se vytvořil záznam a získaná data se zpracovala pomocí tematické analýzy.

Níže uvádím výzkumné otázky, na které byli informanti dotazováni:

- 1) **Jak Vám bylo po operaci, jak jste to prožíval/la?**
- 2) **Prožíval/la jste úzkost nebo smutek v souvislosti s amputací, případně jiné emoce?**
- 3) **Co se změnilo na vnímání sebe sama?**
- 4) **Změnilo se po amputaci trávení volného času?**
- 5) **Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa, psychiatra nebo případně psychoterapie?**

5.1 Metoda

Pro výzkumné šetření byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Dle Hendla (2005) je v kvalitativním výzkumu v první řadě zvoleno téma výzkumu a výzkumných otázek. Výhodou kvalitativního šetření je možnost upravovat a doplňovat výzkumné otázky. Následuje sběr dat a jejich analýza, podle získaných informací odpovídáme na výzkumné otázky. Výzkumník sbírá data v terénu a průběžně je přehodnocuje. V této fázi výzkumu následuje vyhodnocení. Výhodou kvalitativního výzkumu je možnost zkoumat problematiku více do hloubky a získat tak lepší porozumění. Nevýhodou může být časová náročnost výzkumu, zkrácení dat výzkumníkem nebo nemožnost získané výsledky

zobecnit. V rámci analýzy dat uvádím jednotlivé části rozhovoru, které dokládají moje závěry vyplývající z rozhovorů.

Ke sběru dat v tomto výzkumu byla použita technika individuálního hloubkového rozhovoru s polostrukturovanými otázkami (viz příloha č. II). Pro kvalitativní výzkum jsou obvykle využívány tři různé typy dat (z rozhovoru, z pozorování a z dokumentů). Podle Švaříčka a kol. (2014) hloubkový rozhovor umožňuje vést nestandardizované dotazování pomocí otevřených otázek, a to za účasti jednoho účastníka a jednoho tazatele.

Pro tuto práci jsem zvolila polostrukturovaný typ hloubkového rozhovoru, neboť jsem chtěla využít možnost položení otevřených otázek pro získání detailnějších informací a zároveň směřovat rozvinutí myšlenek informanta na dané téma.

Během rozhovoru s informanty byly položeny i doplňující otázky, které měly za úkol umožnit informantovi hlubší zamyšlení nad tématem a tazateli poskytnout bližší porozumění. Rozhovory se uskutečnily prostřednictvím telefonního hovoru. Požadavky na prostředí rozhovoru byly předem konzultovány a jejich zajištění bylo na samotném informantovi.

V průběhu rozhovoru jsem se často dotazovala na detaily informací, abych porozuměla kontextu sdělovaného. Své dotazy jsem zaměřovala k emočnímu prožívání a vnímání situací, jak je tehdy prožívali informanti. V závěru rozhovoru jsem vždy nabídla možnost položit doplňující otázku k našemu rozhovoru nebo jinému tématu.

Délka rozhovorů se pohybovala od necelé hodiny po hodinu a dvacet dva minut. Celkový čas všech zaznamenaných hovorů byl 322 minut a 54 sekund, podrobné údaje uvádím v tabulce č. 1.

Tabulka č.1

údaje o rozhovorech

Informanti*	Termín rozhovoru	Délka rozhovoru (min)
Erika	26.07.2022	0:57:11
Pavel	06.07.2022	1:09:43
Martin	15.07.2022	1:22:42
Karel	13.07.2022	0:53:20
Ondřej	12.07.2022	0:59:58

- Uvedená jména jsou smyšlená (z důvodu ochrany osobních údajů)

Zdroj: autorka práce, 2022

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo 5 informantů, jedna žena a čtyři muži. Věk dotazovaných nehraje roli, proto ho zde neuvádím. Výběr informantů byl záměrný, podle předem připravených kritérií. Výběr informantů probíhal skrze sociální síť, kdy byl osloven správce skupiny a následně s jeho svolením byli osloveni informanti.

Všechny rozhovory se uskutečnily telefonicky. Výzkumnému rozhovoru předcházelo seznámení informantů s tématem diplomové práce, výzkumnými otázkami a byli požádáni o spolupráci. U jednotlivých informantů bylo důležitým kritériem, aby se jednalo o traumatickou amputaci dolní končetiny. Druhým kritériem byla ochota podstoupit individuální hloubkový rozhovor. Při získávání dat jsem postupovala podle jednotlivých fází tematické analýzy. Bylo realizováno celkem 5 rozhovorů, jednotlivé rozhovory byly přepsány a několikrát přečteny s časovou prodlevou několika dní.

Následovaly poznámky, které jsem zaznamenala přímo do textu. V další fázi jsem vytvořila kódy, které jsem uspořádala do seznamu podle společných znaků. Ze vzniklých skupin kódů jsem definovala témata a následně subtémata, která uvádím v tabulce č. 2.

Následovalo hledání společných rysů a znaků jednotlivých témat a jejich propojení. Toto jsem realizovala u všech rozhovorů. Následovalo opětovné pročitání textů s rozhovory a kontrolování témat. Nakonec jsem definovala 10 hlavních témat a s nimi spojená subtémata, která se navzájem doplňovala i propojovala. Zvolená témata prokazují úryvky z výzkumných souborů a dat.

Tabulka č. 2

Témata a subtémata rozhovorů zkoumaného vzorku

Téma	Subtéma
Prožívání po probuzení	
Zhoršení psychické pohody	Psychický šok před amputací Vnímání stresu po amputaci
Psychická pomoc	Pozitivní myšlení Negativní myšlení
Výskyt fantomových pocitů a bolestí	
Sebedůvěra a sebeobraz	
Smíření se se situací	Události před amputací Události po amputaci
Zařazení do běžného života	
Ztráta nebo změna zaměstnání	
Omezení v každodenních aktivitách	
Reakce okolí	

Zdroj: Autorka práce, 2022

5.3 Etika výzkumu

Informanti byli předem seznámeni s tématem diplomové práce a byli informováni o pořízení audionahrávky z našeho rozhovoru. Mimo pořízení této nahrávky nebyli rozhovory nijak zaznamenány. Získané údaje byly upraveny tak, aby nebylo možné identifikovat jednotlivé účastníky výzkumu. Informanti byli požádáni o informovaný souhlas (viz. Příloha č. I) se zpracováním dat v rámci mé diplomové práce. Výzkumný rozhovor následoval po krátkém neformálním rozhovoru a seznámení se, poté bylo přistoupeno k samotnému rozhovoru.

5.4 Metoda analýzy dat

K analýze sebraných dat jsem se rozhodla použít tematickou analýzu. Tematická analýza je vhodná metoda k interpretaci dat kvalitativního výzkumu. Využití tematické analýzy je vhodné ve chvíli, kdy výzkumník definuje téma výzkumného souboru. Braun & Clarke (2006) uvádějí šest fází tematické analýzy: první fází je seznámení se s údaji, zaznamenání získaných dat, následované opakovaným čtením tvořením poznámek. V druhé fázi se generují kódy podle společných znaků a jejich porovnávání. Třetí fází je

hledání témat a čtvrtá fáze je kontrolou daných témat, ověření jejich kódování spolu s daty. V páté fázi dochází k pojmenování výsledných témat, tvoří se výsledné definice a názvy témat. V poslední, šesté fázi, se vytváří zpráva, kterou tvoří výsledná data a analýza.

Tematickou analýzu jsem zvolila na základě možnosti detailního zpracování tématu do hloubky. Tato analýza je časově náročná, ale poskytuje zásadní souhrn dat a je flexibilní. Metoda vyžaduje, aby výzkumník byl otevřený změnám, které se mohou objevit v průběhu zpracování dat. Případné změny by měl být výzkumník schopný reflektovat a zpracovat v novém náhledu do výsledné zprávy (analýzy).

6 Analýza výsledků výzkumného šetření

V následující kapitole uvádím analýzu a interpretaci získaných témat. Podkladem jsou rozhovory s informanty, které zde uvádím formou přímé citace. Z důvodu zachování přehlednosti označuji citace vždy iniciálou smyšleného křestního jména informantů a číselným kódem.

6.1 Téma č.1: Prožívání po probuzení

Bezprostřední prožívání po traumatické amputaci je spojeno s mnoha emocemi, na které jsem se dotazovala jednou z výzkumných otázek. Předtím, než zde popíšu samotné reakce, které se mi podařilo zachytit v rozhovorech s informanty, zkusím nastínit situaci a okolnosti, za kterých k samotné amputaci došlo. Jak vyplývá z názvu mé diplomové práce, tomuto operačnímu výkonu předcházelo **trauma**, tedy úraz a amputace byla provedena na základě selhání všech pokusů o záchranu končetiny. U některých informantů byla amputace provedena ihned po úraze, v ostatních případech předcházelo několik dní léčby. Tuto dobu všichni informanti vnímali jako velmi náročnou, často **bolestivou** etapu svého života, která byla provázena i psychickým **utrpením**.

Informanti popisují svým subjektivním pohledem momenty, které prožívali v nelehké situaci, vystaveni **stresu** a rozhodnutí, které museli učinit. Prožívání po probuzení nejčastěji doprovázely pocity bezmoci, vzteku, obavy i úlevy.

K: „(...) *nesměl jsem se pohnout, no, tak jsem se normálně rozplakal...*“ (Karel, s. 19, ř. 61) „(...) *už bych to teda znova zažít nechtěl...*“ (Karel, s.19, ř. 64) „(...) *psycholožka...říká, Vy to zvládnete, to není problém. No. Ale ono sakra je to problém, že nikdy jsem opravdu nevěřil, že ta hlava dokáže takový problém.*“ (Karel, s. 20, ř. 80-82)

K: „(...) *ta strašná nuda bezmoc... nikde nikdo, hrůza, děs.*“ (Karel, s. 27, ř. 379)

Martin se snažil čelit obtížím po svém. Cítil potřebu se z nepříjemné situace vymluvit. Po psychické stránce se necítil vůbec dobře, zahltil ho vztek, že nakonec o nohu přišel, i když už tolikrát trpěl při její léčbě.

M: „(...) *jsem odmítal veškerý léky na hlavu nebo...uklidňovací věci na kebuli. Řešil jsem to že jsem měl dlouhý telefonáty...rodina a kamarádi prostě trpěli a statečně trpěli...*“ (Martin, s. 32, ř. 134-136) „(...) *na samotnou amputaci když už to přišlo a probudil jsem se bez nohy, byl připravený, protože už jsem před ní na ní...šel několikrát,*

akorát jsem se vždycky probudil s nohou...“ (Martin, s. 33, ř. 163-165) *„(...) v danou chvíli...šťvalo mě to jako nadlidsky jo, prostě maximálně.“* (Martin, s. 34, ř. 204-205)

Ondřej samotnou amputaci snášel docela dobře, špatná nálada souvisela s hospitalizací, tedy pocitem osamění, nemožnosti se hýbat a bolestí.

