

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020/2021

Nikola Málková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Prožívání úzkosti u pacienta po traumatické amputaci dolní končetiny

Nikola Málková

2020/2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Málková**
Osobní číslo: **Z18160**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Prožívání úzkosti u pacienta po traumatické amputaci dolní končetiny**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 648 s. ISBN 978-80-247-1620-6.
KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ, Miroslav HEŘMAN, Martin KALÁB, Pavel KORANDA a Jiří ŠIMONEK. *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, 2012. Psyché. 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.
PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. 232 s. ISBN 978-80-7367-986-6.
VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 288 s. ISBN 978-80-247-2667-0.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michal Kopecký**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **2. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **6. května 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Michal Kopecký v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 12. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Prožívání úzkosti u pacienta po traumatické amputaci dolní končetiny jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 4. 2021

Nikola Málková v.r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucímu práce Mgr. Michalovi Kopeckému za jeho odborné vedení, výbornou spolupráci, cenné rady, ochotu a čas, který mi věnoval. Dále bych také ráda poděkovala všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou sdílet svoje prožitky a zkušenosti.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku úzkosti spojenou s traumatickou amputací dolní končetiny. Práce je členěna na teoretickou a průzkumnou část. První část teorie je věnována charakteristice úzkosti, úzkostných poruch, jejich příčinám, příznakům, diagnostice a léčbě. Druhá část teorie se zaměřuje na amputace, jejich indikace, typy, komplikace a ošetrovatelskou péči, ve které je zahrnuta také oblast fantomových obtíží, protetika a rehabilitace. Průzkumná část je tvořena na základě výsledků z rozhovorů, které byly zpracovávány v programu Atlas.ti. Nejprve byly označeny jednotlivé kódy, na jejichž podkladě byly následně vytvořeny myšlenkové mapy, které znázorňují spojitost mezi jednotlivými kódy. Největší důraz byl kladen na oblast psychiky, faktory podporující pozitivní vztah k události a změny v jednotlivých oblastech života po amputaci.

KLÍČOVÁ SLOVA

Úzkost, úzkostné poruchy, traumatická amputace, fantomové obtíže, protetika, rehabilitace

TITLE

Patients' capability to cope with anxiety after a traumatic amputation of a lower limb

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on the topic of anxiety related to the traumatic amputation of lower limb. The text is structured into two parts: theory and research. The first part of theory deals with the characteristics of anxiety, anxiety disorders, their causes, symptoms, diagnosis, and treatment. The second part of theory focuses on amputations, their indications, types, complications, and nursing work; this includes the topic of the phantom complex, prosthetics, and rehabilitation. The research was carried out with the results of dialogues, which were compiled in the Atlas.ti software. First, individual codes were established using them to create mind maps, which represented relations between the individual codes. The most emphasis was focused on psychology, the factors involving positive attitude towards the events and changes in various aspects of life after the amputation.

KEYWORDS

Anxiety, anxiety disorders, traumatic amputation, phantom complex, prosthetics, rehabilitation

OBSAH

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| ÚVOD | 12 |
| 1 TEORETICKÁ ČÁST..... | 13 |
| 1.1 ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY | 13 |
| 1.1.1 Definice úzkosti..... | 13 |
| 1.1.2 Příčiny úzkosti..... | 13 |
| 1.1.3 Příznaky úzkosti | 15 |
| 1.1.4 Úzkostné poruchy..... | 16 |
| 1.1.4.1 Fobické úzkostné poruchy | 16 |
| 1.1.4.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD) | 17 |
| 1.1.4.3 Panika..... | 17 |
| 1.1.4.4 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) | 17 |
| 1.1.4.5 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení | 18 |
| 1.1.5 Diagnostika úzkosti a úzkostných poruch..... | 19 |
| 1.1.5.1 Základní psychiatrické vyšetření | 19 |
| 1.1.5.2 Laboratorní vyšetření, zobrazovací a funkční vyšetřovací metody | 20 |
| 1.1.6 Terapie úzkosti a úzkostných poruch..... | 21 |
| 1.1.6.1 Psychofarmakoterapie..... | 21 |
| 1.1.6.2 Elektrokonvulzivní terapie (EKT) | 21 |
| 1.1.6.3 Psychoterapie | 22 |
| Formy psychoterapie | 22 |
| Prostředky psychoterapie | 23 |
| 1.2 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY | 27 |
| 1.2.1 Definice amputace..... | 27 |
| 1.2.2 Indikace amputací..... | 27 |
| 1.2.3 Typy amputací..... | 28 |
| 1.2.3.1 Rozdělení dle výšky amputace..... | 29 |

| | | |
|---------|----------------------------------------------------------|----|
| 1.2.4 | Příprava pacienta k urgentní operaci | 30 |
| 1.2.5 | Technika amputačního výkonu při traumatu končetiny | 30 |
| 1.2.6 | Komplikace amputací | 31 |
| 1.2.7 | Specifika pooperační péče | 31 |
| 1.2.7.1 | Péče o amputační pahýl | 32 |
| 1.2.8 | Rehabilitace a protetika | 32 |
| | Rehabilitace po amputaci na dolní končetině | 32 |
| | Protetika | 33 |
| 2 | VÝZKUMY NA PODOBNÉ TÉMA | 35 |
| 3 | PRŮZKUMNÁ ČÁST | 39 |
| 3.1 | Stanovené cíle | 39 |
| 3.2 | Přípravná fáze průzkumu | 39 |
| 3.3 | Průzkumný soubor | 40 |
| 3.4 | Sběr dat, realizace a organizace průzkumu | 41 |
| 3.5 | Technika vyhodnocení dat | 41 |
| 4 | PREZENTACE VÝSLEDKŮ | 42 |
| 5 | DISKUZE | 49 |
| | ZÁVĚR | 57 |
| | LITERATURA | 58 |

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Obrázek 1 Změna myšlení a psychického stavu | 49 |
| Obrázek 2 Největší pomoc a podpora | 51 |
| Obrázek 3 Vliv amputace na jednotlivé oblasti života..... | 53 |
| | |
| Tabulka 1 Přehled jednotlivých respondentů | 40 |
| Tabulka 2 Charakteristika respondentů | 40 |

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

| | |
|------|------------------------------------------------------------|
| ALP | alkalická fosfatáza |
| ALT | alaninaminotransferáza |
| AST | aspartátaminotransferáza |
| Cl | chlór |
| EKT | elektrokonvulzivní terapie |
| GAD | generalizovaná úzkostná porucha |
| GMT | gama-glutamyltransferáza |
| IMAO | inhibitory monoaminoxidáz |
| K | draslík |
| Na | sodík |
| MESS | mangled extremity severity score |
| OCD | obsedantně-kompulzivní porucha |
| PTSD | posttraumatická stresová porucha |
| RIMA | moklobemid |
| SNRI | inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu |
| TCA | tricyklická antidepresiva |

ÚVOD

Amputace je obecně definována jako odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu. Jedná se o rekonstrukční výkon, jehož cílem je snížit závažnost onemocnění nebo funkčního postižení a dosáhnout tak návratu lokomoce nebo částečné funkce. Oproti minulosti se k takto radikálnímu výkonu jako je amputace přistupuje méně často, protože dnešní doba nám umožňuje více možností v oblasti konzervativní léčby. Jsou však případy, kdy je amputace jediným možným řešením vedoucím k záchraně života pacienta. Mezi nejčastější indikace amputací patří: traumata, infekce, cévní poranění, nekrózy, zhoubné onemocnění či afunkce skeletu. Následkem odstranění periferní části dochází k funkčním a kosmetickým změnám, které mají výrazný vliv také na psychickou stránku člověka (Dungl, 2014, s. 117).

První část bakalářské práce je proto zaměřena na úzkost, která se může následkem amputace u pacienta projevit. Kromě úzkosti jsou zde popsány také jednotlivé úzkostné poruchy, jejich definice, příčiny, příznaky, diagnostika a terapie.

Druhá část teorie je věnována samotným amputacím. Jsou zde rozděleny oblasti nejčastějších indikací amputací, jejich typy a komplikace, jako jsou fantomovy obtíže. Dále je zde popsána také urgentní příprava k operačnímu výkonu, pooperační péče a následná ošetrovatelská péče spojená s následnou rehabilitací a protetikou.

Průzkumná část mé bakalářské práce je tvořena na základě sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které byly následně kvalitativně analyzovány. Cílem práce je zjistit, co lidem nejvíce pomohlo zvládnout psychickou zátěž spojenou s traumatickou amputací a v jakých oblastech života je amputace nejvíce ovlivnila. Průzkumný soubor je tvořen lidmi, kteří prodělali traumatickou amputaci a jsou minimálně jeden rok od úrazu. Rozhovory byly dále zpracovávány v programu Atlas.ti, ve kterém došlo k označení jednotlivých kódů a následně k vytvoření myšlenkových map, které byly podrobněji zpracovávány v diskusi.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 ÚZKOST A ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Tato kapitola je zaměřena na úzkost, její definici, příčiny a příznaky. V dalších podkapitolách jsou popsány jednotlivé úzkostlivé poruchy, jejich diagnostika a typy léčby.

1.1.1 Definice úzkosti

Úzkost je popisována jako nepříjemný pocit „bezejmenného strachu“, obavy či ohrožení bez reálného nebezpečí, který je vnímán pouze subjektivně. Pro organismus má úzkost adaptivní funkci. Při objevení či náznaku nebezpečí pomáhá organismu se nežádoucí situací vyhnout, ubránit se nebo utéct, a to tím, že mobilizuje energii a vyostřuje smysly. Prožívání úzkosti a obav je do jisté míry zcela normální a patří do života každého z nás. Mírná úzkost je pro nás důležitá a užitečná, protože nám dokáže zvýšit výkon. Pokud ale neprožíváme úzkost žádnou nebo naopak příliš vysokou, náš výkon se sníží. Příliš vysoká míra úzkosti může vést k poruše přirozeného života a adaptace na nové a měnící se podmínky života. Tato situace může nastat v případech, kdy se úzkost objevuje příliš často, trvá moc dlouho a její intenzita je nepřiměřená situaci, která úzkost vyvolala (Praško, 2012, s. 39).

Orel (2012, s. 142) popisuje úzkost jako pocit psychického napětí, který je trvalý, jde o očekávání něčeho nepříjemného, ale daná osoba neví čeho, je to tedy strach, který nemá objekt. Tím se úzkost liší od strachu. Ten je vždy zaměřen na konkrétní objekt či situaci, je tedy spojen s konkrétní obavou a má určitelný obsah. Člověk ví, z čeho přesně má strach. Úzkost a strach se ale můžou různě prolínat, a proto je v praxi někdy obtížné tyto dva pojmy rozlišit.

1.1.2 Příčiny úzkosti

Příčiny úzkosti nelze zcela jistě definovat, protože neexistuje žádná přesná teorie o jejím vzniku. Nelze tedy jednoznačně určit, co přesně úzkost způsobuje, většinou se jedná o kombinaci několika různých faktorů, které se u jednotlivých lidí mění. Zaměřujeme se zde na stránku biologickou, psychickou, sociální a přesahovou (Orel, 2012, s. 21).

Vrozené faktory: určitou roli zde hraje zřejmě biologická zranitelnost. Je dokázáno, že úzkost se projevuje častěji u jednovaječných dvojčat než u dvojčat dvojvaječných. Takto je to dáno i v rodinách, kdy se v některých rodinách úzkost a strach vyskytují častěji než v jiných rodinách. Mozek je citlivější ke stresu, který je způsoben typem výchovy či stresujícími zážitky, a proto častěji vzniká chronická úzkost (Praško, 2012, s. 39).

Povahové vlastnosti: lidé s pesimistickým pohledem na svět, jsou více náchylní ke vzniku depresí a úzkostných stavů. Důležitá je také míra sebevědomí; lidé s nízkým sebevědomím, špatně reagují na negativní názory ostatních a sami kritizovat neumí, naopak mají větší potřebu slyšet od ostatních pochvalu a povzbuzení (Praško, 2012, s. 39).

Vliv výchovy: v tomto směru je pro dítě velice důležitý pocit důvěry, bezpečí a dobrých rodinných vztahů. Pokud dítě postrádá pocit bezpečí, může u něho vzniknout pocit, že ho stále něco ohrožuje, místo toho, aby svět cítil jako bezpečné místo. Tato situace velice často nastává v případech, kdy dítě ztratí jednoho z rodičů, je příliš brzo odkládáno do jeslí či mateřské školky nebo je dlouho a často v cizím prostředí (nemocnice). Tento stav však může vzniknout i v opačném případě, kdy je dítě moc rozmazlováno a je mu poskytována nadměrná péče (Praško, 2012, s. 39).

Každodenní stresory: prožívání stresu je často spojeno s problémy v rodině, škole či práci. Hlavní spouštěč však často pochází zevnitř, tedy neschopnost rozlišit důležité věci od těch méně důležitých, organizace času a úkolů, odkládání povinností, určení priorit. Každý den prožíváme několik drobných situací, které jsou právě spouštěčem stresu a obav, mezi tyto každodenní situace patří například: potlačování vzteku, nedostatek uznání, odkládání nebo nedoděláná činnosti, kritika (Praško, 2012, s. 39).

Vliv životních událostí: rozvoji úzkostné poruchy může předcházet závažná životní událost, mezi tyto události nejčastěji patří: úmrtí v rodině, rozvrat manželství/rozvod, uvěznění, ztráta zaměstnání a mnoho dalších (Baker, 2013, s. 56).

Podmiňování: další příčinou vzniku úzkosti a strachu je zvláštní typ učení, a to podmiňování. Tímto typem učení se spojí emoce (strach) s určitým místem nebo událostí, toto spojení vzniká automaticky. Příklad: pokud nás v dětství pokousal pes, může to v nás vyvolat strach, že každý pes, kterého potkáme nás kousne. Pokud bude další setkání se psem příjemné, strach může postupně vymizet (Praško, 2012, s. 39).

Chronické stresory: chronické stresory často souvisejí s rozvojem nadměrných obav a úzkostí, mezi tyto stresory patří:

- vztahové stresory – neshody mezi rodiči, neshody mezi rodiči a dětmi, žárlivost, rozvod, nevěra,
- pracovní a výkonové stresory – ztráta zaměstnání, nízký příjem, dluhy, nedostatečné ohodnocení práce,

- stresory související se životním stylem – nedostatek koníčků a zájmů, nevyhovující bydlení, nedostatek přátel,
- nemoci, závislosti, handicap – vlastní nemoc nebo nemoc blízké osoby, zhoršování zdravotního stavu rodičů, drogy, alkohol nebo jiné návykové látky u partnera či dítěte, tělesný nebo psychický handicap člena rodiny (Praško, 2012, s. 39).

1.1.3 Příznaky úzkosti

Symptomy neboli příznaky onemocnění jsou nezbytnou součástí pro správné stanovení diagnózy. Jednotlivé příznaky se od sebe dají odlišit sémantickou hodnotou a morfologií. U úzkosti jsou symptomy velice různorodé, můžeme je však rozdělit na projevy tělesné a psychické (Lukáš 2014, s. 4).

Tělesné příznaky: celkovým projevem úzkosti je především napětí a nervozita. Další příznaky se dají rozdělit podle jednotlivých orgánových soustav. V kardiovaskulární oblasti se nejčastěji setkáváme s bušením srdce, tlakem na hrudi a bušením ve spáncích. V centrální nervové soustavě se úzkost projevuje točením hlavy, pískáním v uších a rozostřeným viděním. Co se týče příznaků gastrointestinálního traktu, jsou to například potíže s polykáním, sucho v ústech, nevolnosti až zvracení či průjem. Dále se mohou objevit potíže s močením, nejčastěji se jedná o časté nucení na močení, u žen se může vyskytnout také ztráta libida nebo problémy s menstruací a u mužů se jedná nejčastěji problémy s plodností, tyto příznaky lze zahrnout do soustavy urogenitální (Praško, 2012, s. 52).

Změny chování: u lidí trpících úzkostnými poruchami je typické úzkostné chování, které se objevuje především v momentě, kdy člověk úzkost očekává, nebo když se ocitne na místě či v situaci, která u něho úzkost vyvolává. Často dochází k šokovému strnutí, chvění, třesu nebo útekové reakci. Dalšími projevy jsou problémy s odpočinkem a uvolněním, protože člověk není schopen „vypnout“. Ke zhoršení problémů dochází především v době, kdy je člověk sám, protože jeho pozornost není tolik odváděna vnějšími vlivy, jako když je v práci nebo mezi přáteli. Úzkostné poruchy se mohou stát také nebezpečné, protože lidé trpící psychickými problémy mají větší sklony k alkoholové či lékové závislosti (Morschitzky, 2014, s. 16-17).

Komunikační problémy: další příznaky lidí trpících úzkostnými poruchami souvisí s problémy komunikace a vyjadřování. Může se stát, že lidem chybí některé sociální dovednosti, mezi které patří snášení a vyjadřování kritiky nebo schopnost říkat ne. Tito lidé nejsou schopni druhým odporovat, i přes to, že s jejich názory nesouhlasí, a často se také dostávají do podrážděných sporů, protože neumějí podpořit a ocenit svoje nejbližší (Praško, 2012, s. 52).

1.1.4 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy lze popsat jako kombinaci různých psychických a tělesných projevů strachu a úzkosti, které jsou vyvolávány bez přítomnosti skutečného nebezpečí. Lidé trpící úzkostnou poruchou prožívají nadměru často, intenzivně a dlouho strach, který je v daných situacích neopodstatněný. Při dlouhodobém a intenzivním výskytu těchto projevů může dojít k rozvinutí různých poruch. Mezi tyto poruchy lze zařadit například: generalizovanou úzkostnou poruchu, smíšenou úzkostně depresivní poruchu, panickou porucha, sociální fobii, agorafobii a další (Pešek, 2018, s. 9).

1.1.4.1 Fobické úzkostné poruchy

Fobie: je označována jako nesmyslný či neopodstatněný strach, který je tak výrazný, že omezuje život člověka a ovlivňuje tak jeho chování a prožívání. Lidé s fobií se velice často vyhýbají situacím a objektům, které jsou zcela běžné a nikterak nebezpečné. Ve většině případech není člověk schopen dostat tuto situaci pod kontrolu a čelit jí sám, i přes to, že si jedinec nepřiměřený strach uvědomuje. Často se tak dopředu projeví anticipační úzkost (Orel, 2012, s. 142).

