

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2013/2014

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jaroslava VÁCLAVÍKOVÁ**  
Osobní číslo: **Z11B0058K**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Vliv poúrazového postižení na kvalitu života člověka**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma
- Stanovit cíl kvalifikační práce
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS
- Popsat metodiku praktické části
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS
- Dodržet citační normu

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- **AMBLER, Zdeněk. Základy neurologie. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.**
- **HRABÁLEK, Lumír. Poranění páteře a míchy. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 27 s. ISBN 978-80-244-2842-0.**
- **KOLÁŘ, Pavel et al. Rehabilitace v klinické praxi. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.**
- **PAYNE, Jan a kol. Kvalita života a zdraví. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.**
- **POKORNÝ, Vladimír a kol. Traumatologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.**


Vedoucí bakalářské práce:

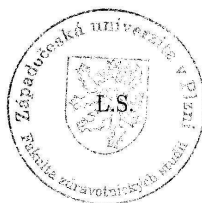
**Mgr. Radka Prokešová**


Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2014**

  
Doc. MUDr. Luboš Holubec, CSc.  
děkan



  
Mgr. Lucie Kašová  
vedoucí katedry

V Plzni dne 20. ledna 2014

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

**Jaroslava Václavíková**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**VLIV POÚRAZOVÉHO POSTIŽENÍ NA KVALITU  
ŽIVOTA ČLOVĚKA**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Radka Prokešová

PLZEŇ 2014

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30. 3. 2014

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. Radce Prokešové za odborné vedení práce a poskytování rad. Zároveň bych chtěla poděkovat Bc. Adéle Dvořákové a svojí rodině za podporu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Václavíková Jaroslava

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Vliv pourazového postižení na kvalitu života člověka

Vedoucí práce: Mgr. Radka Prokešová

Počet stran: číslované 61, nečíslované 10

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 35

Klíčová slova: úraz - poranění páteře a míchy - ošetrovatelská péče - rehabilitace - kvalita života

## **Souhrn:**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku pourazového postižení v dospělém věku následkem poranění páteře a míchy. Práce je rozdělena na dvě části: část teoretickou a praktickou. Teoretická část poskytuje informace o poranění páteře a míchy, ošetrovatelské a rehabilitační péči po spinálních poranění. Zvláštní kapitola je věnována kvalitě života a jejímu hodnocení. Praktická část má kvalitativní výzkumný charakter a zaměřuje se na zmapování vlivu pourazového postižení na každodenní život člověka.

**Anotation**

Surname and name: Václavíková Jaroslava

Department: Nursing and maternity assistance

Title of thesis: Impact of posttraumatic impairment on quality of human life

Consultant: Mgr. Radka Prokešová

Number of pages: 71

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 35

Key words: accident - an injury to the spine and spinal cord - nursing care - rehabilitation - quality of life

**Summary:**

The thesis is focused on the issue of post-traumatic disability in adulthood as a result of injury to the spine and spinal cord. The work is divided into two parts: theoretical and practical. The theoretical part provides information on the spine and spinal cord injuries, nursing and rehabilitative care after spinal injury. A special chapter is devoted to the quality of life and its evaluation. The practical part has the character of a qualitative research focuses on mapping the impact of post-traumatic disability on daily life.

## OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY .....	10
1.1 Obecná traumatologie, popis úrazu .....	10
1.2 Poúrazové stavy, jejich zařazení a vymezení.....	11
2 PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY.....	12
2.1 Poranění páteře .....	12
2.2 Poranění míchy .....	13
2.2.1 Patofyziologie poranění.....	13
2.2.2 Typy poškození míchy .....	14
2.2.3 Klinický obraz .....	14
2.2.4 Míšní šok .....	16
2.2.5 Diagnostika poranění páteře a míchy .....	16
2.2.6 Terapie .....	17
2.2.7 Spinální program, systém péče o pacienty s míšní lézí.....	17
2.2.8 Vliv poranění míchy na pohyblivost člověka.....	18
2.2.9 Psychický stav jedince po poranění míchy.....	19
2.3 Ošetřovatelská péče o pacienta se spinálním poraněním.....	21
2.3.1 Péče o dýchací cesty.....	21
2.3.2 Péče o výživu pacienta .....	22
2.3.3 Péče o vyprazdňování močového měchýře .....	22
2.3.4 Péče o vyprazdňování stolice .....	24
2.3.5 Prevence dekubitů.....	25
2.3.6 Hygienická péče .....	25
2.3.7 Bolest.....	26
2.3.8 Prevence tromboembolické nemoci .....	26
2.3.9 Spánek a odpočinek .....	26
2.3.10 Péče o psychiku pacienta.....	27
2.4 Zdravotní důsledky míšní léze a další možné komplikace .....	27
2.5 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace .....	28
3 KVALITA ŽIVOTA .....	31
3.1 Vymezení pojmu a jeho vývoj.....	31
3.2 Význam pro medicínu a zdravotnictví.....	32



3.3	Měření kvality života .....	32
3.4	Kvalita života lidí s poraněním páteře a míchy .....	33
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	34
4	FORMULACE PROBLÉMU.....	34
5	CÍL PRÁCE.....	34
6	POUŽITÁ METODIKA.....	34
7	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	35
8	VZOREK RESPONDENTŮ .....	35
10	DISKUSE .....	50
	ZÁVĚR.....	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....	65
	SEZNAM PŘÍLOH .....	66

# ÚVOD

*„Zdraví je nejdůležitější kvalita těla.“*

Aristoteles

Tématem bakalářské práce je „vliv poúrazového postižení na kvalitu života člověka.“ K výběru tématu mne inspirovaly osoby, které získaly tělesné postižení následkem úrazu v dospělém věku, a s kterými jsem se setkala při své práci a v osobním životě. Vzhledem k mému výběru dotazovaných osob s postižením páteře a míchy se budu v bakalářské práci věnovat oblasti poranění páteře a míchy a všem dalším důležitým aspektům, které toto poškození provázejí či ovlivňují.

Úraz páteře a míchy patří mezi jeden z nejzávažnějších úrazů, který v okamžiku změny člověku jeho dosavadní život. Zdravý člověk ztrácí náhle své schopnosti a dovednosti, které vnímal do úrazu jako samozřejmé a výrazně je tak ovlivněna kvalita jeho života. Mnoho pacientů zůstává následkem úrazu upoutaných na vozík a závislých na pomoci druhých osob i přes veškeré snažení zdravotnických odborníků. Úraz sebou přináší změny nejen po stránce fyzické, ale i po stránce psychické a sociální. Postižení může vést k rozpadu rodiny, ztrátě existenčního zajištění plynoucího z práce, ke změně postojů sociálního prostředí k člověku s postižením a často bývá i podnětem k přehodnocení celého života. Z tohoto důvodu je potřebná komplexní rehabilitace, která má za cíl zlepšit fyzický i psychický stav postiženého jedince, dosáhnout jeho maximální možné soběstačnosti a nezávislosti a co nejvyššího stupně sociální integrace.

Bakalářská práce je členěna do dvou hlavních částí. Teoretická část práce je zaměřena na poranění páteře a míchy, na oblast ošetrovatelské péče a komplexní rehabilitace, která je předpokladem pro úspěšný návrat jedince po poranění míchy do běžného života. Zvláštní kapitola je věnována kvalitě životě a jejímu hodnocení.

V praktické části práce jsou stanoveny cíle a metody výzkumu, výzkumné otázky a zvolen vzorek respondentů. Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat, jak poúrazové postižení ovlivňuje každodenní život člověka. Dílčím cílem je zjistit, jak respondenti po prožitém úrazu vnímají kvalitu svého života, jaký dopad má úraz na vnímání životních hodnot a jak postižení ovlivňuje jednotlivé oblasti života.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

### 1.1 Obecná traumatologie, popis úrazu

Úrazy představují vážný společenský problém. Každý den nás sdělovací prostředky informují o mnoha nehodách, které často končí smrtí nebo trvalými následky, jejichž břemeno musí postižený a jeho rodina nést po zbytek života. Počet úrazů neustále stoupá a zvyšuje se i jejich závažnost. Dle Pokorného a kol. (2002, s. 16) je to dáno moderním rytmem doby, intenzifikací sportu, pokrokem v technice a zejména rozvojem motorismu.

Každý úraz má své příčiny, nestává se náhodou a vždy mu předchází riziková situace, kterou můžeme rozpoznat a vyhnout se jí. Problematikou tzv. náchylnosti k nehodám se zabývá psychologie a zjištěné výsledky jsou podkladem pro snižování počtu nehod a úrazů. Velkým význam má prevence úrazovosti, která může výrazně změnit délku a kvalitu života, ekonomickou zátěž zdravotnického systému i stav veřejného zdraví (Křivohlavý, 2009, s. 222-224).

Epidemiologií, diagnostikou a léčením úrazů se zabývá **traumatologie** (nauka o úrazech), která je dnes již specializovanou součástí chirurgie. Obecná traumatologie popisuje základní druhy poranění, jejich vznik, následky, komplikace a klinické příznaky; zabývá se vyšetřovacími metodami, poskytováním první pomoci a zásadami léčby (Michalík, 2006, s. 6).

**Definice úrazu:** „Úraz je tělesné poškození, které vzniká nezávisle na vůli postiženého náhlým a násilným působením zevních sil“ (Pokorný a kol., 2002, s. 19).

**Polytrauma** označuje současné poranění nejméně dvou tělesných systémů, přičemž poranění alespoň jednoho z nich nebo jejich kombinace bezprostředně ohrožuje základní životní funkce. Kombinace poranění, která nenaplňují charakteristiku polytraumatu se označují jako **sdužená poranění** (Višňa, Hoch, 2004, s. 66).

Štětina (2000, s. 322) dělí tělesné systémy z hlediska traumatologie na: **hlavu**, **mozek** (zlomeniny lebky, nitrolební krvácení, poranění mozku), **hrudník** (sériové zlomeniny žeber, pneumotorax, kontuze plic, poranění bronchů, poranění mediastina), **břicho** (krvácení v dutině břišní, ruptury a perforace nitrobřišních orgánů, ruptury bránice, urologická poranění) a **pohybové ústrojí** (poranění páteře a míchy, poranění pánve, zlomeniny lopaty kosti kyčelní, amputace).

## **Epidemiologie úrazu**

Úrazy tvoří 1,2% všech hospitalizovaných pacientů a 6% všech ambulantně léčených. Vážné úrazy jsou spojeny s vysokými náklady na léčení, řada z nich zanechává trvalé následky, některé mohou být smrtelné. Problémem jsou dopravní nehody, jejichž počet neustále stoupá, dále pak domácí a sportovní úrazy. Úrazy jsou na 1. místě v příčinách smrti u dětí do 15 let a na 4. místě v úmrtnosti u dospělých (Michalský, 2006, s. 6).

## **Klasifikace úrazu**

Podle okolností vzniku lze úrazy formálně rozdělit na úrazy dopravní, pracovní, zemědělské, lesnické, domácí, sportovní a kriminální. Tato kategorizace je podkladem pro statistické vyhodnocování úrazovosti, která je východiskem pro opatření pro organizaci léčebné péče a zvláště pro prevenci úrazů (Pokorný a kol., 2002, s. 19).

## **1.2 Poúrazové stavy, jejich zařazení a vymezení**

Pro vymezení poúrazových stavů je nutné zmínit terminologii zdravotního postižení, neboť právě do této skupiny poúrazové stavy spadají. Michalík (2001, s. 186) vymezuje **zdravotní postižení** jako „*dlouhodobý nebo trvalý stav, jenž je charakterizovaný orgánovou či funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit. Takový stav znamená postižení některé či více oblastí obvyklého fungování člověka, přináší významnou redukci jeho reálných možností i životních šancí, omezuje jeho průběžnost a negativně tak zasahuje do mnoha stránek kvality života postiženého.*“

Tělesná postižení po úraze vznikají nejčastěji při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem, při živelných katastrofách, výbuchem munice atd. Trvalé následky těchto úrazů zasahují zcela anebo částečně mobilitu člověka, ale mohou se také negativně promítnout do kvality jeho dalšího života. Mezi tělesná postižení získaná po úraze se řadí úrazy mozku, míchy, zlomeniny obratlů a úrazová poškození periferních nervů. K nejzávažnějším patří úrazová onemocnění mozku a míchy (Renotíerová, 2003, s. 40).

V rámci dalšího obsahu se bakalářská práce blíže věnuje oblasti poranění páteře a míchy.

## 2 PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY

### 2.1 Poranění páteře

Páteř tvoří osový orgán lokomočního aparátu lidského těla. Svou opěrnou funkcí umožňuje vzpřímenou chůzi a zároveň chrání svým spinálním kanálem míchu a její kořeny (příloha č. 1). Uspořádání segmentů umožňuje výsledný značný pohybový rozsah, který se odehrává převážně na dolní krční páteři a Th-L vchodu. Málo pohyblivý je horní a střední úsek hrudní páteře, kde je hybnost blokována hrudním košem. Dvojitě esovité zakřivení páteře v sagitální rovině (dáno krční a bederní lordózou a hrudní kyfózou) umožňuje určité odpružení páteře při doskocích (Pokorný a kol., 2002, s. 120).

Zlomeniny páteře tvoří 5% ze všech úrazů. V 15–40% případů je poranění páteře spojeno současně s poraněním míchy. Nejzranitelnější je úsek krční páteře, který bývá postižen ve 42%, dále hrudní ve 30% a bederní úsek páteře bývá postižen ve 28% (Hrabálek, 2011, s. 5).

#### Etiologie a patogeneze

*„Na páteř působí síly ve smyslu komprese (tlak v ose páteře), opakem je distrakce (natažení), dále flexe (přední ohyb), opakem je extenze (zadní ohyb), lateroflexe (boční ohyb), dále rotace (torzní síly) nebo translace (příčný střih s posunem páteřního sloupce dopředu, dozadu nebo do strany). Pokud působení těchto sil přesáhne mez soudržnosti tkání, dochází k poškození páteře“* (Hrabálek, 2011, s. 5). Patologicko-anatomicky jsou poranění páteře charakterizována poraněním kostí, kloubů, vazů, meziobratlových plotének a jejich kombinací (Hrabálek, 2011, s. 5).

Závažnost úrazů páteře narůstá s přidruženým poraněním míchy a míšních kořenů. Podstatná je lokalizace poranění, a to především u páteře hrudní a bederní. Obecně řečeno, čím výše je páteř a mícha zraněna, tím horší jsou vyhlídky člověka na přežití a na další uplatnění v budoucím životě (Neubauerová, 2011, s. 105).

#### Poranění krční, hrudní a bederní páteře - stručná charakteristika

V úseku horní krční páteře dochází ke zlomenině kondylů týlní kosti, atlantookcipitální dislokaci, zlomenině atlasu (C1) a zlomenině axisu (C2). Nejčastějšími ze všech fraktur krční páteře jsou **fraktury subaxiální krční páteře (C3–C7)**. Hlavními příčinami jsou převážně dopravní nehody, skoky do mělké vody po hlavě a sportovní úrazy. Nejčastěji bývá postižen 5. krční obratel (C5) nebo disk mezi 5. a 6. obratlem

(C5/6). Zhruba 25% těchto úrazů se obejde bez neurologického postižení, ostatní úrazy jsou provázeny kompletními (20%) nebo nekompletními (55%) míšními nebo kořenovými lézemi. K úrazům krční páteře patří tzv. „**Whiplash syndrom**“ (šlehnutí bičem), který vzniká při autonehodách, kdy dojde k extrémní extenzi krční páteře s následnou flexí. Jedná se o cervikální svalové a vazivové poranění., kdy není přítomna fraktura, luxace ani dislokace krční páteře. Většina **zlomenin hrudní a bederní páteře** se nachází v tzv. thorakolumbálním přechodu (Th11, Th12–L1) a 75% těchto pacientů je bez neurologického postižení (Hrabálek, 2011, s. 15–19; Ambler, 2011, s. 184).

## 2.2 Poranění míchy

Poškození míchy je jedním z nejhůře devastujících zdravotních postižení s trvalými následky a společenskými problémy. K poškození míchy dochází nejčastěji při poranění páteře úrazem, kdy je komprimován páteřní kanál luxovaným obratlem nebo kostními úlomky. V takovém případě hovoříme souborně o **poraněních vertebrospínálních**. Výjimečně dochází k poranění míchy, aniž by byly zjevné současné radiologické známky poškození páteře. Tato poranění jsou vzácná, vyskytují se u dětí a jsou dána větší pružností diskoligamentózních struktur páteře (Ambler, 2011, s. 183; Hrabálek, 2011, s. 21).

### Etiologie a epidemiologie poranění míchy

V České republice vzrůstá počet pacientů s míšními lézemi ročně o více jak 300 nových případů. Nejčastější příčinou poranění míchy jsou autonehody, pády z výšky, skoky do mělké vody a sportovní úrazy. Průměrný věk poraněných pacientů se pohybuje mezi 30-35 lety. Menší skupinu míšních poškození tvoří neúrazové míšní léze, a to cévní myelopatie, záněty či nádory. Jedná se zpravidla o starší pacienty ve věku 60–70 let (Kolář et al., 2009, s. 352).

#### 2.2.1 Patofyziologie poranění

Hrabálek (2011, s. 21) dělí mechanismus poranění míchy na primární a sekundární. K **primárnímu poranění** dojde v okamžiku úrazu v důsledku nárazu na kostěné struktury páteře, útlakem míchy kostěnými fragmenty nebo vyhřezlou meziobratlovou ploténkou. Rozsah poranění se může **sekundárně** zvýšit autodestrukčními změnami, v důsledku lokálních vaskulárních změn jako je krvácení, trombózy, vazospazmy a působením biochemických změn např. zvýšení permeability iontů, produkce prostaglandinů. Výsledkem těchto pochodů je edém (otok) míchy (Hrabálek, 2011, s. 21).

### 2.2.2 Typy poškození míchy

K úrazům míchy patří míšní komoce, míšní kontuze, míšní komprese a míšní dilacerace.

**Otřes míchy (komoce)** je funkční poškození míchy, které je charakterizováno přechodnou neurologickou symptomatologií. Počáteční fáze je shodná s transverzální míšní lézí, je přítomen míšní šok. Zpravidla do 24 hodin se stav upraví. **Pohmoždění míchy (kontuze)** je způsobeno primárně traumatem s následným vznikem míšního šoku nebo vzniká v důsledku sekundárních změn např. krvácení, Podle rozsahu vede k částečnému nebo úplnému výpadku funkce pod úrovní míšní léze. Pro úpravu motoriky je důležitá obnova vnímání bolesti z úrovně postižení. Horní hranice postižení může i o několik segmentů klesnout. **Útlak míchy (komprese)** je dán dislokovaným diskem, kostním úlomkem nebo spinálním epidurálním hematodem. Dochází ke snížení až zastavení cirkulace a k ischemii s prudkou lokální bolestí zad. Příznaky transverzální míšní léze se objevují během několika hodin až dní. **Rozdrčení míšní tkáně (dilacerace)** je důsledkem velmi intenzivního násilí. Dochází k destrukci zasažených buněk, přerušení axonů a četné hemoragii (Nevšímalová aj., 2005, s. 279–280).