O: *„(...) jediný psychický trauma jsem z toho měl, že jsem se bál, že pudu na záchod a upadnu...“* (Ondřej, s. 51, ř. 98-99) *„A jako hrozný to bylo těch devět dní nebo deset dní, co jsem tam v tý velký nemocnici ležel...“* (Ondřej, s. 51, ř. 87-88)

Pavel po úraze na motorce se svojí ženou o amputaci nevěděl, s novou informací přišli vystrašení rodiče.

P: *„Pak tam byli rodiče a říkali mi teda, že jsem přišel o nohu. Tak ze začátku jsem, ale to bylo pár vteřin, jako mně to bylo líto, ale...vlastně jsem hrozně rád, že jsem to vůbec probudil, že jsme to přežili, nebo že jsem to přežil.“* (Pavel, s. 62, ř. 86-88)

6.2 Téma č. 2: Zhoršení psychické pohody

Změny psychické pohody tvořily velkou část v diskutovaném tématu v rozhovorech s informanty. Nastalé **psychické problémy** se projevovaly v průběhu hospitalizace i v pozdější době a některé přetrvávají v různé formě psychických potíží. Téma velmi úzce souvisí i prožíváním po probuzení a prolíná se i skrze jednotlivé rozhovory. Protože se jedná o velmi obsáhlé a obecné téma, které zároveň tvoří hlavní část zaměření mého výzkumu, rozdělila jsem jej na dvě subtémata: psychický šok před amputací a vnímání stresu po amputaci.

Informanti Erika, Karel, Martin, Ondřej a Pavel popisují velmi silné emoce, jako strach, smutek, utrpení, bolest, **zoufalství**, **apatie**, znechucení a **úzkost**. Zdá se, že amputace jim zasáhla do života takovým způsobem, že způsobila stresovou reakci doprovázenou silnými emocemi, otrásla jejich životními hodnotami a změnila dosavadní kvalitu a způsob života. V subtématu **psychický šok** před amputací uváděli informanti významné psychické prožitky, které se vymykaly běžné kontrole, jejich chování popisují jako neobvyklé.

E: *„Takže ve chvíli, kdy mi řekli, že 5 %, tak já už jsem byla ...rozhodnutá, že si tu nohu nechám uřezat, že prostě tohle trpět nebudu, protože ty bolesti byly opravdu strašné.“* (Erika, s. 6, ř. 85-87) *„(...) bolelo to a jednou jedinkrát prostě se rozbřečela...“* (Erika, s.8, ř 176) *„Já jsem nechtěla brečet, ale...naprosto nekontrolovatelně jsem brečela.“* (Erika, s.8, ř 180) *„(...) takový záchvat jsem měla asi dvakrát v životě.“* (Erika,

s. 8, ř. 188-189) „(...) vlastně mi řekli, že nejjednodušší opravdu bude, když mi tu nohu uřežou, čekali, že budou hysterická...“ (Erika, s. 5, ř. 68-69) „No já jsem asi hodně, já jsem asi víc pragmatická, než předpokládali.“ (Erika, s. 6, ř. 83)

Karel se musel vypořádat mezi svým očekáváním a skutečností. Po amputaci byl hodně zklamaný. Nedokázal se smířit s tím, že mu slíbili záchranu nohy, ale nakonec to dopadlo jinak. Operace se nepovedla dobře a nastaly komplikace s hojením, spojené s bolestmi a později i problémy s protézou.

K: „(...) já jsem s tím byl opravdu smířenej, jenomže potom, jak oni mi dali naději, že mě tu nohu zachrání...tak říkám, já podstoupím všechno, no kdybych věděl, co podstoupím, tak jsem si tu nohu uřezal doma na cirkuli sám.“ (Karel, s. 27, ř. 394-396)

Martin si na momenty těsně po amputaci prý nepamatuje přesně. Jeho žena mu musela popsat, jak to vlastně bylo. On sám popisuje v rozhovoru stav apatie, i když ho tak nepojmenovává. Zhoršení nálady ale dokáže u sebe velmi dobře poznat. V nemocnici mu bylo zle.

M: „Byl jsem trochu vypnutej, že jsem koukal skrz lidi do zdi...“ (Martin, s. 32, ř. 128-129) „Přemejšlel jsem nad tím, abych co nejdřív byl na těch nohou zase.“ (Martin, s. 39, ř. 435)

Ondřej prožíval úzkost, přestože mu hlava říká, že je to vyřešené, jeho pocity mu nedají spát.

O: „Bylo to těžký rozhodnutí. Přemejšlel jsem o tom hodně dlouho, jako nespál jsem celou noc...“ (Ondřej, s. 51, ř. 83-84) „(...) jednou jsem se takhle rozhodl a tím to pro mě skončilo...“ (Ondřej, s. 51, ř. 95)

Další vývoj událostí po amputaci měl vliv na aktuální prožívání a změny nálady. Subtéma vnímání stresu po amputaci zachycuje období jednotlivých dní po výkonu i delší časový úsek v řádu týdnů a měsíců. V tématu je patrná změna v psychické pohodě v návaznosti na negativní dopad amputace tak, jak jí popisují informanti.

E: „Všechno jsem měla jenom po telefonu...bylo to pro mě docela takové jako stresující...“ (Erika, s. 7, ř. 124-125) „Nejhůř mi bylo loni.“ (Erika, s. 13, ř. 396) „(...) já jsem od 1. června měla ukončenou pracovní neschopnost a mě se ta noha 30. května v neděli k večeru otevřela.“ (Erika, s. 13, ř. 401-402) „To pro mě bylo absolutně nej jako nejvíce stresující.“ (Erika, s. 14, ř. 404) „Bála jsem se, že mi do toho budou muset znovu řezat...“ (Erika, s. 15, ř. 454)

Erika prožívala úzkost z komplikací a jejich případným řešením. Představa návratu do nemocnice jí děsila. Karel měl podobné obavy. O smíření se v jeho případě

nedá hovořit. Je úzkostný a má depresivní nálady. Potýká se i bolestmi, které ho omezují v jeho životě.

K: „(...) nikdy jsem nevěřil...že psychika dokáže člověka tak strašně zlomit.“ (Karel, s. 19, ř. 58-59) „(...) mám strach z toho, že začne zase všechno od začátku...“ (Karel, s. 20, ř. 90) „(...) i když se snažím něco dělat, tak furt vzadu v té hlavě ta černá myšlenka tam prostě je.“ (Karel, s. 20, ř. 115)

M: „To se člověk jako bál, jak hodně to bude to bolet, protože jsem nevěděl, jak to bude bolet.“ (Martin, s. 34, ř. 228) „(...) apatie jakoby v tom slova smyslu, co bude.“ (Martin, s. 40, ř. 485)

Ondřej stále bojuje s nepříjemnými myšlenkami. Trpí nespavostí. Do jaké míry je příčinou jeho nespavosti bolest nebo psychika, je obtížné posoudit. Pravděpodobně se jedná o kombinaci obojího. Z rozhovoru vyplynulo, že k sobě bývá přísný a dokáže potlačit své emocionální prožívání.

O: „(...) já jsem v podstatě kvůli té bolesti nemohl spát...“ (Ondřej, s. 56, ř. 301) „Bral jsem si na spaní.“ (Ondřej, s. 56, ř. 305)

Podobně jako Karel, bojuje o záchranu části nohy i Pavel. Ztrátu naděje na záchranu kolene nese těžce. Rozdíl ve výšce amputace má obrovský dopad na Pavlovu psychiku. V krátký čas se musí vyrovnat s mnoha změnami.

P: „Blbej byl třináctej den...celou dobu jsem bojoval o záchranu kolene a celou dobu mi jako říkali...že prostě se to bude hojit...že...ta šance tam je obrovská...Pak najednou byla velká vizita. Oni mi to rozdělali, podívali se, něco si řekli a odešli. Dvě hodiny na to jsem šel na sál a řezali mi koleno.“ (Pavel, s. 62, ř. 93-97) „To byl asi úplně nejtěžší den pro mě jo, když jsem přišel o koleno...“ (Pavel, s. 62, ř. 105)

6.3 Téma č. 3: Psychická pomoc

Jedna z výzkumných otázek směřovala k dostupnosti psychologické pomoci. Traumatická amputace je velmi **náročná životní situace**, která si vyžaduje pozornost odborníků. V teoretické části uvádím několik výzkumů, které prokazují vliv amputace na psychiku jedince v negativním smyslu. Ačkoliv se jedná o známý fakt, nebyla psychologická pomoc nabídnuta všem informantům. Někteří měli možnost konzultace s psychologem nebo psychiatrem během hospitalizace, někteří jedinci nabízenou pomoc odmítli. V některých případech vyhledali pomoc odborníků později. Téma psychické pomoci jsem rozdělila do dvou subtémat: pozitivní myšlení a negativní myšlení. To, jak

se každý dokázal vypořádat s traumatickou amputací do značné míry souviselo i s jeho povahou a dosavadním životním stylem.

V subtématu pozitivní myšlení informanti uvádějí své pozitivní strategie, jak se jim dařilo překonávat nelehkou situaci. Významný pro některé byl kontakt s jejich okolím, projevy zájmu a podpory. Často směřovali své myšlenky k budoucnosti.

E: „(...) *ani chvílku jsem si nepřipouštěla, že to nezvládnou.*“ (Erika, s. 7, ř. 153-154) „*Neměla jsem...sebevražedné sklony nebo prostě vůbec myšlenky, ne!*“ (Erika, s. 7, ř. 156)

K: „(...) *začínáme nový život, no tak třeba se to zlepší už, no všechno, že to třeba bude fajn.*“ (Karel, s. 21, ř. 152-153) „(...) *když se z toho člověk vymluví, byť krátce nebo dlouze, tak je to je to velká pomoc.*“ (Karel, s. 24, ř. 270-271)

Z rozhovorů vyplynulo, že vlastní strategie a postoje k situaci pomáhali s vyrovnáváním se s náročnou životní situací. Naopak negativní myšlenky a pocity zhoršovaly celkové prožívání i fyzický stav.