Agorafobie: Orel (2012, s. 142) popisuje agorafobii jako strach ze vzdálení se a opuštění bezpečného prostoru (domov), veřejných prostranství (nádraží, obchody, ...), shluků lidí (hromadné akce, dopravní prostředky, ...) a z prostor, kde hrozí uvíznutí nebo není možné místo rychle opustit (výtahy). Tento druh strachu a úzkosti je také spojen s obavami z nemožnosti dostatečného sebeovládání či kolapsu. V některých případech, je forma strachu natolik rozvinutá, že člověk vůbec není schopen opustit svůj bezpečný prostor.

Sociální fobie: jedná se o strach způsobený kontaktem s jinou osobou, a to jak o přímý kontakt, stravování se před lidmi, tak i o telefonování. Dotyčný má nepříjemný pocit, že je ostatními lidmi pozorován, hodnocen a kritizován. Mohou se zde objevit také obavy z kritiky a nízké sebevědomí. Vystupňovaná sociální fobie může jedince velice omezovat, až zneschopňovat. Mírnější forma sociální fobie se nazývá stydlivost, kterou ve svém životě zažívá skoro každý z nás (Orel, 2012, s. 143).

Specifické fobie: objektem fobického strachu může být v podstatě cokoliv, proto se specifické fobie mohou vyskytovat ve stovkách forem. Jedná se o obavy spojené například se smrtí, ztrátou kontroly, něčeho neznámého či ohrožení, tyto obavy se projevují iracionálním a neopodstatněným strachem. Příkladem specifických fobii je například: akrofobie

(patologický strach z výšek), aquafobie (patologický strach z vody), fotofobie (patologický strach ze světla), xenofobie (patologický strach z cizinců) a mnoho dalších (Orel, 2012, s. 143).

1.1.4.2 Generalizovaná úzkostná porucha (GAD)

Člověk trpící generalizovanou úzkostnou poruchou pociťuje stálou úzkost, únavu a nesoustředěnost, protože se příliš mnoho zabývá stresujícími myšlenkami a starostmi. Má obavy z budoucnosti a neustálý pocit, že něco nezvládne, že něco špatně dopadne, a že ho ostatní lidé kritizují. Kromě pocitů stálé úzkosti se u jedinců objevují také tělesné příznaky typu svalového napětí, bušení srdce, třes, bolesti hlavy nebo poruchy spánku, a díky těmto příznakům člověk nevěří tomu, že by se mohlo jednat právě o psychickou poruchu. Tato porucha se častěji vyskytuje u lidí, kteří jsou po rozvodu, jsou nezaměstnaní a u žen v domácnosti (Pešek, 2018, s. 10).

1.1.4.3 Panika

Jinými slovy také epizodická záchvatovitá úzkost se vyznačuje opakovanými záchvaty úzkosti, které jsou velice masivní, silné až nezvladatelné. Mohou být také doprovázeny následujícími pocity: dušnost, pocení, bušení srdce, zrychlený tep, nevolnost, návaly horka nebo strach ze smrti. Záchvat paniky se objevuje velice nečekaně, náhle, nelze ho nijak předpovědět a nesouvisí s žádnou specifickou situací. Ataky trvají většinou v řádu minut (výjimečně až dvě hodiny), a pak postupně odeznívají. Někdy se může objevit anticipační úzkost, což je obava z nového záchvatu (Baker, 2013, s. 10).

1.1.4.4 Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD)

Mezi typické znaky obsedantně-kompulzivní poruchy řadíme především nutkavé myšlenky (obsese), které člověka obtěžují neovlivnitelným vtíráním. Tíseň vznikající těmito myšlenkami je tlumena kompulzemi, což jsou různé formy nutkavého chování. Obsese jsou jakési myšlenky a impulsy, které se opakují ve stereotypní době, tyto myšlenky jsou však pro člověka velice zatěžující a ovlivňují tak jeho vlastní myšlenky. Impulzy nutkavého myšlení se mohou týkat různých oblastí, ať už je to strach z ušpinění, nakažení, kontaminace, či náboženství. Na obsese navazují kompulze, což jsou vlastně jednoduché, opakující se úkoly, které slouží k neutralizaci a snížení nepohody. Pokud například člověk trpí obsesí ze znečištění, následuje opakované čištění a mytí. Neustálé opakování zbytečných činností jedince velice unavuje a zdržuje od smysluplnějších činností (Kučerová, 2013, s. 32).

1.1.4.5 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

Do této skupiny lze zahrnout stresující zážitky s příliš vysokou zátěží přesahující adaptační kapacitu jedince nebo při selhávání adaptačních mechanismů. Mezi tyto zážitky patří události, které se na člověku odráží jak po fyzické, tak i po psychické stránce, zhoršují kondici organismu a mohou se projevit jako psychická porucha. Důležité je zde podotknout, že stres je fyziologickou reakcí na zátěžové situace, v řadě z nich dokonce umožňuje přežití. Stresová reakce je komplexní, což znamená, že obsahuje tělesné i duševní mechanismy, které se mohou projevit změnami chování a prožívání, ale i změnou psychických a somatických funkcí. Spouštěčem těchto reakcí jsou takzvané stresory, ty mohou mít buď duševní, nebo fyzický charakter (Orel, 2012, s. 145).

Akutní reakce na stres: jedná se o přechodnou poruchu, která se vyskytuje do jedné hodiny bezprostředně v souvislosti se stresovou situací a vymizí do několika hodin až dnů. Projevy bývají velice proměnlivé a pestré, často se můžeme setkat s „počátečním ustrnutím“ spojeným se zmateností, dezorientací a dočasnou neschopností chápat souvislosti. Mohou se také vyskytnout projevy úzkosti, beznaděje, zlosti, agrese či depresivního ladění. Na tento stav může vzniknout amnézie (Orel, 2012, s. 145).

Posttraumatická stresová porucha: neboli PTSD byla dříve také nazývána válečnou neurózou či bitevní únavou. Tato porucha se objevuje jako opožděná reakce na stresovou událost, ať už krátkodobě nebo dlouhodobě působící, která je hrozivého až katastrofického původu. Jedná se například o mučení, přírodní katastrofy, vážné neštěstí či přítomnost u násilné smrti. Neznamená to však, že se porucha projeví u každého, kdo prožije nějaké trauma. Posttraumatická stresová reakce se dá charakterizovat podrážděností, ustrašeností, nespavostí, depresemi, napětím a vyhýbáním se situacím, které dané trauma způsobily. Porucha se také vyznačuje specifickými příznaky, mezi které patří: dlouhodobá reakce na traumatickou událost, vyhýbání se situacím a podnětů, připomínající trauma, znovuprožívání traumatické situace ve formě flashbacků, snů, myšlenek, ale i tělesných příznaků a ztráta pozitivních emocí. Postižení prožívají také další emoční stav, a to strach, jedná se o strach jak o sebe, své blízké, tak i z toho, že nebudou nikdy schopni vzdorovat myšlenkám, a že celou situaci nikdy nedokážou překonat. PTSD se může vyskytovat jak v akutní formě, kdy příznaky trvají maximálně tři měsíce, pokud přetrvávají déle, tak se jedná o formu chronickou (Látalová, 2013, s. 173).

Poruchy přizpůsobení: se projevují do jednoho měsíce od stresující události. Jedná se o závažné změny v životě (odloučení, závažné onemocnění, konflikty v rodině, věznění), nemusí však nutně být katastrofického charakteru. Jedná se o tělesné a emoční projevy jako je

úzkost, deprese, pestré tělesné potíže a tenze, které člověka negativně ovlivňují v osobním i pracovním životě (Pavlovský, 2012, s. 85).

1.1.5 Diagnostika úzkosti a úzkostných poruch

Psychiatrická diagnostika je jednou z nejsložitějších diagnostik ze všech medicínských oborů, a to především kvůli tomu, že klinické příznaky duševních poruch jsou velice proměnlivé a mnohotvárné. U mnoha z nich máme také neznámou etiologii a patogenezi. Diagnostiku psychických poruch musíme provádět nejen na základě diagnostických kritérií, ale i na základě norem, týkajících se psychického zdraví. Důležitá je včasná identifikace poruchy, její diagnostika a výběr optimálního léčebného postupu. V psychiatrii ke stanovení diagnózy předchází složitý proces získávání informací k symptomovému a syndromovému závěru na úrovni vlastní psychické poruchy. Vždy je nutné zvážit všechny možnosti, které v konkrétním případě přicházejí v úvahu, postupně se vyškrtávají méně pravděpodobné možnosti, dokud nedospějeme k závěru. Nejvyžívanější psychiatrickou metodou k určení diagnózy je rozhovor s nemocným a jeho pozorování. Dále lze využít vyšetření psychologické, neurosomatické a popřípadě interní či konziliární. S diagnostikou nám dále mohou pomoci vyšetření laboratorní, biochemické, elektroencefalografické či zobrazovací metody. Velký význam má i získávání informací o nemocném od rodiny, přátel či kolegů z práce (Dušek, 2010, s. 21).

1.1.5.1 Základní psychiatrické vyšetření

Mezi základní vyšetřovací metody v psychiatrii patří kromě popisu nynějšího onemocnění a anamnéze také pozorování, rozhovor a testové metody. Při metodě pozorování se využívají posuzovací stupnice, sloužící k přesnému vymezení pozorovaných dějů a chování. Tato metoda je zvláštní tím, že předmět pozorování je bezprostředně přístupný jen jeho nositeli. Testové metody jsou založeny na speciálních nástrojích psychologického vyšetření a dají se rozdělit na testy výkonné, projektivní a dotazníky (Pavlovský, 2012, s. 197-198).

Popis nynějšího onemocnění: cílem je přiblížit aktuální potíže, se kterými pacient přichází nebo byl přivezen. Důležité je dotyčným podávat konkrétní, cílené dotazy, které nám upřesní potřebné informace, všechny slova pacienta je nezbytné zapisovat (Orel, 2012, s. 46).

Anamnéza: psychiatrická anamnéza je mnohem podrobnější než anamnéza u jiných lékařů, což může pacienta nepříjemně překvapit, proto je nezbytné mu vysvětlit, že je to kvůli snadnější diagnostice, a ne ze zvědavosti. Velice významnou roli zde hraje rodinná anamnéza, nemusí se vždy jednat o dědičné choroby typu schizofrenie, ale i psychické poruchy, které se mohou vyskytovat u více členů rodiny, například alkoholismus. Další nezbytnou částí je anamnéza

osobní. Zjišťujeme, jaké úrazy a nemoci pacient prodělal, jestli byl někdy pod celkovou narkózou, prodělal úrazy hlavy nebo zda měl infekční nemoci. U žen se zajímáme i o oblast gynekologickou, tedy o počet porodů, potratů či interrupcí. Následují otázky na téma škola, vzdělávání, zaměstnání, partnerský život, užívání léků, alkoholu a dalších návykových látek (Kučerová, 2013, s. 41-46).

Rozhovor: rozhovor lékaře s pacientem je nejdůležitější částí diagnostiky. Rozhovor řídí lékař, ale nemusí být vždy tím dominantním. Na rozhovor by měly mít obě strany dostatek času, aby si mezi sebou utvořili důvěru, která je velice důležitá, a to hlavně ze strany pacienta. Čím více bude pacient lékaři důvěřovat, tím více se mu bude svěřovat a zlepší se tak i vzájemná komunikace. Pro lékaře je nezbytně důležité, od klienta co nejrychleji zjistit veškeré potřebné údaje sloužící ke stanovení diagnózy. Samotné naslouchání pacientovi většinou nestačí, proto je potřeba, aby lékař podával doplňující otázky týkající se spánku, halucinací či domněnek. Některé typy pacientů mají tendenci s lékařem manipulovat. Mají pocit, že za ně lékař vše vyřeší a zbaví je problémů, aniž by pro to oni sami něco udělali. Nejsou ochotni na sobě pracovat ani celou situaci řešit. Jsou i případy, kdy pacient vyžaduje po lékaři, aby mu poradil v důležitých životních situacích typu, zda se má odstěhovat, rozvést či změnit zaměstnání. Což lékaře dostává do nelehké situace, vždy byl měl s klientem dané téma probrat a zanalyzovat, k rozhodnutí však musí dojít pacient sám. K určení diagnózy může být velice nápomocný i rozhovor lékaře s blízkou osobou. Lékař tak zjistí objektivní informace o pacientovi, a to především u pacientů s poruchou paměti nebo pacientů závislých na alkoholu či drogách, protože tito lidé nepocítují žádné psychické obtíže (Kučerová, 2013, s. 46-55).

1.1.5.2 Laboratorní vyšetření, zobrazovací a funkční vyšetřovací metody

Mezi základní laboratorní vyšetření krve v psychiatrii patří: krevní obraz s diferenciálním rozpočtem, sedimentace, jaterní testy (ALT, AST, ALP, GMT), hladina krevního cukru, základních minerálů (Na, K, Cl), popřípadě urea a kreatinin v krevní plazmě. U některých pacientů je možné indikovat speciální laboratorní vyšetření, a to vyšetření na hladinu hormonů (kortizol, prolaktin, hormony štítné žlázy) nebo jako kontrola hladiny léků nebo jiných návykových látek v krvi. Standardně se odebírá také vzorek moči a při podezření na infekční onemocnění je možné odebrat i mozkomíšní mok (Orel, 2012, s. 50).

Do dalších vyšetřovacích metod můžeme zahrnout strukturální vyšetřovací metody, které zobrazují stavbu mozku a jeho částí. V dnešní době to jsou zejména počítačová tomografie a magnetické rezonance. A funkční vyšetřovací metody zobrazující aktivitu mozkové tkáně,

mezi které řadíme elektroencefalografii, pozitronovou emisní tomografii a jednofotonovou emisní tomografii (Orel, 2012, s. 50).

1.1.6 Terapie úzkosti a úzkostných poruch

Úzkost a úzkostné poruchy patří mezi dobře léčitelná onemocnění. U velkého počtu pacientů dojde v kombinaci psychoterapie a psychofarmakoterapie k výraznému zlepšení (Dreher, 2017, s. 1).

1.1.6.1 Psychofarmakoterapie

Psychofarmaka jsou jedny z nejvíce předepisovaných léků vůbec, jejich cílem je určitým způsobem ovlivnit mozek tak, abychom pacientovi ulevili od potíží způsobené chorobou. Tyto potíže můžeme buď zmírnit, nebo zcela odstranit. Psychofarmakoterapie využívá léky, požitkové látky a drogy, jejich účinek by však měl být řízený, plánovaný, popsitelný a ovlivnitelný. Látky užívané právě v psychoterapii lze rozdělit do pěti skupin, podle hlavních účinků, a to na antidepresiva, antipsychotika, anxiolytika, sedativa a stabilizátory nálady (Dreher, 2017, s. 5).

Krátkodobá farmakoterapie: co se týče akutní fáze úzkostných poruch, bylo už vyzkoušeno nespočet preparátů, a u některých z nich byla prokázána účinnost právě na úzkostnou symptomatiku. Do této skupiny preparátů řadíme: antidepresiva jiných generací (TCA, IMAO, RIMA), dále také benzodiazepiny, buspiron či pregabalín (Racková, Janů, 2012, s. 152).

Dlouhodobá farmakoterapie: jelikož se u většiny úzkostných poruch jedná o chronické onemocnění s opakovanými relapsy, tak je důležitá dlouhodobá farmakoterapie především z důvodu prevence relapsů. Z hlediska dlouhodobého užívání se nejvíce osvědčily preparáty tricyklických antidepresiv (TCA), inhibitorů monoaminoxidáz (IMAO), SNRI (venlafaxin, duloxetin), pregabalínu, agomelatinu a benzodiazepinů. Účinnost preparátů se však závislá na typu diagnózy (Racková, Janů, 2012, s. 153).

1.1.6.2 Elektrokonvulzivní terapie (EKT)

Indikace EKT se využívá primárně v případech, kde je potřeba rychlého nástupu účinku, jiný druh terapie představuje vyšší riziko, pokud je pacient farmakorezistentní nebo v případech, kdy je pozitivní výsledek EKT v anamnéze. EKT se využívá především k léčbě depresí, schizofrenie, organických duševních poruch a Parkinsonovy choroby. Mezi absolutní kontraindikace EKT patří: zvýšený nitrolební tlak, centrální mozková příhoda v akutní fázi a nesnášenlivost anestetika. Před provedením EKT musí být pacient dostatečně informován a s výkonem musí souhlasit, nutno podepsat informovaný souhlas. Výjimka však nastává

v případě, kdy je pacient v natolik závažném stavu, že je EKT indikována z vitální indikace. Pokud je to možné, tak je dobré o rizicích, výhodách a důvodech EKT informovat nejen pacienta, ale i rodinu (Dušek, 2010, s. 567).

1.1.6.3 Psychoterapie

Psychoterapie se řadí mezi samostatný obor, který se zaměřuje na cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta. Úkolem psychoterapeuta je pomoci pacientovi překonat jeho problémy, podpořit jeho sebepoznávání a naučit ho seberealizace. Dále se starají o lidské záležitosti jako je život, vztahy, pravda a naplnění. Psychoterapii lze rozdělit podle forem a prostředků. Formou je myšleno základní uspořádání terapie, může se jednat o psychoterapii individuální, skupinovou či společenství. Mezi prostředky se řadí konkrétní metody, způsoby a postupy, díky kterým dosahujeme požadovaných výsledků, jedná se o psychoterapeutický rozhovor, psychodrama, psychogymnastiku a relaxační metody (Dušek, 2010, s. 337).

Formy psychoterapie

V psychoterapii se jedná především o záměrné působení psychoterapeuta na pacienta. Cílem psychoterapie je pomoci pacientům najít sebe sami a lépe se vyrovnávat s problémy běžného života. Tato forma terapie může probíhat v mnoha formách. Může se jednat o terapii během pacientovi hospitalizace, ambulantní či docházkovou terapii nebo terapii v rámci denních stacionářů. Psychoterapii lze také rozlišit na individuální a skupinovou (Dušek, 2015, s. 337).

Individuální psychoterapie: jedná se o nejčastěji využívanou metodu terapie v praxi. Vlivem chování terapeuta, jeho osobnosti, orientace a způsobu práce vzniká mezi ním a klientem velice intenzivní vztah, který je asymetrický. Asymetričnost může být různě velká, ale v průběhu terapeutického procesu se ve většině případech zmenšuje. V individuální terapii je nesmírně důležitá vzájemná interakce a komunikace, která je ovlivňována jak ze strany terapeuta, tak i ze strany klienta, vedoucí úlohu má však na starosti terapeut. Při terapii je možné využít dvojího uspořádání, v prvním případě sedí psychoterapeut a klient naproti sobě tak, aby bylo možné vyhnout se přímému očnímu kontaktu, to je dobré pro lepší přemýšlení, introspekci a soustředění. V druhém případě klient leží na lehátku a terapeut sedí vedle něho tak, aby mohli udržovat oční kontakt, toto uspořádání lze také využít při relaxačních a imaginačních cvičeních. Při individuální psychoterapii je také možné pracovat s klientem za přítomnosti jiných osob. Tyto osoby do terapie ale nijak nezasahují, pouze přihlíží, pokud terapeut nežadá jinak. Přítomnost více osob může zintenzivnit nebo naopak zbrzdit psychoterapeutický proces (Vymětal, 2010, s. 75).