### 2.2.3 Klinický obraz

Klinický obraz míšní léze je určen transverzálním rozsahem (horizontální topika) a výškovou lézí (vertikální topika) patologického procesu. Léze v určité výškové oblasti postihuje celý míšní průřez, nebo jen jeho část. (Wendsche a Kříž, 2005).

Pokud odpovídá neurologický obraz úplnému přerušení a pod úrovní přerušení nejsou zachovány žádné známky motorické a senzitivní funkce míchy jde se o **kompletní (úplnou) transverzální míšní lézi**. Za známky ireverzibility funkcí míchy se považuje priapismus a abnormální prodloužení plantární flexe. Při zachování částečného pohybu nebo cití pod úrovní léze se jedná o **inkompletní (částečnou) míšní lézi**. Léze inkompletní lehce nepatrně převažují nad kompletními v poměru 55 : 45%. Mezi nekompletní míšní léze (příloha č. 2) se řadí syndrom centrální míšní šedi, Brown - Séquardův syndrom (syndrom hemisekce míšní), syndrom přední míchy, syndrom zadní míchy, syndrom míšního konu a syndrom kaudy. Neurologickou hranici určuje nejkaudálnější segment se zachovanou motorickou i senzitivní funkcí (Hrabálek, 2011, s. 22–23; Ambler, 2011, s. 184).

Wendsche (2009, s. 13) uvádí podle výšky poranění v souvislosti s motorikou následující obrazy míšní léze:

- **Pentaplegie** je přerušení krční míchy nad segmentem C4, kdy dojde k ochrnutí všech čtyř končetin, bránice a ochrnutí trupového a břišního svalstva.
- **Kvadruplegie** (tetraplegie) je úplné přerušení krční míchy v rozsahu segmentů C5–Th1. Postižené jsou všechny čtyři končetiny, funkce ruky závisí na výšce poraněného segmentu (plexus brachialis C5– C8, příp. Th1).
- **Kvadruparéza** (tetraparéza) je inkompletní poškození krční míchy, poškozeny jsou všechny čtyři končetiny. Část funkce míchy pod úrovní poškození je zachována.
- **Paraplegie** je kompletní transversální míšní léze pod míšním segmentem C8. **Vysoká paraplegie** se vyskytuje při poranění horní části hrudní stěny, objevuje se částečná ztráta pohyblivosti trupu a úplná ztráta hybnosti dolních končetin. Dýchání a kašláni může být omezené, cití je zachováno jen od hrudi nahoru. **Nízká paraplegie** vzniká při poškození míchy v segmentu dolní části zad, objevuje se úplná nebo částečná ztráta hybnosti dolních končetin. Člověk s nízkou paraplegií má zachovalou citlivost od břicha nahoru a částečně cití na nohou.
- **Paraparéza** je nekompletní poranění míchy pod míšním segmentem C8.

Z hlediska funkce jednotlivých anatomických struktur dochází k následujícím poruchám:

- **Motorické dysfunkce** projeví se při lézi motorických neuronů na úrovni předních míšních rohů a kořenů jako syndrom periferní (chabé) parézy. Léze kortikospinálního traktu se projevuje syndromem centrální (spastické) parézy.
- **Senzitivní dysfunkce** vede k poruše všech kvalit citlivosti v případě léze zadních rohů míšních, která je lokalizována ipsilárně a segmentálně. Porucha hrubé kožní citlivosti, termického a algického cití provazcového typu kontralaterálně se objevuje při lézi předních a postranních provazců, které obsahují traktus spinothalamicus ventralis a lateralis. Léze zadních provazců má za následek poruchu propiocepce a diskriminačního cití provazcového typu a ispsilaterálně.
- **Autonomní dysfunkce** se projevuje řadou poruch, mezi které patří poruchy mikce, defekace, poruchy sexuálních funkcí, zornicové poruchy a poruchy regulace vazomotoriky (Wendsche a Kříž, 2005).



#### 2.2.4 Míšní šok

Bezprostředně po poranění míchy vzniká **spinální (míšní šok)**. V tomto období dochází k vymizení reflexní aktivity míchy. Je přítomna chabá plegie končetin s vymizelými šlachosvalovými reflexy (končetiny jsou bezvládně), chybí citlivost pro všechny kvality čítí (plegik necítí dotyk, teplo, bolest, neví v jaké poloze má končetiny), je nepřítomna reflexní aktivita močového měchýře, výrazně je snížena činnost střev. Toto období trvá zpravidla 3-6 týdnů. Postupně se objevují patologické reflexy např. trojflexe (při dráždění plosky nohy dojde k flexi v kyčli, koleni, extensi plosky nohy a palce). Dochází k obnovení střevní peristaltiky, stav se postupně stabilizuje a vytváří se obraz paraplegie (u lézí Th1) či tetraplegie (léze v oblasti krční páteře). Faltýnková uvádí, že k výraznější funkční obnově míchy obvykle dochází do 6-8 měsíců po vzniku míšní léze. Další zlepšení již probíhá pozvolna a závisí na stupni poškození a intenzitě rehabilitace (Neubauerová, 2011, s. 106; Faltýnková, 2004, s. 6).

#### 2.2.5 Diagnostika poranění páteře a míchy

**Klinické vyšetření** začíná anamnézou, při které se zjišťují okolnosti úrazu, obtíže pacienta, hodnotí se bolest, její lokalizace, popřípadě projekce, dále hybnost končetin a sfinkterové obtíže. Objektivní vyšetření tvoří všeobecné a neurologické vyšetření za účelem odhalit případné známky poranění nervových struktur. **Radiologická diagnostika** poranění páteře zahrnuje skiografii, kdy se provádí statické snímky v boční a předozadní projekci, dále výpočetní tomografii (CT), která zobrazí spolehlivě poranění kostních struktur páteře a v axilární rovině míru stenózy páteřního kanálu. CT vyšetření je metodou první volby u polytraumatizovaných pacientů. K posouzení zejména poranění míchy a meziobratlové ploténky a vazivových struktur páteře se provádí magnetická rezonance (MR). Ostatní metody jako např. perimyelografie se dnes využívají zřídka (Hrabálek, 2011, s. 6).

Ke schématickému prvotnímu zhodnocení tíže poranění z hlediska funkce míchy je používána **Frankelova klasifikace** míšního poranění. Ramamurthi a Tandon (2012, s. 536) ji uvádí takto:

Stupeň A – kompletní motorická a senzitivní léze pod úrovní poranění

Stupeň B – kompletní ztráta motoriky, senzitivita částečně zachovaná

Stupeň C – motorické funkce zachovány, ale efektivně nepoužitelné

Stupeň D – motorické funkce zachovány, ale oslabené, senzitivita plně zachovaná

Stupeň E – bez známek míšního poranění, normální motorická a senzitivní funkce.

Modifikací Frankelovy stupnice vznikla **klasifikace podle American Spinal Injury Association (ASIA)**, která stanovuje úroveň míšní léze a její rozsah (příloha č. 3, 4).

### 2.2.6 Terapie

Léčba poranění páteře je konzervativní nebo chirurgická. **Konzervativní léčba** zahrnuje klid na lůžku, stabilizaci páteře ortézou, podávání analgetik a následnou rehabilitaci. Ke stabilizaci krční páteře se používá plastový límec typu Philadelphia, další formou je použití halo-vest, na thorakolumbální přechod se používají snímatelné korzety s výztuhou. Cílem **chirurgické léčby** je dekomprese nervových struktur, obnovení fyziologické osy páteře a stabilizace páteře. Důvodem chirurgické léčby je především pórůzový neurologický deficit a známky páteřní nestability (Hrabálek, 2011, s. 6).

**Farmaceutická léčba** po poranění míchy je limitována podáváním steroidu methylprednisolonu. Léčbu podle studie NASCIS III (National Acute Spinal Cord Injury Study) je nutné zahájit do 3 - 8 hodin od úrazu, kdy se bolusově podá dávka 30 mg/kg methylprednisolonu intravenózně a dále kontinuálně 5,4mg/kg hod. pod dobu 24–48 hodin. Podání kortikoidů v takové dávce sebou nese ale i vysoká rizika rozvoje infekčních komplikací nebo krvácení do zažívacího traktu. Pokud terapie začala později, terapeutický efekt nebyl prokázán (Rudinský, 2005, s. 72).

Velkou nadějí pacientů po akutním spinálním poranění je **autologní transplantace kmenových buněk kostní dřeně**. Jedná se o klinickou studii, jejímž cílem je snaha o pozitivní ovlivnění regenerace poškozené míšní tkáně. Studie vychází ze schopnosti kmenových buněk kostní dřeně cíleně migrovat do místa léze, transformovat se na buňky nervové tkáně a ovlivňovat produkci růstových faktorů. Do studie jsou zařazeni pacienti po akutním spinálním poranění. Buněčná terapie je provedena do 28 dnů po traumatu u pacientů ve stabilizovaném stavu. Odběr kostní krve se provádí punkcí kostní dřeně z lopaty kosti kyčelní, následuje separace kmenových buněk a jejich aplikace cestou katetrizace a. vertebralis nebo periferní žíly. Od roku 2003 prodělalo buněčnou terapii 30 pacientů a výsledky jsou stále vyhodnocovány ([www.bunecnaterapie.cz](http://www.bunecnaterapie.cz)).

### 2.2.7 Spinální program, systém péče o pacienty s míšní lézí

Pro zajištění kontinuální a komplexní péče o pacienty po poranění míchy byl v České republice vytvořen spinální program. V roce 2002 bylo vydáno vládou ČR Metodické opatření, kterým se stanovila síť pracovišť zajišťujících péči o spinální pacienty

v různých časových obdobích po míšním poranění. Období po poškození míchy bylo rozděleno na následující fáze:

- **Akutní fáze** (stádium 1a) trvající 1–2 týdny po úrazu. Pacient by měl být hospitalizován na ARO nebo JIP spondylochirurgického oddělení. Zde je proveden urgentní operační zákrok zaměřený na míšní dekompresi a stabilizaci páteře. Pokud je pacient kardiopulmonálně kompenzován, je přeložen na spinální jednotku.
- **Subakutní fáze** (stádium 1b) trvající 2–12 týdnů po vzniku onemocnění. V této době by měl být pacient hospitalizován na Spinální jednotce, pokud to umožňuje jeho zdravotní stav (FN Brno Bohunice, FN Ostrava, KN Liberec, FN Praha Motol). Zde probíhá komplexní ošetrovatelská, lékařská, rehabilitační a psychologická péče. Nastavuje se správná medikace a alternativní režimy močení a vyprazdňování, provádí se prevence a léčba komplikací. Nezastupitelné místo má i fyzioterapie a ergoterapie. Spinální jednotku navštěvuje také sociální pracovnice, která provádí sociální šetření a pomáhá řešit sociální situaci pacientů.
- **Chronická fáze** (stádium 2) trvající 6–26 týdnů po vzniku onemocnění. V této fázi je pacient hospitalizován na Spinální rehabilitační jednotce (RÚ Kladruby, RÚ Hrabyně, Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk), kde pokračuje v intenzivní rehabilitaci dalších 5-6 měsíců. Po propuštění je pacient nadále hospitalizován v ambulancích spinálních jednotek. Základní lékařskou péči zajišťuje praktický lékař a ostatní ambulantní specialisté.
- **Terciární fáze** (stádium 3) je pozdní doba, během které někteří pacienti potřebují péči pro vzniklé komplikace (dekubity, infekci močového systému, urolitiázu, kontraktury, narůstající spasticitu, bolesti, psychologické a psychiatrické poruchy), nebo pro následné akutní stavy či operační zákroky (Wendsche a Kříž, 2005; Kolář et al., 2009, s. 353).

### 2.2.8 Vliv poranění míchy na pohyblivost člověka

Nejčastějším místem poranění míchy je oblast krční páteře, zejména C5–C7, v dolní části hrudního koše oblast Th10–L1 a oblast Th5. „Dochází k akutní transverzální míšní lézi s typickou symptomatickou paraplegie nebo kvadruplegie podle výškového postižení, se současnou retencí moče a s míšním šokem“ (Ambler, 2011, s. 183).

Celkový stav postiženého a zachování pohybové schopnosti závisí na výši segmentu poranění a na tom, zdali je poranění úplné nebo částečné. Stav klienta ovlivňují

i další faktory, jako je např. věk, osobnost, pohlaví, tělesná konstituce, vzdělání, rodinné zázemí, sociální postavení a materiální zabezpečení (Faltýnková, 2004, s. 7).

*„Je velmi důležité kompenzovat jedincům s tělesným postižením jejich omezený pohyb, neboť důsledkem toho může dojít k vyřazení osoby s tělesným postižením z celé řady aktivit, které až dosud vykonávali, a tím i k omezení účasti na společenském dění“* (Vítková, 2006, s. 66).

### 2.2.9 Psychický stav jedince po poranění míchy

Spinální trauma přináší změnu kvality života včetně omezení aktivit a příležitostí. To se negativně se promítne do všech oblastí života, tj. do stránky osobní, rodinné, sociální a profesní a vynutí si změnu postojů k životu (Novosad, 2011, s. 114).

Získané postižení představuje pro jedince silné emoční trauma. Způsob, jakým se člověk vyrovná s náhle vzniklou situací, závisí na dosažené úrovni jeho osobnostních vlastností a sociální podpoře nejbližších. Přes všechny individuální rozdíly se při náhle vzniklém postižení objevuje několik reakcí, které se podobají reakcím na jiné náročné životní situace (ztrátu blízkého člověka, živelnou pohromu apod.). Dle Vágnerové (2008, s. 180) reakce na nově vzniklé postižení probíhá ve čtyřech fázích:

- **Fáze latence:** Tato fáze bývá označována jako fáze nedostatečné informovanosti, kdy člověk leží v nemocnici a neví přesně, co se mu stalo. Domnívá se, že se jedná o přechodný stav a věří, že se uzdraví.
- **Fáze pochopení traumatizující skutečnosti:** Pacient prochází postupně léčbou, a když se jeho stav po určité době nemění, pochopí, že se pravděpodobně nikdy neuzdraví. Reakcí na toto zjištění je **šok**. Člověk své trauma obvykle řeší tím nejjednodušším způsobem: popírá, že je něco takového vůbec možné.
- **Fáze protestu a smlouvání:** Pacient v této fázi odmítá vše, co není návratem k původnímu stavu. Odmítá kontakt s okolím, nechce žít, rehabilitovat, smlouvá s osudem a snaží si uchovat naději na lepší výsledek. Často se v této době objevují maladaptivní reakce, jako je hořkost, obviňování ostatních, sebelítost a pocit bezmoci v nové situaci.
- **Fáze postupné adaptace:** Nemocný se učí různým kompenzačním způsobům pohybu, sebeobsluhy, orientace v prostředí. Vědomí omezení někdy blokuje rozvoj těchto kompetencí. Nemocný si nevěří, někdy si naopak potřebuje dokazovat, že může víc, než je mu doporučováno a posiluje tak narušenou sebeúctu. V této době si již většina

postižených připustí, že došlo ke změně jejich kompetencí a že na svém stavu nemohou nic změnit. Zjištěné skutečnosti je nutné přizpůsobit i další směřování v životě.

V literatuře se lze setkat i s jiným řazením jednotlivých fází např. Votava (2003, s. 149) popisuje fázi šest: **počáteční šok, deprese, popření reality, regrese, smlouvání, přijetí reality**. Odlišná od předchozího dělení je fáze regrese, která je charakteristická tím, že se pacient staví do role bezmocného, závislého jedince, a fáze smlouvání, kdy pacient přijímá postižení jako realitu, ale nezaměřuje se na jeho důsledky.

Pro zvládání náročných životních situací byly vytvořeny terapeutické metody, tzv. přístupy krizové intervence, které provádí nejčastěji psycholog, psychiatr, ostatní lékaři a všichni zdravotničtí pracovníci. Cílem je pomoci pacientovi překonat těžké období náhlého postižení, ovlivnit popisované reakce, podporovat pacienta na účasti na rehabilitaci a v konečném výsledku pomoci mu najít aktivní přístup k životu za nové situace (Votava, 2003, s. 150).

Každý člověk reaguje na poškození míchy trochu jinak, přesto většina lidí prožívá podobné pocity, emoce a stavy. Aby člověk citově zvládnul následky míšní léze, měl by:

- mít dostatečné informace o svém zdravotním stavu a o míšním poškození
- akceptovat, že je přirozené cítit pozitivní i negativní pocity
- mluvit s někým upřímně o svých pocitech, obavách, např. s lékařem, psychologem
- rehabilitačním pracovníkem, rodinným příslušníkem, jinou osobou s míšní lézí...
- být fyzicky i mentálně aktivní, se zájmem na sobě pracovat, dělat oblíbené věci a zkoušet věci nové
- se rozhodnout pokračovat dál v životě i s poraněním míchy (Faltýnková, 2004, s. 10).

Pro člověka, který se stává tělesně postiženým, se životní situace radikálně mění. Je nutné ji brát jako výzvu k překonání svízelné a těžko přijatelné situace a také jako motiv k prokázání toho, že člověk po úrazu má stejné předpoklady k osobnímu i společenskému uplatnění jako jeho vrstevníci. Přitom není ani tak podstatné, zda se mu podaří dosáhnout vytýčených cílů, ale hlavní je spíše snaha, úsilí a smysluplná a aktivita. Člověk s tělesným postižením žije *ve stálé každodenní konfrontaci mezi možnostmi*, které jsou dané nebo omezené nedostatečnými funkcemi vlastního těla a ambicemi jedince odpovídajícími jeho nadání, intelektu, vzdělání, věku a sociokulturnímu postavení a *ve stálém uvažování o sobě samém* v souvislosti s postoji a chováním druhých lidí a neustálém srovnávání sebe samého s jinými jedinci podobně postiženými (Novosad, 2011, s. 65–66).