M: „*A máte samozřejmě lidi okolo sebe, že jo, je to hrozně důležitý jako rodina a přátelé...*“ (Martin, s. 31, ř. 109-110) „(...) *doktoři a sestry...za mnou pak chodili...co hodinu tam se mnou třeba prostě jsme povídali si.*“ (Martin, s. 32, ř. 142-143) „(...) *tímhle tím prostě si rovnám tu psychiku.*“ (Martin, s. 32, ř. 145) „(...) *nezlomilo mě to jo, aspoň si to teda myslím.*“ (Martin, s. 34, ř. 211)

P: „*Vždycky u mě funguje na to koukat dopředu a mít na co se těšit...*“ (Pavel, s. 62, ř. 110) „*Jakože já jsem jakoby furt samej vtípek a vysmátej víceméně. Já jsem to opravdu bral docela pozitivně, že hlavně, že žijem.*“ (Pavel, s. 63, ř. 149-151) „(...) *prvním krokem je si to přiznat, že to potřebuješ.*“ (Pavel, s. 68, ř. 334)

Informanti Karel a Pavel prožívali strach a depresivní nálady. Projevili touhu překonat své potíže, ale nedařilo se jim zvládnout psychické obtíže sami. Pavel nakonec vyhledal odbornou pomoc. Erika zažívala nejtěžší chvíle během pobytu v nemocnici. Pocity osamění a izolace od svých blízkých přirovnávala ke křečkovi v kleci, kterého přijde někdo jen nakrmit a nevěnuje mu žádnou pozornost a péči. Níže, v subtématu negativní myšlení popisují své trápení:

E: „(...) *já jsem si říkala, že...si připadám...jak...když si koupíte křečka...protože...jsem byla sama na tom pokoji.*“ (Erika, s. 14, ř. 425-426) „*A jenom jsem vykukovala z okna. Hrozný.*“ (Erika, s. 14, ř. 435-436)

K: „(...) *snažím se prostě s tím bojovat.*“ (Karel, s. 19, ř. 51) „(...) *můžu vám říct, že už mám strach.*“ (Karel, s. 19, ř. 57)

P: „*Takovej ten depresivní měsíc, kdy prostě venku je hnusně a mě zrovna vůbec nešlo chodit, že mě něco začínalo bolet (...) A já jsem se neměl na co těšit...*“ (Pavel, s. 67, ř. 309-311) „*A tím pádem všechny moje takový ty cíle, to jsem si vytyčil, tak se najednou rozplývají, už nebyli úplně dosažitelný pro mě.*“ (Pavel, s. 67, ř. 317-318) „*A to jsem opravdu jako si říkal, že asi potřebuju si s někým aspoň popovídat, jako s někým profesionálním (...) anebo teda potřebuju nějaký antidepressiva nebo co mi oni jen řeknou ať dělám, abych to změnil nebo nějak provedou s tím.*“ (Pavel, s. 67, ř. 320-322)

6.4 Téma č. 4: Výskyt fantomových pocitů a bolestí

Výskyt fantomových pocitů nebo bolestí provází amputace velmi často. Tato problematika byla mnohokrát zkoumána a jsou evidovány rozsáhle studie na tuto problematiku. Jedná se o vedlejší efekt amputace, který má zásadní vliv na prožívání jedince. Fantomové bolesti jsou jedním z hlavních faktorů, které výrazně omezují mobilitu pacienta a snižují celkovou kvalitu života lidí s amputací. Fantomové pocity nebo bolesti popisovali téměř všichni informanti v různé míře. Tento fenomén ale někteří z nich neshledali jako zásadní, nebo v takové míře, aby je výrazně omezoval.

Martin překvapivě uvádí nebolestivé fantomové pocity spojené s pocity lechtání. Prožívání bolesti jako takové se objevovalo v rozhovorech nesčetněkrát, a proto dávám tomuto tématu prostor v jiných oddílech, zaměřených na vliv bolesti jako omezujícího faktoru psychické i fyzické stránky člověka.

E: „*No mám fantomové bolesti, ty mám pořád.*“ (Erika, s. 12, ř. 349)

K: „*(...)můj pohyb je takové, že si nasadím protézu a co krok to bolí, to furt to furt to bolí...*“ (Karel, s. 19, ř. 65-66)

M: „*(...)já mám spíš jenom pocity, dá se říct, v dobrým slova smyslu, úsměvný pocity.*“ (Martin, s. 38, ř. 386-387)

6.5 Téma č. 5: Sebedůvěra a sebeobraz

Za velmi významné téma považuji sebedůvěru a změnu ve vnímání sebe sama, které se objevovalo v rozhovorech u všech informantů. Téma proměny vzhledu a vyrovnávání se vlastním sebeobrazem byla jednou z výzkumných otázek. Se vzhledem úzce souvisí naše sebevědomí či sebedůvěra. Z rozhovorů vyplynulo, že amputace výrazně ovlivnila fyzický vzhled jedince a otevřela i problematiku reakcí okolí. Ztráta končetiny je viditelné zranění, které se obtížněji schová. Téma sebedůvěry se dotýká

vnitřního prožívání a vyrovnávání se s novým vzhledem. Někteří informanti uvádějí snížení sebedůvěry, pocity studu, ztrátu motivace v činnostech nebo nepříjemné pocity z nadměrné pozornosti, kterou protéza (náhrada končetiny) přitahuje. Někteří informanti se s novou situací vyrovnávají lépe. Svůj sebeobraz přijali díky protéze, kterou neskrývají před okolím a s humorem čelí zvědavým dotazům. Dalším významným aspektem ve změně vzhledu byla velká ztráta hmotnosti v několika dnech až týdnech od amputace. Na ztrátu váhy měl vliv psychický stres a jeho důsledku nechutenství.

E: „(...)dnešek je další den, kde jsem překonala samu sebe.“ (Erika, s. 10, ř. 263-264) „Blbý, no blbý...víte co, tak jsem normální marnivá ženská, že jo.“ (Erika, s. 10, ř. 275) „Já si...myslím...o sobě, že jsem docela houževnatá...“ (Erika, s. 7, ř. 156) „(...) noha to není. Je to prostě pomůcka. Aspoň z mého pohledu, takže nenechala jsem si udělat...aby to vypadalo jako noha. Je to normálně Robokop, ale myslím si, že dobrý.“ (Erika, s. 11, ř. 289-291)

K: „A říkám, abych byl někde nepříjemný, že budu otravovat, abysme jeli domů nebo něco takovýho, to radši zůstanu doma.“ (Karel, s. 22, ř. 168-170)

Karel se stále více cítí nejistý, když má někam jít mimo domov. Připadá mu, že ho všichni sledují a on o pozornost nestojí.

K: „(...) v hlavě ten červíček vrtá – středobod pozorností je tady, celého obchodu.“ (Karel, s. 23, ř. 203) „(...) to je to opravdu zásah do soukromí.“ (Karel, s. 23, ř. 205-206) „To jsem shodil deset kilo za tu dobu. To perfektní dieta jako takový stresy.“ (Karel, s. 23, ř. 228-229) „(...) doma o tym nechcu mluvit, pretože nechcu ženu zatěžovat.“ (Karel, s. 24, ř. 268)

Martin čerpá sílu z dobré zkušenosti. Změnil práci a našel se v ní, může pomáhat druhým. Díky jeho zkušenosti má k dalším pacientům po amputaci blíž.

M: „(...) jsem si tím prošel, asi jsem to zvládnul.“ (Martin, s. 37, ř. 327) „(...) člověk jako má dobrej pocit, že když s tím člověkem hne...“ (Martin, s. 37, ř. 334-335) „No asi za ty měsíce jo, třináct kilo nebo čtrnáct.“ (Martin, s. 40, ř. 450) „(...) bylo to daný...samozřejmě tím asi co bylo. A druhá věc, i tou náladou...rozpoložením, obojí hraje roli.“ (Martin, s. 40, ř. 474-475) „(...) dneska jako chodím v kraťasech, že to prostě dávám všem na obdiv.“ (Martin, s. 45, ř. 677)

Ondřej se cítí být pod tlakem okolností, je odhodlaný to nevdát. Nepřipouští si selhání, je zvyklý se o vše starat sám, s rodinou není v kontaktu a spoléhá na své přátele,

když je v nouzi. Říkat si o pomoc mu ale činí potíže. Chce být soběstačný. Amputace mu situaci ztěžuje.

O: „*Nebudu sedět v koutě prostě a brečet, že to nejde, když to nezkusím.*“ (Ondřej, s. 55, ř. 248-249) „*Jo, a zhubnul jsem já nevím. Nějakých deset kilo.*“ (Ondřej, s. 56., ř. 302) „*Asi za měsíc a půl.*“ (Ondřej, s. 56, ř. 303)

P: „*Já se nestydím za tu nohu a tak, to vůbec ne, to já chodím v kraťasech, ukazuju jí.*“ (Pavel, s. 72, ř. 515-516) „*(...) pro mě je hodně důležitý, abych chodil vlastně jako zdravěj člověk, abych nepajdal.*“ (Pavel, s. 72, ř. 517-518) „*(...) jsem třeba nervózní...když jsem někde zakopil, nebo že se mi nepodařilo nějaký krok a vím, že mě někdo viděl. (...) no jsem takovej k sobě kritickej.*“

Pavlovi se nedaří získat svoji sebedůvěru, kterou měl před amputací. Je introvert, sportovec a pohyb byl pro něj velmi důležitý. Jeho láskou je běhání. Nerad bývá středem pozornosti. Trápí ho omezení, které sebou protéza končetiny přináší.

Z toho mám třeba občas takovej úzkost.“ (Pavel, s. 72, ř. 523-527) „*Někdy to zvládám, ale většinu času nechci být středem pozornosti. Ta noha jí prostě strhává, takže dost často jakoby ty oči, který na mě jsou, tak najednou vím, že se na mě někdo kouká a já se pak musím extra snažit.*“ (Pavel, s. 73, ř. 534-536) „*(...) to nejsem já, protože vím, že bych to udělal normálně, že bych o tom nepřemejšlel, bych tam prostě vylezl, že bych to fyzicky zvládl a teďkon je to jenom kvůli tomu, že bych u toho mohl vypadat nemotorně nebo by někomu mohlo bejt líto, že tam lezu tak debilně...*“ (Pavel, s. 73, ř. 569-571)

6.6 Téma č. 6: Smíření se se situací

Vyrovnaní se se ztrátou končetiny je obtížným úkolem, kterému byli informanti vystaveni. Každý z nich má svůj osobitý způsob, jaký mu pomáhá. Je to proces, ve kterém hraje roli mnoho aspektů. Podle výpovědí informantů jsem téma smíření se se situací rozdělila na dvě období a stanovila subtémata: události před amputací a na události po amputaci. Proces smířování začal již před samotnou amputací, kdy se tato nová informace o blížícím se operačním výkonu objevila. Zdravotní i psychický stav těsně před amputací významně ovlivnil celý proces vyrovnávání se se ztrátou končetiny.