Skupinová psychoterapie: ve skupinové terapii máme dvě možnosti jak skupinu utvořit, a to buď přirozeně, kdy se členové dobře znají a žijí spolu i mimo terapii, jedná se především o rodiny či partnery, nebo uměle vytvořenou, která je sestavena z klientů, kteří se vzájemně neznají. Při tvorbě terapeutických skupin máme několik možností uspořádání. Skupiny lze sestavovat podle věku, pohlaví, zdravotních obtíží či dovedností. Také počet členů je variabilní, u dětských skupin se doporučuje maximálně šest členů ve skupině, kdežto u dospělých je to až patnáct členů. Typické upořádání pro skupinovou psychoterapii je sezení v kruhu, ať už na židlích, polštářích či jiných podložkách tak, aby na sebe všichni viděli. Skupiny mohou být interakční (zaměřující se na právě probíhající děje), tematické (probírá se určité téma) a biografické (životopisné, probírání vztahů, osobností). Dále se dají dělit na uzavřené, kdy skupinu tvoří po celou dobu léčebného procesu stejní lidé a otevřené, kde se pacienti v průběhu času mění. Psychoterapii lze provádět ambulantně, formou denních stacionářů nebo úplnou hospitalizací (Vymětal, 2010, s. 77).

Léčebné společenství: neboli léčebná komunita je ucelený léčebně rehabilitační systém, který se zaměřuje na člověka jako na bio-psycho-sociální bytost. Terapeutické společenství je organizováno úplně jiným způsobem, než tomu bylo u klasické skupinové psychoterapie. Ustupuje se zde od typického vztahu mezi pacientem a terapeutem, v terapeutické komunitě jsou stanovena jasná pravidla, včetně kompetencí terapeuta na léčbu, ta je však pacientům spíše jen doporučována, nabízena a odůvodněna. Komunita spočívá v tom, že si pacienti zvolí svého zástupce, který má za úkol komunikovat s personálem. Komunikace probíhá obvykle každé ráno na pravidelných sezeních, řeší se zde různé problémy, plánuje se denní program a vítají se noví pacienti. Komunita a personál tak mají rovné pozice a o řešení záležitostí probíhá hlasování. Tento typ psychoterapie je pro personál značně náročný a je zde nebezpečí vzniku „pseudodemokratické manipulace“, kdy pacienti rozhodují o věcech místo personálu (Dušek, 2010, s. 362).

Prostředky psychoterapie

Psychoterapeutický rozhovor: terapeutický rozhovor je méně strukturovaný než rozhovor anamnestický. V tomto rozhovoru má pacient větší prostor pro svá sdělení, která se týkají tělesných i duševních obtíží, ale i jiných problémových situací. Rozhovor je pro obě strany značně náročný, od pacienta se očekává aktivita spojená s otevřeností a důvěrou k terapeutovi, který se často dotýká pacientova soukromí. Od něho se naopak očekává upuštění od autoritativní role. Při rozhovoru se vracíme k významným životním událostem a k jejich prožívání, zároveň se snažíme přijít na to, jak tato situace člověka ovlivňuje v současném

životě, zda je jedinec nejistý, bezradný, úzkostný, přetížený a pomoci mu tak situaci lépe porozumět (Beran, 2010, s. 69).

Psychodrama: je základní, ale velice náročná terapeutická metoda, která využívá k řešení problémů představování rolí jako v divadle. Jde o to, aby byl člověk schopen utvořit si vlastní zkušenosti v jiných rolích, a zjistit tak vlastní předsudky, zábrany a jiné psychické obtíže. Velice důležité je, aby terapeut vedoucí psychodrama znal podrobně celou situaci a role, které se budou hrát. Účastníkům dramatu je přidělena určitá role a jejich úkolem je se do role co nejvíce vžít a dokázat ji interpretovat. Všimáme si, jak klienti pracují s mimikou, gesty, myšlenkami, vlastními představami a schopností empatie. Hraním dostává klient od ostatních členů zpětnou vazbu v podobě popisu toho, co cítil a na konci celého psychodramatu si účastníci sdělují své poznatky a pocity, které v nich hraní vyvolalo. To vše pod vedením zkušeného terapeuta (Machová, 2012).

Psychogymnastika: tato psychoterapeutická metoda je v České republice spojována se jménem psycholožky H. Junové (1937) a psychiatra F. Knoblocha (1916). Jedná se o skupinovou terapii, která je čistě neverbální, ale po jejím ukončení následuje skupinový rozhovor. Metoda je časově dost náročná, protože jenom samotné psychodynamické cvičení trvá šedesát až devadesát minut a následný rozhovor minimálně dalších šedesát minut. Průběh terapie je tvořen čtyřmi částmi, a to rozehráním, pantomimou, uklidňující částí a závěrečným rozbořem. Zapotřebí jsou také dva terapeuti, kdy jeden z nich vede celou terapii a druhý má za úkol zapisovat neverbální projevy pacientů, kterých si během terapie všiml. To je nezbytně důležité z toho důvodu, že neverbální komunikace (gesta, mimika, pohyb apod.) je člověkem velice těžko ovlivnitelná a člověk tak o sobě velice hodně prozradí (Vymětal, 2010, s. 85).

Relaxační metody: tyto metody slouží především k navození klidu, uvolnění a uvědomění se. Velice dobře působí u lidí s psychosomatickým onemocněním a u neuróz, protože má anxiolytický účinek. Zprvu bývají řízené odborníkem, ale při osvojení technik může člověk relaxovat i sám. Mezi nejčastější relaxační metody patří: autogenní trénink, progresivní svalové uvolnění, meditace a biologická zpětná vazba (Vymětal, 2010, s. 86).

- **Autogenní trénink:** psychické napětí, napětí kosterního svalstva a aktivace vegetativních soustav spolu velice úzce souvisejí, proto při snížení napětí v kosterním svalstvu dojde ke snížení psychického stresu a k změně funkce vegetativně inervovaných orgánů. Trénink je tvořen z několika sérií cviků, které jsou zaměřeny na koncentraci a relaxaci, důležité je však pravidelné a opakované cvičení, nejlépe deset

minut každý den. Mezi základní cviky řadíme: 1. nácvik tíhy, 2. cvičení tepla, 3. regulace srdeční činnosti, 4. soustředění se na dech, 5. regulace břišních orgánů, 6. soustředění se na oblast hlavy (Schultz, 2019, s. 18-21).

- **Progresivní svalové uvolnění neboli Jacobsonova progresivní relaxace:** se od autogenního tréninku liší tím, že využívá procesu uvolňování po předchozím úmyslném navození napětí svalových skupin. Člověk se během šesti lekcí učí uvolňovat svaly od paže, předloktí, prstů na ruku, až po prsty na nohou a postupně dokáže rozeznat pocit napětí a uvolnění po celém těle (Vymětal, 2010, s. 87).
- **Meditace:** slovo meditace v překladu znamená „rozjímání“, jde o spojení tělesných a duševních cvičení, které člověka zbavují všech myšlenek a soustřeďuje se pouze na jeden objekt, a tím dochází k uvolňování organismu (Vymětal, 2010, s. 87).
- **Biologická zpětná vazba (bio-feedback):** jedná se o psychoterapeutickou metodu biologické zpětné vazby za pomoci technických pomůcek. Podle typu použitého přístroje můžeme snímat optické nebo jiné signály určitých tělesných procesů, např. kolísání krevního tlaku podle křivky nebo podle změny tónu či intenzity světla žárovky, srdeční činnost podle změny rytmu dechu a měření teploty kůže jako indikátor rozšířených cév. Během této terapeutické metody se pacient snaží regulovat svůj stav tak, aby dosáhl správných hodnot, o kterých je v průběhu celého cvičení plně informován (Ptáček, 2017, s. 29).

Další metody v psychoterapii:

- **Muzikoterapie:** je metoda vhodná pro každého jedince, ať už se jedná o dítě, onkologicky, psychiatricky či neurologicky nemocného člověka až po seniora trpícího stařeckou demencí. Muzikoterapie je celostní metoda působící komplexně na psychickou, emoční, duševní, duchovní, energetickou i tělesnou stránku člověka. Komplexní jsou i její účinky, a to jak ty pozorovatelné (rychlé zklidnění, uvolnění napětí, postupná relaxace), tak i ty měřitelné (zpomalení dechu a srdeční činnosti, ustálení krevního tlaku). Důležité je však zvolit správnou hudbu, která má být na buněčné úrovni organismu a harmonizovat tak zcela přirozeně celé lidské tělo. Muzikoterapie může být pasivní, kdy člověk hudbu jen poslouchá a aktivní, která je vedena vlastní hudební produkcí jedince (Holzer, 2012, s. 11-13).

- **Arteterapie:** jedná se o léčebný postup, který využívá výtvarnou tvorbu. Cílem této metody je především poznávání a ovlivňování lidské psychiky, redukci psychických obtíží a konfliktů v mezilidských vztazích. Což má pozitivní vliv na podporu zdraví a podporu léčebného režimu. Arteterapii lze provádět dvěma způsoby, a to buď samotnou výtvarnou činností neboli terapií uměním, nebo artpsychoterapií, kdy jsou výtvary jedince dále psychoterapeuticky zpracovávány. Metoda může být vedena individuálně nebo formou skupinové terapie (Potměšilová, 2014, s. 77-78).
- **Taneční terapie:** jde o psychoterapeutické využití tance a pohybu, při kterém dochází ke kreativnímu zapojení jedince do procesu, který podporuje emoční, kognitivní, sociální a fyzickou integraci jedince. Smyslem terapie není učit člověka určité pohyby či kroky, ale podpořit jedince, aby pomocí neverbálních projevů, emocí a vlastní osobité „choreografie“ dokázal vyjádřit své vnitřní pocity a prožívání. Díky tomu dochází k uvolnění, vyjádření kreativity, sebepoznávání a seberozvoji (Dosedlová, 2012, s. 80-84).

1.2 AMPUTACE DOLNÍ KONČETINY

Následující část je zaměřena na definici amputace, její indikace, typy, urgentní předoperační přípravu, samotný výkon a možné komplikace. Dále jsou zde popsány specifika pooperační péče, rehabilitace a protetika.

1.2.1 Definice amputace

Dungl (2014, s. 117) definuje amputaci jako odstranění periferní části těla včetně krytu měkkých tkání s přerušením skeletu. Následkem odstranění periferní části dochází k funkční nebo kosmetické změně s možností následného protetického ošetření.

Dále se můžeme setkat s pojmem exartikulace a resekce. Exartikulace se od amputace liší tím, že k odstranění periferní části těla dochází v linii kloubu, kdežto u resekce dochází k odstranění interkalárního segmentu, ale jen s částí měkkých tkání, a tento defekt může být lokálně nahrazen. Ve všech třech případech se jedná o tak zvané rekonstrukční výkony, jejichž cílem je snížit závažnost onemocnění anebo funkčního postižení a dosáhnout tak návratu lokomoce nebo částečné funkce (Dungl, 2014, s. 117).

1.2.2 Indikace amputací

Indikace k amputacím se dnes oproti minulosti značně zúžily, stále je to však velice radikální krok, kdy je potřeba snížit riziko vlastní operace na minimum. Velice důležitou roli zde hraje nutriční stav pacienta a kauzální léčba případné infekce. Hájek (2015, s. 222) popisuje těchto 6 nejčastějších indikací:

1. Traumata končetin neslučitelná s jejím zachováním.
2. Infekce – ohrožení života sepsí, jejíž příčina je v poraněné končetině.
3. Neřešitelné cévní poranění, či selhání cévně-chirurgického zákroku s následnou ischemií končetiny.
4. Nekrózy způsobené popáleninami třetího a čtvrtého stupně, omrzlinami či jinými fyzikálními vlivy.
5. Zhoubné nádorové onemocnění.
6. Afunkce končetiny.

Pro snadnější posouzení možnosti záchrany končetiny a indikaci k amputaci bylo vytvořeno velké množství schémat a bodovacích systémů. Mezi nejužitečnější schéma se řadí MESS skóre (magled extremity severity score – rozsah rozdrčení končetiny). Toto schéma bylo ověřeno jak

retrospektivními, tak i prospektivními studiemi. Hodnotí se zde postižení podle energie úrazového mechanismu, tlaková stabilita pacienta, ischemické postižení a věk pacienta. Skóre sedm bodů a více značí amputaci jako konečné řešení, kdežto šest a méně bodů dává předpoklady k záchraně končetiny. Nejdůležitější je však klinická zkušenost a perioperační nálezy, jelikož zejména u polytraumat mohou časově náročné výkony pro záchranu končetiny způsobit celkové selhání organismu, a tak se amputace může stát život-zachraňujícím výkonem (Dungl, 2014, s. 119).

1.2.3 Typy amputací

Typy amputací můžeme rozdělit podle techniky operačního zákroku a podle výšky. Rozlišujeme u nich také různé druhy technik možného operačního zákroku. Patří k nim například:

Gilotinové (cirkulární) amputace: ty se původně prováděly jako jednoduché cirkulární oddělení končetiny jedním řezem bez použití anestezie, kdy se krvácení stavělo zaškrcením pahýlu nebo ponořením do horkého oleje. Poté se provedla náplast'ová kožní trakce, kdy při její správné aplikaci nebyla potřebná následná revize a sutura rány. V dnešní době se však gilotinová amputace provádí tak, že se nejprve cirkulárně přeruší kůže, po její retrakci se přeruší svaly s podvazem cév a ošetřením nervů a následně se po jejich rektarci přeruší i skelet. Podle stavu pahýlu je nutná konečná úprava, která umožní dobré protézování. Konečnou úpravu pahýlu můžeme provést reamputací, revizí pahýlu či plastickou úpravou (Dungl, 2014, s. 117).

Laloková amputace: jedná se o platný a standardní operační výkon, který také prošel určitým vývojem a je možné ho provádět jak uzavřenou, tak i otevřenou technikou. U uzavřené amputace je důležité zaměřit se především na tenodézu přerušených svalů vedoucí ke zlepšení funkce a správnému tvaru pahýlu. Otevřená amputace je poněkud složitější. Dnes se nejčastěji využívá technika invertovaných kožních laloků, kdy se provádí buď symetrické nebo asymetrické založení laloků s následným překlopením a dočasným přešitím přeložených ploch k sobě. Samotný pahýl je pak překryt mastným tylem a je naložena náplast'ová kožní trakce. V průběhu následujících dvou týdnů se provádí pravidelné převazy pahýlu a po vytvoření granulační plochy je možná primární sutura po uvolnění a rozbalení těchto laloků. U tohoto typu amputací se musí dopředu naplánovat přesné umístění laloků měkkých tkání tak, aby mohlo dojít k odstranění patologické tkáně v plném rozsahu. Při zákroku musí dojít také k dostatečnému překrytí skeletu měkkými tkáněmi tak, aby mohlo dojít k správnému vymodelování pahýlu do kónického tvaru (Dungl, 2014, s. 118).

1.2.3.1 Rozdělení dle výšky amputace

Výše amputace se vždy odvíjí od aktuálního posouzení stavu pacienta, pokročilostí základního onemocnění a chirurgických možností. Rozhodující jsou však tyto dva faktory: cirkulace krve ve zbylé části končetiny a možnost protézování. Na dolní končetině rozeznáváme následující amputace dle výšky (Janíková, 2013, s. 215).

Amputace prstu: ta se nejčastěji provádí u diabetiků a dochází zde k odstranění prstů a zánártí nebo odnětí prstu s metatarzální hlavičkou, popř. dvou sousedních prstů (Janíková, 2013, s. 215).

Transmetatarzální amputace: neboli řez v nártu. Indikací pro tento typ amputace je gangréna více než dvou prstů. Podmínkou je však ohraničená infekce a zdravá plantární kůže, z které se vytvoří plantární lalok. Pro pacienty po takovémto zákroku je možné vyrobit speciálně upravenou obuv jako protetickou pomůcku (Janíková, 2013, s. 215).

Amputace v Chopartově kloubu: tato metoda se z důvodu ztížené následné rehabilitace příliš neprovádí, protože dochází k nevyváženosti činnosti svalů na noze (Janíková, 2013, s. 215).

Symeova amputace: provede se exartikulace v kotníku, kdy se zbylé kosti ohlazují, aby nezpůsobovaly otlaky. Indikována je v případech, kdy gangréna zasahuje za úroveň metatarsů, ale nepostihuje patu a nejsou zde přítomny trofické změny v oblasti kotníku. Stejně tak jako předchozí typ amputace se ani tento již často neprovádí (Vodička, 2014, s. 266).

Amputace v bérci: nebo také transtibiální amputace je označována jako nejčastěji prováděný typ amputace u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin. Zároveň je také mnohem lépe snášen než amputace ve vyšších částech dolní končetiny a většina nemocných se postupem času naučí samostatně chodit (Janíková, 2013, s. 215).

Exartikulace v kolenním kloubu: nejedná se o příliš často indikovaný způsob amputace, protože je zde kladen důraz na vytvoření pevného, nosného pahýlu. Pokud je to ale možné, tak se více preferuje tento způsob, před vysokou amputací ve stehně, a to především kvůli snadnější rehabilitaci (Janíková, 2013, s. 215).

Amputace nad kolenem (transfemorální amputace): se provádí ve třech úrovních. Nad kondyly, na hranici střední a distální třetiny a na hranici proximální a střední třetiny stehenní kosti. Čím vyšší amputace, tím obtížnější je následná rehabilitace (Janíková, 2013, s. 215).

Exartikulace v kyčli: zcela výjimečně prováděný typ amputace, jehož indikací jsou nejčastěji nádorová onemocnění femuru či rozsáhlá infekce (Janíková, 2013, s. 215).

Hemipelvektomie: je extrémní výkon, při kterém se odstraňuje celá dolní končetina s přílehlou oblastí pánevní kosti a ke krytí se používá gluteální lalok (Dungl, 2014, s. 123).

Hemikorporektomie: k tomuto výkonu dochází jen ve zcela krajním případě, kdy je nutné odstranit celou dolní končetinu a celý pletenec pánevní i s kostí křížovou. Nezbytné je také stomické řešení trávicí a vylučovací soustavy a speciální protetické pomůcky, které mají vyvažovací funkci (Dungl, 2014, s. 123).

1.2.4 Příprava pacienta k urgentní operaci

Příprava pacienta k urgentní operaci je náročná, a to především z hlediska nedostatku času a informací o pacientovi, bezprostředního ohrožení člověka na životě a vysokými bolestmi jež pacient pociťuje. Z tohoto důvodu je zde i větší riziko vzniku komplikací. Urgentní předoperační příprava zahrnuje statimové odběry biologického materiálu (krevní obraz, biochemie krve a moči, krevní skupina a Rh faktor), přípravu operačního pole (odstranění hrubých nečistot), vyjmutí zubní protézy, zajištění žilního vstupu, úschovu cenností a případné zavedení nasogastrické sondy k odsátí žaludečního obsahu (po konzultaci s lékařem). Kontraindikaci představuje celková koupel pacienta a očistné klyzma (Čoupková, 2010, s. 36).

1.2.5 Technika amputačního výkonu při traumatu končetiny

Před samotnou amputací se provede angiografie cév poraněné končetiny, která zobrazí míru cévního poranění a usnadní tak rozhodování o vlastním výkonu. Kožní řez je nutné provést ve vitální tkáni, a to co nejdílněji. Při výkonu se operátor snaží zachovat co nejvíce zdravé tkáně s vytvořením co nejdelšího amputačního pahýlu, protože zde musí počítat s tím, že se nemusí jednat o definitivní operační výkon. Základem je odstranění veškerých neživých tkání a zachování důkladného debridementu rány. Následuje tzv. vysokoobjemová iritace, což je výplach rány velkým množstvím krystaloidů. Poté se podvazují cévní svazky a nervy. U přetínání nervů je zapotřebí velká obezřetnost, nerv se musí přetnout co nejproximálněji, aby byla možná retrakce nervu hluboko do měkkých tkání. Hlavní nervy je možné podvázat. Dalším krokem je protnutí kosti a odstranění dřevné dutiny s kostní dřeví, což zabrání regenerační kostní tvorbě. Kost se musí protnout tak, aby bylo možné její překrytí měkkými tkáněmi a nedošlo k poškození okostice. Laloky překrývající kost se nikdy nesmí primárně sešít. Po 24-48 hodinách se provádí další chirurgický výkon, při kterém je nutné znovuzhodnocení stavu měkkých tkání, dokončení debridementu neživých tkání a následné čištění úrazové rány. Před definitivní suturou se ještě provede kožní trakce, a to pomocí náplast'ové fixace a elastické bandáže (Hájek, 2015, s. 223).

1.2.6 Komplikace amputací

Pro účinnou prevenci komplikací po amputaci dolní končetiny je velice důležitá správná indikace výše amputace a šetrný, rychlý operační výkon. Důležitou roli zde hraje také následné protetické vybavení, rehabilitace, reedukace a v některých případech také psychiatrická či psychologická konzultace. Mezi nejčastější komplikace patří: hematoma – jako prevence se zde používá drenáž rány, kožní nekróza – do 0,5 cm se ponechává ke granulaci, dehiscence rány – zde je potřebná revize, nekrektomie, resutura rány, gangréna pahýlu – nutná reamputace v proximálnější části končetiny, dále může dojít ke vzniku otoků, kloubních kontraktur pahýlu a fantomovým obtížím (Dungl, 2014, s. 120).

Mezi fantomové obtíže řadíme fantomové pocity a bolesti. Fantomové pocity jsou definovány jako bezbolestný jev, který se vyskytuje u většiny lidí po amputaci a představuje cítění chybějící končetiny. Kdežto fantomové bolesti jsou výraznější a pacient v tomto případě cítí bolest chybějící končetiny, neznamená to však, že každý, kdo prodělal amputaci pocíval tento typ bolesti. Fantomová bolest se nejčastěji objevuje do prvního týdne po amputaci, ale může se objevit i později. Bolest je buď trvalá, nebo se střídá s klidovou fází a lidé ji popisují jako střelbu, bodání, pálení, mravenčení, drcení nebo křeče. Častěji se vyskytuje v případech, kdy pacient pocíval silnou bolest i před amputací, což je způsobené fyzickou pamětí předamputační bolesti v dané oblasti. Dále se může jednat o poškození nervových zakončení či zjizvení poškozené tkáně. Dříve se lékaři domnívali, že se jedná o psychologický problém, v dnešní době se však přiklánějí k názoru, že tyto skutečné pocity pocházejí z mozku a míchy. Nejčastějším řešením fantomových bolestí je užívání léků (Mayo Clinic, 2020).

1.2.7 Specifika pooperační péče

Uložení pacienta po amputaci závisí na výši amputace a celkovém zdravotním stavu. Při odstranění prstu v lokální anestezii je možné pacienta uložit na standardní chirurgické oddělení. V případě, kdy je nutná vysoká amputace, tak by měl být pacient v pooperačním období uložen na jednotce intenzivní péče, popřípadě na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. V bezprostředním pooperačním období je nezbytná kontrola vitálních funkcí (krevní tlak, pulz, dech, tělesná teplota, saturace), dále také stav vědomí a bolest. Ta je zprvu tlumena působením anestetik, po jejich odeznění je však nutné sledovat a zaznamenávat její intenzitu, lokalizaci, charakter a aplikovat analgetika dle ordinace lékaře. Důležité je také kontrolní vyšetření krevních hodnot (krevní obraz, biochemie) (Janíková, 2013, s. 218).

1.2.7.1 Péče o amputační pahýl

Péče o pahýl je velice důležitá, protože jeho funkčnost je nezbytná pro následné používání protetických pomůcek. První dny po operaci je pahýl oteklý, bolestivý a je z něho vyveden Redonův drén. Pokud se nevyskytnou žádné komplikace v podobě krvácení a prosakování vrchní vrstvy krytí, tak se první převaz rány provádí 2.-3. den po operaci, a pak pravidelně jednou denně. Drén se odstraňuje podle množství odváděného sekretu, a to nejčastěji 2.-3. pooperační den. Co se týče stehů, tak ty se ponechávají 14-21 dní a vytahují se většinou ve dvou fázích, tzv. „ob steh“. Amputační pahýl je také důležité bandážovat. Bandážování se provádí do mírně konického tvaru nad blížký kloub a musí se zvolit správná šířka obinadla. A to tak, aby pacienta příliš nestahovala, nezařezávala se a byla mu co nejvíce pohodlná, protože ji musí mít přiloženou celých 24 hodin denně. K péči o amputační pahýl patří také promazávání jizvy neдрáždívními krémy, pokleповé masáže a otužování (Janíková, 2013, s. 218-219).

1.2.8 Rehabilitace a protetika

Rehabilitace po amputaci na dolní končetině

Léčebná rehabilitace hraje u ortopedických a traumatických poraněních nezastupitelnou roli. Nejedná se pouze o léčebný postup, ale i o prevenci. Včasná preventivní rehabilitace může ovlivnit funkční poruchy a zabránit tak některým ortopedickým onemocněním. U již vzniklých obtíží lze využívat jednotlivé terapeutické rehabilitační postupy, které vedou k zmírnění otoku, odstranění svalové nerovnováhy, zmírnění bolesti a uvolnění rozsahu pohybu, anebo dosažení maximální možné funkční kompenzace. Rehabilitační léčbou lze také zlepšit nebo zcela obnovit funkci operované části těla a současně tak ovlivnit celkovou kondici pacienta. Proto má léčebná rehabilitace velice zásadní význam také po operačních výkonech pohybového aparátu, ať už se jedná o páteř či klouby (Kolář, 2009, s. 411).

Kolář (2009, s. 533) uvádí, že amputace je velice výrazné somatické poškození spojené s poruchou integrity organismu, které postiženému způsobuje i psychické následky. K řešení stavu po amputaci je důležitá komplexní terapeutická péče, zahrnující poznatky z ortopedie, ortotiky, neurologie, terapie bolesti, psychologie, sociální a pracovní rehabilitace.

Rehabilitace po amputaci začíná hned první pooperační den, kdy za pacientem přichází fyzioterapeut, který pomocí různých rehabilitačních technik a pomůcek podporuje zvyšování svalové síly a zlepšuje celkovou kondici pacienta. To je velice důležité k následnému protézování. Pacient musí být nejprve schopen samostatného sedu. Po prokázání této schopnosti se pacient dále učí stoj na zdravé končetině s oporou. Dalším krokem je chůze o francouzských

berlích a následně francouzských holích. Po zhotovení první protézy, která bývá dočasná se člověk nejprve učí stoj na protéze a přenášení váhy. Postupem času dochází k nácviku chůze, a to nejprve na rovině, později v terénu, a nakonec musí pacient zvládnout chůzi i po schodech (Fejfarová, 2015, s. 211-218).

Protetika

Jedná se o obor technické ortopedie, který se zabývá léčbou pacienta pomocí zevně aplikovaných protéz, které nahrazují funkčně i kosmeticky chybící část těla. K jejich výrobě se dají použít jak přírodní (dřevo, kůže, hliník apod.), tak i umělé (tkaniny, termoplasty, silikony atd.) materiály. Aby se protéza co nejvíce podobala chybějící končetině a byla schopna nahrazovat její funkci v dostatečné míře, tak je při její výrobě důležité využívat vhodné materiály, které jsou dostatečně elastické. Protéza se skládá ze tří základních částí: pahýlového lůžka, pomocné části a periferie protézy. Správná kombinace těchto částí zajišťuje pacientovi komfort i optimální mechanické vlastnosti protézy (Gallo, 2014, s. 194).

Tvorba protézy je vždy individuální záležitostí. Její zhotovení musí vyhovovat všem potřebám pacienta a přizpůsobit se tak nejenom jeho fyzickým předpokladům, ale i předpokladům týkajících se jeho profesního vzdělání, zálib, sportu, ale i psychické a mentální stránky člověka. Důležité je také správné načasování, kdy pacienta protézou vybavit, protože předčasné zatěžování amputačního pahýlu může vést k řadě komplikací. Není vhodné začít používat protézu do té doby, než se zcela zahojí amputační pahýl, což trvá minimálně šest týdnů, operační jizva musí být klidná, bez přítomnosti krust, fistulací a retencí. Dále je potřeba zhodnotit celkový stav pacienta. Nejenže by měl být dobře psychicky laděný, ale měl by na tom být dobře hlavně po fyzické stránce, aby byl schopen chůze o francouzských holích (Dungl, 2014, s. 97).

Typy protéz na dolní končetině:

- Protetická chodidla – se svojí stavbou využívají především při stoje a chůzi. Jejich stavbou a typem použitého materiálu je lze rozlišit na protetická chodidla pevná a dynamická.
- Protetické kolenní klouby – se uplatňují po amputaci v kolenním kloubu a výše, kdy je nutné zajistit stabilitu ve fázi stojné, ale i fázi švihové tak, aby byl možný pohyb bérce. Protetický kolenní kloub má složitou pohybovou funkci, proto rozeznáváme klouby jednoosé, dvouosé a polycentrické.

- Protetický kyčelní kloub – tento typ protézy je určen pacientům po exartikulaci v kyčelním kloubu, hemipelvektomii a u krátkých pahýlů ve stehně. V dnešní době se nejčastěji používá kyčelní kloub „kanadského typu“. Kloub se umístí do funkční osy protézy tak, aby funkční uspořádání umožňovalo pacientovi pohodlnější sezení a při chůzi ho to nenutilo končetinu cirkumdukovat (Dungl, 2014, s. 98-100).

2 VÝZKUMY NA PODOBNÉ TÉMA

V roce 2016 byl autorem Surkiti Brutani vytvořen výzkum na podobné téma, a to konkrétně na „**Život s amputací: Úzkost a deprese souvisí**“. Studie byla zaměřena především na posouzení vlivu traumatické amputace na duševní zdraví pacienta. Respondenty byly tedy lidé, kteří podstoupili traumatickou amputaci. Každý z účastníků po informovaném ústním souhlasu obdržel předem otestovaný polostrukturovaný dotazník, který obsahoval dvě části. První část byla zaměřena na sociálně-osobní informace a informace týkající se zdravotního postižení od pacienta, druhá část obsahovala stupnici úzkosti a deprese v nemocnici (HADS). Výsledky studie jsou následující: průměrné skóre úzkosti a deprese bylo $9,10 \pm 5,7$, respektive $3,44 \pm 3,42$. Výsledky byly ovlivněny několika faktory, jako například délkou původní hospitalizace, počtem hospitalizací, typem rodiny, vnímáním bolesti, optimismem. Hladinu úzkosti významně korelovala spokojenost s rehabilitací, kdežto úroveň deprese korelovalo pouze vnímání bolesti. Závěrem studie je vysoká míra možnosti výskytu psychosociálních obav, které je třeba řešit a zajistit tak lepší kvalitu života (Surkiti, 2016).

Dalším výzkum na podobné téma byl vypracován v roce 2016 autorem článku PS Mckechniem, název jeho studie je „**Úzkost a deprese po traumatické amputaci končetin: systematický přehled**“. Cílem této studie bylo zjistit souvislost mezi traumatickou amputací dolní končetiny a úzkostí a depresí. Data byla shromažďována od roku 2012 a byla provedena rešerše dostupných databází včetně Medline, Cochrane, Embase. Pro výzkum byla stanovena následující kritéria výběru: randomizované kontrolní studie, observační studie nebo recenze, které splňovaly kritéria pro zařazení, vyloučení a kvalitu. Výsledkem studie je, že úroveň úzkosti a deprese po traumatické amputaci jsou významně vyšší než v běžné populaci. Všechny zkoumané studie prokázaly vysokou prevalenci úzkosti a deprese u posttraumatických amputovaných osob (PS Mckechnie, 2016).

Výzkum z roku 2016 vytvořen David J. Tennentem s názvem „**Charakterizace postižení následkem traumatické amputace kolene a transfemorální oblasti**“ kdy byl proveden retrospektivní přehled všech transfemorálních a kolenních amputací, které podstoupili příslušníci vojenské služby USA od 1. října 2001 do 30. července 2011. V studii byly dotazovány údaje z registru úrazů ministerstva obrany, aplikace longitudinální technologie zdravotnictví ozbrojených sil, interních lékařských záznamů a styčných úřadů rady pro fyzické hodnocení za účelem získání charakteristik souvisejících s údaji o trvalém úrazu, demografii, léčbě a výsledcích údajů o zdravotním postižení / duševním zdraví. Celkem bylo identifikováno

1631 amputací u 1315 pacientů. Z toho 37 přes koleno a 296 transfemorálních amputací. Pro dobrou analýzu bylo k dispozici 140 a 25 adekvátních záznamů amputací kolenního kloubu. Nebyly zjištěny žádné významné rozdíly v demografických informacích, mechanismech úrazu, počátečním skóre závažnosti úrazu nebo souvisejících úrazech, aby zahrnovaly kontralaterální amputace. Zároveň nebyl zjištěn ani významný rozdíl v průměrném hodnocení zdravotního postižení. Závěrem této studie je, že u osob po amputaci přes koleno se celkově objevuje vyšší úroveň výskytu poruch souvisejících s úzkostí a diagnostika duševního zdraví (Tennent, 2016).

Mansoor Imtiyaz se ve své studii s názvem **„Prevalence psychiatrických komorbidit v průřezové studii Traumatic Amputees-A z Kašmíru“** zabývá především dopadem na psychologické zdraví u jedince se ztrátou končetiny. Cílem studie bylo zjistit prevalenci psychiatrických poruch u amputovaných z ambulantní populace v různých sociodemografických proměnných. Metoda využitá v tomto výzkumu spočívala ve studování celkem 100 po sobě jdoucích případů amputace s následnou identifikací a diagnostikou podle kritérií DSM-IV pro psychiatrické komorbidity. Dále probíhala analýza epidemiologických a demografických údajů získaných z rozhovoru s respondenty, tím byla získána jednoduchá procenta. Nakonec byla vypočtena prevalence psychiatrických komorbidit a indikace pro amputaci. Z této studie vyplývá, že 45 % respondentů byli muži ve věkové skupině 15-30 let z venkovských oblastí, a z toho 81 % s nízkou mírou gramotnosti. 53 % amputací byla zapříčiněna nehodou motorového vozidla, po nichž následuje 21 % z probíhajících sociálně-politických narušení. Nejčastějším komorbidním psychiatrickým stavem byla depresivní porucha (63 %). U 40 % pacientů se projevil úzkostné poruchy, které zahrnovaly 20 % PTSD, 4 % jako subsyndromální PTSD, 10 % jako GAD a 6 % jako panická porucha (Mansoor, 2010).

Další výzkum s názvem **„Psychiatrické příznaky mužských traumatických amputací dolních končetin: asociace s neuropatickou bolestí, pohybovými schopnostmi a vnímáním obrazu těla“** prováděl v roce 2015 Dilek Durmus. Cílem studie bylo porovnat psychiatrické projevy u mužů s amputací dolní končetiny s neuropatickou bolestí a bez neuropatické bolesti a vyhodnotit vztah mezi výsledky a funkčním stavem a poruchami obrazu těla. Ve výzkumu bylo zkoumáno celkem 50 mužských traumatických amputací, z toho 27 mělo diagnostikovanou neuropatickou bolest a u zbylých 23 se neuropatická bolest neprojevila. Byly zaznamenány demografické údaje jako je věk, výška, hmotnost, doba trvání od amputace a podobně. Psychiatrické projevy byly měřeny pomocí Symptom Checklist-90-R, Beck

Depression Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index a další. Při porovnávání došlo k významným rozdílům v somatizaci, mezilidské citlivosti, depresi, úzkosti, hněvu, ... Závěrem této studie je, že kromě deprese a úzkosti se mohou po amputaci s neuropatickou bolestí vyskytnout i další psychiatrické potíže (Durmus, 2015).

Bakalářská práce „**Kvalita života nemocných po amputaci dolní končetiny**“ je zaměřena především na analýzu subjektivního prožívání změněné kvality života pacientem. Průzkum byl prováděn pomocí kvalitativního přístupu, konkrétně metodou polostandardizovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, kterého se zúčastnilo celkem 5 respondentů. Z průzkumného šetření vyplývá, že nikdo z pacientů aktivně nevyhledával odbornou psychologickou pomoc, všichni se situaci snažili zvládnout sami nebo s pomocí rodiny, která u většiny respondentů hrála nezastupitelnou roli (Angelová, 2013).

Lucie Němečková se v roce 2017 zabývala podobným tématem a cílem její práce „**Kvalita života pacientů před a po amputaci dolní končetiny**“ bylo zjistit, jaký vliv mají amputace na kvalitu života pacienta v jeho jednotlivých dimenzích. I v této práci byl použit kvalitativní sběr informací – rozhovor. Výsledkem práce je, že vnímání kvality života před a po amputaci je rozdílné, a to z toho důvodu, že přijetí amputace závisí na mnoha faktorech. Mezi tyto faktory patří příčina amputace, sociální podpora rodiny a přátel, uplynulá doba od amputace, možnost práce, začlenění do společnosti a možnost využití protetických pomůcek (Němečková, 2017).

Bakalářská práce z roku 2013, jejíž autorkou je Eva Šášková, také popisuje kvalitu života pacienta po amputaci dolních končetin. Autorka se zajímala především o změny v osobním a sociálním životě, a také o zvládnutí handicapu po psychické stránce. Průzkumné části se zúčastnilo celkem 6 respondentů, se kterými autorka vedla kvalitativní rozhovory. Tito respondenti se v době průzkumu nacházeli v léčebně dlouhodobě nemocných, takže jejich kvalita života byla ovlivněna v plném rozsahu a veškerý osobní i sociální život byl omezen pouze na prostory nemocnice. Co se týče psychické stránky, tak množina respondentů se s handicapem vyrovnala sama a nevyužila žádnou odbornou psychickou pomoc, pouze jeden z respondentů uvedl, že se s amputací ještě nesmířil (Šášková, 2013).

Další výzkum na téma „**Vliv amputace dolní končetiny na kvalitu života**“ prováděla Kateřina Vilímková v roce 2010. I tato práce byla vytvořena na základě kvalitativního průzkumu, jehož výsledky jsou založena na rozhorech s 5 respondenty, kteří prodělali amputaci dolní končetiny. Z provedených rozhovorů lze vyvodit, že amputace dolní končetiny má značný vliv na kvalitu

života. A to jak po stránce profesní, kdy respondenti nemohli nadále vykonávat své zaměstnání a nabídka práce pro handicapované není velká, tak i po stránce osobní, kdy jsou jedinci ovlivněny v oblasti koníčků a využití volného času (Vilímková, 2010).

3 PRŮZKUMNÁ ČÁST

Tato bakalářská práce je vytvořena na základě kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je charakterizován jako nenumerické šetření popisující sociální realitu. Jde o analýzu textů vedoucích k porozumění zkoumaných fenoménů. Cílem tohoto typu výzkumu je vytváření nových teorií a hypotéz a mezi nejčastější techniky sběru informací patří zúčastněné pozorování, nestandardizovaný rozhovor nebo analýza osobních dokumentů. Vzhledem k tomu, že jednotlivá fakta jsou zkoumána velice podrobně a do hloubky, tak získáváme poměrně velké množství informací od malého počtu jedinců. U kvalitativního výzkumu nerozhoduje o rozsahu dat výzkumník, nýbrž zkoumaná osoba podávající informace (Olecká, 2010, s. 33).

3.1 Stanovené cíle

Cíle:

1. Zjistit, co respondentům nejvíce pomohlo zvládnout psychickou zátěž spojenou s traumatickou amputací.
2. Zjistit, jak traumatická amputace pacienty ovlivnila v osobním životě.

Průzkumné otázky:

1. Udávají respondenti úzkost či depresi spojenou s traumatickou amputací?
2. Díky čemu nebo komu bylo pro pacienty jednodušší celou situaci zvládnout?
3. V jakých oblastech ovlivnila traumatická amputace život respondentů?

3.2 Přípravná fáze průzkumu

Přípravná fáze průzkumu probíhala od září do října 2020, kdy byl vytvořen návrh na rozhovor. Otázky do rozhovoru byly zvoleny na základě předem stanovených cílů a po pečlivém studiu základní literatury a uveřejněných článků s podobným tématem, které jsou blíže popsány v kapitole Výzkumy na podobné téma. První rozhovor probíhal s cílem předprůzkumu a tedy šlo o zjištění, zda jsou otázky vhodně zformulované a seřazené, tak aby celý rozhovor probíhal plynule. Jelikož nebyly zjištěny žádné nejasnosti, tak byl tento rozhovor využit i pro další respondenty. Samotné výzkumné šetření bylo prováděno v průběhu prosince 2020 a ledna 2021.

3.3 Průzkumný soubor

Průzkumný soubor tvořili lidé ze široké veřejnosti, kteří prodělali traumatickou amputaci dolní končetiny. Pro výběr respondentů byla stanovena dvě kritéria, a to věk nad 18 let a minimální uplynulá doba od úrazu 12 měsíců.

Tabulka 1 Přehled jednotlivých respondentů

| <i>Respondent</i> | <i>Uplynulá doba od úrazu</i> | <i>Doba trvání rozhovoru (minuty)</i> |
|-------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Respondent č. 1 | 509 dní | 22:52 |
| Respondent č. 2 | 29 let | 13:00 |
| Respondent č. 3 | 16 let | 8:38 |
| Respondent č. 4 | 31 let | 12:14 |
| Respondent č. 5 | 24 let | 24:29 |

Tabulka 2 Charakteristika respondentů

| <i>Respondent</i> | <i>Popis prostředí</i> | <i>Mé vlastní pozorování (charakteristika respondenta)</i> |
|-------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respondent č. 1 | Videohovor | Muž mladého věku, působí velice sympaticky a energicky. Je velice komunikativní a sdílný, na otázky odpovídá upřímně. |
| Respondent č. 2 | Videohovor | Žena mladého věku, velice milá a usměvavá. Vzhledem k věku, kdy se jí úraz stal nebyla schopna zodpovědět všechny otázky, jinak velice otevřená a plná motivace. |
| Respondent č. 3 | Videohovor | Muž mladého věku, působil opět velice sympaticky. Na otázky odpovídal ale spíše stručně a rychle. |
| Respondent č. 4 | Videohovor | Muž středního věku na mě působil nejméně otevřeně, na otázky odpovídal spíše stroze. Nicméně byl ochoten zodpovědět všechny otázky. |
| Respondent č. 5 | Sborovna ZŠ | Muž středního věku, velice komunikativní a sdílný. Ochoten probrat celou situaci do hlubších detailů. |

3.4 Sběr dat, realizace a organizace průzkumu

Hned při oslovení respondenta, zda by byl ochoten poskytnout rozhovor do této bakalářské práce mu byly poskytnuty základní informace o mé osobě, kde studuji a jaký obor. Následně byl každý seznámen s tématem bakalářské práce a průběhem rozhovoru. Rozhovory probíhaly v prostředí, které si zvolil sám respondent, ve většině případech byla využita možnost videohovorů. Před začátkem rozhovoru byli respondenti požádáni o souhlas s nahráváním, a pokud měli zájem, tak jim byly dopředu poskytnuty otázky. Vzhledem k tomu, že se jednalo o polostrukturovaný rozhovor, tak bylo možné podávat i otázky doplňující. Rozhovory byly nahrávány pomocí diktafonu a následně byly přepsány do písemné formy do programu Microsoft Word 365. Doba rozhovoru nebyla nijak časově omezena, nejdelší časové rozmezí však bylo do 25 minut.

3.5 Technika vyhodnocení dat

Při tvorbě této práce nejprve došlo k nahrávání zvukového záznamu z probíhajícího rozhovoru, a dále byla provedena doslovná transkripce do programu MS Word. Rozhovor nebyl nijak upravován do spisovného jazyka ani větné skladby. Po transkripci následovalo zpracování získaných dat v programu Atlas.ti. V tomto programu bylo provedeno otevřené kódování jednotlivých rozhovorů a posléze tvorba grafických sítí pro myšlenkové mapy. Pro vyhodnocení získaných dat byla zvolena metoda zakotvené teorie. V daném souboru nebylo však možné dodržet přesná pravidla této metody, proto byla snaha držet se základních aspektů, i když s jistými mezerami.

Metoda zakotvené teorie pochází z 60. let a řadí se mezi jednu z neznámějších metod, která byla vytvořena jako reakce na konkrétní problém vývoje teorie. Jde o to, vytvořit pomocí hledání výskytu relevantních materiálů novou teorii nebo hypotézu. Průzkumník se snaží nalézt vztahy, které jsou podloženy jistou pravidelností, při nichž se určité kategorie jedné proměnné vyskytují společně s kategoriemi jiné proměnné (Olecká, 2010, s.39).

4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Rozhovor byl tvořen celkem 9 předem stanovenými otázkami, ty byly obohaceny o otázky doplňující, které byly respondentům kladeny dle potřeby. Na základě odpovědí byly vytvořeny jednotlivé kódy, které jsou podrobněji rozepsány níže. Tyto kódy jsou slova nebo slovní spojení, které charakterizují zkoumaný problém ve větách či odstavcích. Celkem bylo vytvořeno 51 kódů, které slouží k podrobnému zkoumání daného jevu.

Prvním užívaným kódem je **příčina amputace**, jak již vyplývá z názvu celé práce, tak všechny amputace byly v tomto případě provedeny na základě traumatické události a amputace byla provedena jako život zachraňující výkon. Nejvíce zastoupeny byly dopravní nehody, ale pouze v jedné případě se jednalo o vlastní zavinění.

Uplynulá doba od úrazu, název kódu, který pojednává o období od úrazu až do dnes. Všichni respondenti měli od úrazu minimálně 12 měsíců tak, jak to bylo uvedeno v požadavcích. Nejdelší uplynulá doba je 31 let a nejkratší rok a půl. Zde lze hezky pozorovat, jak na celou situaci pohlíží člověk s delším odstupem času.

Dalším kódem je **1. myšlenka po probuzení**. Ve většině případech k amputaci došlo bezprostředně po nehodě, tudíž se pacient probudil a byl již bez končetiny, neměl tedy žádnou možnost se na situaci psychicky připravit. Reakce na tuto informaci byly různé, například: „Říkal jsem si „Ježíš Maria“, to už nikdy nevrátím, není to jako něco, co se vyléčí.“ nebo „První, co mě napadlo bylo, že už si nikdy nenajdu pěknou ženskou.“

Navazující kód nazvaný **přidružená zranění a vznik komplikací** úzce souvisí s příčinami úrazu. „Dostala jsem sepsi, respektive ten nákladní automobil, jak jsem ležela, tak on mě jako nesrazil, zachytil mě návěsem, takže mě od kolene po kotník sedřel veškerou svalovinu. Následovala záchranná akce v nemocnici, kromě nějakých vnitřních zraněních způsobených tahem, zachraňovali nohu, kdy mi vlastně odebírali žílu z druhé nohy, která byla zdravá a snažili se to dát tak nějak dohromady. S tím, že výhled byl takový, že ta noha stejně nebude funkční, protože nezbyla svalovina, vůbec nic a dostala jsem sepsi.“ Další uvedl „Bezprostředně po nehodě mi sebrali kotník, protože ten už nebyl opravitelný, takže jsem do měl zhruba 10 cm pod kolenem s tím, že se pokusí zachránit koleno, které bylo teda taky trochu polámaný, a ještě jsem měl otevřenou zlomeninu stehenní kosti. Takže jsem měl na sobě lešení (zevní fixátor) a 13 dní jsem bojoval o to koleno, aby se zachránilo a 13. den přišel doktor, že se tam dělá infekce, proběhla trombóza, takže to odumírá, a že to musíme amputovat nad

kolenem. Takže to byla taková tvrdá zpráva, protože na to koleno jsem se docela spoléhal a upínal.“

Následně u všech respondentů došlo k **finálnímu zákroku – vysoké amputaci ve stehně**, což je název dalšího kódu. Jeden z respondentů dokonce prodělal vysokou amputaci obou dolních končetin. „*Hodně vysoká amputace ve stehně, a to na obou dolních končetinách.*“

Dalším kódem je **žádná nabídka psychické pomoci**, ačkoliv se jedná o velice psychicky náročnou životní situaci, tak 4 z 5 respondentů žádná psychická pomoc nabídnuta nebyla. Někteří uvedli, že se v tu dobu cítili natolik dobře, že ji ani nepotřebovali. „*Já jsem ji ani nepotřeboval, když to tak řeknu, tak mně k tomu stačily 2-3 dny, abych se s tím smířil.*“ Jiní naopak využili psychickou pomoc, až s odstupem času „*Navštěvoval jsem potom psychiatricku a podílel jsem se díky tomu na vybudování hospice v Chrudimi, že jsem ještě tak jako rozdával to, co ve mně bylo navíc. Měl jsem nějaké konzultace, ale nebylo to nic intenzivního.*“ Což bylo označeno jako samostatný kód s názvem **konzultace na psychiatrii**. Jeden z respondentů dokonce udával **pocit viny** vůči své rodině. Měl pocit, že oni celou situaci zvládali hůře, než on sám a cítil se za to odpovědný. Další kód, který s tím bezprostředně souvisí byl pojmenován jako **nedostatečná péče o pacienta a rodinu**, kdy respondentka uvedla: „*Psychická pomoc v tehdejší době nebyla moc dobrá, nebo celkově ta péče o rodinu a pacienty, respektive ne dobrá, ale žádná.*“ Pouze jednomu z respondentů byla poskytnuta **nabídka psychické pomoci**.

Jak již vyplývá z teoretické části, tak psychiatrické poruchy jsou velice složité, těžko diagnostikovatelné a jejich léčba bývá obvykle poměrně dlouhá, u pacientů, kteří prodělali například posttraumatickou stresovou poruchu může dojít ke **kolísání psychického stavu a zhoršení psychické pohody**, což jsou názvy dalších kódů, kdy respondent popisuje změny psychického stavu v průběhu času. „*Já jsem byl v tu dobu asi dost naivní, jsem si říkal dobrý, oni mi dají protézu a všechno bude jako dřív. Ale pak jsem postupem času začal střízlivět, že už to nebude jako dřív, ani s tou protézou, ale to už si na to člověk postupně zvyká, okolí se přizpůsobuje.*“ U jiného z respondentů se vyskytlo **negativní myšlení**, respondent dokonce uvažoval nad otázkou života a smrti, následně však u něho došlo k **přehodnocení situace**, kdy si o všem promluvil s lékařem a rozhodl se žít. Nakonec došlo **ke smíření se s celou situací** a ke snaze o aktivní a plnohodnotný život.

Část teoretické části práce je také věnována výskytu fantomových obtíží v důsledku prodělání tohoto typu traumatu. Každý z respondentů potvrdil, že se u nich tyto potíže skutečně projeví, proto název dalšího kódu zní **četnost výskytu fantomových obtíží**, u každého se však

projevovaly jinak a v jiné míře. „*Já nemám vyloženě bolesti, ale třeba nervy cítím do teď. Jo, takže já, když se soustředím na to, že hýbu pravým palcem (pravou nohu nemám), tak normálně dokážu hýbat pravým palcem i ukazovákem, teď to trénuji. A to cítí mi vlastně nevymizelo, ale nikdy jsem neměla ty fantomovy bolesti, že bych to vnímala jako bolest.*“ Jiný uvádí, že „*Ze začátku jsem je měl, to jo, neříkám, že ne. Ale to bylo chvíli, teď už ne.*“

Dalším kódem souvisejícím s fantomovými obtížemi je **faktory ovlivňující fantomovy obtíže**, kdy jeden z respondentů popisuje „*Pomáhala na to fyzická aktivita a chodit v lůžku, takže přes den to bylo nějakým způsobem v pohodě, ale pak když jsem si večer sedl do gauče, tak se to všechno spustilo. Pak je hodně špatné, když si dám třeba alkohol, sladké, kávu nebo takové ty věci, které rozproudí krev. Takže každé sladké i alkohol, které mám moc rád si vždy dobře rozmyšlím, jestli mi to za to stojí.*“ Respondenti se však schodují na **zlepšení problému s odspupem času**, což je další název kódu.

Nezbytnost pomoci od okolí a dobrý postoj rodičů, kódy vyskytující se u většiny respondentů potvrzují, že se skutečně jedná o velice psychicky, ale i tělesně náročnou situaci, kdy je zapotřebí podpora další osoby nebo osob. „*Já myslím, že určitě ne. Že na tom nejsem tak dobře, abych to všechno zvládl sám.*“ Další uvádí, že „*Člověk po amputaci není schopen si něco oběhat. Já jsem byla třeba dost překvapený... mně to uřízli nad tím kolenem a po 7 dnech po té operaci jsem šel domů. Což je šílený, protože málo kdo je zvyklý žít o berlích, natož ze dne na den. Nemá na to připravenou domácnost, musí si nakoupit, dneska už jsou teda věci jako Košík a Rohlík, ale stejně je spousta věcí, kdy bez rodiny a přátel by to prostě nešlo.*“ Proto název dalšího kódu – **těžké začátky**. Těžké začátky jsou úzce spojené i se znovu **zařazením do běžného života**, respondentka zde popisuje právě dobrý postoj rodičů a podporu k plnonodnotnému a aktivnímu životu. „*Takže jsem aktivně sportovala, plavala, lyžovala. Vedli mě aktivně, jezdili jsme na výlety. To že jsem neměla nohu neznamena, že by mě zavřeli doma. Snažili se mi ukázat, že to jde i bez té nohy. To díky tomu jsem schopná žít normální běžný život.*“ U některých bylo potřeba, aby došlo k **drobným úpravám v domácnosti**, což je název dalšího kódu, kdy bylo potřeba u repondenta v bytě přidělat několik madel, které mu vytvořili větší oporu a bezpečnost v době, kdy končetina ještě nebyla natolik silná. Jeden z respondentů však na otázku, zda by se s celou situací dokázal vyrovnat i bez jakékoliv cizí pomoci odpověděl: „*Já asi jo.*“

Respondenti uvádí, že následkem zranění u nich došlo k **zásadní změně ve vztazích**, což bylo označeno jako samostatný kód. „*Tak co se týče vztahů, tak jsem čerstvě rozvedený, to s tím sice úplně nesouvisí, měli jsme problémy už před tou nehodou, ale tady to to urychlilo, hodně*

urychlilo. Že jsme si třeba nějakým způsobem uvědomili, že jsme dostali (když to řeknu pohádkově) druhou šanci, a že se chceme znovu zamilovat..., takže to je jedna velká zásadní změna.“ „Ve vztahu taky, před úrazem jsem měl přítelkyni, a po úraze ode mě odešla, takže se toho hodně změnilo.“ Dalším následkem zranění bylo **problémy navázat nové kontakty a snížení sebedůvěry** „V každém aspektu tvého života tě to nějako změní, třeba ve vztahu, kdy jsem znovu okusil randění, a je to takové, že si člověk bez té nohy moc nevěří, připadá si trochu méněcenný, což se pak odráží i v sexuálních životě. Je to nezvyk, člověk si tím musí asi párkrát projít, nabít důvěru sám v sebe.“