## **2.3 Ošetrovatelská péče o pacienta se spinálním poraněním**

Při zajišťování kvalitní a komplexní péče o pacienta se spinálním poraněním je zapotřebí spolupráce celého týmu. Tým je složen z lékařů, všeobecných sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů a psychologa. Ošetrovatelská péče o pacienty se spinálním poraněním v kompetenci všeobecné sestry spočívá v péči o dýchací cesty, v zajištění výživy, v péči o vyprazdňování, v prevenci a ošetřování dekubitů, v provádění každodenní hygieny, podání léků a v péči psychiku. Cílem ošetrovatelské péče je podpora a udržení co největší míry soběstačnosti a sebepéče pacienta v závislosti na zdravotním stavu a prevence vzniku zdravotních komplikací v důsledku postižení (Kolář et al., 2009, s. 353).

### **2.3.1 Péče o dýchací cesty**

Dýchání je základní biologickou potřebou. Při nedostatku kyslíku a nedostatečném dýchání je člověk ohrožen na životě, vnímá strach a úzkost ze smrti. Přerušení míchy nad segmentem C3 znamená přerušení inervace bránice a tím ztrátu možnosti spontánně dýchat. Tento stav vyžaduje zavedení tracheostomické kanyly a trvalé napojení na umělou plicní ventilaci. Dechovými potížemi mohou trpět i poranění s nižšími lézemi, které mohou být způsobeny zvednutím bránice rozepjatými střevními kličkami. Kvadruplegický pacient je ohrožen vznikem respiračních infekcí a atelaktáz, což je dáno omezenou schopností kašlat (Jirků, Kyriánová, 2006, s. 13).

Ošetrovatelská péče o dýchací cesty je zaměřena na pravidelnou a důkladnou toaletu dýchacích cest. Nezbytné od počátku je provádění dechové rehabilitace. Do aktivních technik je zařazen např. nácvik autogenní drenáže, usilovného výdechu a huffing. Sestra spolupracuje s fyzioterapeutem, při jeho nepřítomnosti edukuje a podporuje pacienta při dechové rehabilitaci (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 13)

U pacientů s tracheostomickou kanylou sestra pravidelně odsává sekrety z dolních cest dýchacích a provádí ošetřování tracheostomické kanyly. Existují dva způsoby odsávání: první otevřený způsob odsávání, při kterém sestra používá jednorázovou sterilní cévku, sterilní pinzetu, osobní ochranné pomůcky a postupuje dle standardu oddělení. Nevýhodou systému je riziko vzniku infekce a přenosu na personál pomocí aerosolu ze vzduchu. Druhý systém je uzavřený systém např. Trach - care se používá u pacienta při nepřetržitém napojení na umělou plicní ventilaci. Při jeho použití nedochází k únikům sputa či aerosolu do okolí a je tak sníženo riziko vzniku infekce do okolí a k pacientovi. Nevýhodou toho systému je velká finanční náročnost (Šíma, 2013, s. 35).

### 2.3.2 Péče o výživu pacienta

Krátce po poranění se rozvíjí atonie žaludku a paralýza střev. Výživa u pacientů s poraněním páteře v akutní fázi je zajišťována parenterální cestou do centrálního nebo periferního žilního řečiště. Po odeznění míšního šoku se pacient dle zdravotního stavu převádí na enterální výživu. Většina pacientů nemusí dodržovat žádnou speciální dietu, pokud nemají nějaká přidružená onemocnění. Pacienti s tracheostomií mohou mít problémy s polykáním, proto je důležitý výběr stravy. Tetraplegičtí pacienti s vysokou míšní lézí potřebují podporu druhé osoby při stravování, někteří se dokáží sami najíst pomocí speciálně upravených příborů. Důležité je sledování bilance tekutin, v akutní fázi strava bohatá na bílkoviny. Strava by měla být vyvážená a obsahovat přiměřené množství vlákniny a tekutin (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 15).

### 2.3.3 Péče o vyprazdňování močového měchýře

Urologické komplikace v minulosti zásadně ovlivňovaly kvalitu a délku života postižených. Tito pacienti často umírali na močové infekce nebo selhání ledvin. Díky pokroku v urologické diagnostice a léčbě se situace v posledních letech výrazně změnila. Ošetrovatelská péče o urologický systém je zaměřena na prevenci přeplnění močového měchýře, na zajištění adekvátní evakuace močového měchýře a prevenci vzniku infekcí močových cest, cystolitiázy a poranění uretry (Krhut aj., 2006, s. 8–10).

V akutní fázi po vzniku transverzální míšní léze dochází vlivem míšního šoku k areflexií a atonii močového měchýře, což má za následek jeho přeplnění, nadměrné rozpínání a městnání moči v močovém měchýři. Proto volíme pro derivaci moče nejprve permanentní močový katétr. Pokud je předpoklad dlouhodobější permanentní derivace přistupuje se k provedení punkční epicystostomie a pokud možno co nejdříve převádíme pacienta na nejvhodnější metodu derivace moče čistou intermitentní katetrizací (Krhut aj., 2006, s. 10).

Po odeznění míšního šoku dochází k návratu komunikace mezi centrem pro močení ve vyšší segmentů S2-S4 a močovým měchýřem. U zdravého člověka močový měchýř je inervován vegetativními vlákny, která probíhají z mozku do míchy a končí v míšním centru pro močení. Z centra vedou další vlákna do stěny měchýře a vlákna pro zevní svěrač. Pro akt mikce (močení) je důležitá informace o naplnění močového měchýře, která je vedena do centra. Reakcí na tuto informaci je uvolnění svěračů a vypuzení moči. Zdravý člověk dokáže mikci vůlí zabránit, ale u pacienta s transversální míšní lézí nad segmenty S2-S4 dojde k reflexnímu vyprázdnění močového měchýře (Neubauerová, 2011, s. 107).

K určení vhodné metody pro vyprázdnění močového měchýře provádí lékař urodynamické vyšetření. Mezi metody evakuace močového měchýře patří zavedení permanentního močového katétru, provedení punkční epicystostomie, čistá intermitentní katetrizace a dnes již nepreferované vyprázdnění močového měchýře pomocí břišního lisu a tlakem na podbříšek. Mezi jímací metody moče patří vložné pleny a u mužů použití kondomových urinálů (Krhut aj., 2006, s. 10).

Pro zajištění trvalé derivaci moči je zaveden do močového měchýře **permanentní močový katétr (PMK)**. Ukončení se indikuje, pokud možno co nejdříve, pokud to není možné, výměna katétru se provádí jednou za sedm dní. Tato metoda zvyšuje riziko vzniku infekcí a s tím spojených dalších komplikací, u mužů výskyt zánětu pohlavních cest a proto je doporučován pouze v prvních dnech po úrazu. Pokud je nutná permanentní drenáž moči po delší dobu, nahrazuje se permanentní katétr **punkční epicystostomií**. Punkční epicystostomie je vývod močového měchýře přes břišní stěnu. Hlavní nevýhodou zavedení epicystostomie pro dlouhodobou péči je riziko vzniku infekce a tvorba konkrementů. Výhodou ve srovnání s PMK je, že nezpůsobuje otlaky močové trubice a u mužů snižuje výskyt zánětů varlat a nadvarlat (Krhut aj., 2006, s. 10).

Za standardní způsob evakuace močového měchýře u pacientů s traumatickým poškozením míchy je dnes považována **čistá intermitentní katetrizace (ČIK)**. Jedná se o opakované zavádění močové cévky do močového měchýře močovodu trubicí za účelem jeho vyprázdnění. Nejde o sterilní postup, ale o metodu, která se dá běžně používat po proškolení pacienta popřípadě člena rodiny i v domácích podmínkách. Při správném provedení ČIK minimalizuje riziko vzniku uroinfekce a poškození ledvin z důvodu přeplněného močového měchýře, odstraňuje odpor při močení a nevyžaduje zvýšení intraabdominálního tlaku. Při ČIK je důležité dodržovat stanovené časové intervaly pro katetrizaci nejčastěji v rozmezí tří hodin, přičemž objem moči by měl být 300 - 400 ml. Větší množství moči by mohlo vést k riziku poškození ledvin nebo v některých případech k rozvoji autonomní dysreflexie. Reflexní mikce, močení tlakem na podbříšek, močení břišním lisem nejsou v současné době příliš doporučovány, protože při jejich použití dochází ke vzniku močového rezidua a následně k uroinfekci, K jímací moče metodou kondomové drenáže se používá speciální kondomový urinál, který umožňuje jímací moči do sběrného sáčku. Tato metoda je určena pouze pro muže po provedeném urodynamickém vyšetření, které prokáže její vhodnost. Rozhodující u této metody je riziko vzniku infekce související s postmikčním reziduem, které zůstává po evakuaci moče v močovém měchýři. Pokud se postmikční reziduum vyšetřením



potvrdí, metoda není vhodná. Po vyšetření a doporučení specializovaného urologa je možné pacienta naučit „vyklepávání“, kdy jemným tlačáním, poklepáváním na dolní část břicha v oblasti močového měchýře a jemným tlakem dlaní dojde k vyprázdnění močového měchýře. Nesmí však dojít k přílišnému zvětšení intravezikálního tlaku, při kterém by došlo k vytlačení moče do močovodu případně až do ledvin a vzniku infekci. Tento způsob močení je vhodný u malého procenta pacientů (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 18).

#### 2.3.4 Péče o vyprazdňování stolice

Vyprazdňování patří k základním biologickým potřebám člověka. Ve fázi míšního šoku dochází k areflexii a atonii střev a následnému mštnání stolice v gastrointestinálním traktu. V této fázi je jediný způsob vyprazdňování stolice pomocí klyzma. V další fázi po odeznění míšního šoku při transverzální míšní lézi nad sakrálním segmentem se rozvíjí **obraz spastického (reflexního) střeva**. Spojení mezi míchou a střevem zůstává zachováno a existuje tak podpora pro reflexní koordinovaný průběh stolice. Při lézi ve výši sakrálních segmentů se vyskytuje **ochablé střevo**, vzniká chabý obraz plegie, chybí peristaltický reflex a zevní sfinkter má nízký tonus. Důsledkem je pomalý pohyb stolice a velké riziko inkontinence pro hypotonický zevní svěrač (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 16).

U všech pacientů po poranění páteře je nutné zajistit pravidelné vyprazdňování. Péče o střevo by měla být prováděna v pravidelných časových intervalech, jen tak se vytvoří návyk a očekávaná reakce. K vyvolání defekace může být využito polknutí jídla nebo vypití horké tekutiny asi 30 minut před zahájením vyprazdňování. Pokud jsou tyto intervence neúspěšné, přistupuje se k digitální stimulaci rektu nebo podání chemického stimulantu ve formě čípků. V péči o střevo má významnou roli úprava stravy, která má vliv na charakter stolice. Doporučuje se příjem tekutin v poměru 40 mg/kg váhy + 500 ml/den, ve stravě podáváme denně 15 g vlákniny do maximální dávky 30 g. Důležitá v péči o stolicu je i dostatečná pohybová aktivita, která je zajišťována polohováním a vertikalizací na vozík (Kulakovská, 2006, s. 16–17).

Cílem efektivního programu péče o střevo je redukce vyprazdňování na 3 cykly týdně. Pokud není program efektivní, je třeba zkontrolovat příjem stravy, tekutin, úroveň pohybové aktivity, typ rektální stimulace, polohu při vyprazdňování a perorální medikaci. Nedílnou součástí péče o vyprazdňování je provedení hygieny po defekaci a péče o kůži v oblasti rektu (Kulakovská, 2006, s. 16–17).

### **2.3.5 Prevence dekubitů**

Dekubity patří mezi jednu z nejčastějších komplikací vyskytujících se u lidí s poraněním páteře a míchy. Dekubitus (proleženina) je lokalizované poškození tkáně následkem porušení prokrvení v důsledku přímého tlaku, imobility, tření, střížných sil a celkového špatného stavu pacienta. Ke vzniku proleženiny dochází, když pacient sedí nebo leží ve stejné poloze delší dobu. Nejčastější místa výskytu dekubitů jsou kost křížová, hýždě, kolena, lokty, paty, týl, hlava. Klinickým projevem je zarudnutí kůže, otok v místě postižení a u rozšiřujícího se dekubitu pak nafialovělé zbarvení kůže s následnou nektrózou (Mrůzek aj., 2005).

Úkolem sestry v péči o pacienta se spinálním poraněním je zabránit faktorům, které se podílejí na vzniku dekubitů. Mezi tyto faktory patří dlouhodobý tlak mezi podložkou a tkání, neopatrná manipulace s pacientem během polohování, kdy dochází vlivem tření k mechanickému poškození tkání, dále hydratace, výživa a porucha řídicích nervových funkcí. Dekubity vznikají také na podkladě chemického poškození nejčastěji působením stolice, moči a potu na kůži pacienta (Mrůzek aj., 2005).

Prevence vzniku opruzenin je jednou z nejdůležitějších složek ošetrovatelské péče pacienta po poranění páteře a míchy. Prevence spočívá v pravidelném polohování na lůžku po dvou hodinách ve dne i v noci, využívá se polohy na zádech, boku, v polosedu a na břiše. Součástí prevence je i podávání dostatečného množství tekutin, výživy, dodržování hygienických zásad, kontrola predilekčních míst a šetrná manipulace s pacientem (Mrůzek aj., 2005).

### **2.3.6 Hygienická péče**

Potřeba čistoty je základní biologickou potřebou. Rozhodujícím faktorem při poskytování hygienické péče u pacienta je míra omezení pohyblivosti a ztráta soběstačnosti pacienta. Hygienu u tetraplegického pacienta zajišťuje druhá osoba, ve zdravotnickém zařízení nejčastěji zdravotní sestra nebo ošetrovatelka. Hygiena se provádí na lůžku, nebo za použití pojízdné vany, ve které je možné pacienta odvézt do koupelny a zajistit mu tak dostatečnou intimitu při provedení toalety. Hygienická péče se provádí dle možností a individuálních návyků pacienta a je zaměřena na mytí celého těla, péči o nehty, vlasy, dutinu ústní a chrup. Kritická místa pokožky (genitálie) se udržují neustále v suchu a čistotě, používají se čistící pěny a ochranné krémy v prevenci proti opruzeninám (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 18).

### **2.3.7 Bolest**

Bolest je nepříjemná senzorká a emocionální zkušenost spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání a je důležitým diagnostickým vodítkem. Bolest u pacientů s míšním poraněním stejně jako u ostatních nemocných snižuje kvalitu života, vede k prohloubení stresu a zhoršení spolupráce pacienta. Pacienti s míšní lézí trpí různými typy bolestí. Nejsvízelnější je neuropatická bolest, která vychází z míchy a míšních kořenů, je obecně nejhůře ovlivnitelná a může přejít do chronického stádia. Pro diagnostiku bolesti se používá vizuální analogová škála VAS (visual analog scale), na které pacient pomocí bodů 1-10 zhodnotí intenzitu své bolesti (Kříž a Kozák, 2006, s. 9–12).

Péče v oblasti bolesti u pacientů s poraněním míchy spočívá ve sledování bolesti a případné pomoci s vyhledáním úlevové polohy. Pokud bolest přetrvává, je nutné podat dle ordinace lékaře analgetika (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 20).

### **2.3.8 Prevence tromboembolické nemoci**

Pacienti po úrazu míchy jsou rizikovou skupinou pro vznik tromboembolické nemoci. Důvodem je oblenění průtoku krve řečištěm při snížení vasomotorického tonu a absenci svalové pumpy na plegických končetinách. Nejčastěji jsou trombózou ohroženi pacienti v prvních několika týdnech po úraze, ale je třeba na ni myslet i v chronickém stadiu, například při dlouhodobější imobilizaci a operačních výkonech. Sestra ve spolupráci s rehabilitačními pracovníky a s lékaři se podílí na prevenci tromboembolických komplikací. Její intervence spočívají v péči o dostatečnou hydrataci, v polohování ke zvýšení rychlosti průtoku krve v dolních končetinách, provedení elastických bandáží a uložení dolních končetin do zvýšené polohy. Farmakologická prevence tromboembolické nemoci je zajištěna nízkomolekulárním heparinem a warfarinem a je v kompetenci lékaře (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 24).

### **2.3.9 Spánek a odpočinek**

Spánek je nezbytným předpokladem pro zachování a udržení tělesného i duševního zdraví. Pro organismus člověka má ochranný a regenerační význam. Potřeba spánku je zcela individuální a závisí na denních aktivitách, věku a fyziologickém stavu organismu. Pacient následkem upoutání na lůžku může mít odlišnou potřebu spánku než zdravý člověk a mohou se u něj vyskytovat spánkové poruchy. Cílem péče o tuto oblast je dodržování spánkového rytmu u osob upoutaných na lůžko a podpora kvalitního spánku. Sestra se snaží dodržovat spánkové stereotypy, vyvětrá pokoj před spaním a podporuje

psychickou pohodu pacienta. Negativně kvalitu spánku ovlivňuje polohování pacienta každé dvě hodiny v prvních stádiích po vzniku úrazu. Sestra jedná s pacientem šetrně, nerozsvěcuje prudké světlo na pokoji, mluví tiše. Během dne společně s rehabilitačními pracovníky se podílí na aktivizaci pacienta, která přispívá ke zlepšení kvality nočního spánku (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 20).

### **2.3.10 Péče o psychiku pacienta**

Péče o psychiku pacienta s míšním poraněním je velmi důležitá, a proto by měl být psycholog součástí týmu od přijetí pacienta na oddělení. Měl by být také v kontaktu s rodinou pacienta a ostatními členy zdravotnického týmu. Za nedílnou součást léčby v akutní fázi je považována terapie anxiolytiky a antidepresivy, která umožní lepší psychické nastavení pacienta a komunikaci. Krizové intervence psychologa jsou zaměřeny na pokrytí všech bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb (Jirků a Kyriánová, 2006, s. 26).

## **2.4 Zdravotní důsledky míšní léze a další možné komplikace**

Člověk s postižením míchy nemá jen omezení ve smyslu ztráty hybnosti a citlivosti na určitých částech těla, ale často je ohrožen i nejrůznějšími zdravotními komplikacemi. Kolář et al. (2009, s. 354) uvádí tyto možné komplikace:

**Autonomní dysreflexie** se vyskytuje u pacientů s míšní lézí nad segmentem Th6. Jedná se o závažný akutní stav vyvolaný prudkým zvýšením krevního tlaku způsobeným neadekvátní vegetativní reakcí na podráždění pod místem léze. Příčinou je distenze (přeplnění) močového měchýře při neprůchodnosti močového katétru či epicystostomii. V klinickém obrazu dominuje prudká bolest hlavy, zarudnutí v obličeji, pocení a úzkost, může nastat krvácení do mozku. Obvykle stačí pacienta posadit a obnovit derivaci moči.