E: „*(...) já jsem měla už tu nohu zkaženou, to bylo strašné...*“ (Erika, s. 6, ř.98) „*(...) já jsem byla ráda, že jsem sama, protože to opravdu hrozně bolelo...*“ (Erika: s.6, ř. 111-112)

O: „(...) tak dobře, nebudu mít nohu, ale když tím to nekončí, život jde dál.“ (Ondřej, s. 52, ř. 136-137) „Říkal jsem, že největší trauma bylo pro mě to, že jsem se musel rozhodnout co dál.“ (Ondřej, s. 53, ř. 178) „Pokud si to ten člověk nesrovná v hlavě sám se sebou, tak je to konečná.“ (Ondřej, s. 55, ř. 245)

P: „(...) to je prostě chybějící noha, s tím se člověk musí naučit žít a psychicky i fyzicky se tím vyrovnat.“ (Pavel, s. 63, ř. 130-131)

Informanti Erika, Karel a Pavel nesou ztrátu končetiny velmi těžce. Erika jako jediná žena z výzkumného vzorku vnímá ztrátu končetiny jako zásah do svého dosavadního tělesného vzhledu i stylu oblékání. Karel se potýká s omezeními na více úrovních, nejvíce ho trápí nejistota a časté bolesti při pohybu.

E: „(...) mě jdou slzy do očí v obchodě s botama, kde jsou lodičky s vysokýma podpatkama, tak, že boty miluju...“ (Erika, s. 11, ř. 297-298)

K: „Ano, ta nejistota je největší katastrofa.“ (Karel, s.20, ř. 104) „Člověk si říká, že bych radši do toho do všeho praštil a vykašlal se na to.“ (Karel, s. 21, ř. 156-157)

P: „Ale prostě poslali mě domů, tak já jsem přišel domů a tam prázdněj byt. Žena ještě v nemocnici, a ještě tam byla teda dlouho. A já jsem vůbec nevěděl, co teď no.“ (Pavel, s. 63, ř. 133-134)

Pavel přiznává, že to sám nezvládá. Rozhodl se vyhledat odbornou pomoc. Se svými pocity se netají a přiznává, že měl deprese. Snažil se řešit své psychické potíže i s psychoterapeutem.

„Vždycky to nebylo jenom růžový, taky jsem třeba navštívil psychiatra i psychoterapeuta, byl jsem na antidepresivech.“ (Pavel, s. 67, ř. 307-308) „Určitě mě to pak taky dohnalo...občas se člověk snaží bejt pozitivní, ale občas zas je potřeba bejt trochu smutnej. Uvědomit si tu krutou realitu, že je to nevratný...noha se nevrátí ani nevyléčí, prostě už to tady bude napořád. Když si prostě jednou za čas uvědomím, i teď, tak...mám špatnou náladu, že prostě neprobudim se a nebude to najednou bez problémů. (...) něco jako taková horská dráha.“ (Pavel, s. 64, ř. 182-187)

Pavel se smíruje s tím, že už to není, jak byl zvyklý. Představa, že je to napořád ho děsí. Přemýšlí o budoucnosti a životě s protézou až bude starý. Projevuje obavy ze snižování své soběstačnosti a schopnosti být v pohybu.

P: „Jsem si vždycky shodil žabku a pak druhou a to se najednou nestalo a tehdy jsem si poprvé jako uvědomil, že mě tam vlastně ta noha chybí a nedoroste.“ (Pavel, s. 74, ř. 600-602) „Co bude za třicet let, až mě budou bolet ruce, budu starej, prostě tu

protézu nenasadím? Jednou za čas mám takovýhle myšlenky, a to už si myslím, že asi jako lítost tam je najednou, nad sebou.“ (Pavel, s. 74, ř. 610-612)

6.7 Téma č. 7: Zařazení do běžného života

Po každé operaci je na prvním místě rehabilitace za účelem rychlého návratu člověka k soběstačnosti. Po amputaci tomu není jinak. Informanti podstoupili i následnou rehabilitaci, která je motivovala a trénovala k používání protézy, aby bylo možné se co nejdříve zařadit do běžného života. Tento návrat je žádoucí i ze strany amputovaných. Informanti několikrát v rozhovorech uvedli, že je trápí sociální izolace, neschopnost o sebe pečovat a v neposlední řadě být užiteční. V ideálním případě je návrat k původním činnostem bez větších omezení to, co si nejvíce přejí.

E: *„(...) já jsem musela dodělat něco...do práce...dva dny potom, co mi tu nohu amputovali...jsem vlastně už s kolegyní byla na telefonu...“ (Erika: s.7, ř. 131-133) „(...) chci chodit do práce, chci prostě všechno, takže já nemám ani zkrácený úvazek.“ (Erika, s. 10, ř. 258-259)*

K: *„(...) člověk si uvědomí, že vlastně byl v kolektivu...mezi lidma, že já teďka já vlastně už třetí rok jsem zavřenej.“ (Karel, s. 19, s. 67-68) „Tak jsem si představoval, že...hodnota toho života bude jako plnohodnotná, jenomže je to na 50 %.“ (Karel, s.23, ř. 223-224)*

6.8 Téma č. 8: Ztráta nebo změna zaměstnání

S tématem návratu do běžného života úzce souvisí i schopnost výkonu zaměstnání. Pro informantku Eriku je práce velmi důležitou součástí její osobnosti. Kromě sociálního postavení jí přináší i pocit jistoty a uspokojení. Z rozhovoru později vyplynulo, že práce je pro ni natolik důležitá, že její ztrátu by vnímala jako ohrožení své osobnosti. V Martinově případě došlo k velmi zajímavému efektu. Před úrazem toužil po změně zaměstnání, které ho bavilo, ale také fyzicky vyčerpávalo. Shodou náhod, jak uvedl v rozhovoru, nyní pracuje v nemocnici a na dobrovolnické pozici jako peer konzultant pro pacienty po amputaci. Tato nová zkušenost mu pomáhá s vlastním vyrovnáním se s amputací díky pocitu užitečnosti.

E: *„To je pro mě velmi důležité.“ (Erika, s. 12, ř. 337) „(...) chci chodit do práce, chci prostě všechno, takže já nemám ani zkrácený úvazek.“ (Erika, s. 10, ř. 258-259)*

M: „(...) mě ta práce bavila...srcová záležitost...“ (Martin, s. 41, ř. 519) „A tohleto byl impuls, sice dost nešťastnej, ale...k nějaký změně došlo.“ (Martin, s. 41, ř. 321-322) „(...) jen tak ze srandy jsem řekl, vy byste mě mohli zaměstnat jako neodbornou psychologickou pomoc pro nové amputáře.“ (Martin, s. 35, ř. 270-271) „(...) když tam máme pacienty, já k nim chodím...když něco řeknu já jako amputář, tak ten pacient mi spíš uvěří než leckterýmu doktorovi, že jo, protože ten má obě nohy.“ (Martin, s. 32, ř. 146-148) „(...) dělám tam...oficiálně...se mu říká administrativní pracovník...“ (Martin, s. 35, ř. 219-280)

6.9 Téma č. 9: Omezení v každodenních aktivitách

Téma omezení v každodenních aktivitách bylo častým problémem, se kterým se informanti museli potýkat. Většina si stěžovala na nemožnost žít svůj život tak, jako dříve, pocíťovali zklamání, stud, větší závislost na svém okolí. Potřebu pomoci někteří vnímají jako obtěžování svého okolí a brání jim v zapojení se do společenských aktivit. Omezení v soběstačnosti přímo souvisí s protézou, která jim způsobuje bolest při delší chůzi. S nemožností se pohybovat podle potřeby, nastávají významná omezení ve sportování nebo věnování se koníčkům. V neposlední řadě vede i k omezení sociálních kontaktů. U informantů Karla a Pavla vede toto omezení pohybu k psychickým problémům a pocitům úzkosti. Erika se postavila ke svému problému čelem.

E: „(...) neuměla jsem si moc představit, jak budu fungovat...prostě kdybych zůstala jako ruku v háji, ted' nohu jsem neměla.“ (Erika, s.7, ř. 147-149) „S protézou prostě zvládám.“ (Erika, s. 9, ř. 237) „Já jsem nepotřebovala...vůbec...sestřičky...aby mi s čímkoliv pomáhaly.“ (Erika, s. 10, ř. 251-252)

Karel se potýká se vztekem, zlostí i lítostí dohromady. Situace se nevyvíjí dobře a vůbec ne podle jeho představ a přání. Začíná být zoufalý. Musel se vzdát i svého koníčku, kterému věnoval veškerý volný čas. Současně pocíťuje úzkost a stud, protože je závislý na pomoci své manželky. V rozhovoru vyjádřil, že by chtěl být pro ní více partnerem a oporou, ale nyní to zkrátka nejde.

K: „Budu běhat tady. Vytruboval jsem to všude do světa, pak mě nasadili protézu, zjistil jsem, že neběhám, zklamání. Slza na krajíčku, skřípění zubů...“ (Karel, s. 27, ř. 374-376) „Chov jsem musel zrušit. Protože nemůžu po nikým chtět, aby se mě ještě staral o ptáky...“ (Karel, s. 21, ř. 158-159) „(...) největší stres ještě mě způsobuje...že tej manželce vlastně bych nechtěl být na obtíž...“ (Karel, s. 19, ř. 67-68) „(...) koupání ve vaně. Jo.

Banální problém...protože nalezu, ale co vylízt? Vylízt je problém.“ (Karel, s. 22, ř. 189-190)

O: *„(...) co zvládnou sám, tak si o pomoc neřenu. Jediný co nezvládám, tak je doprava někam.*“ (Ondřej, s. 49, ř. 25) *„Teď je mi prostě jako trapný si o to říct, že mě musej pomáhat.*“ (Ondřej, s. 54, ř. 214-215)

Martin postupně přichází na to, jak překonat svůj strach. Odvahu mu dodává jeho okolí a zkušenost s ostatními lidmi po amputaci na rehabilitaci. Je motivovaný vše zvládnout. Pokus o chůzi bez berlí bere jako výzvu, kterou chce přijmout.