Respondeti byli dále dotazováni ve směru zaměstnání, zda bylo nutné následkem úrazu změnit zaměstnání, jak se k situaci stavěl zaměstnavatel a podobně. Někteří byli sice nuceni pracovní pozici změnit, takže došlo ke **ztrátě zaměstnání**, ale bylo to spíše z osobních důvodů, než z důvodu zaměstnavatele. Ty se k tomu naopak postavili velice pěkně, proto byl vytvořen kód **vstřícnost ze strany zaměstnavatele** „No, to mě hodně překvapilo. Já dělám kancelářskou práci, dělám marketing, takže se tady pro mě nic zásadního měnit nemuselo, ale i tak mi zaměstnavatel vyšel vstříc, že zařídili služební auto i s úpravou, takže mám předělané pedály, což je od nich úplně úžasný krok.“ Jeden z respondentů dokonce uvedl, že se mu díky zranění otevřely **nové možnosti a nabídky** „Dostal jsem nabídky na různá zaměstnání, než jsem nastoupil do školy, tak jsem dělal i v knihovně, takže mi lidi různě nabízeli pomoc. Sbirka Konto bariéry na protězu, takže přátelé na mě spontánně posílali peníze, takže já tohle všechno přijímal jako něco úžasného. Možná to zní kuriózně, ale mně to ten život obohatilo.“ Respondetka, které se stal úraz již v dětství byla dotázána, zda amputace ovlivnila její **volbu studia a zaměstnání**, její odpověď byla následující: „Jsou tady nějaké věci, kde jsem limitovaná, zároveň jsem ale vystudovala speciální pedagogiku a asi kdybych byla zdravá, tak bych speciální pedagogiku nestudovala. Studovala bych asi učitelství se sportem. Jako nevím, ale asi by to speciální pedagogika nebyla a neměla bych psychoterapeutický výcvik. Ale třeba bych se k tomu dostala časem, možná bych nedělala psychoterapii, ale dělala bych něco jiného, šla bych třeba pedagogickou cestou, ale jinam.“ „**Jako nevím, kde bych byla jinde, kdybych měla obě nohy a stalo se mi to v dospělosti, to nejsem schopná říct.**“

Dále jsme s respondenty rozebíraly duchovní stránku člověka a změnu životních principů. U každého z nich k určité „vnitřní“ změně došlo, každý to však vnímá úplně jinak. Někdo pociťuje **změnu priorit** „No spíš jsem si začal vážit toho co mám, jakože rodiny a kamarádů, pak toho zdraví a člověk to všechno přehodnotí. Předtím jsem hodně pracoval, honil peníze, a teď už to mám nastavené trošičku jinak, že jsou v životě důležitější věci.“ A u někoho došlo vyloženě

k prohloubení spirituality „Určitě, já jsem měl k spiritualitě blízko už dřív, ale je to prostě prohloubení. Viděl bych to jakoby, že je to přirozená mozaika, že ta cesta je v životě něčím dlážděná, a že tohle k tomu patří. Někdy se říká, že srze bolest se člověk dostává dál, že ho to posouvá a otvírá další komnaty na cestě a něco na tom určitě je. A vlastně i ten člověk, co mě našel řekl, že to bylo Boží vnuknutí, že mě našel, že vlastně vůbec neví, proč se vracel k tomu násypu. Takže tu moji spiritualitu to určitě prohloubilo.

Dalšími kódy jsou **omezení v běžných denních činnostech** kdy lidé, po prodělané amputaci pocítují, že chybějící končetina je poměrně dost limituje v běžných činnostech jako je například: „Přichází to třeba s narozením dětí, dřív to bylo třeba v pubertě, že nezvládnou tolik věcí, že se jim nevyrovnám fyzicky. Nemohla jsem třeba trávit s kamarády to, co oni prožívali, protože já jsem to prostě nezvládla. Vzhledem k tomu, že šli od někud někam, z nějakého bodu A do bodu B a pro mě to bylo daleko. Teď je to třeba ohledně malých dětí, kdy já je nedoběhnu na tom odrážedle, no prostě to nedám. A zase přijdou jiné věci, až budou zase starší nebo já budu starší a budou mi ubývat síly. Takže to vždycky znova přijde, akorát v jiné situaci, že ta noha prostě chybí nebo se to tam objeví a záleží, jak já to integruji, tu situaci.“ A **změna postoje k běžným denním činnostem**, kdy je člověk nucen mnohem více přemýšlet nad věcmi, které dělal před úrazem úplně automaticky. „Strašně mě to ale změnilo v tom, jak koukám na běžný činnosti, třeba jak bude vypadat, když budu chtít jít na houby, jak bude vypadat moje cestování, sport. Protože ještě do teď jsem nebyl schopen v té protěze běžet, protože ta noha to prostě ještě neukoriguje. A prostě strašně moc dalších věcí, které jsou pro normálního člověka běžný, chození do schodů nebo starání se o dítě.“

S čímž souvisí i následující kód **komplikace a změna myšlení v každodenních aktivitách**, kdy jeden z respondentů popisuje komplikace spojené s protézou. „Když si řeknu, že půjdu plavat, tak o tom musím přemýšlet, že jedna věc je, že půjdu plavat, další, že půjdu s protézou nebo jestli ji nechám doma, nebo jestli ji nechám v autě, což nenechám, protože stojí strašně moc. Jestli se v tom plavečáku vejde do skříňky nebo nevejde, to člověk taky nikdy neví (někde se vejde, někde ne) a takové drobnosti. Druhá věc je, že ta noha je někdy během hodiny a půl schopná netéct. Někdy je uvolněná, už není sevřená v tom lůžku a ona ti nateče, tím že má volnost v tom lůžku, a ještě v tom bazénu nabobtná, a ty se pak třeba nedostaneš do nohy. A jak pak chceš odejít, když se nenarveš do svojí bohy, že jo... a nemáš s sebou žádný berle.“

Takto zásadní zákrok, jako je vysoká amputace ve stehně člověka ovlivní nejen psychicky, ale i tělesně, proto je někdy nutné vzdát se některých svých zájmů, nebo alespoň **přizpůsobit zájmy svým možnostem** „Určitě je to pro mě teď omezení, kdy bych si chtěl s dětmi zahrát

fotbal a nejde to, vzít si jen tak kolo, jet se projet, nebo lyžování a všechny ty sporty, který mě bavily a normálně jsem je do úrazu dělal, tak teď už je prostě nemůžu dělat tak, jak bych si představoval.“

Důležitou roli hraje také **pozitivní myšlení** a nevzdávat se naděje, že se člověk časem ke svým koníčkům vrátí, není to však hned. Další kód je proto pojmenovaný **postupný návrat ke koníčkům**, kde respondent, který je po úraze nejkratší dobu ze všech zúčastněných popisuje svoji víru a touhu k návratu ke sportu. „*Zatím věřím, že se ke všemu vrátím, samozřejmě tam budou nějaké změny. Můj největší koníček je běhání a překážkové běhy, a to si myslím, že je naprosto reálné, vím že to funguje, že to jde, tady jde jen o to čekání, které nesnáším. Ale prostě to neuspěchá a čekám, až to půjde. Snažím se tu nohu posilovat, ale to mě nebaví, chci běhat. Takže na koničky se těším, na nohejbal se těším, ten teda nevím, jestli půjde, ale chci vyzkoušet i nové sporty. Chtěl bych si najít paralympijský sport a podívat se, jestli bych v něčem nemohl být dobrý.“*

Další kód byl pojmenován jako **pozitivní reakce okolí**. Všichni respondenti se schodli na tom, že jejich okolí se k nim chovalo vždy velice vsřícně a brali je tak, jako dřív. „*To mě hodně pomohlo, že mě kamarádi prostě vzali, nikdo si nebral servítky. Já nemám rád lítost, aby mě někdo litoval. A kor nemám rád, když třeba někdo někoho tlačí. Nemám rád, když mi někdo „stojí za zadkem“. Prostě spíš se sám učit.“* Pokud se prý objevil někdo, kdo se choval nevhodně, tak se vždy dostavilo **zastání od okolí**, což je označeno jako samostatný kód.

Souvisejícím kódem je také **nejistota lidí v okolí**, který je spojen s různou reakcí lidí na danou situaci, někdo přejde na druhý chodník, aby se s postiženým nemusel bavit a někdo ho naopak spontánně obejmě jako vyjádření podpory, lidé jsou různí a na stejnou situaci reagují odlišně.

Kód pojmenovaný jako **nedostatek informací** popisuje, jak nedostatek informací ztěžuje respondentce celou situaci, kdy si musí veškeré potřebné informace shánět sama, je to pro ni nepřehledné a komplikované. Na tento problém navazuje další komplikace, a to **administrativa a finance**. Respondentka zde uvádí vysoké finanční nároky při potřebě získání nové nebo opravení stávající protézy a administrativní stránku věci. „*Administrativní věci, je něco, co mě „prudí“, stěžuje mi to celou tu situaci, opakuje se to, co třičtvrtě roky, kdy já musím žádat o něco. Aby mi opravili nebo upravili nohu, jedno se doplácí, jedno se nedoplácí, tam je nějaká spoluúčást pacienta, protože jsem opravy a úpravy, jedno má jeden kód, druhý má jiný. Na něco se přispívá 1 %, na něco nic. A loni vlastně změnili úhradovou vyhlášku a já jsem na tu protézu doplácela přes 30 000Kč. Protože mám bionický kloub a tam je úhrada 5 % na spoluúčást,*

takže na té šílené pálce přes 30 000Kč, kdy já jsem ještě k tomu na rodičovské, takže to jsou nějaké věci, které jsou jako překážka. A musím počítat s tím, že když budu chtít nové koleno, tak za nějakých 4–5 let budu muset ušetřit minimálně pře 35 000Kč na to, abych měla nohu odpovídající mému životnímu stylu.“

Dalším zvoleným kódem je **dlouhá rekonvalescence**, jeden z respondentů uvedl, že právě rekonvalescence pro něho byla a je nejvíc náročná, protože celý proces trvá velice dlouho a nelze to nijak uspišit. Naopak při přepínání končetiny často dochází ke vzniku dalších komplikací, které celý proces ještě prodlužují. *„To čekání, že to prostě trvá. A já jsem takový, že bych nejraději všechno uspěchal a hnal přes sílu a tady to tak prostě nejde.“*

Jiný respondent naopak udává, že nejhorší pro něho bylo, naučit se chodit o protézách. V době kdy se mu úraz stal mu bylo naslibováno, že jako mladý sportovec dostane kvalitní odlehčené protézy, což se ale nestalo. A tak nastaly **problémy s protézou**, kdy každý pokus o chůzi byl pro respondenta velice nepříjemný a bylo to pro něho trápení. Nakonec se tedy rozhodl zůstat na invalidním vozíku, a i tak je velice soběstačný. Poslední z respondentů na otázku, co pro něho bylo po celou dobu léčby a rekonvalesce to nejhorší odpověděl: *„To se těžko řekne, protože já jsem se pořád cítil „happy“, pro mě to byla taková slavnost, já jsem byl 2x v Kladrubech, u Vlašimi, tak jsem se s velkou chutí učil chodit, i po schodech a eskalátorech. Měl jsem tam úžasného člověka, který mi věnoval čas, toho rehabilitačního pracovníka.“*

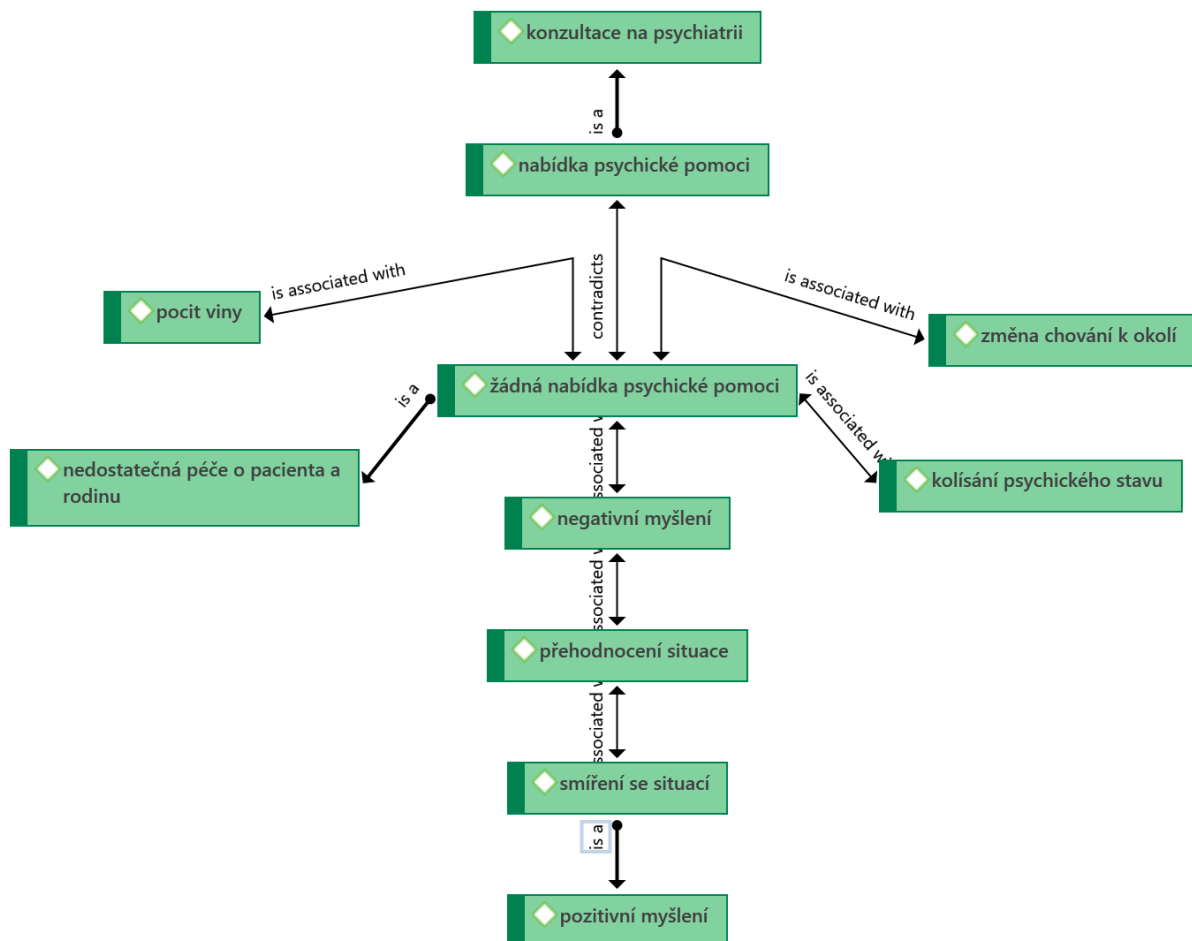
Jedním z posledních kódů je **největší pomoc a podpora**. Všichni respondenti se shodli na jedné odpovědi, a to, že bez rodiny a blízkých přátel by pro ně celá situace byla mnohem těžší. Další velkou podporou pro ně byli lékaři a rehabilitační pracovníci, kteří jim věnovali spousta času a naučili je znovu chodit a postarat se sami o sebe. *„Rozhodně rodina, kdybych měl jmenovat jedno, tak rodina. Protože ty kvůli mně museli překopat celý rozvrh, starali se o nás, vařili, vozili nás, takže určitě rodina. Ale dlouhodobě to nebylo jediné, pak taky veškeré rehabilitace, kde mě naučili, jak správně chodit a cvičit. A taky kamarádi. Takže bez přátel a rodiny by to bylo fakt těžký.“* A nelze také opomenout **pozitivní myšlení** a chuť do života. Jeden z respondentů celou situaci popsal následující větou : *„Ale život jde dál, nic tak hrozného se vlastně nestalo, prostě vada na kráse.“*

5 DISKUZE

Tato část práce je věnována prezentaci myšlenkových map, které byly vytvořeny na základě propojení kódů z rozhovorů. Pro snadnější orientaci a větší přehlednost jsou mapy uvedené také v příloze.

Průzkumná otázka č.1

Udávají respondenti úzkost či depresi spojenou s traumatickou amputací?



Obrázek 1 Změna myšlení a psychického stavu

Jak již bylo uvedeno v teoretické části, tak traumatická amputace se řadí mezi velice náročné životní situace, které mohou mít velice negativní vliv na psychický, ale i fyzický stav jedince. Následkem úrazu se u pacienta mohou vyskytnout pocity úzkosti, deprese či některé úzkostné poruchy. Mezi typickou poruchou, která se vyskytuje po traumatu tohoto typu je PTSD neboli

posttraumatická stresová porucha. Neznamená to však, že každý, kdo prodělal jakékoliv trauma, musí touto poruchou trpět (Látalová, 2013, s. 173).

Z mého průzkumu vyplývá, že ani jeden z respondentů žádné pocity úzkosti ani deprese nepociťoval. Pouze jednomu z respondentů byla nabídnuta bezprostřední psychická pomoc, kterou však odmítl, protože měl pocit, že ji nepotřebuje. S odstupem času sice změnil názor a rozhodl se pro konzultace na psychiatrii, ty ale nebyly nijak intenzivní. Zbylým čtyřem respondentům žádná psychická pomoc nabídnuta ani nebyla. Všichni se však shodli na tom, že by ji stejně nevyužili, že se cítili dobře. Ke změnám myšlení a psychiky však došlo u každého z nich. Nejčastěji docházelo ke kolísání psychického stavu, kdy jeden z respondentů popisuje počáteční negativní myšlení, následné přehodnocení celé situace, smíření se ze ztráty končetiny až konečným pozitivním myšlením. Jiný z respondentů udával pocit viny vůči své rodině, někdo se projevoval změnami chování ke svému okolí či pociťoval nedostatečnou péči o pacienta a rodinu ze strany zdravotnického zařízení. U nikoho z nich však nebyla prokázána žádná úzkost, deprese ani jiná psychiatrická porucha.

Podobné výsledky ve své práci popisuje také Lucie Němečková (2017), kdy 4/6 respondentů uvedli, že žádnou úzkost nepociťovali a zbylí 2 ji pociťovali jen ze začátku, teď už ji také neudávají.

Jak už jsem již zmiňovala, tak 4/5 mým respondentů nebyla nabídnuta žádná forma psychické pomoci, což mě vzhledem k náročnosti situace dost překvapilo. Naopak z průzkumu Evy Šáškové (2013) byla psychická pomoc nabídnuta 5/6 respondentů. Z toho lze usoudit, že záleží na zdravotnickém zařízení, ve kterém je péče poskytována. Ani v tomto výzkumu však pacienti odbornou pomoc nevyužili, 4/6 respondentů se se situací vyrovnali sami nebo s pomocí rodiny a přátel.

Výskyt úzkosti po traumatické amputaci končetiny naopak potvrzuje výzkum PS Mckechnia z roku 2016. Výzkum byl cílen na zjištění souvislosti úzkostí a deprese s traumatickou amputací dolní končetiny. Studie jednoznačně prokazuje vysokou prevalenci úzkosti a deprese u posttraumaticky amputovaných osob (PS Mckechnie, 2016).

Ze studie „Prevalence psychiatrických komorbidit v průřezové studii Traumatic Amputee-A z Kašmíru“ také vyplývá, že ztráta končetiny má velice výrazný dopad na psychologické zdraví jedince. Nejčastěji vyskytující se psychiatrickou poruchou je depresivní porucha, následují úzkostné poruchy jako jsou posttraumatická stresová porucha, subsyndromální posttraumatická

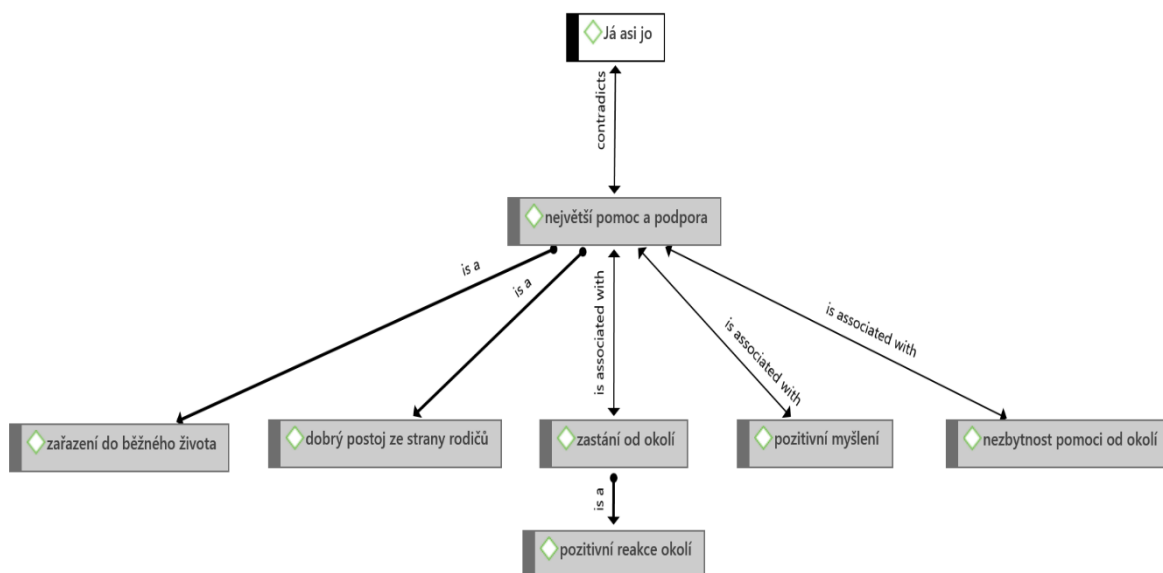
stresová porucha, generalizovaná úzkostná porucha a v poslední řadě také panická porucha (Mansoor, 2010).

Z výsledku studie z roku 2015, kterou prováděl Dilek Durmus opět vyplývá, že u pacientů, kteří prodělali traumatickou amputaci se mohou kromě úzkosti a deprese vyskytnout i další psychiatrické potíže, a to především v návaznosti na neuropatickou bolest (Durmus, 2015).

To, že se výzkumy zcela neshodují souvisí s různorodostí příčin vzniku úzkosti. Každý jedinec je ovlivňován několika faktory, které mají vliv právě na vznik úzkosti. Jedná se například o povahové vlastnosti člověka, kde velkou roli hraje sebevědomí a pozitivního myšlení, dále jde o vliv výchovy, kdy člověk vyrůstající v dobře fungující rodině je více odolný, a ke vzniku psychiatrických poruch tak dochází méně. Další vliv mají každodenní stresory a životní události ať už se jedná o problémy v práci, ve vztazích, úmrtí v rodině a podobně (Práško, 2013, s. 39). Z čehož vyplývá, že každý reaguje na stejnou situaci jinak.

Průzkumná otázka č. 2

Díky čemu nebo komu bylo pro pacienty jednodušší celou situaci zvládnout?



Obrázek 2 Největší pomoc a podpora

Na otázku, zda by se zvládl/a se situací vyrovnat bez jakékoliv cizí pomoci odpověděli 4/5 respondentů stejně, a to, že určitě ne. Pouze jeden z respondentů uvedl „já asi jo.“ Z mého průzkumu vyplývá, že největší roli zde hrála rodina a blízcí přátelé, všichni respondenti se shodují na tom, že bez nich by celá situace byla mnohem těžší. Respondentka, která přišla o

končetinu v dětství popisuje, že nejvíce důležitý byl pro ni kladný postoj rodičů, kteří ji pomohli zařadit se do běžného života i s takovýmto handicapem. Nikdy ji nijak neomezovali, jezdili na výlety, sportovali a vedli ji tím směrem, že i přes to, že nemá končetinu může dělat spoustu jiných věcí a není potřeba se výrazně omezovat. S pomocí zařadit se zpět do běžného života pomohla rodina i dalšímu z respondentů, který měl spolu s manželkou vážnou nehodu na motorce, kdy on tedy přišel o dolní končetinu a jeho žena měla jiná velice vážná poranění. Jejich rodiny je každý den navštěvovali, podporovali a po propuštění do domácího prostředí jim nakupovali, vařili, vozili je po dalších vyšetřeních a podobně. To jim prý celou situaci hodně zjednodušilo. S tím, že dobře fungující a podporující rodina hraje v tomto případě opravdu velikou roli potvrzuje také práce Kateřiny Vilímkové (2010), kde se respondenti opět shodují na nezbytnosti pomoci rodiny a blízkého okolí. Dalšími faktory, které pozitivně ovlivňovaly vývoj celé situace jsou pozitivní reakce a zastání od okolí. Nikdo z respondentů neudává, že by následkem zranění přišel o přátele nebo, že by se potýkal s nevhodnými narážkami a chováním od okolí. Všichni to naopak přijali velice dobře a někdy dokonce došlo k utužení přátelských vztahů, kdy byl respondent překvapen tím, kdo všechno ho přišel navštívit do nemocnice. Další respondent popisuje, že pro něho byl nejvíce povzbuzující přístup jeho přátel, kteří ho brali úplně stejně jako před úrazem, neprojevovali mu žádnou lítost a nebrali si servítky. Kladné chování od okolí a přátel potvrzuje ve své práci také Pavla Angelová (2013) kdy pouze jeden z respondentů uvedl, že po úrazu přišel o spoustu přátel.

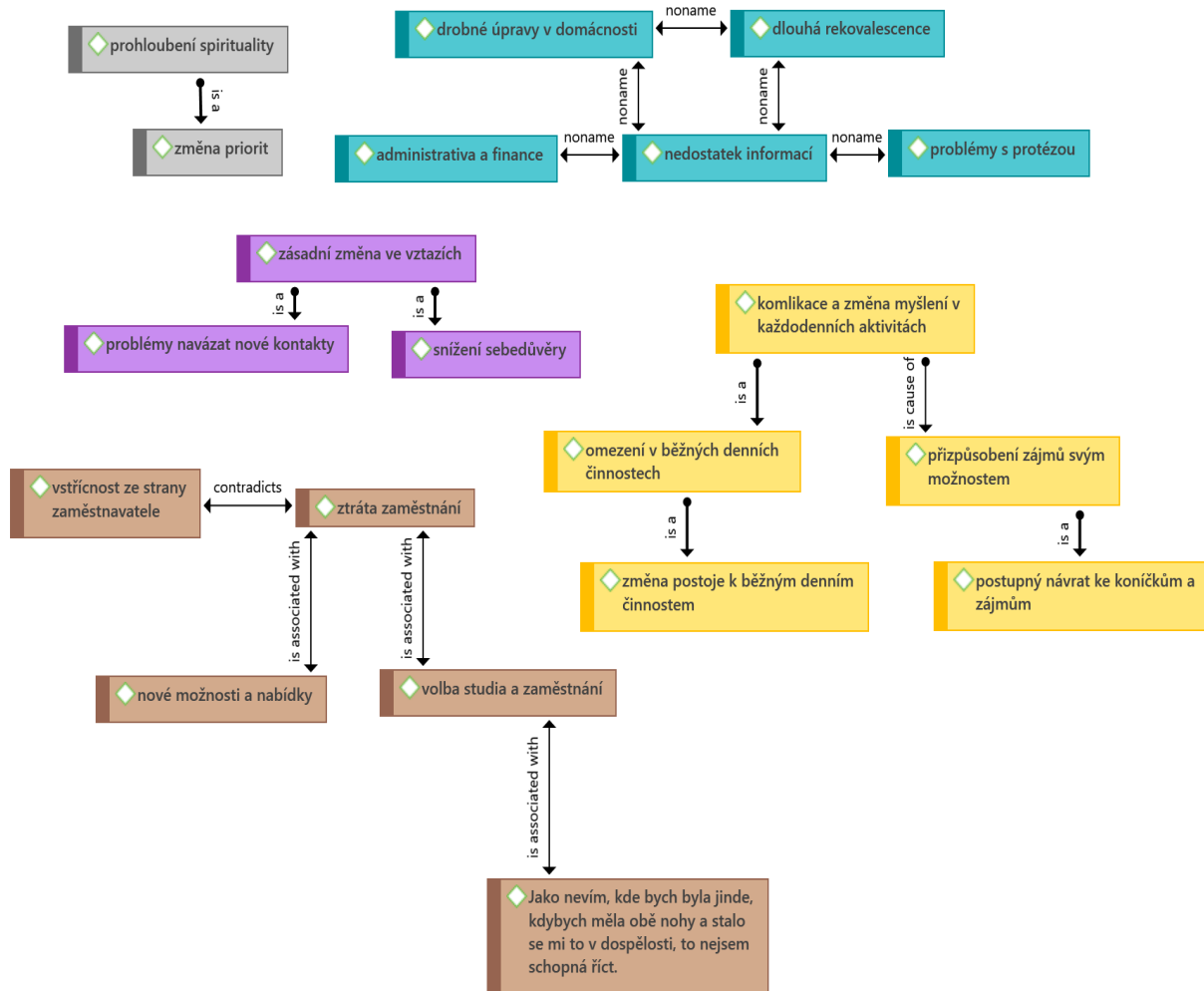
Naopak z výzkumu Kateřiny Vilímkové (2010) vyplývá, že přístup české společnosti k handicapovaným lidem je odtažitý a lidé nejsou ochotni handicapovaným pomoci. Jen malá část populace je schopna komunikovat a nabídnout pomoc.

Nedílnou součástí pro lepší zvládnání takto náročné situace je pozitivní myšlení a chuť do života.

Výsledky jednotlivých výzkumů se mírně liší, což může být způsobeno především různorodým spektrem lidí, kteří se v okolí jednotlivých respondentů pohybují.

Průzkumná otázka č. 3

V jakých oblastech ovlivnila traumatická amputace život respondentů?



Obrázek 3 Vliv amputace na jednotlivé oblasti života

Amputace dolní končetiny je velice závažné tělesné postižení, které nemá na člověka pouze dopad psychický, ale také fyzický a sociální. 3. průzkumná otázka mé práce se zabývá právě jednotlivými oblastmi, ve kterých došlo u pacientů k významným změnám. K největším změnám došlo u respondentů v oblastech: 1. myšlení, 2. vztahů, 3. zaměstnání a vzdělání, 4. zájmů a koníčků, 5. faktory ztěžující situaci.

Změna myšlení – u všech respondentů došlo nějakým způsobem ke změně myšlení, každý však tuto změnu pocítuje a popisuje jinak. 4/5 respondentů se shodují na změně priorit, kdy si teď mnohem více váží rodiny, přátel a zdraví, což před úrazem brali možná trochu jako samozřejmost, až teprve po takovémto úraze si člověk uvědomí, co je v tom životě opravdu

důležité. Jeden z nich vzpomíná, jak před úrazem hodně pracoval a „honil“ peníze, teď už má priority nastavené jinak. Jiný naopak udává, že lidé očekávají, že po tom, co se člověk ocitne v takovéto situaci, že přestanete být materialističtí, a že nebudete řešit maličkosti. To prý ale vydrží chvíli a po čase začnete znovu řešit i maličkosti stejně tak, jako ostatní smrtelníci. Co se týče duchovní stránky a spirituality, tak hlavní změnu udávají dva respondenti, jeden z nich měl ke spiritualitě blízko už před úrazem, došlo však k jejímu prohloubení a tu změnu popisuje následujícím způsobem: „*Viděl bych to jakoby, že je to přirozená mozaika, že ta cesta je v životě něčím dlážděná, a že tohle k tomu patří. Někdy se říká, že srze bolest se člověk dostává dál, že ho to posouvá a otvírá další komnaty na cestě a něco na tom určitě je.*“ Druhý z respondentů se začal zajímat o duchovní techniky typu „Tai chi“ a „Shiatsu“.

Změny ve vztazích – 3 respondenti uvádí zásadní změnu ve vztazích, a to v podobě ztráty přítelkyně či manželky. Ani jeden však nepotvrzuje, že by chybějící končetina byla jediným důvodem této ztráty. Většinou se partnerské problémy vyskytovaly již před nehodou, ale tato situace následně celou věc uspíšila. Další 2 respondenti popisují, že po nehodě u nich došlo ke snížení sebedůvěry a problémy navázat nové kontakty, nikdy to však nebylo způsobeno negativním postojem okolí, nýbrž vlastním pocitem. Co se celkově týče navazování vztahů a přátelství, tak se všichni respondenti shodují na to, že s tím nikdy neměli problém. Ani respondentka, která přišla o končetinu již v dětském věku neudává, že by někdy měla problém najít si kamarády či partnera.

Zaměstnání a vzdělání – na tuto oblast jsem se respondentů ptala z důvodu, že mě zajímalo, jak na takou situaci zareagovali jejich nadřízení, popřípadě zda měli před úrazem takové zaměstnání, které po nehodě již nebylo možné vykonávat. Ke ztrátě zaměstnání došlo u 2 respondentů, nebyla to však výpověď ze strany zaměstnavatele, ale jejich osobní rozhodnutí nebo nemožnost nadále vykonávat danou práci. Na druhou stranu se jim prý dostavilo spousta nabídek a možností nového uplatnění. Přístup ze strany zaměstnavatelů byl celkově velice dobrý, jednomu z respondentů bylo dokonce poskytnuto speciálně upravené auto tak, aby odpovídalo jeho potřebám. Dále mě velice zajímalo, jakou roli hrála chybějící končetina respondentce při výběru studia a následně zaměstnání. Prý však nedokáže říct, jestli, kdyby měla obě končetiny zdravé, zda by se rozhodla stejně nebo jinak. Respondentka vystudovala obor speciální pedagogika, kdyby však měla obě končetiny, tak by sice nespíš u pedagogiky zůstala, ale zaměřila by se na sport.

Zájmy a koníčky – v této oblasti došlo u všech respondentů k největším změnám, ať už se jedná o změny postoje a omezení v běžných denních činnostech, přizpůsobením aktivit svým

možnostem či postupnému návratu ke koníčkům. Omezení a změna postoje v každodenních aktivitách ovlivnila a doteď ovlivňuje všechny respondenty. Omezení jsou výrazná například u respondentů, kteří mají malé děti, kterým prostě nestačí nebo by si s nimi chtěli zahrát třeba fotbal, což jejich fyzický stav nedovoluje. Jeden z respondentů popisuje právě změnu postoje k běžným denním aktivitám, kdy teď musí mnohem více přemýšlet nad věcmi, které dřív dělal zcela automaticky. A to ať se jedná o procházku do lesa, chůzi do schodů nebo sport. Všichni si však našli cestu, jak své zájmy a koníčky přizpůsobit svým možnostem tak, aby jejich omezení bylo co nejmenší. Ve všech případech se jedná o omezení sportovních aktivit, kdy se respondenti museli vzdát sportů jako horolezectví, snowboarding, lyžování či chození po horách. Velkou roli zde hraje také typ protézy. Respondentovi, který je od úrazu nejkratší dobu se podařilo získat jednu z nejkvalitnějších protéz a díky tomu věří, že se postupem času vrátí ke svým koníčkům v podobě překážkových běhů a nohejbalu. Díky nově vzniklé situaci je také otevřený možnostem vyzkoušet i jiné sporty, a to i ty paralympijské. Dokonce i respondent, který přišel o obě dolní končetiny a byl nucen zůstat na invalidním vozíku si myslí, že žije kvalitnější život než spousta zdravých lidí.

Faktory ztěžující situaci – to, že člověk přijde o končetinu s sebou přináší i komplikace týkající se bydlení, financí a času. Na otázku, co pro ně bylo po celou dobu léčby a rekonvalescence to nejhorší odpověděli následovně: nedostatek informací, administrativa a finance, problémy s protézou a dlouhá rekonvalescence.

Z čehož opět vyplývá, že celou situaci vnímá každý jedinec jinak a co pro jednoho znamená problém, druhého ani nenapadne.

Mé šetření se částečně shoduje také s průzkumy Pavly Angelové (2013), Evy Šáškové (2013) a Lucie Němečkové (2017). Kdy jednotlivé průzkumy potvrzují, že u většiny respondentů bylo potřeba udělat úpravy v domácnosti. Nejčastěji se jednalo o rekonstrukci koupelny a toalety, což v mém průzkumu uvedl pouze jeden z respondentů.

Další velkou oblastí byla změna zaměstnání, z mého průzkumu vyplývá, že zaměstnání změnili pouze 2 respondenti, kdežto v průzkumu Lucie Němečkové (2017) došlo ke změně zaměstnání u všech respondentů, jeden byl nucen odejít do invalidního důchodu a jeden byl ve starobním důchodu, a to již před amputací. Podobných výsledků dosáhla také Eva Šášková (2013).

Co se týče změn spojených se vztahy, tak se všechny výše uvedené průzkumy shodují na tom, že nedošlo k zásadním ztrátám přátel, ani členů rodiny. Ve většině případech došlo k pozitivní

reakci okolí a utužení vztahů. Moje šetření tyto výsledky však zcela nepotvrzuje, protože u 3 z 5 respondentů došlo ke ztrátě partnerky.

K největším změnám a rozdílům však došlo v oblasti zájmů a koníčků. Respondenti v mé práci popisují, že se sice některých aktivit, a to zejména sportovních museli vzdát nebo je omezit, ale objevili místo toho aktivity jiné, a dokázali tak přizpůsobit zájmy svému zdravotnímu stavu tak, aby je nijak neohrožovaly, ale zároveň je bavily a naplňovaly. Naopak v práci Pavly Angelové (2013) došlo ke ztrátě koníčků u 4 z 6 respondentů, kteří zároveň popisují potíže spojené se sníženou pohyblivostí a samostatností. Jeden z respondentů se po amputaci naopak začal věnovat nové zálibě – pěstování orchidejí. Ke snížení aktivity a provádění koníčků došlo také u většiny respondentů v průzkumu Evy Šáškové (2013), kdy pouze 2 z 5 respondentů neuvádějí zásadní změny.

Tyto rozdíly v jednotlivých průzkumech lze přisuzovat především věku, typu zaměstnání, fyzické aktivitě a příčinně ztráty končetiny u jednotlivých respondentů. Ti, kteří přišli o končetinu v mládí se dokázali situaci mnohem lépe přizpůsobit než ti, kterým byla amputace provedena v důchodovém věku. Ale naopak u nich došlo k výraznějším změnám právě v oblasti zaměstnání a sportu.

ZÁVĚR

V bakalářské práci bylo dosaženo hlavních cílů validací publikovaných faktů z dostupných literárních zdrojů s empirickými informacemi získanými z kvalitativního průzkumu (polostrukturovaného rozhovoru). Cíle byly zpracovávány na základě tří průzkumných otázek.

První průzkumná otázka se zabývala četností výskytu úzkosti a deprese ve spojitosti s traumatickou amputací. Na základě výsledků se ukázala pouze částečná shoda mého průzkumu s porovnávanou literaturou. Výzkumy pocházející ze zahraničí se shodují na vyšší míře výskytu úzkosti a deprese po traumatické amputaci, avšak výzkumy pocházející z České republiky tyto výsledky zcela nepotvrzují. Podobných výsledků jsem dosáhla ve své práci i já, protože nikdo z dotazovaných respondentů žádnou úzkost ani depresi spojenou s úrazem nepopisuje.

Další průzkumná otázka byla zaměřena na faktory, které pacientům pomohly celou situaci lépe zvládnout. Zde se v podstatě všechny výše uvedené výzkumy shodují na tom, že největší roli zde hrála rodina a přátelé. Respondenti neuváděli ani tak potřebu odborné psychické pomoci (která jim ve většině případech nebyla ani nabídnuta), jako důležitost podpory a pochopení ze strany rodiny, přátel a blízkého okolí. Nesmím opomenout ani významnou roli pozitivního myšlení a dobré nálady.

Poslední průzkumnou otázkou bylo zjišťováno, v jakých oblastech života amputace nejvíce ovlivnila jednotlivé respondenty. Tím bych navázala na významnou roli pozitivního myšlení a dobré nálady, protože to mělo zásadní vliv na další rozvoj situace. Pacienti, kteří přišli o končetinu v mládí dokázali na situaci reagovat mnohem lépe, a tím pádem u většiny z nich nedošlo k zásadním životním změnám, které by je ovlivňovaly negativním způsobem. Sice byli třeba nuceni změnit zaměstnání nebo omezit nějaký druh sportu, ale vzali to spíše jako výzvu vyzkoušet něco nového a posunout se v životě dál. Kdežto u pacientů, kteří přišli o končetinu ve vyšším věku se vyskytly komplikace v oblasti zhoršení pohyblivosti a snížení soběstačnosti. Tyto výsledky se ve velké míře shodují také s dalšími výzkumy na podobné téma.

Z výše uvedených výsledků lze říct, že zdravotnická zařízení se nedostatečně zabývají psychickou stránkou člověka i v takto náročné životní situaci. Respondenti sice uvedli, že odbornou pomoc nepotřebovali, ale určitě to tak neplatí pro každého, kdo si podobnou situaci projde. Pro lidi, kteří nemají rodinu a přátele, kteří by je podpořili je tato situace více náročná a odbornou pomoc by naopak mohli přivítat, sami si o ni však ve většině případech neřeknou.

LITERATURA

ANGELOVÁ, Pavla. Kvalita života nemocného po amputaci dolní končetiny [online]. Hradec Králové, 2013 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: <file:///C:/Users/-/Desktop/KVALITA%20%20C5%BDIVOTA%20NEMOCN%C3%9DCH%20PO%20AMPUTACI%20DOLN%C3%8D%20KON%C4%8CETINY.pdf>. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze. Vedoucí práce Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Arteterapie. Česká arteterapeutická asociace [online]. [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>

BAKER, Roger, Tereza FRANTOVÁ, ed. Jak překonat panické ataky: příručka s okamžitým účinkem proti strachu. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4235-9.

BERAN, Jiří. Lékařská psychologie v praxi. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1125-6.

BHUTANI, Sukriti, Jaikrit BHUTANI, Anurag CHHABRA a Rajesh UPPAL. Living with Amputation: Anxiety and Depression Correlates. Journal of Clinical [online]. 2016, 10(9), 9-12 [cit. 2021-02-13]. ISSN 0973709X. Dostupné z: [doi:10.7860/JCDR/2016/20316.8417](https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/20316.8417)

ČOUPKOVÁ, Hana a Lenka SLEZÁKOVÁ. Ošetřovatelství v chirurgii I. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3129-2.

DOSEDLOVÁ, Jaroslava. Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3711-9.

DREHER, Jan. Psychofarmakoterapie: stručně, jasně, přehledně. 1. vydání. Přeložil Leoš LANDA. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0133-7.

DUNGL, Pavel. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.

DURMUŞ, Dilek, İsmail SAFAZ, Emre ADIGÜZEL, Ayça URAN, Ahmet Salim GÖKTEPE, Arif Kenan TAN a Gökhan SARISOY. Psychiatric Symptoms in Male Traumatic Lower Limb Amputees: Associations with Neuropathic Pain, Locomotor Capabilities, and Perception of Body Image. Journal of Mood Disorders [online]. 2015, 5(4), 164-172 [cit. 2021-02-13]. ISSN 21461473. Dostupné z: [doi:10.5455/jmood.20150223054943](https://doi.org/10.5455/jmood.20150223054943)

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

- FEJFAROVÁ, Vladimíra a Alexandra JIRKOVSKÁ. Léčba syndromu diabetické nohy odlehčením. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius. ISBN 978-80-7345-436-4.
- GALLO, Jiří. Ortopedie pro studenty lékařských a zdravotnických fakult. Dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. Učebnice. ISBN 978-80-244-2486-6.
- HÁJEK, Marcel. Chirurgie v extrémních podmínkách: odborný přehled pro lékaře a zdravotníky na zahraničních praxích. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4587-9.
- HOLZER, Lubomír a Svatava DRLÍČKOVÁ. Celostní muzikoterapie v institucionální výchově: metoda Lubomíra Holzera : expresivní terapeutické metody - cesta ke změně v institucionální výchově : učební texty. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3323-3.
- JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ. Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4412-4.
- KOLÁŘ, Pavel. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KUČEROVÁ, Helena. Psychiatrické minimum. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
- LÁTALOVÁ, Klára. Agresivita v psychiatrii. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4454-4.
- MACHOVÁ, Ivona. Psychodrama. Vlastní cesta [online]. 2012 [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.vlastnicesta.cz/metody/psychodrama-3/>
- MANSOOR, Imtiyaz, Mushtaq A. MARGOUB, Nasseer MASOODI, Huda MUSHTAQ, Tayzeen YOUNIS, Arshad HUSSAIN, Shabir DHAR a Parvez CHOWDARY. Prevalence of Psychiatric Co morbidities in Traumatic Amputees-A cross sectional study from Kashmir (Indian Part). British Journal of Medical Practitioners [online]. 2010, 3(4), 5-8 [cit. 2021-02-13]. ISSN 17578515. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=75899533&scope=site>
- MCKECHNIE, P.S. a A. JOHN. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. Injury [online]. 2014, 45(12), 1859-1866 [cit. 2021-02-13]. ISSN 00201383. Dostupné z: doi:10.1016/j.injury.2014.09.015

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. Deset tváří úzkosti: svépomocný program v sedmi krocích. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0688-0.

Muzikoterapie. Evropská Asociace Celostní Muzikoterapie [online]. [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.muzikoterapie.art/publikace/>

NĚMEČKOVÁ, Lucie. Kvalita života před a po amputaci [online]. Zlín, 2017 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: file:///C:/Users/-/Desktop/n%C4%9Bme%C4%8Dkov%C3%A1_2017_dp.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce PhDr. Jarmila Verešová.

OREL, Miroslav, Věra FACOVÁ, Miroslav HEŘMAN, Martin KALÁB, Pavel KORANDA a Jiří ŠIMONEK. Psychopatologie. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.

PAVLOVSKÝ, Pavel. Soudní psychiatrie a psychologie. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4332-5.

PEŠEK, Roman. Sám sobě psychoterapeutem, aneb, Co opravdu pomáhá zvládat úzkosti a deprese: pohledem kognitivně behaviorální terapie. Vydání první. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-85-5.

Phantom pain. Mayo Clinic [online]. 2020 [cit. 2020-11-14]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/phantom-pain/symptoms-causes/syc-20376272>

POTMĚŠILOVÁ, Petra. Arteterapie. In: MÜLLER, Oldřich. Terapie ve speciální pedagogice. Praha: Grada, 2014, s. 77-130. ISBN 978-80-247-4172-7.

PRAŠKO, Ján, Jana VYSKOČILOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. Úzkost a obavy: jak je překonat. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.

PTÁČEK, Radek a Miroslav NOVOTNÝ. Biofeedback v teorii a praxi. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5694-3.

SCHULTZ, Johannes Heinrich. Autogenní trénink: originální cvičebnice: návod od zakladatele metody autorelaxace. Přeložil Mária SCHWINGEROVÁ. Olomouc: Poznání, 2019, 87 s. ISBN 978-80-87419-84-7.

ŠÁŠKOVÁ, Eva. Kvalita života pacienta po amputaci dolní končetiny [online]. Zlín, 2013 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: file:///C:/Users/-/Desktop/%C5%A1%C3%A1%C5%A1kov%C3%A1_2013_bp.pdf. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Hrenáková Eva.

TENNENT, David J., Elizabeth M. POLFER, Nicole M. SGROMOLO, Chad A. KRUEGER a Benjamin K. POTTER. Characterization of disability following traumatic through knee and transfemoral amputations. *Injury* [online]. 2018, 49(6), 1193-1196 [cit. 2021-02-13]. ISSN 00201383. Dostupné z: [doi:10.1016/j.injury.2018.03.029](https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.03.029)

VILÍMKOVÁ, Kateřina. Vliv amputace dolní končetiny na kvalitu života [online]. Brno, 2010 [cit. 2021-03-13]. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/g5jbj/Bakalarska_prace.pdf. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková Ph.D.

VODIČKA, Josef. Speciální chirurgie. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2512-6.

VYMĚTAL, Jan. Úvod do psychoterapie. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

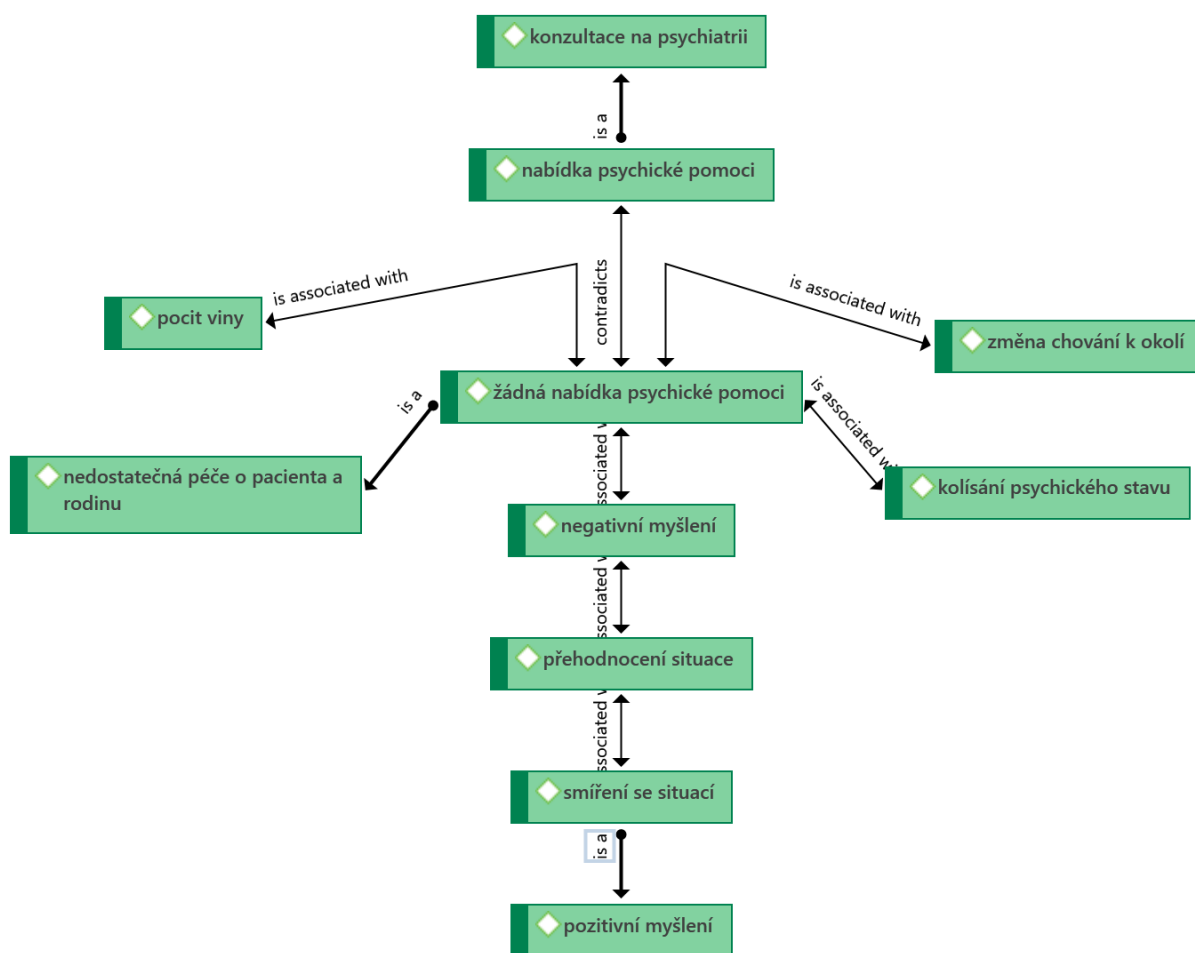
PŘÍLOHY

| | |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Příloha A Otázky z rozhovoru..... | 63 |
| Příloha B Změna myšlení a psychického stavu..... | 64 |
| Příloha C Největší pomoc a podpora..... | 65 |
| Příloha D Vliv amputace na jednotlivé oblasti života..... | 66 |

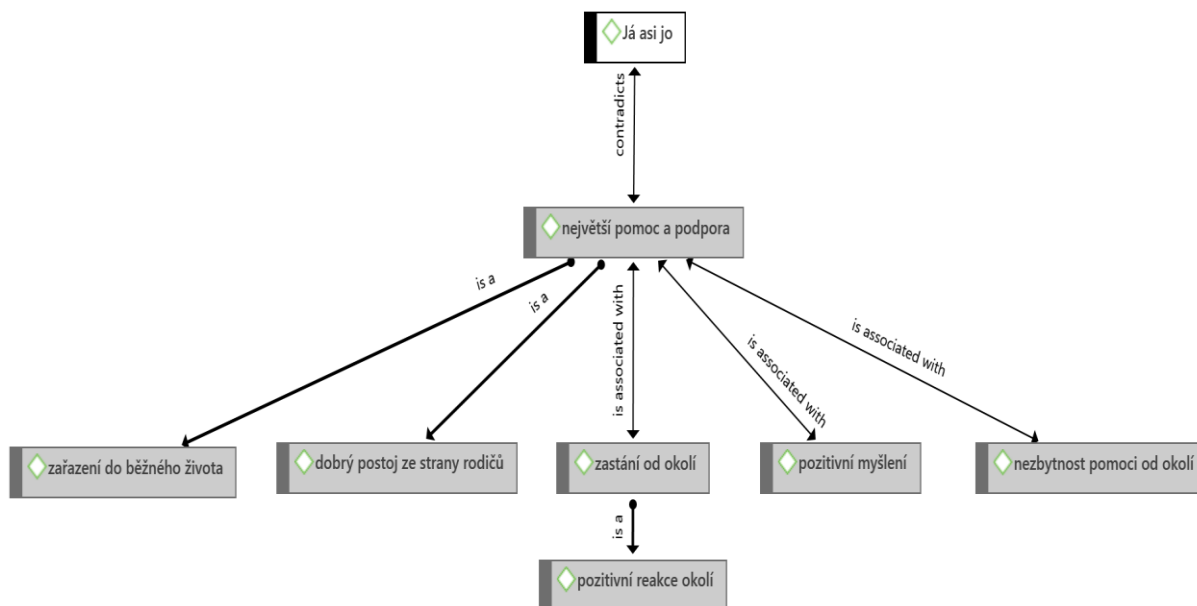
Příloha A Otázky v rozhovoru

- 1.** Co zapříčinilo amputaci a kdy k tomu došlo? (Jak dlouho je to od úrazu)
- 2.** Jaké byly Vaše první pocity/myšlenky, když jste se dozvěděl/a, že jste přišel/la o končetinu nebo její část?
- 3.** Byla Vám nabídnuta psychická pomoc? Využil/a jste ji, popř. jakou?
- 4.** Jak rozsáhlá/vysoká amputace Vám byla provedena?
- 5.** Pociťoval/a jste někdy, že by Vás končetina bolela, i přes to, že jste ji již neměl/a? (odborně tomu říkáme fantomova bolest)
- 6.** Zvládli byste se se situací vyrovnat i bez jakékoliv cizí pomoci?
- 7.** Dokážete si uvědomit, jakým způsobem amputace změnila Váš dosavadní život?
- 8.** Co pro Vás bylo po celou dobu léčby a rekonvalescence to nejhorší?
- 9.** Kdo nebo co Vám nejvíce pomohlo celou situaci zvládnout?

Příloha B Změna myšlení a psychického stavu



Příloha C Největší pomoc a podpora



Příloha D Vliv amputace na jednotlivé oblasti života