**Ortostatická hypotenze** v akutní fázi je způsobena déletrvající horizontální polohou pacienta, plegií dolních končetin a nedostatečným návratem žilní krve z periferie. Při posazení pacienta tak dochází ke kolapsovým stavům, proto je potřeba postupná vertikalizace do sedu s možností okamžitého záklonu nebo vertikalizace na vertikalizačním stole nebo polohovacím lůžku.

**Poruchy sexuálních funkcí** a jejich různé kombinace se vyskytují v závislosti na výšce léze. U mužů se objevují poruchy erekce a ejakulace, u žen pak poruchy lubrikace a dosažení orgasmu. Poranění míchy není příčinou neplodnosti.

**Spasticita** se objevuje ve větší či menší míře u centrálních lézí po odeznění míšního šoku. Projevuje se zvýšením svalového tonu, hyperreflexií a klonem. Míra spasticity se dá ovlivnit rehabilitací a její léčbu se zahajuje po dohodě s fyzioterapeutem. Po delší době od úrazu se může spasticita zhoršovat a vést ke kontrakturám a deformitám.

**Paraartikulární osifikace** (též neurogení heteroskopické osifikace) způsobují omezení hybnosti až ankylózu v kloubu. V chronické fázi u pacientů s míšní lézí dochází z důvodů nečinnosti ke vzniku **osteoporózy** a zvýšenému výskytu zlomenin při pádech z vozíku. Pokud je to možné, doporučuje se pravidelná vertikalizaci do stoje.

## 2.5 Ucelená (komprehensivní) rehabilitace

Dle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1981 je rehabilitace definována „jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovu získání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti a obsahuje všechny prostředky směřující k zmenšení tlaku, který působí disabilita, následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého“ (Kolář et al., 2009, s. 2). Podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření je možné rehabilitaci rozdělit do následujících oblastí: léčebná, pracovní, sociální, pedagogická a psychologická rehabilitace (Kolář et al., 2009, s. 2).

**Léčebná (medicínská) rehabilitace** má důležité místo při léčbě spinálního poranění. Je zajišťována ve zdravotnických zařízeních a ve specializovaných léčebných a lázeňských ústavech. Jejím cílem je odstranění či zmírnění následků úrazu a zlepšení funkčního stavu jedince (Kolář et al., 2009, s. 2).

**Pracovní rehabilitace** pomáhá lidem s postižením k tomu, aby mohli vykonávat své současné nebo jiné vhodné zaměstnání. Zařazení osob se zdravotním postižením do procesu pracovní rehabilitace je závislé na jejich zdravotním stavu, pracovní způsobilosti, dosaženém vzdělání, získaných dovednostech a situaci na trhu práce. Pracovní rehabilitaci zajišťuje úřad práce (Kolář et al., 2009, s. 2).

Cílem **sociální rehabilitace** je zařadit postiženého člověka v co nejvyšší možné míře do společnosti. Pacient absolvuje nácvik dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní stav. Sociální rehabilitace je zajišťována ve velké míře nestátními neziskovými organizacemi např. Paraple, občanskými sdruženími osob se zdravotním postižením, zdravotnickými zařízeními a nadacemi, které fungují také jako poradenství pro osoby zdravotně postižené (Kolář et al. 2009, s. 2).

**Pedagogická rehabilitace** umožňuje svými prostředky zdravotně postiženým osobám dosáhnout co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace (Kolář et al., 2009, s. 2).

### **Základní prostředky léčebné rehabilitace**

V léčbě pacientů po poškození míchy má nezastupitelnou úlohu fyzioterapie a ergoterapie. O výběru vhodné fyzioterapeutické techniky rozhoduje zdravotní stav pacienta a úroveň míšní léze. V **respirační fyzioterapii** jsou využívány pasivní a aktivní techniky. Mezi pasivní techniky patří polohová drenáž, uvolňování hrudníku, manuální vibrace při výdechu nebo masáž mezižeberních prostor. Do aktivních technik je řazen nácvik výdechu proti odporu, autogenní drenáž a také prohloubené dýchání při reflexní stimulaci podle Vojty (Kolář et al., 2009, s. 355).

**Pasivní pohyby** se provádí jako prevence kontraktur a pro udržení rozsahu pohybu v jednotlivých kloubech. Tyto pohyby jsou nutným opatřením zejména u tetraplegických pacientů, u kterých je riziko kontraktur na horních končetinách. Pasivní pohyby musí být pomalé, plynulé a neměly by přesáhnout určitý fyziologický rozsah, aby nedocházelo k poranění měkkých tkání a vzniku paraartikulárních osifikací. Ke cvičení pasivních pohybů končetin se využívá přístroj **MotoMed**. Používá se u pacientů na lůžku tak i pro sedící pacienty. Pasivní pohyby zprostředkované tímto přístrojem zlepšují prokrvení končetin, stimulaci receptorů ve svalech a kloubech (Kolář et al., 2009, s. 355).

Při **aktivních pohybech** se fyzioterapie zaměřuje na svaly a svalové skupiny, které mají úplně nebo částečně zachovanou funkci. Aktivní pohyby pracují na obnově svalové síly. Při aktivním individuálním cvičení jsou využívány různé fyzioterapeutické metody a koncepty. Je to např. Vojtova metoda, PNF (Proprioceptivní neuromuskulární facilitace) nebo koncept manželů Bobathových (Kolář et al., 2009, s. 355).

Pokud je to možné zahajujeme co nejdříve po úrazu **vertikalizaci** do sedu nebo stoje za pomoci vertikalizačních lůžek, stolů a stolanů. Vertikalizaci a mechanoterapii umožňuje přístroj zvaný **Lokomat**, který se využívá především u pacientů s inkompletní míšní lézí. Je to medicínskotechnické zařízení, které nahrazuje trénink chůze, který je manuálně asistovaný a využívá pohyblivého chodníku. **Fyzikální terapie** u pacientů po spinálním poranění je zaměřena na ovlivnění bolesti neuromuskulárního původu, artopatií a napomáhá k lepšímu hojení kožních defektů a jizev. Nejčastěji se používá elektroterapie, ultrazvuk, magnetoterapie nebo např. biolampa, vhodné jsou různé formy vodoléčby (Kolář et al., 2009, s. 356).

**Ergoterapie** je zaměřena na nácvik každodenních běžných aktivit (oblékání, osobní hygiena, příjem potravy) a současně na funkční dovednosti horních končetin nebo na jemnou motoriku. Důležitý je nácvik funkčního úchopu u tetraplegiků, jehož součástí je zejména polohování rukou ve speciálních polohovacích rukavicích. Ergoterapeut má na starosti také pomoc s výběrem vhodných pomůcek pro pacienta do domácího prostředí (vozíku, polohovacího lůžka, pomůcek pro hygienu a ostatních kompenzačních pomůcek) a dále nabízí poradenství v oblasti úprav bezbariérového bydlení nebo pracovního místa (Kolář et al., 2009, s. 356).

### 3 KVALITA ŽIVOTA

V posledních 30 letech dochází k výraznému nárůstu zájmu o problematiku kvality života. V ošetrovatelství zaznamenáváme různorodost přístupů a definic, které se snaží kvalitu života popisovat a hodnotit, ale standardně se setkáváme s konstatováním, že kvalita života představuje těžko uchopitelný pojem právě pro jeho multidimenzionálnost (mnohorozměrnost) a komplexnost (Gurková, 2011, s. 15).

#### 3.1 Vymezení pojmu a jeho vývoj

Termín „kvalita života“ se poprvé v historii objevuje ve 20. letech 20. století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji státu v oblasti materiální podpory nižších vrstev společnosti. Po válce prohlásil americký prezident Johnson zlepšování kvality života občanů za cíl své domácí politiky. Začalo se ale ukazovat, že nárůst ekonomiky nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem a že život lidí v určitém prostředí nelze popisovat pomocí objektivních, většinou ekonomických ukazatelů, a že je nutné přihlížet k dalšímu souboru sociálních aspektů. Pro subjektivní vnímání kvality života je důležité hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem ani biologickým zdravím nemusí vůbec souviset (Payne a kol., 2005, s. 205–207).

Studium kvality života prodělává svůj vrchol zejména v posledních 10 letech, kdy se tomuto tématu věnují výzkumné týmy po celém světě, které hledají a identifikují faktory, které přispívají k lepšímu a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. V literatuře existuje mnoho definice kvality života, ale ani jedna z nich není za posledních 30 let všeobecně akceptována. WHO definuje kvalitu života jako „*subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem*“ (Payne a kol., 2005, s. 205–207). Lze teda shrnout, že obecně je kvalita života chápána jako důsledek interakce mezi faktory sociálními, zdravotními, ekonomickými a mnoha dalšími (Payne a kol., 2005, s. 205–207).

Koncept kvality života má dvě dimenze, složku objektivní a subjektivní. Subjektivní vnímání kvality života se týká emocí a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života vychází ze splnění požadavků týkající se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statutu a fyzického zdraví. Otevřenou otázkou zůstává, jak tyto dvě složky spolu souvisí a jak tedy kvalitu života nejlépe měřit (Payne a kol., 2005, s. 207).



### **3.2 Význam pro medicínu a zdravotnictví**

Termín kvalita života je užíván v medicíně od 70 let, přesto je ve zdravotnictví problematikou poměrně novou, i když velmi zdůrazňovanou. Lékař dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi, jaký je dopad konkrétně zvolené terapie na kvalitu jejich života. V medicíně a zdravotnictví je těžištěm zkoumání kvality života oblast psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se v této souvislosti užívá pojem „kvalita života ovlivněná zdravím“, který je možno specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je spojován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.“ Zjednodušeně lze říci, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (krevní hodnoty, fyziologické funkce...) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou například přítomnost bolesti, zvládání chůze do schodů, schopnost sebeobsluhy, typ emocí či prožívaná úzkost. V oblasti péče o tělesně postižené se kvalita života stala argumentem pro změnu přístupu k těmto lidem a v souvislosti s příslušnou terapií se stále více hovoří o zlepšení jejich života, jako o cíli terapeutické intervence (Payne a kol. 2005, s. 211–212).

### **3.3 Měření kvality života**

Kvalita života může být hodnocena z objektivního hlediska, kdy se hodnotí např. určité ekonomické, bytové, pracovní nebo zdravotní podmínky. Neméně důležité je hledisko subjektivní, teda, jak jedinec dané životní podmínky vnímá (Votava, 2003, s. 151).

Ve výzkumné a klinické praxi se používají čtyři různé metodiky pro měření kvality života: spontánní oznamování, aktivní dotazování, psychometrické testy a nepřímá měřítka. Spontánní dotazování je výpověď pacienta, která je často nepřesná. Aktivní dotazování se provádí formou rozhovoru a dotazníku. Rozhovoru je citlivá metoda, ale množství a srovnatelnost změn kvality života je nepřesné. Psychometrické testy a umožňují sledovat i jemnější změny kvality života. Nepřímá měřítka se používají u osob s omezenou schopností vyjadřování např. u osob mentálně postižených. Byly vymezeny oblasti, ve kterých se kvalita života hodnotí. Švédský rehabilitační lékař prof. Fugl-Meyer navrhl, aby se kvalita života posuzovala ze čtyř hledisek: kvalita života vnímaná jako celek, kvalita života vnímaná v základních šesti doménách, množství pozitivních zážitků, které kvalitu života zlepšují a množství negativních zážitků, které kvalitu života zhoršují (Votava, 2003, s. 152).

U nás byl do praxe zaveden dotazník subjektivní kvality života SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis), který posuzuje 23 oblastí dvojím způsobem: hodnotí se důležitost každé oblasti pro dotazovaného a pak spokojenost v té dané oblasti. Existuje i řada dalších dotazníků pro hodnocení kvality života. Světová zdravotnická organizace doporučuje WHOQOL (WHO Quality of Life), dále byly navrženy dotazníky specificky zaměřené na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemoci (Votava, 2003, s. 153).

### **3.4 Kvalita života lidí s poraněním páteře a míchy**

Významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života s tělesným postižením, je rozsah a stupeň pohybového omezení, přičemž rozhodujícím faktorem je úroveň soběstačnosti. Ta je dána schopností lokomoce a schopností samostatné sebeobsluhy (Opatřilová a Procházková, 2011, s. 23).

U pacientů s těžším stupněm zdravotního postižení je obecně snížena kvalita života. Negativně ji ovlivňuje náhlé upoutání na lůžko, bolest, problémy se spánkem, potíže s dýcháním, sexuální dysfunkce, poruchy vyprazdňování moče a stolice, stejně jako omezený kontakt s lidmi, neschopnost sebezpěče, sebeuplatnění a závislost na pomoci cizích osob. Na druhé straně může být spinální trauma výzvou k mobilizaci všech sil a tím si může i sám postižený kvalitu života zvýšit. Společnost zvláště v poslední době vytváří v rámci ucelené rehabilitace určité specifické podmínky pro osoby se zdravotním postižením (možnost vzdělání, bydlení, příspěvek na koupi auta apod.) a tím také jejich kvalitu života zvyšuje (Votava, 2003, s. 153).

Vnímání kvality života u pacientů s poraněním páteře a míchy je zcela individuální, záleží na přístupu člověka k vlastnímu životu a na vnějších faktorech, které ho ovlivňují. Na subjektivně vnímané kvalitě života se významně podílejí i filosofické a náboženské přístupy člověka, zejména jeho vědomí vlastní hodnoty a perspektivy (Votava, 2003, s. 153).

Zjišťování kvality života lidí s tělesným postižením po úrazu je důležité pro další zlepšování komplexní zdravotnické péče o tyto pacienty (Slováček, 2004).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 FORMULACE PROBLÉMU

Úraz a následné postižení po poranění páteře a míchy znamená vždy dramatický zásah do kvality života člověka i jeho blízkých. Prožitý úraz ovlivňuje život jedince nejen po stránce tělesné, ale také psychické a sociální, narušen bývá rodinný život, možnost pracovního uplatnění, oblast zájmů atd. Úraz zasahuje život člověka v komplexní rovině – jde o problematiku natolik závažnou, že si člověk po prožitém úrazu těžko zajistí potřebnou kvalitu života vlastními silami. Problém lze tedy shrnout do následující otázky: „Jak ovlivňuje poúrazové postižení kvalitu života člověka?“

## 5 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem práce je zmapovat, jak poúrazové postižení získané v dospělém věku ovlivňuje každodenní život člověka.

### Dílčí cíle

1. Zjistit, jak respondenti po prožitém úrazu vnímají kvalitu svého života.
2. Zjistit, jaký dopad má úraz na vnímání životních hodnot.
3. Zjistit, jak postižení ovlivňuje jednotlivé oblasti života.

## 6 POUŽITÁ METODIKA

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“* (Hendl, 2012, s. 48). Výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv informace, které přispívají k objasnění výzkumných otázek, provádí induktivní a deduktivní závěry. Tato metoda je časově náročnější, protože sběr dat a jejich analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter. *„Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj, zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky“* (Hendl, 2012, s. 51).

Pro dosažení stanovených cílů byl zvolen kvalitativní výzkum formou strukturovaného rozhovoru. Zvolenými respondenty byli dva muži po úrazu páteře a míchy. Sběr dat byl proveden v prosinci 2013 a v lednu 2014 během dvou sezení s respondenty. Rozhovory byly anonymní, zaznamenávány na diktafon a pořizovány v domácím prostředí respondentů. Při sestavování otázek do rozhovorů bylo čerpáno z dotazníků na kvalitu života v souvislosti se zdravím SQUALA (Subjective quality of life analysis) a WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life). Záznamy rozhovorů po dokončení bakalářské práce byly smazány.

## **7 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

1. Jaké pocity prožívali respondenti po sdělení diagnózy?
2. Jakým životním ztrátám museli postižení po úrazu čelit?
3. Jak se mění kvalita života po prodělaném úrazu?
4. Mění úraz životní hodnoty a priority?
5. Má pourazové postižení negativní vliv na partnerské, rodinné a přátelské vztahy?
6. Jakým způsobem ovlivňuje úraz zdravotní stav a psycho-emocionální prožívání?
7. Jak jsou lidé po úrazu spokojeni s následnou rehabilitační, ošetrovatelskou a zdravotní péčí?
8. Jakým způsobem ovlivňují zájmy a sportovní vyžití současný život respondentů?
9. Jak úraz ovlivnil pracovní zařazení a finanční zabezpečení respondentů?

## **8 VZOREK RESPONDENTŮ**

Vzorek respondentů zahrnuje dva muže ve věku od 35–40 let se získaným tělesným postižením v dospělosti následkem poranění páteře a míchy. Tito dva muži byli zvoleni záměrně s ohledem na podobnost jejich úrazu a následně stanovené diagnózy paraplegie. Oba oslovení muži souhlasili s poskytnutím rozhovoru a s publikováním zjištěných výsledků v této bakalářské práci. První respondent trvale využívá sociální službu chráněné bydlení, druhý respondent žije v bezbariérovém bytě v domě svých rodičů. Vzhledem k nízkému počtu respondentů nelze získané výsledky široce zobecňovat.

## 9 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

### Respondent č. 1

Prvním respondentem je muž, 35 let, svobodný, bezdětný. V roce 2004 si při skoku do vody způsobil traumatickou frakturu C7 s míšní lézí s následnou paraplegií. Po nehodě byl letecky transportován na anesteziologicko – resuscitační oddělení Neurochirurgické kliniky FN Plzeň Lochotín, kde byl operován a později byl přeložen na rehabilitační oddělení do FN Plzeň Bory. Po ukončení nemocniční léčby nastoupil do rehabilitačního ústavu v Kladrubech, kde strávil 6 měsíců. V současné době žije v bezbariérovém bytě v chráněném bydlení v centru sociálních služeb.

#### 1. Jaký úraz jste prodělal a jak dlouhá doba uplynula od úrazu?

*„Měl jsem úraz krční páteře. Jednou o víkendu jsem se šel s partou koupat a skočil jsem do vody. Hned, jak mi vyplavaly nohy, tak jsem věděl, že je to špatný, necítil jsem vůbec nohy. Když mě vytáhli, měl sem nohy strašně studený a než přijela záchranka, byla mi strašná zima. Vzpomínám si na všechno.“*

#### 2. Jak Vám byla sdělena diagnóza, co jste prožíval, byl u toho někdo blízký, a co pak následovalo - jaký zákrok, jaká léčba?