M: *„Pustit ty berle a prostě rozejít se...to nešlo...je to jenom tak, že záklopka je v hlavě jo...*“ (Martin, s. 31, ř. 86-88) *„(...) když to člověk vidí prostě jakože ostatní choděj, tak když budu upřímněj, tak samozřejmě lehká závist tam taky funguje...*“ (Martin, s. 31, ř. 100-101) *„(...) člověk musí cvičit...prostě fyzicky se na to připravit...*“ (Martin, s. 44, ř. 645)

P: *„Já jsem celej život aktivně běhal. Na to jsem se hodně upnul vlastně od nehody, těšil jsem se až vyběhnu. A je to tři roky a běhání hrozně bolí do prahýlu, hrozně. Z toho jsem fakt nešťastnej...*“ (Pavel, s. 65, ř. 226-228) *„(...) nedaří se mi najít žádnou náhradu, a to je vlastně to, co mě trápí...nechci se vzdát tý myšlenky, že nebudu běhat.*“ (Pavel, s. 65, ř. 230-231)

Pavla netrápí jen to, že nemůže běhat. Vyjadřuje i pocity lítosti hned, jakmile se někdo jen o běhání zmíní. Pavel má doma běhací pás, ale není to ono. Problém je v bolesti, kterou má při delší chůzi a téměř ihned, když běhá. Hledá způsoby, jak se k běhání vrátit, ale v pokusech selhává. Cítí se být frustrovaný.

P: *„V podstatě hned, jakmile se někdo začně bavit o běhání, no tak, tak to je to, že to mě posílá prakticky okamžitě. No, a to je vždycky, takže to mě pak mrzí no, že mě to bavilo. Bralo mě to o tom i povídat a teď se vlastně tomu vyhýbám.*“ (Pavel, s. 75, ř. 615-617)

6.10 Téma č. 10: Reakce okolí

Téma reakcí okolí vyplynulo z dotazování. Čtyři informanti z pěti uváděli různé situace, které jim zneprjemnili situaci, ve které se nacházeli nebo naopak se setkali s pochopením, podporou a nabídkou pomoci. Erika v rozhovoru uvedla, že její emoční prožívání i chování bylo mimo její kontrolu, chvílemi prožívala nastalou situaci velmi těžce. Karlovi naopak pomáhají návštěvy protetika, který mu poskytuje i psychickou

oporu. Pavel se musel vyrovnat nejen se ztrátou končetiny, ale i s rozchodem se svojí bývalou ženou. V rozhovoru uvedl, že jejich vztah neunesl psychickou zátěž okolností.

E: *„Nezajímalo je nic.“* (Erika, s. 9, ř. 208) *„(...) tohle jsem prostě nevydržela...zeptala se lékaře, jestli si opravdu myslí, že jsem závislá a on mi řekl, že ne, ...že na to nemám dát, co kdo říká, takže dobrý a pak už to šlo.“* (Erika, s. 8, ř. 198-200) *„Tvrдила jsem, že založím ligu na ochranu nekuřáku, protože to bylo moc.“* (Erika, s. 9, ř. 222) *„(...) můj šéf mi nabízel, že mi zařídí kancelář v přízemí, což jsem odmítla, mám krásnou kancelář ve třetím patře, sice bez výtahu, ale zase s nádherným výhledem...takže odmítám.“* (Erika, s. 9, ř. 232-234)

Karel se s jeho novým vzhledem nemůže smířit. Amputace u něj měla velký vliv na jeho sebehodnocení. Cítí se být nejistý a stresovaný z hodnocení lidí. Naznačil, že má pocity méněcennosti.

K: *„(...) problém jít v kraťasech...člověk si řekne, každé se na tebe bude dívat, budou hledět, že nemá nohu.“* (Karel, s. 22, ř. 199-200) *„(...) mě hodně pomáhá ten protetik.“* (Karel, s. 25, ř. 287) *„on mě za tu hodinu, co tam konzultujeme...tak mě vždycky nabije.“* (Karel, s. 25, ř. 292-293)

O: *„Takže byly srandičky, no to já mám rád. Já mám rád humor.“* (Ondřej, s. 53, ř. 165-166)

P: *„Jako tady úplně úžasně zafungovala rodina, že si upravili svoje programy a střídali se u mě, když jsem...aby u mě někdo byl, protože sice jsem dělal hrdinu, že už to jako nějak zvládnou, že teda dokážu i to kafe si uvařit...“* (Pavel, s. 63, ř. 143-145) *„Při nehodě jsme byli spolu. A ta nehoda nás víceméně rozdělila, ukončila ten náš vztah.“* (Pavel, s. 61, ř. 62) *„Jsme skvělá parta, rozrůstáme se. Mě to určitě pomáhá, sice jsem introvert, takže mě většinou tady ty setkání spíš vybíjejí, než nabíjejí, ale i tak je to strašně důležitý vědět, že ten člověk není sám, kdo má tyhle problémy, že se má koho zeptat a že dost pravděpodobně si tím už někdo taky prošel.“* (Pavel, s. 70, ř. 419-422)

6.11 Shrnutí výzkumného šetření

Cílem výzkumu této diplomové práce bylo zjistit, jaké psychické problémy vyvstaly v souvislosti s neočekávanou a traumatickou událostí s následkem amputace dolní končetiny. Zároveň jsem se zajímala o to, jakým způsobem se s těmito problémy vypořádali. Ze záznamu rozhovorů bylo stanoveno 10 témat a 6 subtémat, které popisují v předchozím oddíle. Mým záměrem bylo získat informace o změnách, které mají přímý vliv na duševní zdraví jedince. Je známo, že po ztrátě končetiny dochází ke změně kvality života jedince v důsledku omezení fyzického pohybu. Trauma, chronická bolest, stres, ohrožení životních cílů, změna tělesného obrazu, snížené sebevědomí nebo nezaměstnanost a sociální izolace jsou ohrožujícími faktory, kterým také mohou čelit lidé po amputaci končetiny.

V následující části je odpovězeno na výzkumné otázky na základě získaných dat.

1. Jak Vám bylo po operaci, jak jste to prožíval/la?

Okolnosti předcházející samotnou amputaci výrazně ovlivnili prožívání po operaci. Za nejvíce traumatizující a stresující považovali všichni informanti nejistotu. Bezprostředně po amputaci prožívali pocity bezmoci, lítosti, vzteku, ale i určitou úlevu v důsledku uvědomění si, že přežili samotný úraz. Z odpovědí na tuto otázku bylo patrné, že se jednalo o nejtěžší momenty jejich života provázené často silnými emocemi, jako byla apatie, pláč a již zmíněná bezmoc. Výraznými faktory, které provázely jejich prožívání byla bolest a změna v tělesném vzhledu.

2. Prožíval/la jste úzkost nebo smutek v souvislosti s amputací, případně jiné emoce?

Z mého výzkumu vyplývá, že pocity úzkosti byly časté. V rozhovorech se slovo úzkost téměř neobjevovalo, což přičítám neznalosti nebo možná obavě z pojmenování prožívané emoce. Nicméně podrobný popis toho, co informanti zažívali, nedává prostor pochybám o tom, že se jednalo o úzkost. Smutek a lítost byly naopak zmíněny častěji v souvislosti se ztrátou končetiny. Zajímavé je, že se stejnou četností se objevoval i vztek. Naštvaní mělo různé důvody. U jednoho z informantů se týkal situace, do které se dostal. Úraz, předcházející amputaci, se stal částečně z jeho přičinění. Jiný informant pocíťoval hněv na lékaře, kteří mu slibovali záchranu končetiny. Mezi další často zmiňované emoce patřili stres, utrpení, bolest, zoufalství, apatie nebo znechucení.

3. Co se změnilo na vnímání sebe sama?

Informanti se vyjádřili k tématu fyzického vzhledu velmi podrobným popisem svého prožívání nastalé změny. Je to téma, které je stále velmi trápí a ovlivňuje jejich sebevědomí. Fyzický vzhled a sebehodnocení úzce souvisí nejen s vlastním hodnocením, ale také s hodnocením a případnými reakcemi okolí. Razantní změna sebeobrazu v negativním smyslu sebou přináší snížení sebevědomí, což také ve většině případů zaznělo v rozhovorech. Jedním z účastníků výzkumu byla žena, u které jsem předpokládala, že bude udávat největší potíže se smířením se vzhledem. Můj předpoklad byl mylný, se svou náhradou končetiny je smířená a neskrývá ji. Naopak dva muži popsali, že pocítují stud a jsou nejistí až úzkostní z reakcí ostatních lidí. Nadměrná pozornost je v jejich případě nežádoucí. V neposlední řadě jeden z informantů popsal, že změna ve vnímání sebe sama ho ovlivňuje natolik, že mu brání v činnostech, o kterých by před amputací vůbec nepřemýšlel. Své prožívání popsal slovy, že se necítí být sám sebou.

4. Změnilo se po amputaci trávení volného času?

Informanti výzkumu nahlízejí na změnu v trávení volného času jako na problematickou. Jejich možnosti popsali jako omezené. Ztráta možnosti sportovat nebo provozovat své koníčky vyvolává další stres. Takové omezení brání nejen v dosavadním stylu života, ale i významně ovlivňuje kvalitu života v negativním slova smyslu. Většina si stěžovala na nemožnost žít svůj život tak, jako dříve, pocítovali zklamání, stud, větší závislost na svém okolí. Sportování nebo volnočasové aktivity jsou i prostředkem k sociálnímu kontaktu. I v tomto aspektu pocítují informanti značnou překážku. Většinu volného času tak tráví doma, v izolaci od svého okolí a přátel. Amputace měla i pozitivní přínos. Dva z informantů udávají zvýšenou motivaci nalézt nový způsob trávení volného času.

5. Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa, psychiatra nebo případně psychoterapie?

Jedna z výzkumných otázek směřovala k dostupnosti psychologické pomoci. Z rozhovoru vyplynulo, že psychologická pomoc byla převážně nabídnuta, ale v různý čas a různými odborníky. Informanti udávali kontakt s lékařem z Centra léčby bolesti, s psychologem i psychiatrem. Dva z informantů měli možnost psychoterapie. Jeden z informantů popsal své potíže s depresivními náladami a požádal o medikaci

(antidepresiva). Za důležité považuji zmínit fakt, že potřeba psychické pomoci v takto náročné životní situaci, může být vnímána s odstupem času jinak. Informanti udávali, že v momentě, kdy jim byla nabídnuta pomoc, ji odmítli jako nepotřebnou. Později tři informanti vyjádřili silnou potřebu sdílet s někým své starosti, mimo rodinu a přátele. Kontaktovat odborníka se již s odstupem času zdráhali.

Nejčastěji zmiňovanými problémy byly stres, úzkost a strach. Psychický stav před i po amputaci provázely změny nálad, pocity nejistoty, smutku a lítosti. Významný vliv na psychiku a celkové prožívání měla bolest.