*„Odvezli na mě do Plzně na Lochotín do nemocnice a tam ke mně přišel doktor a řekl mi, že asi nebudu chodit a že mám takový jakoby možnosti. No řekl mi, že mám sedmičku obratel rozdrčený, mícha že je nateklá a že to vypadá, že chodit nejspíš nebudu a budou to operovat a zkusí nový zákrok, dají mi tam štěp a že to dál budou sledovat. Bylo to všechno moc rychlý, neměl jsem čas moc přemýšlet, co bude. Rukama jsem vůbec nepohyboval jen hlavou. No, byl jsem kvadrout, otáčel jsem jenom hlavou. Operovali mě ten den, kdy mě přivezli do nemocnice a pak mi ještě dělali asi sedm zákroků. V nemocnici jsem byl dohromady 31 dní a bylo to hrozný. Nemohl jsem se pohnout a všechno mi dělaly sestry. Brácha nechtěl, aby mi dělali díрку do krku, abych mohl líp dechat a tak mi dávali kyslík maskou, kterou jsem měl na obličej. Nakonec jsem to vydejal. Když si na to vzpomenu, ještě teď je mi špatně. Nejhorší bylo, že jsem se nemohl hejbat. Sestry a doktoři tam byli dobrý.“*

### **3. Jak jste se s novou situací vyrovnával, co jste prožíval?**

*„První měsíce to bylo peklo, člověk pořád přemýšlí o všem možným a nemůže se s tím srovnat. Měl jsem dlouho depku. No od 14 let jsem byl na ulici, byl jsem zvyklej, tak jsem to nějak zvládl. Hodně jsem přemýšlel, proč se mi to stalo, proč zrovna já, nic špatného jsem neudělal. Skok a změni to život a je to hned.“*

### **4. Co se pro Vás po úrazu změnilo a v čem nastala po úrazu podle Vás největší změna?**

*„Změnilo se toho hodně. Hlavně bydlení, zůstal jsem prakticky sám. S bráchou jsem žil ještě nějaký čas po Kladrubech, ale to neklapalo. Potom jsem bydlel tak různě, ve stodole, u kámoše. Pak protože byla zima a měl jsem teploty, našli mě policajti a dali do nemocnice. V té době jsem na tom byl dost špatně, měl jsem dva velký dekubity, dluhy, a neměl jsem, kde bydlet. Největší změna po úrazu je asi v tom, že už nemůžu utíkat, hrozně rád jsem běhal.“*

### **5. Získal jste paradoxně úrazem něco?**

*„Asi jsem to v životě měl moc všechno snadný, tak mě posadili na vozík, abych to mě těžší...asi jako nějaký trest za to, jak jsem vedl žil. Nevím, nic jiného mě asi nenapadne.“*

### **6. Co Vám „vrátilo chuť do života“, co bylo podle Vás tou hnací silou?**

*„Abych byl pružnější a schopnější se o sebe postarat.“*

### **7. Co Vám v poslední době udělalo největší radost a co Vás v současné době nejvíc trápí?**

*„Práce a hlavně přítelkyně. Netrápí mě asi nic, možná, že nejsme s přítelkyní spolu častěji. Jsem spokojenej, jak to je.“*

### **8. Jaký pohyb dokážete samostatně bez pomoci druhé osoby?**

*„Skoro všechno, dojedu si, kam potřebuju. Jezdím i na kole (handbike), když je dobrý počasí.“*

### **9. Máte bezbariérovou úpravu bytu?**

*„Mám, protože jsem tady na bydlení a je to pohoda.“*

**10. Jaké běžné denní činnosti zvládnete samostatně bez dopomoci druhé osoby?**

*„Vykoupu se, zvládnu si drobet uklidit. V některých věcech jako je třeba mytí oken, utírání prachu na skříních potřebuju, aby mi někdo pomohl. Jídlo si nevařím, když ho tady mám, ale zvládl by ho uvařit a je tu i krám přes ulici, tak to není problémek něco koupit.“*

**11. Jste spokojený s kvalitou svého života?** *„Jo, jsem spokojen.“*

**12. Jak hodnotíte kvalitu života dnes ve srovnání s dobou před úrazem?**

*„Teď se mi žije líp, i když sem na vozíku. Mám se o hodně líp než, když jsem byl zdravěj, mám práci, dobrej plat, přítelkyni. Dřív jsem neměl nic, žádný peníze, kde bydlet, žádný zázemí, jenom samý problémy.“*

**13. Co je pro Vás v životě nejdůležitější, změnily se Vaše hodnoty?**

*„Dnes už bych si to rozmyslel a nikam bych neskákal. Určitě hlavní je zdraví, člověk teď přemýšlí už jinak. Všechno jsem v životě bral tak nějak, že je to normálka, a ani jsem se nad nějakýma věcma vůbec nepřemejšlel. Nenapadlo by mě, že někdo na vozíku potřebuje třeba někdy pomoc, dneska mu normálně pomůžu. Jako zdravěj jsem to vůbec neviděl. Dřív jsem si nedělal s ničím starost. Teďka je mi jasný, že stačí jeden skok a je všechno jinak.“*

**14. Kdo se o Vás v současné době stará a s kým žijete ve společné domácnosti?**

*„Nikdo, žiju sám tady na bydlení. Mám svůj byt s koupelnou, bydlím v jednolůžkovým pokoji, mám podanou žádost na vlastní byt do Plzně, tak uvidíme. Hlavně, aby byl finančně uitažitelněj.“*

**15. Jste spokojen s tímto uspořádáním anebo toužíte po něčem jiném?**

*„Jsem spokojenej, někdy by sem chtěl svoje bydlení s přítelkyní. Nikam nechvátám, mám tu všechno, ještě musím poplatit nějaký dluhy z minula a pak se uvidí, co dál. Chtěl bych, aby tam byl doktor pošta a tak.“*

**16. Máte partnera/partnerku a děti?**

*„Děti nemám, ani nevím o tom, že bych nějaký měl. Teď mám novou přítelkyni, ta má jedno dítě.“*

**17. Měl jste partnera/partnerku před úrazem?**

*„Přítelkyni jsem měl, ale když se mi stal úraz, tak se na mě vykašlala. Měla sama co dělat, měla 2 děti a tak se o mě stejně nemohla starat.“*

**18. Jste spokojen se svým sexuálním životem? „Jo, dobrý.“**

**19. Máte po úrazu nějaké sexuální potíže, zkoušel jste někdy nějaké podpůrné prostředky?**

*„Potíže nemám i moje přítelkyně říká, že teď je to všechno lepší, že i třísla jsou lepší, líp prokrvený. Viagru jsem taky zkusil, ale prohnala mě na stolicí, tak jí už nechci a teď jí ani nepotřebuju.“*

**20. Máte dostatek informací v této oblasti?**

*„Myslím, že jo. Když je třeba poradím se s urologem, k sexuologovi nechodím. Stačí mi rady od urologa, to je fajn chlap.“*

**21. Je pro Vás důležité mít dítě a být schopen se o něj postarat?**

*„No asi jo, děti bych chtěl, ale zatím je ještě brzy, když nemám byt.“*

**22. Máte dobré přátele, kteří Vás navštěvují, pomáhají Vám, snaží se Vás podpořit?**

*„Spíš než přátele mám známý, ale tím se nedá moc věřit a vidím je málo. Snažím se spoléhat sám na sebe. No místo kamarádů mám přítelkyni a jí věřím.“*

**23. Jste spokojen s tím, jak Vám pomáhají?**

*„Přítelkyně mi pomůže, ale ta tu je jen občas. Když něco potřebuju, jdu za sestrou nebo řeknu někomu, kdo tady žije na bydlení a ten mi pomůže. Nějak to vždycky zvládnou.“*

**24. Kdo Vás v současnosti nejvíce podporuje? „Rozhodně moje přítelkyně.“**

**25. Změnil se postoj Vašich přátel k Vám po vzniku postižení, získal jste nebo ztratil nějaké přátele po úrazu?**

*„Jo, hodně jsem jich ztratil. Měl jsem kamarády, s kterými jsem byl v práci, nebo jsem s nima chodil do hospody. Když se mi to stalo, tak se na mě vybodli, nechodili za mnou ani do nemocnice ani sem.“*



**26. Měl jste před úrazem nějaké zdravotní potíže?**

*„Potíže jsem neměl, byl jsem zdravěj, sportoval jsem.“*

**27. Máte nyní nějaké zdravotní potíže, a jak je řešíte?**

*„Cítím se celkem dobře, jezdím jenom na kontroly na urologii jednou za měsíc, protože mám cévku. Jednu dobu jsem se cévkoval a pak mi dali cévku nastálo. Takhle mi to vyhovuje, musel bych chodit pořád na záchod v práci se cévkovat. Cévkování mi nabídl sám doktor a je to tak lepší. Čas od času ale beru antibiotika. Dřív to bylo horší, měl jsem dekubity, byl jsem i na operaci na plastice v Plzni. Ty dekubity se mi udělaly v době, kdy jsem byl u kámoše a moc jsem hygienu neřešil, nebylo ani kde. Dlouho jsem s tím měl problémy. Teď je to dobrý, dekubit nemám, hodně to hlídám. Jinak musím nosit ještě pleny, protože i když zvládám vyprazdňování, občas to nestačím a je stolice v pleně. Je to málokdy, ale stane se to. Pleny mi dřív vadily, ale teď jsem si zvyk, je to lepší než mít někde problém, když nevíš, kde je záchod. V Kladrubech jsem užíval čípky, teď to dokážu udělat, když si dám teplý na záda, uvolní se to dole a jde to...říkám tomu urychlovač.“*

**28. Máte bolesti anebo problémy se spánkem? Jestli ano, jak je řešíte?**

*„Teď bolesti nemám, nic neberu. Bolesti jsem měl po operaci a i v Kladrubech a měl jsem problém i se spaním. Dávali mi na to na nějaký prášky. Hodně jsem taky nespal po návratu z Kladrub domů, když jsem žil u bratra a neklapal mi vztah s jeho ženou. Někdy jsem radši nevycházet ani z místnosti, abych jí nemusel potkat. Měl jsem z toho všeho hodně velký deprese a užíval jsem i léky od psychiatra. Nakonec jsem tu situaci nezvládl a radši jsem odešel ke kamarádovi.“*

**29. Jaké jiné komplikace související s postižením Vás nejvíce omezují?**

*„Občas mě štve a omezuje, když bych si chtěl pro něco dosáhnout a abych to dokázal, chybí mi třeba 3cm a musím někoho volat, aby mi pomohl. A potom třeba, když bych si chtěl vyčistit třeba okna, tak to taky nezvládnou.“*

**30. Projevily se u Vás v důsledku postižení nějaké změny v chování, prožívání a jak jste se s nimi vyrovnal?**

*„Dřív jsem popíjel, hlavně když jsem měl deprese, zkusil jsem i drogy. Dnes už nepiju, se vším jsem přestal, ale hlavně to dělám kvůli lukostřelbě. Kdybych pil, nemohl bych sportovat. Jo akorát kouřím.“*

**31. Jak jste spokojen s ošetrovatelskou a zdravotní péčí, které se Vám dostávalo a dostává?**

*„Jo jsem, mám všechno, co potřebuju. V nemocnici i v Kladrubech to bylo dobrý, nikdy jsem neměl žádný problém. Snažil jsem se vždycky spolupracovat. Akorát psychologka na ARO ta se mnou mluvila jenom třikrát a pak řekla, že rozebírám já jí a nemá to cenu, že psychologa nepotřebuju. Jinak mám super doktora - je to můj urolog, ten mi vždycky poradí, můžu mu říct všechno, dá se s ním o všem omluvit. Řeším s ním všechno možný i ženský.“*

**32. Co Vám z lékařského hlediska nejvíc pomohlo - jaký zákrok, jaká léčba?**

*„Myslím, že operace hned po úrazu a hlavně Kladruby, tam jsem se všechno naučil.“*

**33. Domníváte se, že máte dostatek informací o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby a rehabilitace?**

*„Myslím, že jo, chodím tady k doktorovi na obvod, s cévkou jezdím do Plzně, chodím i na rehabilitaci. Když něco chci vědět, třeba kam mám jet k doktorovi, tak se zeptám na středisku Věrky. Ted' teda chodím na rehabilitaci drobet míň než dřív, jsem utahaněj z práce, tak si rád taky lehnu a už se mi moc nechce hejbat. Když jsem byl doma po Kladrubech, cvičil jsem asi víc a i s činkama. Na rehabilitaci chodím ted' na 1hodinu denně.“*

**34. Jaká zdravotnická a rehabilitační zařízení jste po úrazu navštěvoval a nyní navštěvujete a jaké používáte kompenzační pomůcky?**

*„Jak jsem řek, po úrazu jsem byl v Kladrubech. Byl jsem tam 6 měsíců a všechno jsem se tam naučil, jak se mám pohybovat z postele na vozík, jak se mám vyprazdňovat. Zařídili mi tam vozík, postel, různý dávky a peníze. Oni tam všechno ukážou, ale musíš stejně sama. Postel jsem tam musel nechat, protože jsem ji neměl kam dát a k bráchovi do bytu se nevešla. Když jsem odešel od bráchy, byl jsem v Dobřanech na osmičce a tam mi sociální pracovnice poradila a pomohla dát si žádost do ústavu. Z pomůcek mám vozík, dali mi ho hned v Kladrubech, měl jsem ortézy, používám pleny.“*

**35. Domníváte se, že rehabilitace byla dostatečná, nebo jste měl cvičit víc a jak?** *„Nevím, nedokážu to říct, možná jo.“*

**36. Jak jste před úrazem nejraději trávil volný čas?**

*„Před úrazem jsem sportoval, bavilo mě bojový umění, dělal jsem atletiku, chodil na fotbal a na karate. Jo chodil jsem do hospody, na zábavy, moc jsem doma nebyl.“*

**37. Máte nyní možnost věnovat se dřívějším zálibám?**

*„Ty před úrazem nedělám, teď dělám hlavně lukostřelbu. Zrovna včera jsem skončil na třetím místě v lukostřelbě na mistrovství republiky.“*

**38. Čemu se nejraději věnujete ve volném čase?**

*„Ve volném čase odpočívám, mám toho dost za den v práci. Když mám chuť, jezdím na kole, chodím na lukostřelbu. Zbytek času se valím a jsem s přítelkyní.“*

**39. Jaké zaměstnání jste vykonával před úrazem a jaká byla Vaše finanční situace?**

*„Byl jsem železobetonář v Dýšíně. Všechny peníze jsem skoro vždycky utratil v hospodě, a když jsem zaplatil bráchovi na bydlení, tak mi skoro nic nezbylo.“*

**40. Kdy a jak jste začal řešit po úrazu otázku financí?**

*„Až dlouho po úrazu, důchod mi vyběhali v Kladrubech, bezmocnost jsem si vyběhal až potom.“*

**41. Jste v současnosti zaměstnaný, nezaměstnaný, v invalidním důchodu?**

*„Mám práci, dělám zástupce mistra v chráněné dílně, pobírám invalidní důchod, příspěvek na bezmocnost, jde to.“*

**42. Máte dostatek informací, na jakou finanční pomoc máte nárok?**

*„Když se chci něco dozvědět, dojdu za sociálkou a ta mi vždycky poradí a řekne co a jak.“*

**43. Jste spokojený s kvalitou sociálních služeb, které využíváte?**

*„Jsem, nic bych neměnil.“*

**44. Co byste vzkázal lidem, kteří jsou aktuálně v tíživé situaci následkem poranění páteře a míchy?**

*„Aby bojovali, že má cenu žít a že musí na sobě makat. Teď už ty doktoři za ty roky jsou zase o něco dál, tak ty kvadrouší až se vzbudí, tak na tom budou líp.“*

#### **45. Jak vidíte sám sebe a svoji budoucnost?**

„Domeček, děti, přítelkyně. No bude mi stačit byt a hlavně, aby byl bezbariérový.“

Shrnutí:

První respondent je 10 let po úrazu páteře a míchy následkem skoku do mělké vody. Je bezdětný, rodiče již zemřeli, z rodiny má pouze bratra, s kterým se téměř nestýká. V současné době má novou přítelkyni, která ho navštěvuje a plánuje s ní společnou budoucnost. Původní partnerský vztah před úrazem se rozpadl, stejně tak jako ostatní přátelské vztahy. Před úrazem neměl respondent žádné zdravotní potíže, po úrazu měl rozsáhlé dekubity, které byly řešeny plastickou operací, v současné době dekubit nemá. Má zavedenou permanentní cévku, jezdí na pravidelné kontroly na urologii. Respondent je a byl spokojen s ošetřovatelkou a zdravotní péče v nemocničních a rehabilitačních zařízeních. Jako největší změnu po úrazu vidí ve ztrátě mobility, za největší hodnotu považuje zdraví. V rámci sebeobsluhy je respondent téměř soběstačný, je zaměstnaný a věnuje se lukostřelbě. Kvalitu svého života dnes hodnotí jako vyšší než před úrazem.

## **Respondent č. 2**

Druhým respondentem je muž, 37 let, rozvedený, má syna. V roce 2006 se stal účastníkem dopravní nehody, při které u něho došlo k přerušení míchy v segmentu Th4 a následné paraplegii. Pacient byl operován v Úrazové nemocnici v Brně, na ARO strávil asi šest týdnů. Po této době byl respondent přijat do rehabilitačního ústavu Hrabyně. V současné době žije v domě svých rodičů v bezbariérovém bytě.

### **1. Jaký úraz jste prodělal a jaká doba uplynula od úrazu?**

*„Měl jsem dopravní nehodu, jeli jsme s klukama oslavit narozeniny a bourali jsme. Bude to letos 9 let.“*

### **2. Jak Vám byla sdělena diagnóza, co jste prožíval, byl u toho někdo blízký, a co pak následovalo - jaký zákrok, jaká léčba?**

*„V nemocnici mi to řekl za nějakou dobu doktor, když přišla žena a nevěřil jsem tomu. Myslel jsem si a doufal jsem, že se to zlepší... Naši byli taky asi v šoku, pamatuju si, jak mě povzbuzovali a jezdili za mnou do Hrabyně. Možná mi to někdo i přál, protože jsem se dřív nechoval k některým lidem moc hezky, tak si myslím, že mi to mohl někdo klidně i přát.“*

### **3. Jak jste se s novou situací vyrovnával, co jste prožíval?**

*„Dost špatně, zpočátku jsem třeba měl strach, kde si dojdu na toaletu, jak na mě budou koukat lidi a pak to na mě všechno nejmíc dolehlo, až když odešla žena.“*

### **4. Co se pro Vás po úrazu změnilo a v čem nastala po úrazu největší změna?**

*„Rozpadla se mi rodina, žena ode mě odešla. Největší změna je asi v tom, že jsem sám a mám vozík.“*

### **5. Získal jste paradoxně úrazem něco? „Dokážu se teď radovat i z maličností.“**

### **6. Co Vám „vrátilo chuť do života, co bylo podle vás tou hnací silou?**

*„Syn a naši.“*

### **7. Co Vám v poslední době udělalo největší radost a co Vás v současné době nejmíc trápí?**

*„Byl jsem rád, když přijel syn na víkend. Trápí mě asi to, že nemůžu trávit se synem víc času, protože manželka bydlí od nás daleko. Ale voláme si, tak ho slyším každý den.“*

**8. Jaký pohyb dokážete samostatně bez dopomoci druhé osoby?**

*„Zvládnou celkem všechno, jezdím i autem.“*

**9. Máte bezbariérovou úpravu bytu?**

*„Ano, mám bezbariérovou koupelnu a WC, dělali to naši, když přistavovali.“*

**10. Jaké běžné denní činnosti zvládnete samostatně bez dopomoci druhé osoby?**

*„Všechno, uvařím si a uklidím, když je třeba. Velký úklid mi pomůže někdy máma, ale zvládnou to i sám.“*

**11. Jste spokojený s kvalitou svého života?**

*„Nejsem, i když mám dobře placenou práci, mám malý výběr ze zaměstnání. Občas se cítím bezmocným, nemůžu, co bych chtěl. Ale nechci si stěžovat, znáte to, může být hůř. Horší je to vždycky v zimě, když nemůžu dělat sport.“*

**12. Jak hodnotíte kvalitu života dnes ve srovnání s dobou před úrazem?**

*„Je asi horší, je to jiný v tom, že to není jako dřív. Třeba když řeknete, sejdem se tam a tam, tak mi to trvá dlouho, než tam dojedou, dřív bych tam byl hned...je toho hodně.“*

**13. Jak se změnila Vaše hodnota, co je pro Vás v životě nejdůležitější?**

*„Vím, že je hlavní zdraví a rodina. Dřív jsem takhle vůbec takhle neuvažoval.“*

**14. Kdo se o Vás v současné době stará a s kým žijete ve společné domácnosti?**

*„Nikdo, pokud něco potřebuji, pomáhají mi rodiče, jsem ve svém bytě v domě u rodičů.“*

**15. Jste spokojen s tímto uspořádáním anebo toužíte po něčem jiném?**

*„Jo, jsem spokojen.“*

**16. Máte partnera/partnerku a děti?**

*„Mám syna, partnerku teď nemám.“*

**17. Měl jste partnera/partnerku před úrazem /po úrazu?**

*„Měl jsem manželku, ale rozvedl jsem se. Byl jsem ženatý jen krátce a těsně po úrazu se nám narodil syn. S manželkou jsme měli po úrazu problémy a nakonec jsme se rozešli. Jsem rád, že je klid, hlavně kvůli klukovi.“*

**18. Jste spokojen se svým sexuálním životem?**

*„No, nejsem spokojen, nemám partnerku.“*

**19. Máte po úrazu sexuální potíže, zkoušel jste někdy nějaké podpůrné prostředky?**

*„Po úrazu jsem neměl zatím možnost to vyzkoušet.“*

**20. Máte dostatek informací v této oblasti? „Nevím, snad ano.“**

**21. Je pro Vás důležité mít dítě a být schopen se o něj postarat?**

*„Je, syna už mám, ale žije u bývalky. Mrzí mě to. Klidně bych chtěl i další děti, ale teď není s kým.“*

**22. Máte dobré přátele, kteří vás navštěvují, pomáhají Vám, snaží se Vás podpořit?**

*„Mám pár, když potřebuju, tak mi pomůžou, ale to bylo jen párkrát. Celkem to zvládám.“*

**23. Jste spokojený s tím, jak Vám pomáhají?**

*„Jsem, a že se chovají stejně jako dřív před úrazem.“*

**24. Kdo Vás v současnosti nejvíce podporuje?**

*„Když je třeba tak rodiče, brácha, kamarádi.“*

**25. Změnil se postoj Vašich přátel k Vám po vzniku postižení, získal jste nebo ztratil nějaké přátele po úrazu?**

*„Ne, nezměnil, opravdoví přátele ke mně cestu neztratili. Pár přátel jsem ztratil, ale získal jsem nový v Hrabyni, při šachách. Pravidelně si píšeme emaily, podnikáme srazy.“*

**26. Měl jste před úrazem nějaké zdravotní potíže?**

*„Ne neměl jsem žádný potíže, k doktoru jsem moc nechodil.“*

**27. Máte nyní nějaké zdravotní potíže, a jak je řešíte? „Teď ne“.**

**28. Máte bolesti anebo problémy se spánkem? Jestli ano, jak je řešíte?**

*„Ne nemám, nespím jen, když má nějaký starosti, a to asi má každý.“*

**29. Jaké jiné komplikace související s postižením Vás nejvíce omezují?**

*„Po úrazu jsem měl ztuhlý nohy, byl jsem i na operaci. Od operace nemám žádný zdravotní potíže.“*

**30. Projevily se u vás v důsledku postižení nějaké změny v chování, prožívání a jak jste se s nimi vyrovnal? „Asi ne, nevím.“**

**31. Jak Jste spokojen s ošetrovatelskou a zdravotní péčí, které se Vám dostávalo a dostává?**

*„Jak kdy, i když spíš jo, až na doktora na obvodě. Většinou k němu chodím, jen když potřebuju recept a předpis na pomůcky a když k němu jdou naši, tak se jich vyptává na můj stav, ale když přijdu já, tak se mě moc neptá.“*

**32. Co Vám z lékařského hlediska nejvíc pomohlo - jaký zákrok, jaká léčba?**

*„Nevím, ale asi rehabilitace v Hrabyni.“*

**33. Domníváte se, že máte dostatek informací o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby a rehabilitace?**

*„Mám dostatek informací, a když tak se zeptám doktora, nebo si to zjistím na internetu.“*

**34. Jaká zdravotnická a rehabilitační zařízení jste po úrazu navštěvoval a nyní navštěvujete a jaké používáte kompenzační pomůcky?**

*„Po úrazu jsem byl na rehabilitaci v Hrabyni a tam to bylo hlavně o tom, naučit se vůbec sedět na vozíku, obléct, naučit se chodit na toaletu. Samozřejmě taky se přesunout na vozík, postel, takový ty základní věci a pak se na to nabalily ty další. Mám mechanický vozík, pak vozík na sport a upravený řízení v autě.“*

**35. Domníváte se, že rehabilitace byla dostatečná, nebo jste měl cvičit víc a jak? „V rámci možnosti asi jo.“**

**36. Jak jste před úrazem nejraději trávil volný čas?**

*„No dřív jsem dělal fotbal, bavila mě muzika.“*

**37. Máte nyní možnost věnovat se dřívějším zálibám?**

*„Tak fotbal už hrát nemůžu, ale hudbu mám rád.“*



**38. Čemu se nyní nejraději věnujete ve volném čase?**

*„Čtu knížky, koukám na televizi a rád trávím čas u počítače. Začal jsem hrát šachy, pořádám různé závody a docela mě to baví. Jezdím na handbiku, začal jsem se zajímat o triatlon, ping-pong.“*

**39. Jaké zaměstnání jste vykonával před úrazem a jaká byla Vaše finanční situace?**

*„Pracoval jsem jako automechanik v dílně a celkem to šlo, vydělal jsem si slušnej plat.“*

**40. Kdy a jak jste začal řešit otázku financí?**

*„Po návratu z Hrabyně.“*

**41. Jste v současnosti zaměstnaný, nezaměstnaný, v invalidním důchodu?**

*„Teď jsem něco jako úředník, ale dělám jen na pár hodin, mám plný invalidní důchod. Po úrazu jsem si udělal kurz na počítači a před dvěma lety maturitu. Myslím, že nemám na výběr z tolika povolání jako dřív, ale jsem rád, že nějakou práci a k tomu i důchod. Kdybych měl jenom jedno, bylo by to horší.“*

**42. Máte dostatek informací, na jakou finanční pomoc máte nárok?**

*„Jo, kouknu na internet, a co potřebuju tak najdu anebo se někde zeptám a potom mám hodně kamarádů na vozíku a na Facebooku, tak ty mi poradí.“*

**43. Jste spokojený s kvalitou sociálních služeb, které využíváte? \_\_\_\_\_**

**44. Co byste vzkázal lidem, kteří jsou aktuálně v tíživé situaci následkem poranění páteře a míchy?**

*„Aby si vážili toho, co mají a hlavně zdraví.“*

**45. Jak vidíte sám sebe a svoji budoucnost?**

*„Stále věřím, že správnou rehabilitací se můj stav ještě snad zlepší a budu třeba někdy chodit...“*

**Shrnutí:**

Druhý respondent žije v bezbariérovém bytě v domě svých rodičů, je rozvedený, partnerku nemá. Pokud potřebuje dopomoc v domácnosti, vypomůže mu matka, sebeobslužné činnosti zvládá samostatně. Vztahy s rodinou byly a jsou po úrazu dobré,

manželství se mu rozpadlo, má syna, s kterým se stýká. Není spokojen s kvalitou svého života, i když má dobře placenou práci, ale vnímá, že jeho pracovní uplatnění je menší. Svůj volný čas věnuje sportu, hraje ping-pong, šachy, zajímá se o triatlon, jezdí na handbiku, používá speciální vozík - formulku, jezdí autem. Do budoucna by si chtěl najít práci, která by ho více bavila, dál sportovat a najít si partnerku.

## 10 DISKUSE

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapovat, jak postižení páteře a míchy ovlivňuje člověka v každodenním životě. K získání potřebných informací byla použita metoda kvalitativního šetření formou rozhovoru. Rozhovory byly provedeny v domácím prostředí obou uživatelů, zaznamenány na diktafon a přepsány, tak jak byly nahrány. Vzorek dotazovaných osob s postižením páteře a míchy tvořili dva muži středního věku, kteří získali postižení v dospělosti. Oba oslovení muži souhlasili s poskytnutím rozhovoru a s publikováním zjištěných výsledků v této bakalářské práci. První respondent byl velmi hovorný a sdílný. Druhý respondent byl zpočátku rozhovoru uzavřenější, ale ochotný podělit se o svůj osud a prožívání.

Zjištěné výsledky jsou porovnány s výzkumem bakalářské práce Jany Jahodové z roku 2007 na téma *Kvalita života pacientů s míšním poraněním*. Bakalářská práce se zabývá kvantitativním výzkumem kvality života pacientů s poraněním míchy na Spinální jednotce Úrazové nemocnice v Brně. Pro získání potřebných údajů byla v práci použita metoda anonymního dotazníkového šetření.

### ZHODNOCENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

#### **První výzkumná otázka: Jaké pocity prožívali respondenti po sdělení diagnózy?**

Rozhovory bylo zjištěno, že oba muži popisovali prvotní okamžiky po úrazu jako „šok“. První respondent hned věděl, že „je to špatné“, protože necítil nohy. Události popisuje jako „rychlé“, prý neměl příliš času přemýšlet nad tím, co bude, a to ani ve chvíli, kdy mu lékař oznámil fakta o rozdrčeném sedmém obratli a poškozené míše. Sama skutečnost, že nemůže hýbat končetinami, pouze hlavou, byla sama o sobě natolik náročná, že si respondent i po několika uplynulých letech uvědomuje negativní pocity, které ji doprovázely, a je schopen si stále ještě vybavit, jak mu bylo „špatně“.

Respondent se zároveň od lékaře dozvěděl, že „asi nebude chodit“. Tato informace s sebou nese jak možnost naděje, zároveň však již pacienta připravuje na nejhorší možnou variantu změny jeho zdravotního stavu. Na základě proběhlých rozhovorů je patrné, že v prožívání pacientů v takto náročné životní situaci převládá nejistota.

Toto koresponduje s výpovědí druhého respondenta. Šok, ale zároveň naději na zlepšení popisuje nejen u sebe, ale taktéž u svých rodičů, kteří jej prý během léčby povzbuzovali.

Obě výpovědi poukazují na postupné vyrovnávání se se skutečností. Čas, který oba muži po úrazu trávili sami se sebou a s novou životní situací, byl jistě náročný, plný bilancování o dosavadním životě a naději na opětovné zlepšení zdravotního stavu.

Náročnost této životní situace je výzvou pro dostatečné a efektivní umožnění a zajištění pomoci psychologa nejen během první fáze života po prodělaném úrazu páteře a míchy. Proces vyrovnávání se s novou životní situací je individuální - první respondent např. zmiňuje, že psychologka na ARO „s ním mluvila jen třikrát a pak řekla, že rozebírá on ji a nemá to cenu, že psychologa nepotřebuje.“ Stejný respondent na jiném místě rozhovoru ale zmiňuje své deprese, které jej po prodělaném úrazu trápily. Dlouho se se svou situací nemohl vyrovnat. Po dobu, kdy bydlel u bratra a jeho přítelkyně, kde nebyl spokojen, dokonce užíval léky předepsané psychiatrem.

Oporou pacientovi jsou samozřejmě také lékaři a zdravotní sestry, kteří mu poskytují potřebnou zdravotní péči – první respondent toto i zmiňuje ve své výpovědi, kdy jejich práci v období po úrazu hodnotí pozitivně.

### **Druhá výzkumná otázka: Jakým životním ztrátám museli postižení po úrazu čelit?**

Oba respondenti se, v souladu s jejich životní situací před úrazem, společně shodují ve dvou oblastech života, ve kterých došlo následkem úrazu páteře a míchy jednoznačně ke ztrátě. Jedná se především o partnerský vztah. Je zajímavé, že oba muži své tehdejší partnerky až téměř „omlouvají“ - první respondent říká, „že by se o něj bývalá přítelkyně stejně nemohla starat, protože má dvě děti a měla sama co dělat“, druhý muž je rád, že zejména „kvůli klukovi je již po rozvodu klid“. Situace tohoto muže, kterému se brzy po úrazu narodil syn, musela být obzvláště náročná – pár se těšil na narození prvního dítěte, lze tedy předpokládat, že jejich vztah byl až do úrazu plně funkční. O to citelněji nejspíš druhý respondent ztrátu rodiny pociťoval.

V současné době je skutečnost, že respondent nevidí často svého syna, jednou z nejbolestnějších ztrát po proběhlém úrazu. Vzhledem k tomu, že první z respondentů vlastní děti nemá, týká se toto pouze jednoho z obou dotazovaných mužů. Pokud by měli vlastní děti oba muži, můžeme reálně předpokládat, že odloučení od dětí by představovalo další oblast ztrát, ve které by se respondenti shodli.

Druhou oblastí, na které se oba dotazovaní muži shodují jakožto na „životní ztrátě“, je ztráta mobility. Tu vnímají v širším měřítku, nežli jen znemožnění chůze – díky invalidnímu vozíku jsou méně flexibilní, doprava na určité místo jim trvá delší čas, nemohou se věnovat sportům jako v minulosti, je pro ně obtížné dosáhnout na vysoko uložené věci...Tato fyzická omezení s sebou přinášejí vysoké nároky na oblast psychiky – jak i samotní muži zmiňují, problémem se staly původně běžné situace, jako např. použití toalety mimo bydliště, pohledy lidí apod.

Další oblasti „životních ztrát“, které zazněly, se týkaly pouze jednoho z dotazovaných mužů. Ten uvádí, že po proběhlém úrazu přišel také o přátele a kamarády, a že se zhoršil jeho vztah s blízkými příbuznými, což s sebou přineslo v konečném důsledku ztrátu důstojného bydlení.

### **Třetí výzkumná otázka: Jak se mění kvalita života po prodělaném úrazu?**

Zde je zajímavé srovnání životních osudů obou mužů. Zatímco první respondent hodnotí svoji současnou situaci a kvalitu života lépe nežli v době před úrazem, druhý dotazovaný muž spokojen není. Tento rozdíl vyplývá ze sociální situace obou mužů před úrazem. První dotazovaný si uvědomuje způsob života, který dříve vedl: „má se prý v současnosti o hodně cíp, než když byl zdravý, přestože je na vozíku, má práci, dobrý plat, přítelkyni...dřív neměl nic, žádné peníze, ani kde bydlet, žádné zázemí, jenom samé problémy“, jak sám říká. Z tohoto důvodu má i pozitivní očekávání do budoucna – rád by bydlel s přítelkyní ve vlastním bytě a byl soběstačný. Plánuje též děti. Celkově je velice optimisticky naladěný, v prožité životní zkoušce spatřuje význam, nesnáze řeší a aktivně překonává, pracuje na sobě a to samé by vzkázal i jiným lidem v podobné situaci.

Druhý dotazovaný muž s kvalitou svého života spokojený není. Před úrazem byl zvyklý pracovat a žít na určité úrovni, kterou nedokáže a nemůže aktuálně naplňovat. Svoji momentální situaci tak sice akceptuje, nestěžuje si, zároveň nemůže říci, že je zcela spokojen. Stále porovnává své možnosti před a po úrazu. Taktéž stále věří, že by mohl vhodným cvičením opět obnovit svoji dovednost chůze. Můžeme proto usuzovat, že mu tyto aspekty znemožňují zcela pozitivní prožívání současného života.

Zde je patrné, nakolik je otázka kvality života individuální a záleží na osobnosti člověka. Oba muži žijí se získaným tělesným postižením po prodělaném úrazu již několik let – oba přibližně stejnou dobu – jeden devět, a druhý deset let. Přesto je jejich způsob prožívání a pohled na život odlišný.

#### **Čtvrtá výzkumná otázka: Mění úraz životní hodnoty a priority?**

Oba dotazovaní se shodují, že se jejich pohled na životní hodnoty změnil. Nad některými životními otázkami respondenti nikdy dříve nepřemýšleli, jeden z dotazovaných uvádí, že jej nikdy před úrazem nenapadlo, že by např. člověk na vozíku potřeboval v něčem pomoc. Po prožitém úrazu je pro oba muže na prvním místě zdraví. Jeden z dotazovaných, který byl před úrazem ženatý a má syna, jmenuje vedle priority zdraví taktéž rodinu jako základ životní spokojenosti.

Oba dotazovaní muži si více uvědomují hodnotu samotného života a fakt, že zdraví a život nejsou samozřejmostí. Jako pozitivní přínos svého úrazu vidí jeden z dotazovaných mužů fakt, že se v současné době dokáže radovat i z maličkostí. Zajímavá je též myšlenka respondenta týkající se jeho předchozího života – svůj život před úrazem hodnotí jako příliš snadný... šlo o život, nad kterým prý příliš nepřemýšlel... bral vše jako samozřejmost. Současný život na vozíku se zdá být, s trochou nadsázky, hlubším, respondent si dnes více všímá potřebnosti jiných lidí, opravdových problémů. Naučil se lidem pomáhat.