7 Diskuse

Ve výzkumné části jsem se pomocí metody tematické analýzy pokusila zachytit všechna podstatná témata a subtémata, která se v rozhovorech s informanty objevila. V diskuzi se snažím o srovnání zodpovězených výzkumných otázek s teoretickými východisky výzkumů, které na toto téma existují. Důležité je především porovnání výsledků diplomové práce se získanými daty. Na základě výsledků tohoto výzkumu se lze domnívat, že mezi traumatickou amputací a psychologickými problémy existuje souvislost. Konkrétně na prožívání po operaci se signifikantně ukázal negativní vliv amputace, který se projevil v pocíťování zvýšeného stresu. Prožívané trauma jim přinášelo pocity bezmoci, apatie a smutku.

V souvislosti s výzkumy se tyto pocity objevovaly jako velmi časté i u jiného zkoumaného souboru. Bezprostřední hodiny a dny po operaci popsali informanti jako nejtěžší chvíle svého života. Tento výsledek není příliš překvapivý, jelikož dosavadní výzkumy naznačují podobné výsledky z provedených studií u lidí po amputaci, nejen v souvislosti s traumatem. S přihlédnutím k okolnostem amputace a dalším faktorům, se míra stresu zvyšovala a s ní i celková duševní nepohoda. Dalším z významných faktorů byla bolest. Bolest považují lidé za významný faktor stresu a strachu (Erlenwein et al., 2021; Fuchs et al., 2018). Lze se domnívat, že určitou roli v prožívání hraje i změna tělesného vzhledu (Taghavi et al., 2011). Souvislost mezi pohlavím a vnímanou změnu vzhledu nebyla v této studii zkoumána.

Co se týče prožívání emocí, jak již bylo zmíněno, informanti vykazovali široké spektrum pocitů. Největší zastoupení měla úzkost, a to v různé míře, která významně ovlivňovala i chování jedinců. V souvislosti s úzkostí byly popisovány stavy jako změny nálad, intenzivnější prožívání bolesti, zvýšená citlivost vůči jednání se svým okolím a prohlubování negativního myšlení. Výskyt úzkosti, pocitů smutku a změn v chování v souvislosti s amputací podporují i výzkumné teorie, např. studie Woodse et al. (2018) nebo Badury-Brzozy et al. (2006).

Význam vzhledu je pro každého individuální. Ukázal se jako významný faktor v pojetí sebe sama a ve způsobu vyrovnávání se s traumatem. Amputace představuje obrovský zásah do vzhledu tím, že je patrná na první pohled. Uvědomění si tohoto aspektu, se projevilo i u výzkumného souboru. Vnímaná změna v osobním schématu byla ovlivněna estetickou stránkou chybějící končetiny i její náhradou, tedy protézou. Zdá se, že na technické provedení protézy nehraje tak velkou roli. V porovnání se vzhledem bez

protézy, je vnímání vzhledu s protézou přijatelnější (Rybarczyk et al., 1995; Senra et al., 2012).

Ve změně v trávení volného času vyšla najevo významná souvislost s traumatickou amputací. Výsledky analýzy ukázaly, že ztráta možnosti sportovat nebo aktivně vykonávat koníčky vyvolává stres. Nemožnost pokračovat v dosavadním způsobu života je vnímáno jako negativní, omezující a významně ovlivňuje celkovou kvalitu života po amputaci. S přihlédnutím k dalším faktorům, se stává toto omezení další překážkou v navazování vztahů a vede k sociální izolaci (Taghavi et al., 2011; Horgan et al., 2014).

Z výzkumu vyplývá, že psychologická pomoc byla nabídnuta a poskytnuta ve většině případů. Rozvoj různých psychických potíží v průběhu hospitalizaci i po ní naznačuje, že je psychologická intervence žádoucí. Ačkoliv výsledky naznačují, že pomoci nebylo dlouhodobě využito, měla konzultace s odborníkem svůj význam. Nejméně jeden informant vyhledal psychiatra nebo psychoterapeuta v několika měsících od amputace. Výzkum také poukázal na závažnost psychických problémů, se kterými se museli vypořádat. Samotné amputaci předchází trauma, tedy úraz, který může způsobit změny v prožívání a vnímání. Událost bývá zpracována různými způsoby, jak uvádí Messman-Moore et al. (2016) ve studii, která zkoumá vliv traumatu na rozvoj posttraumatické stresové reakce. Jiné studie uvádějí i možný rozvoj jiných zdravotních a psychických problémů v souvislosti s amputací (Altmaier, 2019; Valizadeh et al., 2014).

K realizaci jsem zvolila kvalitativní výzkum. Při vedení individuálního hloubkového rozhovoru jsem postupovala podle předem připraveného seznamu s polostrukturovanými otázkami, které jsem během rozhovoru doplňovala o další otázky za účelem získání hlubšího porozumění sdělovaného. Následně jsem rozhovory zpracovala zvolenou výzkumnou metodou. Před každým rozhovorem jsem požádala informanta o podepsání informovaného souhlasu. Informanti byli předem informováni o pořízení nahrávky našeho rozhovoru za účelem výzkumu, se kterou souhlasily.

Rozhovory jsou zaznamenané a přepsané v doslovné formě tak, jen s minimálními úpravami. Během rozhovorů jsem se podle předchozí zkušenosti snažila vyvarovat skákání do řeči informanta a zamezit tak překrývání řeči i narušení toku myšlenek. Důsledná příprava před samotným uskutečněním rozhovorů mi pomohla ke snížení nervozity a k přiměřenému tempu řeči. Rozhovory jsou dlouhé kolem jedné hodiny a byly náročné na pozornost. V momentech, kdy informanti neodpověděli na položenou otázku,

nebo využili jen pár slov, jsem musela položit otázku znovu, případně jí rozvinout. Navzdory těmto komplikacím jsem s obsahem rozhovorů spokojená. Všechny rozhovory pro mě byly příjemné a se skutečným zájmem jsem si vyslechla sdílení informantů.

Výzkumné šetření má své limity, kterých jsem si vědoma a tímto je zde uvádím. Výsledná zjištění nelze generalizovat vzhledem k použití kvalitativního výzkumu a dále je analýza ovlivněna i faktorem subjektivity v interpretaci výsledků. I přes mou snahu o minimalizaci subjektivního pohledu a promítnutí mým očekávání do výsledků šetření připouštím, že mohlo dojít k ovlivnění výběru témat z tohoto důvodu. Při posouzení tematické analýzy jiným výzkumníkem je možné, že by zvolil odlišná výsledná témata a subtémata. Mé očekávání ohledně výzkumného šetření bylo naplněno. Studium odborné literatury a zahraničních článků před zpracováním teoretické části naznačovalo, jaké psychické problémy mohou nastat po amputaci končetiny (Roşca et al., 2021; Senra et al., 2012; Whyte & Niven, 2001).

Souvislost psychických potíží po traumatické amputaci je obecně známá a existuje velké množství studií na tuto problematiku (Badura-Brzoza et al., 2006; Desmond a MacLachlan, 2002; Hawkins et al., 2016). Převážná část z nich se věnuje ztrátám končetiny jako následek onemocnění diabetem (cukrovkou) (McDonald et al., 2022) nebo výhradně amputacím následkem válečného boje (Ghoseiri et al. (2018). Zkoumané psychické potíže jsou v těchto klinických studiích redukovány na posttraumatický stresový syndrom (PTSD) (Gradus et al., 2010; Messman-Moore & Cook, 2016) a jeho copingové strategie (Ebrahimzadeh & Rajabi, 2007; Ford, 2009; Kuffler, 2018).

České studie a závěrečné práce na téma psychických problémů u pacientů po traumatické amputaci téměř neexistují. Podobná problematika bývá zpracována studenty zdravotnických oborů, kteří se zaměřují na fyzickou podstatu amputace a psychické aspekty zmiňují v práci jen okrajově. Téma bylo zpracováno i studenty z řad sociálních studií, kteří zaměřili výzkum na kvalitu života v souvislosti s amputací. Myslím si, že by zjištěné poznatky mohly být inspirující pro studenty psychologie nebo terapeuty, kteří pracují s lidmi po amputaci.

Závěr

Diplomová práce se zabývá tématem psychických problémů u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny. V teoretické části jsou představeny a popsány základní pojmy jako amputace, bolest, její druhy, psychologické a sociální aspekty bolesti. Dále je v práci představen stručný přehled vzniku psychického traumatu, jeho rysů a forem, také možnosti vyrovnávání se s prožitým traumatem. Bylo zde uvedeno i několik výzkumů, zabývajících se touto problematikou. Tato výzkumná zjištění tvořila oporu pro sestavení výzkumných otázek. Dále se teoretická část pokusila nastínit souvislost amputace s širokým spektrem emocí, které mohou prožívat lidé s blížícím se operačním výkonem i bezprostředně po něm. Byl popsán psychologický a sociální dopad amputace na kvalitu života jedince. Cílem bylo prozkoumat, s jakými psychickými problémy se potýkají lidé po amputaci následkem úrazu.

Ve výzkumné části byla postupně představena vybraná skupina (výzkumný vzorek), metoda a následná analýza dat. Výsledky tematické analýzy ukázaly na nejčastěji zmiňovanými problémy: stres, úzkost a strach. Psychický stav před i po amputaci provázely změny nálad, pocity nejistoty, smutku a lítosti. Významný vliv na psychiku a celkové prožívání měla bolest.

Zajímavým zjištěním bylo, že amputace může mít i pozitivní vliv na život člověka v přenastavení jeho životních hodnot a orientace na své potřeby. U informantů vyvstala i větší potřeba mít život pod kontrolou a udržet své duševní zdraví v rovnováze, jak bylo uvedeno v rozhovorech a doloženo následnou analýzou. Bylo také zjištěno, že výkyvy nálad přímo souvisely s jejich aktuálním zdravotním stavem. Smíření se s traumatickou amputací je provázené se smysluplností života a s nastavením nových životních cílů. Do značné míry hraje roli i motivace k udržení své soběstačnosti, ochota se podřídit novým výzvám ve smyslu změny návyků. Omezeních, která sebou amputace nese je mnoho, což bylo popsáno v teoretické části a byla jim věnována i pozornost ve výzkumné části.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina informantů se snažila o udržení svého původního zaměstnání, což považovali za velmi důležité. Zvýšila se u nich potřeba být užitečný i přes svůj handicap, což u jednoho z informantů dokonce vyústilo ve změnu zaměstnání, které přímo souvisí s poskytováním psychologické podpory pro nově amputované pacienty.

Na základě poznatků o prožívání jedinců po traumatické amputaci dolní končetiny, by se dalo uvažovat o zlepšení systému následné péče o jejich duševní zdraví. Domnívám se, že by bylo zapotřebí podpořit zvládání této nelehké životní situace, např. formou svépomocných skupin, které by měly být dostupné alespoň ve velkých městech. Za důležité považuji i předávání informací o všech druzích psychologické pomoci, kterou mohou lidé po amputaci využít, nejen v průběhu hospitalizace.

Literatura a zdroje

1. Adegoke, B. O., Kehinde, A. O., Akosile, C. O., & Oyeyemi, A. L. (2012). Quality of life of Nigerians with unilateral lower limb amputation. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 23(4), 76-89.
2. Allarakha, S. (2020). *What Are the Levels of Lower-Extremity Amputations?* Dostupné z webových stránek: https://www.medicinenet.com/what_are_the_levels_of_lower-extremity_amputations/article.htm
3. Altmaier, E. M. (2019). An introduction to trauma. Promoting Positive Processes After Trauma, 1-15.
4. American Psychological Association. (2013). Recovering emotionally from disaster. *American Psychological Association*. Dostupné z webových stránek: <https://www.apa.org/topics/disasters-response/recovering>
5. American Psychological Association. (2019). *How to cope with traumatic stress*. Dostupné z webových stránek: <https://www.apa.org/topics/trauma/stress>
6. Badura-Brzoza, K., Matysiakiewicz, J., Piegza, M., Rycerski, W., Niedziela, U., & Hese, R. T. (2006). Sociodemographic factors and their influence on anxiety and depression in patients after limb amputation. *Psychiatria Polska*, 40(2), 335-345.
7. Baumgartner R. (2011). Knieexartikulation und transgenikuläre Amputation [Knee disarticulation and through-knee amputation]. *Operative Orthopädie und Traumatologie*, 23(4), 289–295. <https://doi.org/10.1007/s00064-011-0041-y>
8. Bragaru, M., Dekker, R., Geertzen, J. H., & Dijkstra, P. U. (2011). Amputees and sports. *Sports medicine*, 41(9), 721-740.
9. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
10. Carroll, K., & Edelstein, J. E. (Eds.). (2006). *Prosthetics and patient management: a comprehensive clinical approach*. Slack Incorporated.
11. Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
12. Collins, K. L., Russell, H. G., Schumacher, P. J., Robinson-Freeman, K. E., O'Conor, E. C., Gibney, K. D., Yambem, O., Dykes, R. W., Waters, R. S., & Tsao, J. W.

- (2018). A review of current theories and treatments for phantom limb pain. *The Journal of clinical investigation*, 128(6), 2168–2176.
13. Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education; Institute of Medicine of the National Academies. (2011). *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*. Washington, D.C. The National Academies Press.
 14. Crofford L. J. (2015). Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*, 126, 167–183.
 15. Čurdová, A., & Vaňásková, E. (2017). Lůžková rehabilitace u pacientů po amputaci dolní končetiny, zhodnocení funkčních testů chůze. *Rehabil. fyz. Lék.*, 24(3), 160–165.
 16. Desmond, D., & MacLachlan, M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in Prosthetics and Orthotics International. *Prosthetics and orthotics international*, 26(3), 182–188.
 17. Desmond, D., & MacLachlan, M. (2002). Psychological issues in prosthetic and orthotic practice: a 25 year review of psychology in Prosthetics and Orthotics International. *Prosthetics and orthotics international*, 26(3), 182–188.
 18. Dungl, P. a kol. (2014). *Ortopedie*. Praha: Grada Publishing.
 19. Ebrahimzadeh, M. H., & Rajabi, M. T. (2007). Long-term outcomes of patients undergoing war-related amputations of the foot and ankle. *The Journal of foot and ankle surgery: official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 46(6), 429–433.
 20. Erlenwein, J., Diers, M., Ernst, J., Schulz, F., & Petzke, F. (2021). Clinical updates on phantom limb pain. *Pain reports*, 6(1).
 21. Ford, J. D. (2009). Understanding Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Posttraumatic Stress Disorder*, 1–30.
 22. Fuchs, X., Flor, H., & Bekrater-Bodmann, R. (2018). Psychological factors associated with phantom limb pain: A review of recent findings. *Pain Research & Management*, 2018, Article 5080123.
 23. Ghoseiri, K., Allami, M., Soroush, M. R., & Rastkhadiv, M. Y. (2018). Assistive technologies for pain management in people with amputation: a literature review. *Military Med Res* 5, 1

24. Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., & Lash, T. L. (2010). Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *American journal of epidemiology*, *171*(6), 721-727.
25. Grzebień, A., Chabowski, M., Malinowski, M., Uchmanowicz, I., Milan, M., & Janczak, D. (2017). Analiza wybranych czynników warunkujących jakość życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej–przegląd literatury. *Polish Journal of Surgery*, *89*, 57-61.
26. Hanyu-Deutmeyer, A. A., Cascella, M., & Varacallo, M. (2022). Phantom Limb Pain. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
27. Hawkins, A. T., Pallangyo, A. J., Herman, A. M., Schaumeier, M. J., Smith, A. D., Hevelone, N. D., ... & Nguyen, L. L. (2016). The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation. *Journal of vascular surgery*, *63*(1), 154-162.
28. Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1996). Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, *15*(2), 135–148.
29. Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, sro.
30. Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: a review. *Disability and rehabilitation*, *26*(14-15), 837–850.
31. Hsu, E., & Cohen, S. P. (2013). Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *Journal of pain research*, *6*, 121.
32. Cheng, Y., Liu, C., Mao, C., Qian, J., Liu, K., & Ke, G. (2008). Social support plays a role in depression in Parkinson's disease: a cross-section study in a Chinese cohort. *Parkinsonism & related disorders*, *14*(1), 43–45.
33. Ide, M., Obayashi, T., & Toyonaga, T. (2002). Association of pain with employment status and satisfaction among amputees in Japan. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *83*(10), 1394-1398.
34. Janoušek, J. (2015). *Četnost a možnosti řešení amputací dolních končetin*. (Bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze.
35. Jo, S. H., Kang, S. H., Seo, W. S., Koo, B. H., Kim, H. G., & Yun, S. H. (2021). Psychiatric understanding and treatment of patients with amputations. *Yeungnam University Journal of Medicine*, *38*(3), 194-201.

36. Keszler, M. S., Wright, K. S., Miranda, A., & Hopkins, M. S. (2020). Multidisciplinary amputation team management of individuals with limb loss. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 8(3), 118-126.
37. Kuffler D. P. (2018). Coping with Phantom Limb Pain. *Molecular neurobiology*, 55(1), 70–84.
38. Liu, F., Williams, R. M., Liu, H. E., & Chien, N. H. (2010). The lived experience of persons with lower extremity amputation. *Journal of clinical nursing*, 19(15-16), 2152–2161.
39. Markatos, K., Karamanou, M., Saranteas, T., & Mavrogenis, A. F. (2019). Hallmarks of amputation surgery. *International Orthopaedics*, 43(2), 493-499.
40. McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., & Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics and orthotics international*, 45(2), 105–114.
41. Messman-Moore, T.L., Cook, N.K. (2016). Posttraumatic Stress Disorder. *Encyclopedia of Mental Health*. Academic Press, 308-312.
42. MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2020. (2020). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
43. Mohammed, S. A., & Shebl, A. M. (2014). Quality of Life among egyptian patients with upper and lower limb amputation: Sex differences. *Advances in medicine*, 2014.
44. Muraczyńska, B., & Cieslak, T. (2003). Functional and social activity of patients after deduction of limb as measures of quality of life. *Ann Univ Mariae Curie Skłodowska Med*, 58(13), 338-343.
45. Noszczyk, W. (Ed.). (2007). Chirurgia tętnic i żył obwodowych. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*.
46. Paplaczyk, M., Gawor, A., & Ciura, G. (2015). Evaluation of the quality of life of patients with chronic pain who suffer from ischemic disease of the lower limbs. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*, 9(3), 135-140.
47. Pupulin, E. (2004). The rehabilitation of people with amputation. 1st ed. Switzerland: Genova.
48. Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International

- Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
49. Roşca, A. C., Baciuc, C. C., Burtăverde, V., & Mateizer, A. (2021). Psychological consequences in patients with amputation of a limb. An interpretative-phenomenological analysis. *Frontiers in Psychology*, 1410.
 50. Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation psychology*, 40(2), 95.
 51. Senra, H., Oliveira, R. A., Leal, I., & Vieira, C. (2012). Beyond the body image: a qualitative study on how adults experience lower limb amputation. *Clinical rehabilitation*, 26(2), 180–191.
 52. Shelmerdine, L., & Stansby, G. (2022). Lower limb amputation and rehabilitation. *Surgery (Oxford)*.
 53. Schulz, M. (2009). Coping psychologically with amputation. *VASA. Zeitschrift für Gefasskrankheiten*, 38, 72-74.
 54. Sinha, R., van den Heuvel, W. J., & Arokiasamy, P. (2011). Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthetics and orthotics international*, 35(1), 90-96.
 55. Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., & Pokorný, D. (2001). *Základy ortopedie*. Praha: Triton.
 56. Stokosa, J. J. (2021). Overview of Limb Prosthetics. Merck Manual. Získáno z: <https://www.merckmanuals.com/professional/special-subjects/limb-prosthetics/overview-oflimb-prosthetics>
 57. Sümer, A., Onur, E., Altınlı, E., Çelik, A., Çağlayan, K., & Köksal, N. (2008). Alt Ekstremitte Amputasyonlarında Klinik Deneyimlerimiz. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 15(3), 187-190.
 58. Šedřová, K., Švařiček, R. a kol. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál.
 59. Taghavi, M., Kalafi, E., Talei, A., Dehbozorgi, G., & Taghavi, S. M. A. (2011). Investigating the Relation of Depression and Religious Coping and Social Support in Women with Breast Cancer. *Journal of Isfahan Medical School*, 28(115).
 60. Uchmanowicz, I., & Jankowska-Polańska, B. (2013). Jakość życia w chorobach wewnętrznych-wybrane kwestionariusze badawcze. Europejskie Centrum Kształcenia Podyplomowego.
 61. Vágnerová, M. (2004). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