#### **Pátá výzkumná otázka: Má pourazové postižení negativní vliv na partnerské, rodinné a přátelské vztahy?**

Na základě rozhovorů s oběma respondenty lze jednoznačně konstatovat, že samotný úraz má na aktuálně probíhající partnerský vztah zcela negativní vliv – oba muži se bezprostředně po vzniku postižení se svými partnerkami rozešli – respektive tyto ženy dotazované muže po jejich úrazu opustily. U respondenta č. 2 došlo v důsledku ztráty partnerského vztahu i k omezení kontaktu s vlastním dítětem. Kvalita partnerských vztahů se, zdá se, zlepšuje až po určité době od úrazu – jeden z respondentů má v současné době partnerku, které důvěřuje a která jej podporuje... lze se proto domnívat, že i lidé po úrazu mohou žít spokojený partnerský život.

Z odpovědí dotazovaných mužů dále vyplynulo, že nenarušeny zůstaly ve větší míře vztahy s primární rodinou. U respondenta č. 1 se vyskytly určité problémy ve vztahu s bratem.

V případě vztahů přátelských a příležitostných ovlivnila současné sociální vztahy kvalita těchto vztahů. Oba respondenti o nějaké přátele přišli, jiné naopak získali – např. pobytem v rehabilitačním zařízení nebo díky svým koníčkům.

### **Šestá výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivňuje úraz zdravotní stav a psycho- emocionální prožívání?**

Oba dotazovaní muži neměli do úrazu žádné zdravotní potíže. Následkem úrazu a vznikem tělesného postižení došlo u obou respondentů k vážné změně zdravotního stavu (paraplegii) a současně ke ztrátě hybnosti. Respondenti v době po úrazu měli různé zdravotní potíže, které si vyžádali i operační řešení (respondent č. 1 měl dekubity, respondent č. 2 měl problémy se zvýšenou spasticitou dolních končetin). Respondent č. 1 označuje toto období „jako horší“ - měl dekubity, potíže s vyprazdňováním stolice a zejména mu vadilo, že musel nosit „pleny.“

Nyní se cítí oba respondenti celkem dobře. Respondent č. 1 si dle jeho slov na cévku zvykl, dokáže regulovat svoje vyprazdňování. Dále bylo zjištěno, že oba respondenti navštěvují praktického lékaře, pokud potřebují napsat nějaký recept či poukaz na kompenzační pomůcku a z odborných lékařů navštěvují urologa. Na základě rozhovorů s respondenty lze konstatovat, že postižení sebou přináší velký zásah do změny zdravotního stavu jedince a vyžaduje čas, během kterého je člověk nucen se přizpůsobit nové situaci, naučit se např. používat různé kompenzační pomůcky a regulační mechanismy.

Doba po úrazu, jako nová životní situace, byla pro oba respondenty velmi náročná z hlediska prožívání. Oba se vyrovnávaly se vzniklou situací individuálním způsobem. Respondent č. 2 popisuje, že zejména vztah k synovi a rodině byl tou hnací silou, která mu pomohla „jít dál“.

### **Sedmá výzkumná otázka: Jak jsou lidé po úrazu spokojeni s následnou rehabilitační, ošetrovatelskou a zdravotní péčí?**

Oba respondenti hodnotí rehabilitaci po prodělaném úrazu páteře a míchy jako za přínosnou a stěžejní v průběhu procesu jejich rekonvalescence. Rehabilitační ústavy, ve kterých byli po úrazu umístěni, označují jako místo, kde se po úrazu naučili vše potřebné. Dotazovaným mužům dle jejich subjektivního hodnocení prý po úrazu nejvíce pomohla operace s následnou rehabilitací v Kladrubech (respondent č. 1) a pobyt v rehabilitačním ústavu v Hrabyni (respondent č. 2).

Svoji spolupráci v rámci rehabilitace bezprostředně následující po úrazu hodnotí respondenti jako „v rámci možností dostatečnou“. Jeden z respondentů prý sice neumí svoji aktivitu při cvičení zcela posoudit, zároveň však vypovídá, že i v současné době,

kdy již chodí do práce, cvičí jednu hodinu denně. Dříve prý cvičil i s činkami. Lze proto předpokládat, že byl dříve do cvičení motivovaný ještě o to víc.

Oba respondenti v současné době soudí, že mají dostatek informací o svém zdravotním stavu, možnostech léčby a rehabilitace. Informace získávají od lékařů nebo, dle sdělení jednoho z respondentů, též z internetu.

První respondent v rozhovoru kladně hodnotí spolupráci s urologem, který je mu jako člověk sympatický, proto k němu má důvěru a může se jej jako pacient na cokoliv zeptat. Druhý respondent popisuje praxi obvodního ošetřujícího lékaře – má pocit, že s ním lékař dostatečně nekomunikuje při osobním kontaktu, raději se prý „vyptává jeho rodičů, jeho samotného ne“. Tyto dva příklady poukazují na konkrétní vztahy mezi lékařem a pacientem. Lze si představit, že i pro lékaře samotného může být obtížné navázat s určitým pacientem s postižením bližší vztah, je-li např. pacient příliš uzavřený či podobně. Detailnější pohled do této problematiky nyní nelze, vzhledem k rozsahu, zahrnout do této bakalářské práce. Jedním z doporučení pro praxi však může být zvýšení efektivity komunikace s pacienty – a to napříč všemi zdravotnickými obory.

Obecně lze dle výpovědí respondentů konstatovat, že je zdravotní péče zajišťována na odborné úrovni, pacientům je k dispozici dle jejich potřeby a respondenti jsou s ní celkově spokojeni, a to včetně přístupu k informacím o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby.

### **Osmá výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivňují zájmy a sportovní vyžití současný život respondentů?**

Oba dotazovaní muži se shodují na přínosu pravidelného pohybu. Různé druhy sportů byly již před úrazem nejčastějším typem volnočasového vyžití. I v současné době se oba muži věnují sportovní činnosti, která je však přizpůsobena jejich současnému postižení. První respondent preferuje lukostřelbu a jízdu na ručně poháněném jízdním kole. Druhý respondent jezdí rovněž na handbiku, hraje ping-pong, šachy a zajímá ho triatlon. Z dalších koníčků uvádí četbu, práci na počítači a sledování televize. Tento muž zmiňuje vliv sportu na jeho psychický stav – v zimním období, kdy nemá možnost provozovat sport dostatečně často, označuje svoji kvalitu života jako sníženou.

Sportovní vyžití obecně je jedna z oblastí života respondentů, ve které našli svoji seberealizaci. Sport je pro ně potěšením a mají motivaci se ve zvolené sportovní činnosti dále rozvíjet. Toto zcela jistě vyplývá též z faktu, že již před úrazem byli sportovně založení.



### **Devátá výzkumná otázka: Jak úraz ovlivnil pracovní zařazení a finanční zabezpečení respondentů?**

Na základě odpovědí respondentů lze konstatovat, že oba dotazovaní muži již v současné době své původní povolání nevykonávají. Tento závěr je logický, vzhledem k povaze úrazu a následnému tělesnému postižení. První respondent totiž dříve pracoval jako železobetonář, a druhý respondent jako automechanik. První respondent sice prý vždy všechny peníze utratil, nelze však říci, že by jich měl pro své potřeby nedostatek. Druhý respondent vyjádřil s výší svého platu před úrazem spokojenost. Prvotním impulsem k zamýšlení se nad finanční stránkou života po úrazu byl prý okamžik návratu z rehabilitačního zařízení.

V současné době jsou oba muži spokojeni zejména se skutečností, že mohou pracovat - že mají nějakou pracovní příležitost. Společně s invalidním důchodem, který pobírají, hodnotí stav svých finančních prostředků jako uspokojující.

Jeden z mužů pracuje v současné chvíli jako mistr v chráněné dílně a je zdá se být velmi spokojen. Druhý respondent se po úrazu zúčastnil počítačového kurzu a dokončil maturitní zkoušku. Z toho je patrná značná míra vůle a motivace. Dle svého sdělení pracuje nyní tento muž na úřednické pozici na snížený úvazek. Nemá prý tak široký výběr povolání jako dříve před úrazem, i tak se však snaží pohlížet na svoji situaci pozitivně.

## **ZHODNOCENÍ DÍLČÍCH CÍLŮ VÝZKUMU**

### **První dílčí výzkumný cíl: Jak respondenti po prožitém úrazu vnímají kvalitu svého života.**

Na základě hodnocení výzkumných otázek, dle odpovědí dvou dotazovaných mužů po úrazu páteře a míchy, lze konstatovat, že vnímání kvality vlastního života je individuální a subjektivní záležitost. Zásadní skutečnost, kterou je nutné mít na paměti, je to, že ani jeden z respondentů není spokojen s tím, že v minulosti prodělal úraz páteře a míchy a je v současné době pohyblivý pouze pomocí invalidního vozíku. Přesto lze v hodnocení kvality života a v přístupu obou mužů nalézt mnohé rozdíly.

První respondent je se svým postižením plně smířen a kvalitu života hodnotí lépe nežli v době před úrazem. A to pravděpodobně též z toho důvodu, že jeho život před úrazem nebyl zcela typický – žil bez dlouhodobého cíle, užíval drogy a alkohol, neměl žádné zázemí...

Druhý respondent stále porovnává svůj život před a po úrazu, byl zvyklý na určitý standard, ve kterém mu brání současné tělesné postižení. Velkou kvalitou života pro něj představuje partnerský vztah, který však v současné době bohužel nemá. Stále si uchovává naději, že by mohl vhodným cvičením opět začít chodit.

Společným rysem obou respondentů je jejich značná vůle, motivace a odhodlání, a to přes veškerá negativa, která jim změnila život. Z jejich odpovědí lze vyčíst především naději a v různé míře též optimismus. Oba respondenti se se svým získaným tělesným postižením vyrovnávali a stále ještě vyrovnávají vlastním způsobem. Objektivně je jejich kvalita života snižena, a to především v oblasti partnerských vztahů, sexuality, pracovního začlenění, možností finančního výdělku a v neposlední řadě též mobility. Oni sami si skutečnost velice dobře uvědomují. Subjektivně vnímaná kvalita života je do jisté míry otázka vyrovnání se s životním osudem. K tomuto může, a měla by, napomoci zdravotnická péče, včetně psychologické pomoci.

Podobně průměrné a různorodé hodnoty v otázce hodnocení kvality života po úrazu uvádí též bakalářská práce Jany Jahodové (2007) podle které hodnotí 20% respondentů kvalitu života tak, že „již nemůže být horší“, 27,4% respondentů „je z větší části nespokojeno“, 12,6% respondentů „je spokojeno“, 27,4% „je z větší části spokojeno“ a 12,6% respondentů uvádí, že „to nemůže být lepší“.

### **Druhy dílčí výzkumný cíl: Zjistit, jaký dopad má úraz na vnímání životních hodnot.**

Jak bylo již popsáno v předchozích odstavcích, psychický proces nastartovaný prožitím úrazu páteře a míchy, který zásadním způsobem změnil život člověka, má vliv též na vnímání životních hodnot. Respondenti popisují, že si začali všimnout i věcí, které pro ně byly dříve samozřejmostí, nevěnovali jim pozornost... skutečnost, že je vlastní osud „posadil na invalidní vozík“, vnímají oba dotazovaní muži vlastním způsobem. Zamýšlí se nad jakousi vyšší mocí, ve které paradoxně spatřují i logiku - protože dříve žili určitým způsobem (uvádějí např. „příliš lehký život“ nebo „nevhodné chování k druhým lidem“), nastalou změnu si „nějak“ vysvětlují a chápou. Na druhou stranu, je toto jednání pochopitelné, vždyť otázka: „proč postihl úraz zrovna mě?“, není příliš efektivní a přínosná pro vyrovnání se se získaným tělesným postižením.

### **Třetí dílčí výzkumný cíl: Zjistit, jak postižení ovlivňuje jednotlivé oblasti života.**

Sledovanými oblastmi života byla rodina a přátelé, zdravotní stav, psycho-emocionální prožívání, zájmy a sportovní vyžití, práce a finanční zabezpečení a sexuální život.

Oba respondenti se ve svých odpovědích shodli na tom, že se jim po prožitém úrazu rozpadl jejich vztah, ať už partnerský nebo manželský. Toto koresponduje s výsledky výzkumu uvedenými v bakalářské práci Jany Jahodové (2007) kdy celkem 72,6% respondentů uvádí negativní změny v partnerských vztazích. Nejčastějším důvodem nespokojenosti respondentů z této studie je rozvod nebo rozchod ze strany partnerů respondentů a nespokojenost v sexuálním životě.

Rodinné vztahy respondenta č. 1 a 2 zůstaly po úrazu zachovány, přestože v případě respondenta č. 1 se v minulosti vyskytly určité problémy ve vzájemném vztahu s bratrem. Respondent č. 1 využívá v současné době pobytových sociálních služeb. Respondent č. 2 bydlí v domě svých rodičů, a pokud potřebuje, jsou mu rodiče oporou. Také ve výzkumu Jany Jahodové (2007) shodně zaznívá, že až 49,5% respondentů získává potřebnou dopomoc a podporu ze strany rodiny a až 4,2% respondentů ze strany zdravotnického personálu.

Přátelské vztahy obou dotazovaných mužů zůstaly zachovány v různé míře – opravdoví přátelé respondentů prý cestu k respondentům našli i po jejich prožitém úrazu. Příležitostné známé, které již respondenti v současnosti nevidají, nahradili přátelé jiní.

Zdravotní stav obou dotazovaných mužů utrpěl vzhledem k prožitému úrazu páteře a míchy mnoho změn. U respondentů došlo v důsledku úrazu při autonehodě a po skoku do vody k trvalému tělesnému postižení. Oba muži se pohybují pomocí invalidního vozíku. Svoji informovanost o možnostech léčby hodnotí respondenti kladně, s dotazy a problémy se obracejí buď na ošetřující lékaře, nebo vyhledají informace na internetu. Vysokou spokojenost v přístupu k potřebným informacím lidí po úrazu vykazuje též Jana Jahodová (2007) ve své bakalářské práci, která uvádí, že celých 84,2% respondentů je informováno dostatečně.

Z odpovědí obou mužů lze usuzovat, že v rámci oblasti psycho-emocionálního prožívání lze hovořit o dlouhodobé záležitosti. Čas a způsob vyrovnávání se s následky úrazu jsou individuální a přinášejí s sebou změnu hodnotového systému a životních priorit. V tomto případě se oba respondenti shodli, že se změnil jejich pohled zejména na význam zdraví v životě člověka. Dále zazněla důležitost rodinných vztahů nebo např. uvědomění si potřeby pomoci druhým lidem. Nejdůležitějšími osobami v současné době jsou pro oba

muže jejich rodinní příslušníci, včetně přítelkyně jednoho z respondentů. Jejich přítomnost přispívá k celkové psychické pohodě obou mužů.

Kvalitu psycho-emocionálního prožívání zlepšuje též oblast zájmů a sportovního vyžití. Sport je pro dotazované muže prevencí deprese, je možností, jak se realizovat i mimo pracovní sféru, získat nové přátele, „něco dokázat...“ Oba muži, přestože mají i jiné zájmy, přikládají své současné aktivní sportovní činnosti značně pozitivní význam. Sportovní zaměření respondentů se však změnilo – je nyní přizpůsobeno získanému tělesnému postižení, koresponduje tedy se současnými pohybovými možnostmi obou dotazovaných. Muži dnes preferují zejména lukostřelbu, cyklistiku a ping-pong. V porovnání s výzkumem Jany Jahodové (2007), kdy u 81,1% respondentů došlo po úrazu k úplné změně zájmů, lze říci, že oba respondenti, kteří zodpovídali otázky této bakalářské práce, zůstali věrni svému sportovnímu založení, avšak s již zmíněnou změnou výběru konkrétních sportů.

Na základě rozhovorů vyplynulo, že ani jeden z dotazovaných mužů již v současné době nevykonává své původní povolání, což je pochopitelné vzhledem k náročnosti předchozího zaměstnání obou mužů a k získanému tělesnému postižení. Oba respondenti však pracují - je potěšující, že se mohou seberealizovat, a to i přestože jsou s možností výběru vhodného zaměstnání spokojeni odlišným způsobem. Díky vydělanému platu a pobíranému invalidnímu důchodu hodnotí stav svých finančních prostředků jako dostatečný a uspokojující. Při porovnání s prací Jany Jahodové (2007) na téma financí jsem zaznamenala podobnost s výslednými údaji – v této práci celých 72,6% respondentů uvedlo, že svoji finanční situaci hodnotí jako dobrou.

Spokojenost se sexuálním životem vyplývá dle odpovědí zejména ze skutečnosti, má-li nebo nemá-li respondent partnerku. Otázky sexuální funkce řeší jeden z respondentů s lékařem, ke kterému má důvěru, v tomto případě se jedná o urologa.

## ZÁVĚR

Bakalářské práce je zaměřena na problematiku poúrazového postižení a jeho vlivu na každodenní život člověka.

Cílem teoretické části práce bylo shrnout poznatky o poranění páteře a míchy, ošetrovatelské a rehabilitační péči po spinálním traumatu, vymezit pojem kvalita života a její měření.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který byl prováděn formou rozhovoru. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak poúrazové postižení ovlivňuje jedince v každodenním životě - jak respondenti po prožitém úrazu vnímají kvalitu svého života, jaký dopad má úraz na vnímání životních hodnot a jak postižení ovlivňuje jednotlivé oblasti života. Na základě dílčích cílů byl zhodnocen hlavní cíl práce. V diskusi jsem pak pomocí výzkumných otázek mezi sebou porovnávala a zhodnotila odpovědi obou dotazovaných. K porovnání jsem zvolila i výzkum Jany Jahodové z roku 2007, ve kterém jsem našla shody s některými odpověďmi mnou dotazovaných mužů.

Výsledkem šetření je skutečnost, že proces vyrovnávání se změněnou životní událostí je velmi individuální. Kladně je vnímána podpora rodiny, ale i zdravotnických pracovníků. Toto náročné životní období je spojeno i se ztrátami, mezi které patří zejména ztráta mobility či rozpad stávajících partnerských vztahů. Zvláště bolestně je pocíťována ztráta při rozpadu rodiny a omezení kontaktu s dětmi po rozvodu. Z rozhovoru s respondenty jsem dále zjistila, že úrazem došlo k výraznějšímu uvědomění si hodnoty samotného života a skutečnosti, že zdraví a život nejsou samozřejmostí.