62. Valizadeh, S., Dadkhah, B., Mohammadi, E., & Hassankhani, H. (2014). The perception of trauma patients from social support in adjustment to lower-limb amputation: a qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 20(3), 229–238.
63. van der Schans, C. P., Geertzen, J. H., Schoppen, T., & Dijkstra, P. U. (2002). Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *Journal of pain and symptom management*, 24(4), 429-436.
64. Vanaki, Z., Parsa Yekta, Z., Kazemnejad, A., Heydarnia, A. R. (2003). Interpretation of Support for Cancer Patients under Chemotherapy: A Qualitative Research. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 9(1), 53-61.
65. Votava, J. (2006). Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. 1. vyd. Praha: Karolinum.
66. Warmuz, A., Szeliga, D., Krzemień, G., Stemplewska, B., & Witanowska, J. (2004). Rehabilitacja pacjentów po amputacji kończyny dolnej jako podstawowy element przystosowania do normalnego życia [Rehabilitation of patients after lower limb amputation as a basic element of adaptation to normal life]. *Wiadomości lekarskie (Warsaw, Poland : 1960)*, 57 Suppl 1, 331–334.
67. Weetland, H., Conway, K. (2006). Chirurgia. Seria crash course. Wydawnictwo Elsevier Urban&Partner: Wrocław.
68. What you need to know about Lower Limb Amputation. (n.d.) Získáno 5. července 2022 z <https://www.mossrehab.com/amputation-and-prosthetics/lower-extremity-amputation>
69. Whyte, A. S., & Niven, C. A. (2001). Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *Journal of pain and symptom management*, 22(5), 938-946.
70. Williamson, G. M., Schulz, R., Bridges, M. W., & Behan, A. M. (1994). Social and psychological factors in adjustment to limb amputation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(5), 249.
71. Woods, L., Hevey, D., Ryall, N., & O’Keeffe, F. (2018). Sex after amputation: the relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and rehabilitation*, 40(14), 1663-1670.
72. Woolf, C. J. (2010). What is this thing called pain?. *The Journal of clinical investigation*, 120(11), 3742-3744.
73. Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. (2006). https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87

Seznam tabulek

Tabulka 1: Údaje o rozhovorech.....	29
Tabulka 2: Témata a subtémata rozhovorů zkoumaného vzorku.....	31

Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas.....	I
Příloha 2: Otázky k rozhovoru.....	II
Příloha 3: Seznam zkratk.....	III

Příloha č. I

Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru pro účely diplomové práce

Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny

Účelem rozhovoru je zjištění, jaké jsou psychologické aspekty změn v kvalitě života pacienta po amputaci, strategie vyrovnávání se s životní změnou a s prožitým traumatem. Otázky jsou zaměřeny na životní události po traumatu, prožívání změny v tělesném schématu, osobní život (postoje, motivy, vztahy), pracovní a sociální uplatnění, trávení volného času.

S účastníkem výzkumu bude veden rozhovor, z kterého bude pořízena audionahrávka. Rozhovor je zcela anonymní. Účastník může kdykoliv odstoupit bez udání důvodu. Data, která by mohla vést k jeho identifikaci budou v diplomové práci pozměněny nebo vynechány. Získané informace budou využity k účelu zpracování výzkumu diplomové práce.

S výše uvedenými informacemi souhlasím.

Podpis výzkumníka:

Podpis informanta:

Bc. Dominika Heverlová, DiS

.....

Příloha č. II

Otázky k rozhovoru

- 1) Jak Vám bylo po operaci, jak jste to prožíval/la?**
- 2) Prožíval/la jste úzkost nebo smutek v souvislosti s amputací, případně jiné emoce?**
- 3) Co se změnilo na vnímání sebe sama?**
- 4) Změnilo se po amputaci trávení volného času?**
- 5) Byla Vám nabídnuta pomoc psychologa, psychiatra nebo případně psychoterapie?**

Příloha č. III

IASP	International Association for the Study of Pain
PNS	Periferní nervový systém
CNS	Centrální nervový systém
PLS	Phantom limb sensations (fantomové pocity)
TENS	Transkutánní elektrická stimulace nervů
SCS	Spinal cord stimulation (stimulace míchy)
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí
DMS-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
PTSD	Post-traumatic stress disorder (posttraumatická stresová porucha)
APA	American Psychological Association (Americká psychologická asociace)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
GQPLA	The Groningen Questionnaire Problems Leg Amputation
RAND-36	RAND 36-Item Health Survey (36-položkový dotazník zdravotního průzkumu)
BDI	Beck Depression Inventory
SF-36	Dotazník kvality života Short Form – 36

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Dominika Heverlová

Studijní program: Psychologie NMgr.

Název práce: Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bc. Alena Hricová, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2022

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 15308

Ostatní text: 98843

Celkový počet znaků: 114151

Text práce ve formátu PDF: DP_Heverlova_psychicke_problemy_traumaticka_amputace

Další soubory: NEZVEREJNOVAT.zip

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Dominika Heverlová, Dis

Obor studia: Psychologie

Název práce: Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 60

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 73

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 řešení 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			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

* nehodící se škrtněte

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Co Vás nejvíce překvapilo v získaných výsledcích?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Práce je standardně zpracována v teoretické i praktické části a nemám k ní výhrad. Jednotlivé kapitoly na sebe navazují a jsou řádně citovány. Metodika je bezproblémová. Výsledky jsou adekvátně zanalyzovány a čtivě zpracovány. Bylo by možné zvážit po úpravách publikaci v recenzovaném časopise.

Doporučení do soutěže o nejlepší diplomovou práci:
Celkově získané body do soutěže:

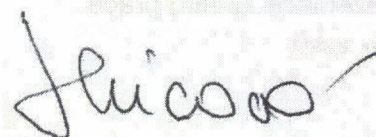
nedoporučuji
28,25

Doporučení k obhajobě:

doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

výborně



Datum, podpis:

12.08.2022

* nehodící se škrtněte

** 0 – nezhodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – nespěšl/a

Jméno a příjmení studenta/-tky: Dominika Heverlová

Obor studia: Psychologie NMgr

Název práce: Psychické problémy u pacientů po traumatické amputaci dolní končetiny

oponent: PhDr. Kořová Magdalena, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): neuvedeno

Počet stránek příloh: neuvedeno

Počet titulů v seznamu literatury: neuvedeno

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost 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		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

Vhodnost prezentace závěrů práce

(publikace, referáty, apod.)

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Je něco, co by autorka udělala - v rámci tvorby diplomové práce - nyní jinak?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky; v případě doporučení do soutěže o nejlepší DP uveďte nadprůměrné charakteristiky práce v souladu s Vámi výše označeným kritériem formální úrovně, obsahové reprezentativnosti, metodologie a přínosnosti práce pro teorii či praxi):

Autorka se v diplomové práci zabývá tématem amputace dolních končetin, která následovala po traumatu. V teoretické části práce jsou nastíněny základní pojmy, autorka dále pojednává například téma bolesti, tzv. psychické trauma či problematiku života po amputaci a jeho kvalitu. V rámci empirické části práce předkládá autorka kvalitativní výzkumnou sondu, v jejímž rámci analyzuje pět hloubkových rozhovorů pomocí metody tematické analýzy.

Velmi oceňuji volnu tématu, téma považuji za skvělé. Práci jsem si přečetla se zájmem a mnohé se z ní dozvěděla (oceňuji zejména konkrétní informace o typech amputace, o fantomových bolestech atp.). K textu práce mám ale i jisté připomínky/výhrady. Práce je relativně čtivá, nicméně místy čtivost snižuje řada stylistických problémů: kostrbaté vyjadřování či nevhodný slovosled (např. "Zpočátku byla amputace spojována s mnoha komplikacemi i s velmi skličujícím výsledkem pro pacienta, z důvodu masivního krvácení a následné infekci"), problematické používání zájmena "svůj", nesprávné skloňování, čárky atp. Některé názvy subkapitol či slovní spojení bych doporučila upravit (např. "život s amputací"). Některé poznatky se v textu opakují (amputace jako jeden z nejstarších zákroků - dvakrát na str. 9).

Doporučovala bych zpřehlednit a logicky upravit strukturu, členění některých kapitol se mi zdá nelogické (např. pod cíle výzkumné sondy jsou zařazeny subkapitoly metody či etiky, ačkoli nejsou z logiky věci podřazeny...). Oceňuji obsáhlý seznam literatury, doporučila bych však neuvádět druhotné citace, je vhodné dohledat původní zdroj.

Vzhledem ke studovanému oboru bych ocenila, kdyby byla témata z oblasti psychologie (osobnost a amputace, dopady amputace na člověka atp.) pojednána do větší hloubky a strukturovaněji - tzv. text by byl jasně a logicky strukturován a neskákalo by se z tématu na téma (např. u definice traumatu, kterou si dovolím považovat za nekomplexní). Kladu si otázku po tom, proč je v textu uvedeno - doslovně - doporučení APA pro osoby po traumatu. Na straně 24 zcela nerozumím tomu, odkud jsou čerpána následující tvrzení: "Úspěšný proces zvládnutí vede k nové identitě. Pokud se člověk nedokáže přizpůsobit nové situaci, vyvine si komplex méněcennosti a upadne do deprese. Může se také pokusit hledat viníka a svalit situaci na někoho jiného."? Laicky bych se domnívala, že dopady traumatu či amputace na člověka mohou být daleko složitější, ale mohu se mýlit - i proto bych ocenila zdroj předkládaných poznatků.

Kladu si otázku po tom, zda je možné v takovémto typu práce zkoumat vliv traumatu amputace na osobnost člověka a spíše bych docházela k závěru, že nikoli - v rámci hloubkových rozhovorů lze však zkoumat to, jaký vliv se jedinci domnívají, že na ně prožití amputace mělo/má...

Autorka si klade dobrou výzkumnou otázku. Ke scénáři rozhovoru mám poznámku - doporučila bych otevřené a nenávodné otázky (nikoli ptát se poněkud návodně na pocity smutku atp.). Postrádám pojednání týkající se toho, jak byl vytvářen scénář rozhovoru, proč jsou zvoleny právě tyto otázky, z jakých zdrojů bylo v rámci tvorby scénáře čerpáno?

Autorka uvádí, že věk participantů nehraje roli - kladu si otázku po tom, zda je tomu skutečně tak? Je možné tvrdit, že věk, kdy prožijeme určitou událost není důležitý? Trochu si říkám, že amputace nohy může být možná jiná ve dvaceti a v sedmdesáti...vzhledem například k sexualitě, vztahovosti, výkonnosti, zapojení do sportovních aktivit...atp.

Postrádám pojednání o předporozumění zkoumané problematice, validitě a reliabilitě. V rámci analýzy dat, která je jinak zdařilá, považuji za lehce problematické, že se některá témata kryjí s otázkami (např. "prožívání po probuzení" či "psychická pomoc"), to by se při tematické analýze dít nemělo. I přes uvedené výhrady práci doporučuji k obhajobě a přeji autorce hodně zdaru při obhajobě.

Doporučení do soutěže o nejlepší diplomovou práci:

nedoporučuji*

Celkově získané body do soutěže:

24,8

Doporučení k obhajobě:

doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře

Podpis, 14.9.2022