Subjektivní vnímání kvality života respondentů po úrazu je zcela odlišné a závisí na životě před úrazem. Na základě výpovědí dotazovaných lze dále konstatovat, že zdravotní péče je poskytována na odborné úrovni, dle jejich potřeby a respondenti jsou s ní celkově spokojeni, a to včetně přístupu k informacím o jejich zdravotním stavu a možnostech léčby. Sportovní vyžití je jednou z oblastí, ve které nalézají dotazovaní respondenti radost a potěšení a svoji seberealizaci. V oblasti pracovního uplatnění jsou dotazovaní spokojeni zejména se samotným nalezením pracovní příležitosti. Spokojenost s konkrétně zastávanou pracovní pozicí je individuální a souvisí s předchozím zaměstnáním před úrazem. Pracovní výdělek společně s pobíraným invalidním důchodem pokrývá dle výpovědi respondentů dostatečně jejich finanční potřeby.

Získané výsledky této práce nelze široce zobecňovat vzhledem k nízkému počtu respondentů.

Jako doporučení pro praxi bych navrhla např. zvýšení efektivity komunikace s pacienty – a to napříč všemi zdravotnickými obory. Důležité je taktéž pamatovat na význam nabídky efektivního psychologického poradenství či terapie i s odstupem času po úrazu.

Využít tuto zpracovanou bakalářskou práci by bylo možné také v rámci edukace pacientů či přednášek o prevenci úrazovosti. Dále pak může být tato bakalářská práce poskytnuta jako studijní materiál pro studenty zdravotnických oborů nebo jako podklad pro další vzdělávání všeobecných sester.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, c2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.
- BUNĚČNÁ TERAPIE. [online]. 2013 [cit. 2.3.2014]. Dostupné z: <http://www.bunecnaterapie.cz/miranda2/export/sitesavcr/data.avcr.cz/lifesci/uem/bunecnaterapie/sys/pdf/bunecna-terapie-nadeje.pdf>.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011. 330 s. ISBN 978-808-7419-069.
- FALTÝNKOVÁ, Zdenka. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 2004. 83 s. ISBN 80-239-5555-1.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-7357-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HRABÁLEK, Lumír. *Poranění páteře a míchy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 27 s. ISBN 978-80-244-2842-0.
- JAHODOVÁ, Jana. *Kvalita života pacienta s míšním poraněním*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Lékařská fakulta.
- JIRKŮ, Hana a Alena KYRIÁNOVÁ. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006 [cit. 12.2.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni\\_pece.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf).
- KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KRHUT, Jan, DOLEŽEL, Jan a ZACHOVAL Roman. *Doporučené postupy pro urologickou péči o pacienty po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006 [cit. 12.2.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/urologie.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/urologie.pdf)
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
- KŘÍŽ, Jiří. *Doporučené postupy pro řešení autonomní dysreflexie u pacientů po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 20.1.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/dysreflexie.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/dysreflexie.pdf).

- KRÍŽ, Jiří a Jiří KOZÁK. *Doporučené postupy pro klasifikaci a léčbu bolesti u pacientů po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006 [cit. 12.1.2014]. [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/bolest.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/bolest.pdf).
- KULAKOVSKÁ, Marie. *Doporučené postupy pro péči o trávící ústrojí u pacientů po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006 [cit. 20.1.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/traveni.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/traveni.pdf).
- MICHALSKÝ, Rudolf. *Kapitoly z obecné chirurgie pro studující ošetřovatelství*. Vyd. 1. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008. 83 s. ISBN 978-80-7248-464-5.
- MRŮZEK, Michael, JIRKŮ, Hana a KRÍŽ, Jiří. *Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacientů po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 12.1.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/dekubity.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/dekubity.pdf).
- NEUBAUEROVÁ, Lenka. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Jiří TICHÝ a Evžen RŮŽIČKA. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 367 s. ISBN 80-7262-160-2.
- NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Lucie PROCHÁZKOVÁ. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011, 159 s. ISBN 978-80-210-5536-0.
- PAYNE, Jan a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- POKORNÝ, Vladimír. aj. *Traumatologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 307 s. ISBN 80-7254-277-X.
- RAMAMURTHI, Ravi a Prakash Narain TANDON. *Textbook of Neurosurgery*. [online]. India: Jaypee Brothers Medical Publisher, 2012 [cit. 16.3.2014]. ISBN 978-93-5025-072-3. Dostupné z: [http://books.google.cz/books?id=ppO0ye8tUYoC&pg=PA536&dq=asia+skore+frankel&hl=cs&sa=X&ei=Q6UIU8zAAYuCzAP-74GgCw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=asia%20skore%20frankel&f=false](http://books.google.cz/books?id=ppO0ye8tUYoC&pg=PA536&dq=asia+skore+frankel&hl=cs&sa=X&ei=Q6UIU8zAAYuCzAP-74GgCw&redir_esc=y#v=onepage&q=asia%20skore%20frankel&f=false).



- RENOTIÉROVÁ, Marie. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- RUDINSKÝ, Bruno. *Prvá pomoc a konzervatívna liečba pri poranení miechy a zlomeninách chrbtice*. Neurologie pro praxi, 2005, č. 2, s. 69-73. [cit. 20.2.2014]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2005/02/04.pdf>.
- SLOVÁČEK, Ladislav et al. *Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. In Vojenské zdravotnické listy. 2004, ročník 73, č. 1, s. 6-9.[cit. 20.2.2014]. Dostupné z: [http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201\\_2004/Vz11\\_2.%20Slovacek.pdf](http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf).
- ŠÍMA, Vojtěch. *Ošetrovatelská péče o pacienty se spinálním poraněním*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta.
- ŠTĚTINA, Jiří. *Medicína katastrof a hromadných neštěstí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000, 429 s. ISBN 80-7169-688-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VIŠŇA, Petr a Jiří HOCH. *Traumatologie dospělých*. Praha: Maxdorf s. r. o., 2004. 157 s. ISBN 80-7345-034-8.
- VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.
- VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- WENDSCHE, Peter a Jiří KRÍŽ. *Doporučené postupy pro péči v akutní fázi po poškození míchy*. [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 12.2.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/dopručenepostupy/akutni\\_pece.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/dopručenepostupy/akutni_pece.pdf).
- WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009, 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.

## **SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK**

apod. – a podobně

ASIA – American Spinal Injury Association

ARO – Anesteziologicko resuscitační oddělení

CT – Výpočetní tomografie

ČIK – Čistá intermitentní katetrizace

JIP – Jednotka intenzivní péče

MR – Magnetická rezonance

např. – například

PMK – Permanentní močový katétr

RÚ Kladrby – Rehabilitační ústav Kladrby ([www.rehabilitace.cz](http://www.rehabilitace.cz))

RÚ Hrabyně – Rehabilitační ústav Hrabyně ([www.ruhrabyne.cz](http://www.ruhrabyne.cz))

tzv. – takzvaný

WHO – World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 Anatomie páteře a míchy

Příloha č. 2 Typy nekompletních míšních lézí

Příloha č. 3 Metoda hodnocení neurologického obrazu

Příloha č. 4 Protokol k vyšetření pacienta s míšním postižením podle ASIA SCORE

Příloha č. 5 Informovaný souhlas

## **Příloha č. 1 Anatomie páteře a míchy**

**Páteř (columna vertebralis)** tvoří osu vzpřímeného těla a poskytuje ochranu míše a nervovým kořenům umístěným uvnitř páteřního kanálu. Základními stavebními jednotkami páteře jsou obratle. Páteř tvoří 33-34 obratlů - 7 obratlů krčních (vertebrae cervicales, C1-C7), 12 obratlů hrudních (vertebrae thoracicae Th1-TH12), 5 obratlů bederních (vertebrae lumbales L1-L5), 5 obratlů křížových (vertebrae sacrales, S1-S5), které srůstají v kost křížovou a 4-5 obratlů kostrčních (vertebrae coccygeae, Co1-Co4) srůstajících v kost kostrční (os coccygis). První dva obratle atlas a axis (nosič a čepovec) tvoří tzv. horní krční páteř a mají odlišnou stavbu od všech ostatních obratlů. Atlas má tvar prstence a axis výběžek dens axis (zub čepovce), který se dotýká vnitřní hrany prstence atlasu. Toto skloubení umožňuje rotační pohyb páteře.

Na páteři se setkáváme s různými typy kostních spojů. Mezi obratlovými těly jsou vsunuty chrupavky, tzv. **meziobratlové destičky** (disci intervertebrales). Nejvyšší destičky jsou v bederním úseku páteře, kde je páteř nejvíce zranitelná roztržením nebo vysunutím destičky. Těla, oblouky i výběžky jsou vzájemně spojeny pevnými vazy. Vazy fixují páteř a omezují vzájemný posun obratlů. Pohyblivé spojení je zajišťováno **meziobratlovými klouby**. Drobné posuny v těchto kloubech se sčítají a malá pohyblivost mezi jednotlivými obratli je do určité míry kompenzovaná možností pohybového součtu. Jednotlivé úseky páteře mají různou pohyblivost. Nejpohyblivější je krční a bederní úsek páteře, omezeně pohyblivá je hrudní páteř. Pružnost páteře je zajištěna i esovitým prohnutím celé páteře. Zakřivený úsek páteře, který je obloukovitě prohnutý dozadu se označuje jako **kyfóza** (hrudní a křížová), ohnutí dopředu je **lordóza** (krční a bederní).

**Mícha hřbetní** (medulla spinalis) je sloupec nervové tkáně uložený v páteřním kanálu. Je dlouhý 40–45 cm a jeho horní konec a plynule přechází v prodlouženou míchu. Mícha začíná na úrovni prvního krčního obratle a končí na úrovni druhého bederního obratle. Z míchy prochází 31 párů míšních nervů, které ji spojují s jednotlivými částmi těla. Mícha je podélnými rýhami rozdělena na pravou a levou polovinu a v každé polovině se nachází dvě postranní rýhy. Od zadních postranních rýh vstupují z míšních uzlin zadní kořeny míšních nervů, které obsahují dostředivá (senzitivní) vlákna a vedou vzruchy z periferie. Z přední postranní rýhy vystupují přední kořeny míšních nervů, obsahující odstředivá (motorická) vlákna.

Zdroj: DYLEVSKÝ, Ivan. *Základy funkční anatomie*. Olomouc: Poznání, 2011. 330 s. ISBN 978-808-7419-069.

## Příloha č. 2 Typy nekompletních míšních lézí

### Nekompletní míšní léze pro úsek krční páteře:

- *Syndrom centrální míšní šedi* je charakterizován postižením centrální šedé hmoty míšní, typické motorické oslabení horních končetin ve srovnání s dolními. Příčinou je zhmoždění míchy u chronické krční degenerativní stenózy páteřního kanálu, nebo v důsledku hyperextenzního mechanismu poranění. Nejběžnější typ nekompletní léze, vyskytuje se u starších lidí a mívá dobrou prognózu.
- **Brown-Séquardův syndrom** (syndrom hemisekce míšní) vzniká při poranění poloviny míchy. Na straně postižení míchy je sledována motorická paréza z postižení pyramidové dráhy a ztráta propriorecepce (polohocit, pohybocit) v důsledku postižení zadních míšních provazců. Druhostranně je sledována ztráta cití pro bolest a teplo. Syndrom se vyskytuje vzácně, převážně u penetrujících poranění.
- *Syndrom přední míchy* (syndrom přední míšní arterie) takto je označován infarkt míchy v oblasti míchy zásobené přední míšní arterií. Příčinou syndromu je okluze nebo komprese tepny v přední části míchy kostěným fragmentem či výhřezem meziobratlové ploténky. Vzniká paraparéza nebo plegie pod místem poranění, převažuje postižení horních končetin, oboustranná porucha cití. Má nejhorší prognózu z nekompletních lézí.
- Při poranění zadních provazců míšních vzniká *syndrom zadní míchy*, který se projevuje pálením a bolestí za krkem, na horních končetinách a trupu.

### Nekompletních míšních léze pro thorakolumbální přechod:

- *Syndrom míšního konu* vzniká následkem poranění páteře na úseku Th11-L1 a míšního konu. Vyskytuje se často a projevuje se paraparézou s postižením sfinkterů (svěračů) a poruchou perianogenitálního cití. Následkem poranění páteře pod úrovní L1/2 při kompresi kořenů kaudy vzniká **syndrom kaudy**.
- *Syndrom kaudy* je charakterizován poraněním páteře pod úrovní L1/2 při kompresi kořenů kaudy. Projevuje se jako syndrom míšního konu, má ale lepší prognózu.

Zdroj: HRABÁLEK, Lumír. *Poranění páteře a míchy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. 27 s. ISBN 978-80-244-2842-0.

### **Příloha č. 3 Metody hodnocení neurologického obrazu**

**ASIA (American Spinal Injury Association) protokol** - stanovuje úroveň a rozsah míšňí léze. Základem je vymezení motorické a senzitivní úrovně.

**Motorická úroveň** se vyšetřuje pomocí tzv. klíčových svalů. Pro každý míšňí segment, který inervuje svaly horních a dolních končetin je určen jeden klíčový sval, u kterého je vyšetřena svalová síla a označena stupněm 0 až 5. Motorická úroveň pak odpovídá nejnižšému segmentu, jehož klíčový sval je nejméně na 3. stupni svalové síly a sval nad ním na stupni 5. V oblasti trupu se motorická úroveň vyhodnocuje podle úrovně citlivosti. **Senzitivní úroveň** se vyšetřuje pomocí tzv. klíčových bodů, které vyjadřují míšňí segmenty-dermatomy. **Jsou vyšetřovány 2 modality čítí lehký dotyk a diskriminační čítí** (schopnost rozeznat ostrý a tupý předmět). Jako senzitivní úroveň se pak označuje nejnižší dermatom s normální citlivostí pro obě modality. Neurologická úroveň míšňí léze je určena nejnižším segmentem s normální motorickou a senzitivní funkcí na obou stranách.

Rozsah míšňí léze je stanoven podle **ASIA Impairment Scale (AIS)** na tyto kategorie:

AIS A - kompletní léze, absence senzitivní i motorické funkce v segmentech S4/5)

AIS B - nekompletní léze, zachovaná citlivost pod úrovní léze včetně segmentů S4/5)

AIS C - nekompletní léze, zachovaná motorika funkce alespoň poloviny klíčových svalů pod úrovní léze se svalovou sílou na stupni méně než 3

AIS D - nekompletní léze, motorická funkce více než 3. stupně u více než poloviny svalů pod úrovní míšňí léze

AIS E - normální citlivost a hybnost ve všech segmentech, může se vyskytnout porucha autonomních funkcí.

K hodnocení funkčního stavu pacientů po poranění míchy slouží dále:

- **SCIM (Spinal Cord Independence Measure)** – vyšetření nezávislosti pacienta, kdy je zjišťována úroveň soběstačnosti, dýchání, vyprazdňování a mobility. Každá oblast dále zahrnuje několik otázek s bodovým ohodnocením.
- **Chůzové testy** se skládají z WISCI (Walking Index for Spinal Cord Injury), kde se zjišťuje způsob a úroveň chůze a z časově zaměřených testů – TUG (Timed U pand Go), test chůze na 10 m a 6 minutový test chůze.

Zdroj: KOLÁŘ, Pavel et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, c2009. 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1.

# Příloha č. 4 Protokol k vyšetření pacienta s míšním postižením podle ASIA SCORE

**STANDARD NEUROLOGICKÉ KLASIFIKACE PORANĚNÍ MÍCHY (ASIA-SCORE)**

**MOTORIKA**  
KLÍČOVÉ SVALY

	P	L
C2		
C3		
C4		
C5		
C6		
C7		
C8		
T1		
T2		
T3		
T4		
T5		
T6		
T7		
T8		
T9		
T10		
T11		
T12		
L1		
L2		
L3		
L4		
L5		
S1		
S2		
S3		
S4		
S5		

Flexory kyče  
Extensory západní  
Extensory kůže  
Flexory prstí (distální úlněv. prostředku)  
Abduktory prstí (malík)

Flexory kyčle  
Extensory kolena  
Dorsální flexory hlezna  
Extensory palce na noze  
Plantární flexory hlezna

0 = totální paralýza  
1 = hraniční nebo výšlečná kontrakce  
2 = aktivní pohyb, bez volného udržení  
3 = aktivní pohyb, s volným udržením  
4 = aktivní pohyb, proti šestihrádnému odporu  
5 = aktivní pohyb, proti plnému odporu  
N = nezkoumatelné

Úmyslná analýza kontrakce (ano/ne)

CELKEM [ ] [ ] = MOTORICKÉ SKÓRE  
(MAXIMUM) [50] [50] [100]

**CITLIVOST**  
KLÍČOVÉ CITLIVOSTNÍ BODY

	DOTYK		PÍCH	
	P	L	P	L
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4				
S5				

0 = nepřítomna  
1 = narušena  
2 = normální  
N = nezkoumatelná

Referenční body citlivosti

CELKEM [ ] [ ] = SKÓRE PÍCHŮ max. 112  
(MAXIMUM) [56] [56] [56] [56]  
[ ] [ ] = SKÓRE LEHKÝCH DOTYKŮ max. 112

NEUROLOGICKÁ ÚROVEŇ: Nejnižší segment s normální funkcí

	P	L
CITLIVOST	[ ]	[ ]
MOTORIKA	[ ]	[ ]

KOMPLETNÍ NEBO INKOMPLETNÍ? [ ]

PARCIÁLNĚ ZACHOVALÝ SEGMENT

	P	L
CITLIVOST	[ ]	[ ]
MOTORIKA	[ ]	[ ]

Inkompletní = přítomnost veškeré senzitivní či motorické funkce v nejnižším sakrálním segmentu.  
Podle doporučení a se souhlasem společnosti ASIA (American Spinal Injury Association)

JMÉNO: \_\_\_\_\_ č. chor. \_\_\_\_\_ DEN VYŠETŘENÍ: \_\_\_\_\_

Zdroj: WENDSCHE, Peter a Jiří KRÍŽ. *Doporučené postupy pro péči v akutní fázi po poškození míchy.* [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 12.2.2014]. Dostupné z: [http://www.spinalcord.cz/\\_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/akutni\\_pece.pdf](http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/akutni_pece.pdf).

## **Příloha č. 5 Informovaný souhlas**

### **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

#### **NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

#### **STUDENT**

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### **VEDOUCÍ BP:**

jméno

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail

#### **CÍL STUDIE**

Cílem studie je:

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

#### **SOUHLAS S VÝZKUMEM**

Já:.....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:

Datum:

Podpis studenta:

Datum: