

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2020**

**Martina Holá**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví (B5345)

**Martina Holá**

Studijní obor: Ergoterapie (5342R002)

**VLIV DANCE TERAPIE NA KVALITU ŽIVOTA JEDINCE  
PO PORANĚNÍ MÍCHY-VYUŽITÍ WHODAS 2.0 TESTU**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

PLZEŇ 2020



### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 30.4.2020

.....

vlastnoruční podpis

## **Abstrakt**

Příjmení a jméno: Holá Martina

Katedra: Rehabilitačních oborů

Název práce: Vliv Dance terapie na kvalitu života jedince po poranění míchy – využití WHODAS 2.0 testu

Vedoucí práce: MSc. Veronika Vrbská

Počet stran – číslované: 64

Počet stran – nečíslované: 31

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 60

Klíčová slova:

Dance terapie, psychika jedince, kvalita života, poranění míchy, WHODAS 2.0 test, ergoterapie

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem a účinností Dance terapie na kvalitu života jedince po poranění míchy. Práce je rozdělena na dvě části, část teoretickou a část praktickou. V teoretické části je přiblíženo poranění míchy, taneční terapie a dále je zde popsán test kvality života – WHODAS 2.0.

V praktické části jsou vypracovány případové studie klientů, které jsou vedené pomocí rozhovoru. Probandi jsou dále testováni pomocí SCIM testu a WHODAS 2.0 dotazníku. Všechny výsledky jsou analyzovány a diskutovány v závěru práce.

## **Abstract**

Surname and name: Holá Martina

Department: Rehabilitation Sciences

Title of thesis: The effectiveness of Dance Therapy on the quality life on the individuals after Spinal cord injury – WHODAS 2.0 test

Consultant: MSc. Veronika Vrbská

Number of pages – numbered: 64

Number of pages – unnumbered: 31

Number of appendices: 8

Number of literature items used: 60

Keywords:

Dance therapy, psychological situation of person, quality life, spinal cord injury, WHODAS 2.0 test, Occupational therapy

Summary:

This dissertation examines the impact and efficiency of Dance therapy on quality of one's life after the spinal cord injury. It has two parts, the theoretical and the practical one. The theoretical part of the dissertation takes a closer look at the spinal cord injury and Dance therapy, and also roughly describes a test of quality of life – WHODAS 2.0.

The practical part of the dissertation develops client case studies that are led by an interview. Proband's are then tested by a SCIM test and the WHODAS 2.0 questionnaire. All results are completed, analyzed and discussed in the conclusion of the thesis.

## **Předmluva**

Tanec a jeho vliv na jedince po poranění míchy je dle mého názoru velmi zajímavé a doposud příliš nezmiňované téma, a proto jsem se rozhodla tomuto tématu věnovat ve své bakalářské práci.

V průběhu vysoké školy jsem se dozvěděla, že existuje mnoho organizací pro jedince po poranění míchy, které nabízejí pohybové aktivity, včetně tance na vozíku. Čím dál více mě zajímala problematika volnočasových pohybových aktivit u osob na vozíku a chtěla jsem se s ní více seznámit. Sama jsem se tanci několik let věnovala a po celé ty roky mi tanec přinášel mnoho pozitiv. Nejenom, že díky tanci se mi zlepšila fyzická kondice, ale také jsem se cítila lépe po duševní stránce. Chtěla jsem více prozkoumat samotný vliv tance na jedince po poranění míchy. Zaměřila jsem se na možnosti taneční terapie v České republice a jak je možné využít tance u osob s poraněním míchy. Zajímalo mě, jestli se dá taneční terapie využít v rehabilitačním procesu z pohledu ergoterapeuta. Zda díky tanci selepší motorické schopnosti jedince a jeho soběstačnost, a do jak velké míry je provázána stránka fyzická se stránkou psychickou.

## **Poděkování**

Děkuji MSc. Veronice Vrbské za odborné vedení, poskytování rad a materiálních podkladů při psaní této bakalářské práce. Dále děkuji všem probandům, kteří výborně spolupracovali na výsledcích této bakalářské práce.



# OBSAH

SEZNAM GRAFŮ .....	13
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	14
SEZNAM TABULEK .....	15
SEZNAM ZKRATEK .....	16
ÚVOD.....	17
1 PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY .....	19
1.1 Páteř .....	19
1.2 Hřbetní mícha .....	19
1.3 Poranění páteře a míchy .....	21
1.4 Rozdělení míšního poranění .....	21
1.4.1 Podle vzniku poranění .....	21
1.4.2 Podle rozsahu míšní léze .....	22
1.4.3 Podle výšky poškozeného segment .....	23
1.5 Základní syndromologie při poškození míšních struktur.....	25
1.5.1 Postupná transversální míšní léze.....	25
1.5.2 Náhlá transversální míšní léze.....	26
1.5.3 Pseudochabá míšní léze .....	26
1.5.4 Spastická míšní léze .....	26
1.5.5 Smíšená míšní léze .....	26
1.5.6 Syndrom míšního konu.....	26
1.5.7 Syndrom cauda equina.....	27
1.6 Míšní šok.....	27
2 JEDINEC PO PORANĚNÍ MÍCHY .....	29
2.1 Zdravotní komplikace při míšním poranění.....	29
2.1.1 Respirační systém .....	29

2.1.2	Kardiovaskulární systém .....	29
2.1.3	Urogenitální systém.....	30
2.1.4	Gastrointestinální systém.....	30
2.1.5	Dekubity .....	30
2.1.6	Spasticita.....	31
2.2	Rehabilitace .....	33
2.2.1	Fyzioterapie .....	34
2.2.2	Ergoterapie.....	34
2.3	Sed na vozíku.....	36
2.3.1	Správná postura sedu .....	37
2.3.2	Vliv postavení pánve na posturu sedu .....	37
2.4	Sociální rehabilitace.....	37
2.5	Psychická stránka po poranění míchy.....	38
2.6	Kvalita života po poranění míchy .....	39
2.7	Vliv volnočasových aktivit .....	39
3	DANCE TERAPIE – TANEČNÍ TERAPIE .....	40
3.1	Vznik a vývoj .....	40
3.2	Cíle a uplatnění.....	42
3.3	Zahraniční a české taneční asociace .....	42
3.3.1	American Dance Therapy Association – ADTA .....	42
3.3.2	European Association Dance - Movement Therapy – EADMT.....	43
3.3.3	Association for Dance Movement Psychotherapy UK – ADMP UK .....	43
3.3.4	Tanter – Asociace tanečně pohybové terapie ČR.....	44
3.3.5	Sportovní klub vozíčkářů – tanec .....	44
4	DOTAZNÍK WHODAS 2.0 .....	45
4.1	Struktura dotazníku WHODAS 2.0 .....	45
5	CÍLE A ÚKOLY.....	47

6	HYPOTÉZY .....	48
7	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU .....	49
8	METODOLOGIE SBĚRU DAT .....	50
9	VÝSLEDKY .....	51
9.1	Anamnestické údaje .....	51
9.1.1	Anamnéza prvního probanda .....	51
9.1.2	Anamnéza druhého probanda .....	52
9.1.3	Anamnéza třetího probanda .....	54
9.2	Hodnotící testy .....	56
9.3	SCIM TEST .....	56
9.3.1	SCIM test u prvního probanda .....	56
9.3.2	SCIM test u druhého probanda .....	57
9.3.3	SCIM test u třetího probanda .....	59
9.4	WHODAS 2.0 .....	60
9.4.1	Dotazník WHODAS 2.0 u prvního probanda .....	60
9.4.2	Dotazník WHODAS 2.0 u druhého probanda .....	61
9.4.3	Dotazník WHODAS 2.0 u třetího probanda .....	62
9.5	Shrnutí výsledků z hodnotících testů .....	64
9.6	Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami .....	64
9.6.1	Rozhovor s prvním probandem .....	64
9.6.2	Rozhovor s druhým probandem .....	67
9.6.3	Rozhovor se třetím probandem .....	69
9.7	Hlavní poznatky vycházející z rozhovoru s otevřenými otázkami .....	72
9.8	Shrnutí výsledků z rozhovoru .....	73
10	DISKUZE .....	75
	ZÁVĚR .....	79
	SEZNAM LITERATURY .....	81

SEZNAM PŘÍLOH .....	87
PŘÍLOHY .....	88

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Výsledky SCIM testu u prvního probanda.....	57
Graf 2 Výsledky SCIM testu u druhého probanda .....	58
Graf 3 Výsledky SCIM testu u třetího probanda.....	59
Graf 4 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u prvního probanda.....	61
Graf 5 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u druhého probanda.....	62
Graf 6 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u třetího probanda.....	63

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 SCIM test - část 1 .....	88
Obrázek 2 SCIM test - část 2 .....	89
Obrázek 3 Dotazník WHODAS 2.0, část 1 .....	90
Obrázek 4 Dotazník WHODAS 2.0, část 2 .....	91
Obrázek 5 Dotazník WHODAS 2.0, část 3 .....	92
Obrázek 6 Dotazník WHODAS 2.0, část 4 .....	93

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Pravidlo vertebromedulární topografie.....	20
Tabulka 2 Klasifikace dekubitů.....	31
Tabulka 3 Škála hodnocení svalového hypertonu dle Ashwortha.....	32
Tabulka 4 Modifikovaná Asworthova škála.....	33
Tabulka 5 Výsledky SCIM testu u prvního probanda .....	57
Tabulka 6 Výsledky SCIM testu u druhého probanda .....	58
Tabulka 7 Výsledky SCIM testu u třetího probanda .....	59
Tabulka 8 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u prvního probanda.....	60
Tabulka 9 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u druhého probanda .....	62
Tabulka 10 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u třetího probanda.....	63
Tabulka 11 Shrnutí výsledků z SCIM testu.....	64
Tabulka 12 Shrnutí výsledků z dotazníku WHODAS 2.0.....	64
Tabulka 13 Hlavní poznatky vycházející z rozhovoru .....	72

## SEZNAM ZKRATEK

ADL .....	Activities of Daily Living (aktivity denního života)
ADMP .....	Association for Dance Movement Psychotherapy
ADTA .....	American Dance Therapy Association
CMP .....	Cévní mozková příhoda
CNS .....	Centrální nervový systém
DMO .....	Dětská mozková obrna
EADMT .....	European Association Dance Movement Therapy
EXT .....	Extenze
FLX .....	Flexe
SCIM .....	Spinal Cord Independence Measure
SKV .....	Sportovní klub vozíčkářů
WHO .....	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
WHODAS .....	World Health Organizatiosn Disability Assessment Schedule



## ÚVOD

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém příspěvku z roku 2013 uvádí, že ročně přibude 250 000 – 500 000 jedinců s poraněním míchy. Mezi nejčastější příčiny vzniku poranění páteře patří dopravní nehody, pracovní úrazy nebo rizikové sporty. Lidé po poranění míchy mají dvojnásobnou až pětinasobnou pravděpodobnost předčasného úmrtí. Díky handicapu se u jedince vyskytují problémy v oblasti tělesné, pracovní, finanční a psychosociální. Po poranění je pro jedince daleko složitější prožívat plnohodnotný život. (WHO, 2020, A)

Člověk po poranění míchy se s tímto úrazem může vyrovnávat i celý život. Po poranění je velmi těžké pro pacienta získat si nové dovednosti a znovu ovládat činnosti každodenního života. Po propuštění z akutní hospitalizace je pro jedince nejdůležitější zahájit takzvaný „proces budování života“. Člověk se musí vypořádat se změnou rolí, změnou potřeb, ale také s psychosociálními problémy. Často se objevují pocity smutku, úzkosti či také klinická deprese, která vede až ke sebevražedným sklonům. (UPMC, 2020)

Důležitou součástí při navracení se do každodenního života jedince po poranění míchy je včasná a správná rehabilitace. Rehabilitační proces je zahajován bezprostředně ihned po úraze a nejčastěji probíhá v délce 6 – 9 měsíců. Během těchto měsíců je pacient nejčastěji hospitalizován ve zdravotnických zařízeních na jednotkách intenzivní péče. Rehabilitační plán je co nejvíce přizpůsoben jedinci. Vše je ovlivněno neurologickou úrovní léze a rozsahem míšního poškození. Cíl, který je však pro všechny spinální pacienty stejný, je obnovení nebo maximální zlepšení senzomotorických funkcí a dosažení co možná nejvyššího stupně soběstačnosti. (Kříž, 2019)

Tanečně – pohybová terapie může být užitečná pro lidi s těžkým fyzickým či psychickým postižením. Hudba a pohyb v člověku vyvolává pocity, které vnímal před svým zraněním. Díky této tanečně – pohybové terapii se člověk lépe vyrovnává s psychosociálními problémy či s postižením samotným. (Wise, 1981)

Taneční terapie se poprvé objevila ve čtyřicátých letech 20. století v USA. V roce 1966 byla založena Asociace Americké taneční terapie. (Dosedlová, 2012)

Americká asociace taneční terapie definuje taneční terapii jako psychoterapeutické využití pohybu k podpoře emocionální, sociální, kognitivní a fyzické integraci jedince. (ADTA, 2020, A)

Taneční terapie je považována za dynamickou terapii, která z těla uvolňuje napětí a obnovuje přirozené proudění životní energie a přirozenou rovnováhu v lidském organismu. Tento psycho – tělesný přístup je součástí umělecké terapie. Podporuje vyjádření člověka bez verbální komunikace. (Marchand, 2020)

U osob s poraněním míchy se setkáváme se snížením kvality života, díky nižší úrovni fyzické, psychické a sociální spokojenosti. Často postižení omezuje svobodu života, a tím i jeho kvalitu. Handicap zasáhne do života obrovským způsobem. Je nutné přehodnotit většinu plánů a dát se jinou cestou. Život se pro mnoho lidí v této fázi stává méně kvalitním. (Ležovič a kol., 2013)

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY

### 1.1 Páteř

Pro lidské tělo je páteř velmi důležitou částí, jelikož se žebry a hrudníkem tvoří osu celé kostry. Páteř je složena z obratlů, které se podle úrovně jejich uložení liší počtem i stavbou. Páteř je tedy rozdělena na oblast krčních obratlů, hrudních obratlů, bederních obratlů, kosti křížové a kostrče. (Kachlík, 2018)

Páteř dospělého jedince, by měla být správně zakřivená v sagitální rovině (předozadně) a mírně zakřivená i ve frontální rovině. V předozadní rovině se jedná o zakřivení, kdy se střídá lordóza a kyfóza. Lordóza, vyklenutí páteře obloukem dopředu se týká oblasti krčních a bederních obratlů. Kyfóza je naopak vyklenutí obloukem dozadu a týká se hrudní části páteře. Kyfotické držení má i kost křížová, která pokračuje konvexním obloukem směrem dozadu. Páteř plodu či novorozence je pouze v postavení kyfotickém a v průběhu let se začne formovat i do lordózního držení. Zakřivení na páteři je velmi důležité pro pružnost celé kostěné soustavy, a obloukovité postavení páteře zajišťuje daleko větší pevnost. Pokud je páteř ve tvaru oblouku je daleko pevnější než tyč a správně vytvarovaná páteř obsahující lordózu a i kyfózu je až sedmákrát pevnější než páteř úplně rovná. (Dylevský, 2009)

Páteř je velmi pevná a tvoří oporu celému tělu, ale zároveň díky své stavbě je i velmi pohyblivá a flexibilní. Jednotlivé oblasti páteře se svoji pohyblivostí liší, některé jsou fyziologicky pohyblivé více a některé méně. Páteř je tak dokonalý orgán, který nám umožňuje dělat najednou dva pohyby v opačném směru – např. prohnutí bederní páteře směrem dopředu a zároveň záklon hlavy. Aby vše takto správně fungovalo, musí být veškeré struktury v dokonalé souhře. (Rychlíková, 2016)

### 1.2 Hřbetní mícha

Hřbetní mícha neboli medulla spinalis je 40 – 50 cm dlouhý provazec nervové tkáně, který je nejčastěji válcovitého tvaru. Mícha prochází páteřním kanálkem, který je obalen několika míšními obaly. Medulla spinalis je uvnitř tvořena šedou hmotou a na povrchu je tvořena hmotou bílou. Začátek hřbetní míchy je mezi týlní kostí a prvním krčním obratlem. Mícha pak pokračuje kraniálně v prodlouženou míchu. Kaudálně medulla spinalis u dospělého člověka končí v oblasti bederního obratle L1 – L2. U novorozence končí mícha v úrovni

L3, jelikož při vývoji páteř roste velmi rychle a mícha je tak rozprostřena v celém páteřním kanálku. (Čihák, 2016)

Mícha je složena z několika vláken a je silná jako větší tužka. Hřbetní mícha slouží k předávání informací pomocí nervových vzruchů z mozku do celého těla a naopak. Sbírá informace ze všech smyslových orgánů v lidském těle a pomocí míšních nervů jsou tyto zprávy vedeny do mozku. Další důležitou funkcí míchy je řízení motorické informace, například příkaz k pohybu. (Carter, 2010)

V předních rozích míšních vystupují těla motoneuronů a v zadních rozích míšních vystupují neurony, které jsou pak zapojeny do senzitivních drah. Z motoneuronů vystupují axony, které jsou propojeny s příslušným kosterním svalem a díky tomu jsme schopni vykonávat pohyb. Z rohů dále vystupují interneurony a dalších neurony, které slouží k přesnosti a předání charakteru informace. (Kulišťák, 2017)

Pokud je potřeba najít na míše určitý míšní segment, musí se přičíst k číslu obratle určitá kraniokaudálně stoupající hodnota. Díky tomuto pravidlu jsme schopni určit, ke kterému míšnímu segmentu patří daný obratel. Vztah mezi obratlem a míšním segmentem se nazývá vertebromedulární topografie. (Čihák, 2016)

**Tabulka 1 Pravidlo vertebromedulární topografie**

<b>Míšní segment</b>	<b>Obratel</b>
C1 – C4	C1 – C4
C5 – C8 a Th1	C5 – C7 a Th1
Th2 – Th12	Th2 – Th9
L1 – L4	Th10 – Th12
L5 – S2	L1
S3 – Co	L2

Zdroj: Čihák, 2016, str. 271

### **1.3 Poranění páteře a míchy**

Poraněním páteře a míchy často vznikají odlišně závažná onemocnění. V první řadě se jedná o poranění jednodušší, kdy při izolované zlomenině obratle, dojde pouze k poranění měkké tkáně. Mnohem závažnější jsou poranění, při kterých dochází k porušení míchy. (Holtz, 2010)

Je odhadováno, že ročně přibudou 4 lidé na 100 000 obyvatel s poraněním páteře. Poranění častěji je evidováno u mužů než žen (v poměru 3:1). Více jak polovina jedinců, u kterých došlo k poranění míchy je v mladším věku (do 25 let). Mezi nejčastější příčiny vzniku poranění páteře patří dopravní nehody, pracovní úrazy nebo rizikové sporty. U čtvrtiny případů byl úraz ovlivněn alkoholem. V některých státech Ameriky je velké procento příčin zaviněno střelným zraněním. Mortalita v akutní fázi je okolo 10%. (Ambler, 2010)

Pokud u jedince došlo k poranění páteře, tak v 15 – 20% případů dochází i k poškození míchy. Hřbetní mícha může být poškozená v jakémkoliv úseku a v různě velkém rozsahu. Mícha v páteřním kanálku obsahuje dráhy motorické, senzitivní a vegetativní, které jsou částečně nebo úplně poškozeny v závislosti na druhu a rozsahu poranění. Při přerušení motorických drah dochází ke snížení kvality nebo úplné ztrátě pohybu, které vede k ochrnutí. Porušení drah senzitivních se projeví ztrátou či sníženou kvalitou citlivosti. Jedná se o povrchovou citlivost, díky které jsme schopni rozeznat dotyk, bolest a nebo teplotu. Druhým typem je hluboká citlivost, která nám umožňuje vnímat pohyb, polohu nebo vibrace. Porucha vegetativních drah vede k omezení sympatického a parasympatického nervového systému. Porucha těchto systémů způsobuje dysfunkci orgánové soustavy. (Wendsche, 2009)

### **1.4 Rozdělení míšního poranění**

#### **1.4.1 Podle vzniku poranění**

Existuje mnoha příčin, jak poranění páteře a míchy může vzniknout. Poškození míchy se rozděluje na dvě hlavní příčiny vzniku, na vznik traumatickým mechanismem a na vznik neúrazovým mechanismem. (WHO, ISCOS, 2013)

#### **Traumatické léze**

Je známo několik odlišných příčin, jak k poranění míchy může dojít. První skupinou příčin jsou dopravní nehody. K poranění nejčastěji dochází u autonehod, kdy lidé nejsou připoutaní nebo při motonehodách. Méně častou příčinou jsou srážky s chodci nebo

s cyklistou. Pokud dojde k dopravní nehodě, při které si jedinec poranil páteř a míchu, nejčastěji poškození bývá v oblastní hrudního míšního segmentu s přidruženým poraněním žebere a plic. Druhou skupinou jsou pády. Pády bývají nejčastější příčinou míšního poranění. Často se setkáváme s pracovními úrazy, pády z vysokého žebříku. U starších lidí je typickou příčinou pád ze schodů, při kterém vzniká nejčastěji poranění krčního obratle. Pád z výšky, při kterém dojde k poranění, bývá i u lidí, kteří se pokusili spáchat sebevraždu. Třetí skupinou jsou sportovní úrazy. V letních měsících se jedná o pády z kola, úrazy při letectví nebo při adrenalinových sportech. V zimních měsících se setkáváme s úrazy z lyží nebo ze snowboardu. Specifickou skupinou příčin, při kterých dochází k poranění páteře a míchy jsou skoky do mělké vody. Následky těchto skoků jsou neurologicky jedny z nejtěžších. Při pádu do vody narazí hlava o dno a nejčastěji se poškodí pátý nebo šestý krční obratel. U těchto jedinců se později rozvíjí tetraplegie. (Kříž, 2019)

### **Netraumatické léze**

Stejně jako u traumatických míšních lézí se zde vyskytuje mnoho příčin. Jednou možností je porucha cévního zásobení, která se později rozvine v míšní ischemii. Nejčastěji k tomuto jevu dochází bez jakýkoliv příčin. Také se můžeme setkat s případy, kdy k míšní ischemii vedlo zvednutí těžkého břemene nebo změna polohy. Nejméně častou příčinou jsou krvácení do míchy, které zpravidla vznikají při operacích páteře. Do druhé skupiny patří veškerá zánětlivá onemocnění. Mezi tato onemocnění můžeme řadit spondylodiscitidy, které se objevují například u chronicky nemocných a rozvíjejí se později v nestabilitu páteře. Dalším zánětlivým onemocněním jsou myelitidy, které vznikají díky infekčnímu nebo autoimunnímu onemocnění. Mezi další příčiny, kdy dochází k útlaku míchy v páteřním kanálku jsou intramedulární nebo extramedulární nádory. Všechny tyto příčiny jsou typické pro jedince staršího věku, které mají současně více onemocnění. (Kříž, 2019)

#### **1.4.2 Podle rozsahu míšní léze**

##### **Kompletní (transverzální) míšní léze**

Pokud dojde k úplnému přerušení míchy v páteřním kanálku jedná se o transverzální míšní lézi. Nastává úplná ztráta volní hybnosti, ztráta kvality cití pod úrovní poranění a objevují se poruchy autonomních funkcí. Mluvíme tedy o plegii. (Kříž, 2019)

Prognóza při tomto typu není příliš pozitivní. V dnešní době neexistuje taková léčba, která by dokázala míchu po kompletním poranění napravit. Dále se začínají rozvíjet sekundární problémy, které pak přecházejí do stavu chronického. (Šámal, 2017)

### **Nekompletní míšňí léze**

Při této míšňí lézi nenastává úplné přerušení míchy, senzibilita a motorika je pod místem poranění zachována. Mluvíme tedy o paréze. (Kříž, 2019)

Prognóza u této míšňí léze je daleko více příznivá, pokud je vše včas řešeno. Klienta lze stabilizovat a míchu postupně upravit. Vše záleží na rychlosti progresu, vstupním klinickým stavu a na etiologické příčině. Pokud se jedná o ischemii nebo krvácení do míchy je možné předpokládat rychlejší progresy, než například u pomalu rostoucích nádorů, nebo při degenerativním onemocnění páteře. (Šámal, 2017)

Pokud dojde k poškození míchy v oblasti krčních a hrudních obratlů dochází ke zvýšení dráždivosti močového měchýře a objevují se poruchy synergií mezi detruzorem (sval močového měchýře tvořený hladkou svalovinou) a sfinkterem. (Ambler, 2010)

### **1.4.3 Podle výšky poškozeného segment**

#### **Pentaplegie**

O pentaplegii hovoříme tehdy, když je mícha porušena od čtvrtého krčního segmentu výše. V této výšce míšňí léze je problematická inervace dolních i horních končetin, ale také porušena inervace bránice. Díky nefunkčnosti bránice není pacient schopen spontánní ventilace a často je na umělé plicní ventilaci, která je zajištěna tracheostomickou kanylou. (Kříž, 2019)

#### **Tetraplegie**

Označení tetraplegie charakterizuje poranění míšňích segmentů v oblasti krčních obratlů. Vzhledem k závažnosti a úrovni poranění se u tetraplegie setkáváme s různými funkčními poruchami. Ztráta pohyblivosti se týká především dolních končetin a trupu, a částečně horních končetin. (Faltýnková, 2004)

Jisté omezení a ztížení je při dýchání či kašlání. Se ztrátou pohyblivosti dolních končetin a trupu vymizí i cití na těchto částech těla. Cití je zachováno v oblasti tváře, šíje, ramenou a rukou. (Faltýnková, 2004)

## **Paraplegie**

Paraplegie se ještě dělí na vysokou a nízkou. Vysoká paraplegie vzniká pokud dojde k poškození míšního segmentu v horní polovině zad, což znamená pokud se poraní horní hrudní obratle. Pohyblivost se úplně ztrácí na dolních končetinách a částečně je omezená i pohyblivost trupu. U vysokého typu paraplegie je citlivost zachována od prsou výše, čití je poškozeno v oblasti dolního trupu a dolních končetin. Jedinec také může mít problém s dýcháním a kašláním. (Faltýnková, 2004)

Nízká paraplegie se vyznačuje úplnou ztrátou pohyblivosti na dolních končetinách, pohyblivost trupu může být pouze omezená. K tomuto typu dochází tehdy, když je poraněný míšní segment v dolní polovině zad. Citlivost je zachována od břicha nahoru a částečná citlivost na nohou. U jedince s nízkou paraplegií se setkáváme s problémem inkontinence moči a stolice. (Faltýnková, 2004)

### **1.4.3.1 Stupně poškození míchy**

Stupeň 1 - 4 charakterizují tetraplegii, stupeň 5 charakterizuje vysokou paraplegii a stupeň 6 charakterizuje nízkou paraplegii. (Faltýnková, 2012)

#### **Stupeň 1 – C1 – C3, C4 – C5**

Jedinec nemá žádnou stabilizaci trupu, není schopen sedět bez opory. Potřebuje neustálou asistenci. Jediný pohyb, který je zachován je elevace ramen, avšak funkčně je tento pohyb minimálně použitelný. (Faltýnková, 2012)

#### **Stupeň 2 – C5 – C6**

Při tomto stupni je daleko lepší stabilizace trupu, jedinec je schopen sedět o opřené paže, které jsou mírně zevně rotované a s uzamčenými lokty. Udržení rovnováhy sedu při zvednutí paže není možné. Při stupni 2 je zachovaná aktivní hybnost ramenního kloubu a funkční ohnutí loketního kloubu. Jedinec má malou sílu při zvedání zápěstí, díky zachované funkčnosti musculus biceps brachii. Díky ortézám a kompenzačním pomůckám má klient možnost pasivního funkčního úchopu. (Faltýnková, 2012)

#### **Stupeň 3 – C6 – C7**

Stejně jako u stupně dva je člověk schopen sedět opřený o natažené paže s uzamčenými lokty. Rozdíl je v tom, že u stupně tři je jedinec schopen zvednout paži před sebe a



přítom udržet rovnováhu v sedě. Aktivní hybnost ramenních kloubů a flexe lokte není nijak omezená. Musculus extenzor carpi radialis funguje bez omezení a díky němu je schopen klient zvednout zápěstí. Problémovým pohybem je extenze lokte, díky oslabení musculus triceps brachii. Cvičením můžeme dosáhnout aktivního funkčního úchopu. (Faltýnková, 2012)

#### **Stupeň 4 – C7 – C8**

Sed je bez opory o natažené paže a bez pomoci terapeuta. Pokud je jedna paže zapřená o podložku je jedinec schopen zvednout druhou ruku nad hlavu a udržet rovnováhu. Novou schopností je předklonění a narovnání díky funkčnosti musculus triceps brachii. Plná hybnost v ramenním, loketním a zápěstním kloubu. V některých případech je zachována i úchopová funkce a celkově jemná motorika na ruce. (Faltýnková, 2012)

#### **Stupeň 5 – Th1 – Th6**

Sed je plně stabilní, schopnost sedět i bez opory. Obě natažené ruce dokáže jedinec natáhnout až nad hlavu a pohybovat s nimi různými směry. Při začátku terapie je potřeba vždy asistence. (Faltýnková, 2004)

#### **Stupeň 6 – Th10 - L**

V sedu je klient naprosto stabilní. Zachována maximální aktivní pohyblivost horních končetin. Jedinec s nízkou paraplegií je soběstačný a nepotřebuje asistenci. (Faltýnková, 2004)

## **1.5 Základní syndromologie při poškození míšních struktur**

### **1.5.1 Postupná transverzální míšní léze**

V míšním kanálku dochází k postupnému útlaku míchy, nejčastěji díky nádoru či hernii disku. Další příčinou může být i degenerativní onemocnění, které se ale objevuje méně často. Při postupné transverzální míšní lézi se dostaví jako první poruchy cití podle úrovně postižení. Mohou se objevovat příznaky iritační nebo spíše příznaky zánikové. Později se začínají rozvíjet také poruchy motoriky a autonomních funkcí, v různě závažných formách. (Kolář, 2009)

### **1.5.2 Náhlá transverzální míšňí léze**

Vzniká nejčastěji jako následek úrazu páteře. Jedná se o úrazové mechanismy jako je například fraktura obratle či luxace obratlů. Náhlá transverzální léze může také vzniknout tak, že přímo na míchu klade tlak nějaký úlomek. Po útlaku míchy (primární poranění) se objevuje následné krvácení a otok (sekundární poranění). Projevuje se podobným způsobem jako postupná transverzální léze. Dochází k poruše citlivosti, hybnosti a autonomních funkcí. Zprvu se může zdát jako pseudochabá paréza, která přechází do léze spastické po odeznění míšňího šoku. (Kolář, 2009)

### **1.5.3 Pseudochabá míšňí léze**

Jde o krátkodobý stav, který se vyskytuje u jedince po poranění míchy ve fázi míšňího šoku. V této fázi dochází k úplnému porušení celé míšňí činnosti. Po odeznění míšňího šoku odeznívá i pseudochabá paréza. Pseudochabá míšňí léze je charakterizována snížením až vymizením svalového napětí, snížením svalové síly a vymizením nebo snížením reflexů. (Kolář, 2009)

### **1.5.4 Spastická míšňí léze**

Pokud se u jedince po odeznění míšňího šoku objevuje hyperreflexie, spasticita a přítomnost pyramidových iritačních jevů, můžeme tedy mluvit o spastické míšňí lézi. I u této míšňí léze se setkáváme s poruchou motoriky, citlivosti a autonomních funkcí. (Kolář, 2009)

### **1.5.5 Smíšená míšňí léze**

Jedná se o kombinaci poškození centrálních motorických drah, což způsobuje ztrátu či pouze snížení pohyblivosti v určité oblasti a poškození spinálního motoneuronu v předních rozích míšňích. Tento typ míšňí léze se objevuje u jedinců po poranění míchy v oblasti krční nebo lumbální míšňí intumescenci. (Kolář, 2009)

### **1.5.6 Syndrom míšňího konu**

Vzniká s poškozením nízkého míšňího segmentu S3 – S5. U tohoto syndromu se nemusí nutně vyskytovat snížená svalová síla, ale oslabené jsou svaly pánevního dna a drobné svaly nohou. Díky slabosti svalů pánevního dna se často objevují sfinkterové poruchy (inkontinence moči či stolice) a také se setkáváme se sexuální dysfunkcí. Citlivost je snižená v oblasti perianální, perigenitální a na vnitřní straně stehien. Je zde nepřítomnost některých reflexů jako je například bulbokavernózní a anální reflex. (Kolář, 2009)

### 1.5.7 Syndrom cauda equina

Tento syndrom se vyskytuje u nejnižších míšních lézí, které jsou kaudálně od míšního konu. Vyskytuje se oslabená svalová síla a snížený svalový tonus v oblasti dolních končetin. Porucha citlivosti je snížena pro všechny oblasti, které inervuje postižený nervový kořen. Stejně jako u syndromu míšního konu se snížená citlivost objevuje v oblasti perianální a perigenitální. U syndromu cauda equina chybí bulbokavernózní a anální reflex, také se vyskytuje inkontinence moči a stolice a je zde přítomna sexuální dysfunkce. Často u tohoto typu se u jedince vyskytují bolestivé kořenové syndromy. (Kolář, 2009)

### 1.6 Míšní šok

Při míšním šoku dochází k výpadku motorických, senzitivních a autonomních funkcí pod úrovní míšní léze. Tento syndrom se objevuje jak při částečném, tak i při úplném přerušení míchy. (Kříž, 2019)

Syndrom míšního šoku se neřadí mezi objemové šoky, proto u jedince nenastává selhání krevního oběhu, srdce a později i všech orgánů. Objemové šoky se často vyskytují při těžkých úrazech, kdy dochází k velké ztrátě krve. Míšní šok se v mnoha případech dostaví bezprostředně po poranění, při kterém došlo k přerušení míchy. Tento syndrom přetrvává zpravidla několik týdnů, minimálně 3 – 4 týdny a maximálně 6 – 8 týdnů. Spinální šok je charakterizován nepřítomností reflexů, poruchou termoregulace, poruchou vylučovací funkce ledvin, ztrátou svalového napětí ve střevě (atonie střeva), poruchou funkce tělesných žláz, posunem elektrolytické rovnováhy a zvýšením hladiny cukru v krvi. (Wendsche, 2009)

Během míšního šoku může docházet k úplnému oddělení sympatického systému od systému regulačního. Tento jev nastane v případě, kdy je poranění nad pátý hrudní míšní segment. U jedince se mohou objevit poruchy srdeční funkce či funkce plic. (Wendsche, 2009)

Mezi obdobím začátku a vymizením míšního šoku jsou důležité tři fáze, kterými se jedinec po poranění míchy projde. První fází je areflexie či hyporeflexie. V této fázi jsou míšní reflexy pod úrovní léze velmi slabé, někdy až vyhaslé. Objevuje se pseudochabá paréza či plegie kosterního svalstva. Tyto jevy odezní v průběhu prvního dne. Druhou fází je návrat míšních reflexů. V tomto období se začínají obnovovat nejprve kožní polysynaptické reflexy (např. bulbokavernózní, anální, kremasterový reflex). V této fázi stále nejsou přítomny reflexy šlachookosticové. Druhá fáze neboli obnova reflexů trvá zpravidla několik dnů. Ve fázi třetí se jedná o hyperreflexii. Zde se obnovují i šlachookosticové reflexy

v průběhu 4. – 30. dne od vzniku poranění. V této fázi je naprosto běžné, že motorické funkce se nebudou zlepšovat a budou stále na stejné úrovni. (Kříž, 2019)

V průběhu několika týdnů spinální šok pomalu odezní a dochází k postupnému zlepšení senzomotorické a autonomní funkce. Syndrom míšního šoku mizí postupně a každý den je stav pacienta o něco jiný, proto je velmi obtížné v několika prvních týdnech hodnotit závažnost míšního poranění. Po několika týdnech si začínáme všimnout polysynaptických kožních reflexů, jindy zas šlachookosticových reflexů a v některých případech i spasticity. Pokud se tyto jevy objeví můžeme předpokládat, že míšní šok již není přítomný. (Kříž, 2019)

## **2 JEDINEC PO PORANĚNÍ MÍCHY**

Při poranění páteře a míchy často vzniká trvalé postižení, díky kterému je toto onemocnění jedno z nejnáročnějších a nejtěžších. Závažnost onemocnění si vyžaduje v první řadě velkou pozornost lékařů, zdravotnického personálu, psychologů, sociálních pracovníků, ale také v pozdější fázi například úřadů. (Ambler, 2010)

### **2.1 Zdravotní komplikace při míšním poranění**

#### **2.1.1 Respirační systém**

S respiračními problémy se nejčastěji setkáváme u pacientů s poškozením míchy v krční a horní hrudní oblasti. U těchto jedinců se může stát, že díky respiračním komplikacím zemřou do jednoho roku od úrazu. Z krční a horní hrudní oblasti vychází několik nervů, které inervují svaly, které se podílejí na dechovém stereotypu. V těchto případech je v akutní a postakutní fázi onemocnění zaváděna tracheostomická kanyla. Pomocí této kanyly je odsán bronchiální sekret a jedinci se poté lépe dýchá. V některých případech je dechový stereotyp také nutné podpořit medikamenty, jedná se například o mukolytika či bronchodilatancia. Spinální pacienti s vysokou míšní lézí jsou nepřetržitě ohroženi vznikem respiračních komplikací, proto je důležité zahájit dechovou rehabilitaci. Fyzioterapeut provádí aktivní a pasivní techniky, díky kterým zlepšuje hygienu a dechové parametry. Při respiračních infektech se většinou využívá antibiotická terapie. (Faltýnková, Kříž, 2012)

#### **2.1.2 Kardiovaskulární systém**

Kardiovaskulárními problémy jsou opět více ohroženi jedinci s vyšší míšní lézí. Dochází k přerušení mezi spinálními sympatickými centry, což způsobuje poruchu sympatické kontroly. Objevuje se bradykardie, hypotenze nebo snížení vasomotorického tonu. U spinálních pacientů je velmi důležité zahájit vertikalizaci co nejdříve po poranění. U polohy vsedě či ve stoji se setkáváme s ortostatickou hypotenzí. Nejdříve je důležité vertikalizaci zahájit vsedě na lůžku, později po zvládnutí, přesouváme jedince na vozík. Postupně necháváme jedince se na vertikální polohu adaptovat. Ortostatická hypotenze přetrvává i několik týdnů.

U jedinců s poškozeným segmentem nad šestým hrudním obratlem se může rozvinout syndrom autonomní dysreflexie. Vzniká v důsledku nevyvážené reflexní sympatické aktivity a projevuje se rychlým zvýšením krevního tlaku.

Spinální pacienti jsou velmi ohroženi i hlubokou žilní trombózou. Je důležité podávat správné medikamenty. V dnešní době je jedna z nejčastějších příčin úmrtí jedinců po

poranění míchy v chronické fázi ischemická srdeční choroba. Příčinou je snížená fyzická aktivita jedince a léčba i prevence je stejná jako u zdravé populace.

(Faltýnková, Kříž, 2012)

### **2.1.3 Urogenitální systém**

Mezi další komplikace, které jsou spojené s míšní lézí, se týkají močového měchýře a jeho vyprazdňování. Neschopnost vyprazdňování močového měchýře je způsobena poruchou autonomního nervového systému. Proto ihned po vzniku poškození se zavádí permanentní močový katetr. Později se přechází na intermitentní katetrizaci. Jedná se o bezpečnější formu při dlouhodobém odvádění moči (tzv. derivace). Jedinec po poranění je vystavován většímu riziku vzniku uroinfekce. Pokud se objevují klinické příznaky infekce, je důležité co nejdříve nasadit antibiotickou léčbu. Neléčená uroinfekce se může rozvinout do těžkého až život ohrožujícího septického stavu.

Setkáváme se i s poruchami sexuálních funkcí. Větší problémy mají muži, ale i přesto mohou aktivně sexuálně žít. U žen dochází k obnově menstruačního cyklu do několika měsíců po poranění. I ženy jsou schopné sexuálního života. Jen po poranění, obě pohlaví prožívají pohlavní styk kvalitativně jinak.

(Faltýnková, Kříž, 2012)

### **2.1.4 Gastrointestinální systém**

Nejčastější komplikací u trávicího systému jsou vředy. Nejčastěji vznikají hned v akutním stádiu onemocnění. Rozdělují se na peptické a duodenální stresové vředy. Abychom předešli vzniku těchto vředů jsou preventivně podávány antagonisté H<sub>2</sub> receptorů. Další komplikací, která se vyskytuje u spinálních pacientů, je zácpa. Doporučuje se, jako vhodný způsob vyprazdňování stolice, metoda vysokých nálevů. Metodu je nutné opakovat jednou za dva dny. Alternativním řešením může být aplikace čípků. Abychom podpořili správnou funkci trávicího systému, je důležité dodržovat dostatečný pitný režim. (Faltýnková, Kříž, 2012)

### **2.1.5 Dekubity**

Vedle sekundárních onemocnění, mohou být pro člověka po poranění míchy, život ohrožující i dekubity. (Kříž, 2019)

Dekubit je lokalizován velmi často nad vystupující kostí a jedná se o poškození kůže či podkoží. Vznik dekubitů podporuje hned několik faktorů, například tlak nebo třecí síly. Celý průběh vzniku dekubitů podpoří buď nadměrná či nedostatečná vlhkost vzduchu. Často vznikají dekubity už ve zdravotnickém zařízení, ale rovněž mohou vzniknout v domácím prostředí. (Šeflová a kol., 2016)

Poranění míchy ovlivňuje do určité míry hybnost jedince na lůžku nebo na vozíku a díky tomu je jedinec vystavován velkému riziku vzniku dekubitů. Dále je také snížena citlivost a jedinec není schopen vnímat nepříznivý tlak na kůži. Vznik dekubitů je velmi rychlý, nekróza se může rozvinout už během 48 hodin. Hojení dekubitů je velmi časově náročné. Může trvat od jednoho měsíce až po více než rok. Velmi důležité je u spinálního pacienta polohování. Zdravotnický personál by měl měnit polohy u pacienta minimálně po 3 hodinách. Dobrá, ale ne dostačující prevence proti dekubitům je i vzduchová matrace. (Kříž, 2019)

**Tabulka 2 Klasifikace dekubitů**

<b>Stupeň</b>	<b>Obraz</b>	<b>Léčba</b>
I. Stupeň	Otok, zarudnutí	Odlehčení postižené oblasti, pokožku udržovat v suchu
II. Stupeň	Puchýře, hluboké oděrky	Nutné potlačit infekci, přiložit vhodné krytí
III. Stupeň	Rána krytá nekrózou, poškození všech vrstev kůže	Užíváme pěnové polyuretanové krytí, vlhké krytí, aplikujeme algináty, podporovat granulaci a epitelizaci
IV. Stupeň	Ztráta kůže v celé tloušťce, poškození svalů, šlach, kostí	Léčba stejná jako u stupně III.

Zdroj: Hilšerová, 2010

### **2.1.6 Spasticita**

Při spasticitě dochází ke zvýšení napínavých tonických reflexů a závisí také na rychlosti pasivního pohybu. Spasticitu ovlivňuje rychlost svalového napětí, čím rychleji dochází k napnutí svalu, tím více dominuje hypertonie antagonisty. Nejčastěji tento jev můžeme

pozorovat u neurologických onemocnění, jako je například DMO, CMP, míšní traumata, zánětlivá onemocnění mozku a míchy, a mnoho dalších. Při těchto neurologických postiženích, dochází k přerušení jednotlivých struktur CNS. Pro diagnostiku spasticity je v první řadě důležité jí správně odlišit od jiných jevů se zvýšeným svalovým napětím, jako je rigidita či svalový spasmus. (Kolář, 2015)

### Hlavní projevy spasticity (Kolář, 2015)

- Klonus
- Zvýšená výbavnost reflexů
- Porucha cílené motoriky, porucha koordinace pohybu
- Menší svalová síla
- Zmenšení amplitudy cílené motoriky

Příčina spasticity není zcela jasná a neexistuje jednotná teorie. Hodnotit spasticitu můžeme díky Ashworthově škále nebo její modifikaci. Ashworthova škála se skládá ze stupnice, která hodnotí odpor spastického svalu při pasivním pohybu. (Kolář, 2015)

**Tabulka 3 Škála hodnocení svalového hypertonu dle Ashwortha**

Stupeň	Projev
0	Žádný vzestup svalového tonu
1	Lehký vzestup svalového tonu, klade zvýšený odpor při FLX i EXT
2	Výraznější vzestup svalového tonu, avšak končetiny lze snadno flektovat
3	Podstatný vzestup svalového tonu, pasivní pohyb je obtížný
4	Končetiny jsou ztuhlé do FLX i EXT

Zdroj: Ehler, 2015



**Tabulka 4 Modifikovaná Asworthova škála**

<b>Stupeň</b>	<b>Projev</b>
0	Žádný vzestup svalového tonu
1	Lehký vzestup svalového tonu (minimální odpor ke konci pohybu)
1+	Lehký vzestup svalového tonu
2	Výraznější vzestup svalového tonu během celého rozsahu pohybu, pohyb je jasný
3	Výrazný vzestup svalového tonu, pohyb je obtížný
4	Postižená část je ztuhlá do FLX i EXT

Zdroj: Ehler, 2015

## **2.2 Rehabilitace**

Ve všech fázích onemocnění je velmi důležitý rehabilitační proces. Důležitý je multioborový tým, ve kterém mají své místo fyzioterapeuti, ergoterapeuti a rehabilitační lékaři. Rehabilitační pracovníci musí vždy plně respektovat rozhodnutí spondylochirurga a plně spolupracovat s ostatními odborníky. Všechny léčebné postupy mají svůj čas, proto je nutné dobře rozmyslet možnou zátěž páteře v určitém období. Také je důležité při rehabilitaci myslet na sekundární problémy jedince (respirační, kardiovaskulární, cévní, urologické, gastrointestinální). (Wendsche, 2009)

Rehabilitace probíhá v nejvyšší intenzitě v nemocničních zařízeních nebo později v rehabilitačních ústavech. Je velmi důležité, aby jedinec po propuštění z rehabilitačního centra si vytvořil ve spolupráci s odborníkem dlouhodobý individuální rehabilitační program. Rehabilitační plán je vhodné zaměřit na udržení co nejlepší fyzické kondice, na prevenci kontraktur, otoků a osteoporózy. Nejintenzivnější domácí rehabilitace by měla proběhnout do jednoho roku od úrazu, jelikož v tu dobu je nejvyšší předpoklad zlepšení hybnosti a citlivosti. (Kolář, 2009)

### **2.2.1 Fyzioterapie**

Při rehabilitačním procesu se práce fyzioterapeuta nejvíce soustředí na oblast pohybového ústrojí. Cílem je zachovat a posílit zbylou funkčnost svalů trupu a horních končetin. Fyzioterapie se také zabývá udržením stability v různých polohách za pomoci správné funkční opory o horní končetiny. Velkou složkou při terapii je i nácvik mobility na lůžku, ve vozíku a nácvik jednotlivých přesunů. Při nácviku vertikalizace se ve fyzioterapii používají různé metody včetně vertikalizačních stolů a stojanů. Mezi další metody, které se v rámci fyzioterapie využívají u spinálních pacientů, je například Vojtova reflexní terapie, bazální programy nebo koncept manželů Bobathových. Využívá se velká škála pomůcek, například míče, válce, labilní plochy, atd.. Je doporučováno zařadit do rehabilitačního plánu i cvičení ve vodě (tzv. aquaterapie). Celá léčba bývá doplněna magnetoterapií a nebo elektro-léčbou. (Faltýnková, Kříž, 2012)

### **2.2.2 Ergoterapie**

Cílem oboru ergoterapie je udržet zdraví a celkově duševní pohodu jedince pomocí smysluplné aktivity. Pracovat na zlepšení funkcí a schopností, které jsou pro jedince potřebné v každodenním životě. Je nutné udržovat u osob sociální role a napomáhat k plné socializaci. Důležité je vždy individuálně aplikovat terapii na jedince podle jeho zvolených cílů. Ergoterapie usiluje o plnou podporu jedince po fyzické stránce, ale také po stránce psychické. (Jelínková, Krivošíková a Šajtarová, 2009)

Často při rehabilitaci terapeuti používají ergoterapeutické testy. Testy ergoterapeutovi přináší mnoho pozitiv na rozdíl od běžného vyšetření. Výsledky z testů jsou kvantifikované. Další pozitivum, které přináší použití testů je jejich standartizovanost. To znamená, že jsou ergoterapeutické testy pro velkou skupinu zdravotních komplikací stejné. Všechny používané testy by měly být validní, výsledek je závislý na funkci, kterou testujeme. Existuje mnoho testů z různých oblastí, které při své práci ergoterapeut používá. (Votava, 2009)

### **Ergoterapie u míšní léze v akutním a postakutním stádiu**

Péče ergoterapeuta u spinálního pacienta začíná již na jednotkách intenzivní péče a na spinálních jednotkách. Následně terapie pokračuje v rehabilitačních centrech a poté jedinec dochází na ergoterapii ambulantně. (Kříž, 2019)

V akutním stádiu je velmi důležitá spolupráce ergoterapeuta s lékaři. Je nutné respektovat možnosti pacienta. Ergoterapie řeší obnovu poškozených funkcí na horních

končetinách, zejména u ruky tetraplegika. Terapie se také soustředí na mobilitu a soběstačnost na lůžku. (Klusoňová, 2011)

Dalším cílem ergoterapie je výběr vhodných kompenzačních pomůcek k dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince po poranění míchy. Je důležité klienta naučit správnému používání kompenzačních pomůcek. Mezi kompenzační pomůcky patří také mechanický manuální či elektrický vozík. Po výběru správného vozíku ergoterapeut s klientem nacvičuje správný sed na vozíku a také správnou ergonomii jízdy na vozíku. (Wendsche, 2009)

### **Nácvik denních činností**

Ergoterapeut v rámci své terapie se věnuje u jedince po poranění míchy nácviku běžných denních činností (Activities of Daily Living - ADL). Při nácviku ADL se více využívá individuální terapie, než terapie skupinová. Každý klient má jiné funkční schopnosti a jiné potřeby, proto je vhodné se věnovat těmto potřebám vždy individuálně. U jedince s tetraplegií bude potřeba vyšší časová náročnost na nácvik běžných denních činností, než u jedince s paraplegií. (Foy a kol. 2011)

Do této oblasti patří všechny osobní a intimní dovednosti jedince. V rámci ergoterapie při nácviku běžných denních činností je důležité bezpečné a podpůrné prostředí, díky kterému je maximalizována schopnost dosáhnout stanovených cílů. (Kříž, 2019)

Oblast, která spadá pod téma zvládnání sebeobsluhy, je oblékání. Tato schopnost velmi záleží na zachovalé funkci horních končetin a na celkové mobilitě na lůžku. Při nácviku oblékání dolní poloviny těla je důležité, aby jedinec měl co největší svalovou sílu v ramenním kloubu a v pažích, a aby byl schopný se na lůžku přetočit na bok. Nácvik oblékání horní poloviny těla probíhá nejčastěji v sedě a závisí na zachovalé funkčnosti horních končetin, jak bylo zmíněno již výše. (Klusoňová, 2011)

V rámci nácviku sebeobsluhy se trénuje i osobní hygiena. Při osobní hygieně se nacvičuje například čištění zubů, holení, mytí a česání. Nejčastěji se tyto aktivity nacvičují při modelových situacích. Hřeben nebo kartáček je možné vybavit rozšířeným úchopem pomocí pěnových návleků. Dalšími oblastmi běžných denních činností je sebesycení, koupání a vyprazdňování. (Kříž, 2019)

Při nácviku běžných denních činností je vhodné využívat kompenzační pomůcky. Například při nácviku osobní hygieny se využívají mechanické, elektrické nebo hydraulické

zvedáky do vany. Dále se využívají vanové či sprchové sedačky nebo nástavce na WC. Mezi pomůcky, které jsou hrazené z příspěvku na zvláštní pomůcku, patří úprava automobilu pro ruční ovládání, schodišťové plošiny nebo stropní zvedací systém. Pomůcky, které nejčastěji nebývají hrazené jsou sportovní vozíky nebo například Motomed. (Faltýnková, Kříž, 2012)

### **2.3 Sed na vozíku**

Klient od klienta se liší svojí jedinečností a každý je individualita sám o sobě. Lidé se od sebe liší jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické a každý z nich má úplně jiné schopnosti a dovednosti. U každého se také liší doba, kterou jedinec po poranění míchy potřebuje pro přijetí nové situace. Ke každému člověku musíme přistupovat s individuálním přístupem, jelikož každý má jiné potřeby a priority. Mechanický či elektrický vozík je nedílnou součástí kompenzačních pomůcek, které jedinec po poranění míchy bude potřebovat. (Vašíčková, 2015)

Je důležité, aby měl jedinec správně uzpůsobený vozík pro sed. Jedinec po poranění míchy v sedu pracuje, sportuje, koná běžné aktivity, a proto je nesmírně důležité, aby vozík byl správně vybrán a jedinec v něm správně seděl. Vozík by měl být nastaven na míru vozíčkáře a co nejvíce se přibližovat ideálu. (Kudláček, 2013)

Pokud spinální pacient bude ve vozíku zdravě sedět, se později projeví i na jeho kvalitě života. Jedinec je více soběstačný, zvládá lépe sebeobsahu a rychleji se zařazuje do společnosti. Je zde i větší perspektiva při uplatnění na trhu práce. (Vašíková, 2015)

Správné nastavení sedu u jedince po poranění míchy slouží jako prevence vzniku sekundárních deformit, jako je například vznik dekubitů. Pokud vozíčkář správně sedí ve svém vozíku, podporuje tak funkčnost celého pohybového aparátu a zajišťuje si správnou stabilitu hrudníku, která je nutná ke správné funkci dechového stereotypu. (Kudláček, 2013)

Při nevhodně nastaveném vozíku vzniká mnoho komplikací, které se projevují na držení a funkčnosti celého lidského těla. Často dochází k prohnutí páteře dozadu (tzv. kyfotizaci) nebo ke skolióze, kde může být páteř prohnutá ve tvaru písmene C nebo S. Jedince po poranění míchy, který nesprávně sedí ve svém vozíku mohou trápit bolesti v oblasti ramenních kloubů, krční páteře a bolesti hlavy. Například v oblasti ramenního kloubu dochází k bolestivosti svalů, chronickému syndromu bolestivého ramene, bursitidy a problémům rotátorové manžety. Porucha funkčnosti i struktury se často objevuje i v oblasti loketního kloubu a zápěstí. V zápěstí vzniká karpální tunel nebo přímo porucha skloubení zápěstních

kůstek. Všechny tyto komplikace ve velké míře ovlivňují soběstačnost a kvalitu života jedince. (Vašíčková, 2015)

### **2.3.1 Správná postura sedu**

O správné postuře můžeme mluvit tehdy, kdy jsou klouby centrované, to znamená, že jsou kloubní plochy v maximálním kontaktu. Páteř by měla být ve fyziologickém zakřivení, což je dvojité prohnutí. Při pohledu by měl být sedící jedinec na vozíku při pohledu ze strany vzpřímený a při pohledu zepředu symetrický. (Faltýnková, 2015)

Pánev je nastavena v neutrálním postavení. Dolní polovina těla by měla být v nastavení třikrát 90°. Prvních 90° je mezi trupem a stehny, druhých 90° je v flektovaném kolenním a hlezenním kloubu. Kyčelní klouby jsou ve středním postavení, což znamená, že jsou nastaveny mezi abdukci a addukci a mezi vnitřní a vnější rotací. (Kříž, 2019)

### **2.3.2 Vliv postavení pánve na posturu sedu**

Pozice pánve ovlivňuje postavení a držení celé postury. Pokud jedinec sedí ve vozíku a jeho pánev je v patologickém postavení, následně vzniklé poruchy se odrážejí do celého těla. Dochází nejčastěji k svalovým dysbalancím a posturální nestabilitě, kdy vzniká retroverze, anteverze, sešikmení, rotace či torze pánve. Je velmi důležité tyto problémy včas řešit, jinak by mohlo docházet k funkčním změnám a později k fixovaným strukturálním změnám. U vozíčkářů je důležité se zaměřit na vznik častých komplikací, jako jsou deformity, bolesti, útlak periferních nervů či dekubity. (Kříž, 2019)

## **2.4 Sociální rehabilitace**

S tímto druhem terapie se jedinec po poškození míchy setkává už v průběhu hospitalizace v nemocnici a intenzivněji při pobytu v rehabilitačním centru. Cílem sociální rehabilitace je připravit jedince po poranění na život s handicapem ve společnosti svých blízkých, ale také na společnost úplně cizích lidí. Důležitým krokem je spolupráce s rodinou, která by měla dát jedinci pocit zázemí a opory. Dále během sociální rehabilitace se řeší otázka domácího prostředí a zaměstnání. V rehabilitačních centrech se začínají hledat možnosti jak zvládnout pobyt doma a jestli budou potřeba nějaké úpravy. Podobné možnosti se řeší při zaměstnání, jestli jedinec bude schopný docházet do stejné práce jako před úrazem, nebo bude potřeba najít jiné pracovní místo. Spinální pacient by se měl postupně socializovat i pomocí různých volnočasových aktivit, se kterými pomáhají různé neziskové organizace, například Centrum Paraple. (Kolář, 2015)

## **2.5 Psychická stránka po poranění míchy**

Zranění jako je poranění míchy, může potkat úplně každého. Z větší části je skupina poraněných tvořena mladými lidmi, s převahou mužského pohlaví. Odborníci tvrdí, že existuje určitá provázanost mezi psychickou stránkou člověka po poranění a tím jakou měli povahu dříve. Bylo zjištěno, že lépe po psychické stránce na tom byli ti jedinci, kteří před úrazem byli více optimističtí se smyslem pro humor, více soběstační a lépe přemýšlející dopředu. Tyto všechny aspekty hrají velkou roli při přizpůsobení se na poranění. (Dezarnaulds, 2014)

Lépe přijímají své poranění mladší lidé, bez ohledu na délku trvání. Bývají často mnohem otevřenější a flexibilnější novým směrům a zkušenostem. Mladí lidé se často lépe přizpůsobují nové situaci, která vznikla po poranění. U starších jedinců se častěji vyskytuje deprese než u lidí mladších. (Dezarnaulds, 2014)

Po poranění stresové reakce mohou vyvolat změny nálad, změny osobnosti, změny v chování, deprese, úzkost, únavu nebo kognitivní poruchu. Až 50% jedinců po poranění míchy se setkává s nějakým psychickým problémem. Změny kognitivních funkcí způsobují poruchy paměti, potíže v zvládnání běžných úkolů či poruchy koncentrace. Všechny tyto problémy do jisté míry ovlivňují a snižují kvalitu života jedince. Pokud nejsou tyto problémy řešeny a léčeny, mohou zacházet až do extrémů. Je velmi důležité, aby lidé po poranění míchy dostali potřebnou psychickou léčbu a podporu. Terapie by se měla zaměřit na zvládnutí adaptace na poranění. Jedinec musí lépe pochopit své zranění a jeho následky. (Dezarnaulds, 2014)

### **Hodnocení psychosociálních funkcí ergoterapeutem**

Psychosociální funkce se skládají z oblastí, jak sám název napovídá, z psychické a sociální stránky jedince. Každá oblast je jiná, ale přesto spolu neuvěřitelně souvisí. Psychické funkce odrážejí pouze samotného člověka, ale sociální funkce k tomu ještě závisí na sociálním okolí jedince. Hodnotit tyto stránky člověka je pro ergoterapeuta mnohem náročnější než hodnocení například kognitivní stránky. Pro hodnocení je důležité, aby si ergoterapeut vypěstoval velmi kladný vztah s jedinci a vytvořil s ním terapeutický vztah. To vyžaduje určité schopnosti, aby k vám pacient byl naprosto otevřený a svěřil se ergoterapeutovi se svými problémy. (Krivošíková, 2011)

## 2.6 Kvalita života po poranění míchy

Označení kvalita života je velmi proměnné a hypotetické. Jedná se o souhrn pozitivních a negativních aspektů v našem životě. Kvalita života a její hodnocení závisí na porovnávání s životem ostatních, nebo s žádoucí úrovní. Celková kvalita života je ovlivněna všemi životními oblastmi. (Gurková, 2011)

V dnešním 21. století je velkou prioritou neustále zvyšovat kvalitu života. Zdraví se považuje za nejvyšší hodnotu v našem životě. U osob s poraněním míchy se setkáváme se snížením vnímáním jejich kvality života, díky snížení jejich fyzického, psychického a sociálního stavu. Často postižení omezuje svobodu života, a tím i jeho kvalitu. Handicap zasáhne do života obrovským způsobem. Je nutné přehodnotit většinu plánů a dát se jinou cestou. Život se pro mnoho lidí v této fázi stává méně kvalitním. (Ležovič a kol., 2013)

V každém zdravotnickém zařízení by se měl klást velký důraz na podporu jedinců při tvoření jejich nových podmínek pro zlepšení kvality života. Ve spolupráci s rodinou, blízkými přáteli by se mělo pracovat na stanovení nových cílů a plánů. S větší soběstačností klient získává pocit zvýšené kvality jeho života. Z výzkumů často vyplývá, že více se svojí kvalitou života jsou spokojeni mladší lidé na vozíku. Jejich spokojenost závisí na délce uplynulého času od úrazu. (Ležovič a kol., 2013)

## 2.7 Vliv volnočasových aktivit

Hwang ve svém výzkumu tvrdí, že volnočasové aktivity pozitivně podporují fyzickou stránku jedince a snižují možný vznik sekundárních komplikací. Také je potvrzeno, že pohybové aktivity pomáhají osobám s handicapem se cítit fyzicky i duševně mnohem lépe. Volnočasové aktivity napomáhají také jedinci se začlenit do skupiny a zažít pocit osobního růstu. (Hwang a kol., 2016)

Důležité je při vykonávání aktivit myslet na prevenci případných problémů. Je důležité brát zodpovědně přípravu na danou aktivitu, zvážit veškeré možnosti. Popřípadě si zajistit osobní asistenci a vhodné pomůcky. (Kříž, 2019)

V České republice existuje mnoho organizací, které podporují vozíčkáře ve vykonávání pohybových aktivit. Pořádá se mnoho kurzů, které jsou často pořádané ve větších městech a může se jich účastnit úplně každý. Po celé republice je také možnost se stát součástí sportovního oddílu s nabídkou různých sportů či sportovních her. (Kříž, 2019)

### 3 DANCE TERAPIE – TANEČNÍ TERAPIE

American Dance Therapy Association (dále ADTA) definuje taneční terapii jako „*psychoterapeutické užití pohybu k podpoře emoční, sociální, kognitivní a fyzické integraci jedince.*“ (Welling - ADTA, 2020)

Pod pojmem tanec si můžeme představit veškeré vyjádření člověka, které je prezentováno neverbálním způsobem. Mezi tyto způsoby lze zahrnout všechny pohybové činnosti, které vyjadřují emoční stránku jedince v danou chvíli. Každý člověk vnímá určité prožitky jinak, proto i jeho neverbální vyjádření bude vždy jedinečné a autentické. (TANTER, 2020, A)

V taneční terapii je důležité lidské tělo, ale zároveň i mysl. Taneční pohyby odrážejí osobitost každého jedince a propojují tělo s myslí člověka. Tanec zároveň podporuje fyzickou, emocionální, kognitivní i sociální stránku jednotlivce. (Dosedlová, 2012)

Taneční terapie je řazena pod psychoterapii, která se musí řídit určenými pravidly. Jde o ovlivnění jedince po duševní stránce, které je však plánované a jasně cílené. Díky tanečnímu pohybu, jedinec dokáže změnit své chování, myšlení a celkový pohled na život. Také mu pomáhá v sebezpřijetí a sebeuvědomění. Lepší výsledky má terapie na jedince, u skupinové terapie změny nemusí být tolik pozorovány. (Dosedlová, 2012)

Jedna z nejdůležitějších složek taneční terapie je vztah mezi klientem a terapeutem. Tento vztah je budován pouze pomocí pohybu. Jde zde o sehranost a vzájemné působení mezi terapeutem a klientem. Jiné psychoterapie jsou založeny na verbální komunikaci, taneční terapie je založena na neverbální komunikaci, proto je tato terapie vhodná i pro lidi, kteří nemají schopnost verbálního vyjadřování. (Čížková, 2005)

#### 3.1 Vznik a vývoj

První známky o využití taneční terapie jsou známy z doby po druhé světové válce. Terapeuti zde propojovali moderní umění tance a psychoterapii. Mnoho tehdejších tanečních terapeutů nemělo patřičné vzdělání. Často šlo o spolupráci tanečních mistrů s psychiatry, kteří techniku taneční terapie využívali u pacientů na psychiatrickém oddělení, kteří odmítali verbální terapie. (Čížková, 2005)

Na počátku 20. století došlo k rozvoji moderního tance, který vznikl ze základu baletu. Šlo především o prožitek a autentické prožívání pohybu. (Čížková, 2005)



V USA došlo k rozšíření taneční terapie ve 40. letech 20. století. Jednalo se o proud, který se opírá o poznatky ve směru psychoanalýzy, podporuje u člověka svobodné vyjadřování či osvobození těla. V Americké taneční terapii působilo několik terapeutů, kteří se v dřívějších letech věnovali tanci na profesionální úrovni a sami zaznamenali účinek tance na svém vlastním duševním zdraví a chtěli tuto zkušenost šířit dále. Přínos taneční terapie jako první začala využívat Franziska Boasová, která také byla první jmenovanou taneční terapeutkou. Boasová pracovala od roku 1941 v New Yorkské nemocnici Bellevue, kde pracovala s psychotickými dětmi. Další terapeutkou byla Marian Chaceová, která je považována za zakladatelku směru taneční terapie. Ta pracovala od roku 1942 v nemocnici Sainte Elisabeth, kde pracovala s dětmi s duševní poruchou. Mezi známější terapeuty patří také Trudi Schoopová, která používala taneční terapii u pacientů s schizofrenií, kdy se snažila zaměřovat na pojetí jejich vlastního těla. (Dosedlová, 2012)

Z Ameriky se směr psychoterapie rozšířil do Evropy a to především do Velké Británie. Došlo ke spojení amerických a britských odborníků, kterým se za spolupráce podařilo vybudovat Labanovo centrum v Londýně. V dnešní době toto centrum slouží ke vzdělávání terapeutů a k pořádání workshopů. Labanovo středisko spolupracuje se třemi univerzitami, v Labanově centru v Londýně, na hertfordshirské fakultě umění a designu v Saint Albans a na univerzitě Roehampton. V Londýně v roce 1982 byla založena Association for Dance Movement Therapy. (Dosedlová, 2012)

Francouzský směr taneční terapie se značně liší od amerického či britského proudu. Většina francouzských terapeutů získala své vzdělání v Americe, i přesto se vedení terapie liší. Ve Francii terapie vychází především z klasického tance (baletu) a je zde používán směr primitivní exprese. V roce 1977 France Schott – Billmannová právě shrnula základy pro primitivní exprese, a tak se tento proud stal nejsilnější ve Francii. France Schott – Billmannová se stala prezidentkou francouzské společnosti pro psychoterapii tancem, která vznikla roku 1984. (Čížková, 2005)

Komunikace a výměna zkušeností mezi jednotlivými terapeuty z různých zemí vedla k vytvoření jednotné Evropské asociace taneční terapie v roce 1993. Po založení bylo součástí šest národních asociací ze čtyř evropských zemí – Belgie, Itálie, Francie a Řecka. Vznikl časopis s názvem *Danse Thérapie*, ve kterém se objevují příspěvky ve francouzštině či angličtině. (Dosedlová, 2012)

Terapie se v Evropě dále rozvíjela. V roce 2010 v Mnichově vznikla Evropská asociace taneční a pohybové terapie (European Association Dance Movement Therapy – EADMT). Cílem této asociace je sjednocovat profesní standardy a odbornou praxi pro taneční terapeutky po celé Evropě. V době vzniku bylo Německo, Řecko, Maďarsko, Itálie, Nizozemí, Polsko, Rusko, Španělsko a Velká Británie prohlášeno za plně profesní členy. Česká republika, Dánsko, Litva byly vyhlášeny na základní úrovni a Švýcarsko a Ukrajina byly přidružené země. (Dosedlová, 2012)

V průběhu roku 2002 dorazila taneční terapie i do České republiky, kdy byla založena Česká tanečně – pohybová terapie. Existují kurzy, které se zaměřují na školení týkající se bioenergetiky a primitivní exprese. Tato terapie se u nás stále vyvíjí. (Čížková, 2005)

### **3.2 Cíle a uplatnění**

Tanečně – pohybová terapie ovlivňuje psychosociální potřeby jedince. Pomocí terapie se klient lépe emočně i fyzicky integruje do společnosti, lépe ovládá své impulsivní chování. Cílem terapie je zlepšení pohybového stereotypu, uvědomění si svého těla a jeho hranic. Změny nastávají v oblasti sebepoznání, duševním zdraví i chování. (Čížková, 2005)

Uplatnění je veliké, taneční terapii lze aplikovat v různých oblastech a při různých diagnózách. Nejčastěji se tento proud terapie využívá při práci s psychotickými pacienty. Neexistuje zde omezení, člověk nemusí mít nadání pro rytmus a taneční pohyb. Celkově je terapie vhodná pro všechny, kteří se nechtějí vyjadřovat verbálně, ale pouze tělesným pohybem. (Čížková, 2005)

### **3.3 Zahraniční a české taneční asociace**

#### **3.3.1 American Dance Therapy Association – ADTA**

Historie ADTA sahá až do roku 1966, kdy byla asociace založena. Hlavním cílem nově vzniklé organizace bylo zviditelnění a podpora vznikající nové profese tanečně - pohybové terapie. ADTA je v celé Americe jediná asociace, která se věnuje tanečně – pohybové terapii na profesní úrovni. (ADTA, 2020, A)

Cílem ADTA bylo a stále je zavést, udržovat a podporovat nejvyšší profesní standardy tanečně – pohybové terapie. Dále se snaží co nejlépe vzdělávat své taneční terapeutky, podporovat jejich odborné vzdělání a zajistit jim odbornou přípravu a tu nejlepší praxi. (ADTA, 2020, A)

### **3.3.2 European Association Dance - Movement Therapy – EADMT**

Evropská tanečně – pohybová asociace zaštituje a zastupuje všechny národní profesní asociace v Evropě. Stejně jako americká asociace, tak i ta evropská se snaží o posouzení kvality a odbornosti praxí, snaží se o rozvoj terapie a podporuje spolupráci a respekt mezi členy, ale také mezi asociacemi samotnými. Jedním z velkých cílů asociace je ve všech zemích právně uznat profese tanečního terapeuta. (EADMT, 2020)

První konference o evropské taneční terapii se konala roku 1994 v Berlíně. Právě zde se zrodila myšlenka vytvořit jednotnou evropskou asociaci. V roce 1995 v Rotterdamu, Annelies Schrijnen van Gastel, vedla školení nových terapeutů a zajímala se o samotný profesní rozvoj a komplexní rozvoj asociace. Později se setkali předsedové jednotlivých národních tanečních organizací a usnesli se na vytvoření jednotné evropské asociace, která bude ctít etiku, profesní standardy a vzdělávací programy shodně po celé Evropě. V září 2007 v Tallinnu v Estonsku na 10. shromáždění zasedalo 24 účastníků zastupující 13 zemí, mezi kterými se poprvé objevila i Česká republika. (Best, Scarth, 2020)

V celé Evropě existuje stále velká rozmanitost. V některých zemích jsou na univerzitách zavedeny školení a výuka nových tanečních terapeutů, v jiných zemích je tato profese vládně uznána a v dalších zemích jsou teprve na začátku, vše ohledně taneční terapie se tu teprve rozvíjí a dostává do podvědomí. Platí zde pravidlo, že „mladší“ organizace se učí od té „starší“. (Best, Scarth, 2020)

### **3.3.3 Association for Dance Movement Psychotherapy UK – ADMP UK**

ADMP je profesní organizace, která byla založena v roce 1982 ve Velké Británii. Jde o psychoterapii pomocí tanečních pohybů. Je to relaxační proces, kdy se terapeut a klient se zapojují do empatického tvůrčího procesu pomocí pohybů, což napomáhá zlepšit emoční, kognitivní, fyzické a sociální stránky jedince. Terapie se provádí jak individuálně, tak i skupinově. (ADMP, 2020)

Cílem asociace je podpora rozvoje psychoterapie ve Velké Británii. Pomáhá komunikaci mezi tanečními psychoterapeuty na území Velké Británie, ale i v zahraničí. Dohlíží na profesní kodexy a dodržování profesních standardů. ADMP spolupracuje s dalšími Arts psychoterapiemi a psychoterapeutickými organizacemi ve Velké Británii a snaží se o navázání a rozvoj kontaktu s organizacemi v zahraničí. ADMP je členem Evropské asociace pro tanečně – pohybovou terapii. (ADMP, 2020)

### **3.3.4 Tanter – Asociace tanečně pohybové terapie ČR**

Historie české neziskové organizace Tanter sahá až k roku 2002. Asociace byla založena prvními tanečně pohybovými terapeuty, kteří byli absolventi výcviku pod ADTA roku 1997 – 1999. Od roku 2007 je Tanter členem Evropské asociace. (TANTER, 2020, B)

Tanter se snaží podporovat odbornou úroveň tanečně – pohybové terapie v Čechách a také profesionalitu terapeutů. Mezi cíle asociace patří spolupráce s odlišnými organizacemi s podobnou náplní a komunikace i se zahraničními asociacemi. Důležité je vzdělávat a zajistit odborný růst terapeutům pomocí různých seminářů, konferencí, atd. Organizace usiluje o legislativním ukotvením oboru zákonodárnými orgány ČR, uznání tanečně – pohybové terapie jako profese. Dále se snaží seznamovat odborníky i laickou veřejnost o taneční terapii, a tak zvýšit mezi lidmi povědomí o oboru, který je možné aplikovat různými směry. V ČR terapie působí v sociálních službách, zdravotnictví, výchově a vzdělávání. (TANTER, 2020, A)

V České republice je pod organizací Tanter registrováno 10 terapeutů a supervizorů. Působíště těchto terapeutů je Praha nebo Brno. Mezi uznávané terapeuty patří např. Vávrová M., Šustrová O., Hledíková H., Křištofová I.. (TANTER, 2020, C)

### **3.3.5 Sportovní klub vozíčkářů – tanec**

Sportovní klub vozíčkářů (dále SKV) vznikl s cílem podpořit a vést tělesně handikepované lidi ke sportu a pohybu. Je velmi důležité se sportovní činností nepřestat a i s handicapem se stále hýbat a sportovat. Sdružuje zájemce o sport, ale i spojence, kteří pomáhají. Klienti SKV mají obrovský výběr sportovních aktivit po celé České republice, ale i v zahraničí. Sdružují jedince sportující na různých úrovních od rekreační až po vrcholovou. (SKV Praha, 2020)

SKV pod vedením lektorky Marty Henrichové nabízí taneční hodiny. Martina po poranění míchy skončila na vozíku, ale i přesto se k tancování vrátila, a teď vede a tvoří choreografie pro svoji skupinu E – motion. Dále jsou pořádány v Plzni nebo v Centru Paraple taneční workshopy. Workshopy jsou k dispozici jednou za měsíc, a to v Praze ve čtvrtek a v Plzni většinou o víkendech. Kurzy nejsou nijak omezené a jsou přístupné komukoliv, kdo má chuť se hýbat a zkusit tak něco nového. (Henrichová, 2020)

## 4 DOTAZNÍK WHODAS 2.0

Světová zdravotnická organizace (dále WHO) ve spolupráci s ostatními organizacemi v USA vytvořila dotazník s názvem *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (dále WHODAS 2.0). Dotazník je založen na subjektivním vnímání disability jedince. Testování je co nejvíce přizpůsobeno k použití v klinické praxi. WHODAS 2.0 je nejčastěji využíván rehabilitačními pracovníky nebo pracovníky z oblasti sociální. Test vyhodnocuje míru kvality života jedince a jeho momentální potřeby. Terapeut na základě výsledků je schopný lehce sestavit následnou péči a rehabilitační plán. Díky výsledkům v dotazníku je snadné porovnávat pokroky pacienta a vidět efektivitu v nastavené terapii. (UZIS, 2020)

Dotazník je vytvořený tak, aby necítil na konkrétní onemocnění. Díky tomu je WHODAS 2.0 použitelný u velké škály diagnóz. Lze ho použít například u pohybových disabilit nebo také u psychiatrických diagnóz. (Üstün, 2010)

WHODAS 2.0 je velmi obsáhlý a zahrnuje 6 hlavních kategorií. Jedná se o kategorie porozumění a komunikace, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity (domácnost, práce/škola) a participace ve společnosti. I přesto, že je dotazník obsáhlý a zahrnuje mnoho otázek, je velmi rychlý na vyplnění a nezabere více než 20 minut. (UZIS, 2020)

Existuje několik různých verzí WHODAS 2.0, které se liší délkou. Rozdíl je tedy v počtu otázek. Plnou a nejpoužívanější verzí v klinické praxi je verze s 36 otázkami. Kratší verze obsahuje pouze otázek 12. (Üstün, 2010)

Každá dotazovaná položka má 5 odpovědí. Tato metoda umožňuje jednoduché bodování jednotlivých kategorií. Vždy se výběr odpovědí týká toho, jak moc velký problém jedinci dělá dotazovaná položka. Stupnice je od 0 (žádný problém), až po 4 (extrémní problém, nelze vykonat). Tato metoda umožňuje jednoduché bodování jednotlivých kategorií. (WHO, 2020, B)

### 4.1 Struktura dotazníku WHODAS 2.0

Jak už bylo psáno výše, dotazník je dostupný ve více variantách, které se liší svojí délkou. Konkrétně byly vyvinuty tři různé verze, s 36-ti položkami, s 12-ti položkami a pak s 12-ti + 24 položkami.

### **Dotazník s 36-ti položkami**

Ze všech tří verzí je nejdelší a nejdetailnější. Obsahuje všech 6 hlavních kategorií a terapeutovi umožňuje vyhodnotit celkové funkční skóre. Průměrná doba vyplnění je 20 minut. Plná verze je dostupná ve třech možnostech testování – pomocí rozhovoru, vyplnění pouze dotazovaným, vyplnění náhradníkem za dotazovaného.

### **Dotazník s 12-ti položkami**

Verze s 12-ti položkami je vhodná použít v momentě, kdy z časových důvodů není možné testovat za pomoci plné verze. U 81% testovaných bylo potvrzeno, že při použití dotazníku s 36-ti otázkami, ztráceli testování pozornost. Průměrná doba trvání zkrácené verze WHODAS 2.0 je 5 minut. Stejně jako u plné verze jsou také tři možnosti testování.

### **Dotazník s 12ti+24 položkami**

Jedná se o jednoduchou kombinaci dvou předchozích verzí dotazníku. V první řadě se použije 12 položek, které vyhodnotí problém ve funkční oblasti. Na základě pozitivních odpovědí na prvních 12 otázek, může být poté respondentovi položeno dalších 24 doplňujících otázek. Jedná se o jednoduchý a adaptivní test, kterým se snažíme vyhnout negativním odpovědím. Průměrná doba vyplnění je 20 minut. Verzi lze testovat pouze pomocí rozhovoru nebo počítačově-adaptivní metodou.

(Üstün, 2010)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 5 CÍLE A ÚKOLY

Cílem této práce je zjistit, jaký vliv má Taneční terapie na kvalitu života a sociální integraci jedince po poranění míchy. Pomocí výzkumných metod (SCIM test, dotazník WHODAS 2.0) a strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami s klienty budou potvrzeny či vyvráceny stanovené hypotézy.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

1. Načerpání teoretických znalostí v oblasti psychického zdraví jedince po poranění, kvalitě života a v neposlední řadě se seznámit s poznatky o taneční terapii.
2. Provést výběr sledovaného souboru jedinců po poranění míchy, kteří se věnují tanci na vozíku.
3. Uvědomit si a vybrat vhodné metody k testování pro potvrzení či vyvrácení svých hypotéz.
4. Sestavit strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami, provádět testování kvality života pomocí WHODAS 2.0 testu a testování soběstačnosti jedince pomocí Spinal Cord Independence Measure testu (test SCIM).

Tyto výsledky budou později uceleny, analyzovány a diskutovány v závěru práce a budou porovnány s mými hypotézami.

## **6 HYPOTÉZY**

1. Předpokládám, že použitím Dance terapie se maximalizuje kvalita života jedince po poranění míchy a zároveň se zlepší jeho sociální integrace.
2. Předpokládám, že navýšení fyzické stránky jedince a jeho soběstačnosti bude mít pozitivní dopad na duševní zdraví jedince.



## **7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU**

K vedení praktické části byli vybráni a sledováni jedinci po poranění míchy, kteří po svém poranění zůstali na vozíku a aktivně se delší dobu věnují tanci. Tři probandi byli získáni autorkou práce přes SKV Praha, kteří byli následně kontaktováni. Nejprve byli probandi seznámeni s průběhem vedení praktické části k bakalářské práci a se spoluprací plně souhlasili. Informovaný souhlas od všech probandů je uložen u autorky práce. Vzor informovaného souhlasu je uložen v přílohách.

K testování byli vybráni 3 probandi, každý z nich s jiným poškozeným segmentem míchy (dva tetraplegici, jeden paraplegik) a jinou příčinou poranění. Všichni probandi jsou v chronickém stádiu onemocnění a samostatně se pohybují pomocí manuálního mechanického vozíku. Po svém úrazu se všichni začali věnovat tanci na vozíku a stále v této aktivitě pokračují.

## 8 METODOLOGIE SBĚRU DAT

Metodika praktické práce byla prováděna pomocí výzkumných metod (SCIM test, dotazník WHODAS 2.0) a strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. První metodou sběru dat pro vytvoření praktické části bakalářské práce byl zvolen volný rozhovor s probandy. Díky volnému rozhovoru bylo možné od dotazovaných jedinců získat základní anamnestické údaje.

Následně bylo prováděno testování jedinců pomocí WHODAS 2.0 testu. Tento dotazník je více popsán v teoretické části bakalářské práce (viz. kapitola 4). V práci byly výsledky srovnávány retrospektivně a poukazovaly na kvalitu života jednotlivce před a po využití ta-neční terapie. Díky nedostatku českých překladů testu WHODAS 2.0, byla v práci použí-vána verze, která byla vytvořena překladem z anglického originálního testu autorkou práce (viz. příloha).

U probandů byl také vyhodnocen SCIM test pro zjištění a upřesnění samostatnosti je-dinců na vozíku. SCIM test byl vyplňován probandy opět dvakrát, retrospektivně a nyní. SCIM test byl použit z webové adresy: <https://www.spinalcord.cz/cz/formulare/>

Dále s probandy byl prováděn strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Borův-ková (2013) tvrdí, že rozhovor přináší hlubší pohled a komplexnější informace o problema-tice či o samotném probandovi. Rozhovor byl vytvořen autorkou práce (viz. příloha). Pro-bandí měli možnost se otevřít a sdělit své dosavadní zkušenosti a pocity. Pomocí odpovědí ze strukturovaného rozhovoru byl zkoumán vliv terapie na jedince po poranění.

Všechny zvolené metody ke sběru dat byly prováděny osobním setkáním nebo přes te-lefonické hovory s probandem.

## 9 VÝSLEDKY

### 9.1 Anamnestické údaje

#### 9.1.1 Anamnéza prvního probanda

- Žena, 25 let
- Diagnóza: kompletní míšní léze v oblasti L2, nízká paraplegie
- U klientky X v 17-ti letech došlo k poranění míchy při autonehodě
- Jiné zdravotní problémy: objevily se pouze komplikace spojené s poraněním míchy (Urogenitální problémy – nutná katetrizace)

#### Léčba

Klientka X byla hospitalizována nejprve v Thomayerově nemocnici na Dětské traumatologii, kde strávila cca 2 měsíce. Poté byla přesunuta na Spinální jednotku FN Motol, kde byla hospitalizována cca měsíc. Následně strávila 4 měsíce v rehabilitačním ústavu Kladruby, kam se po půl roce ještě na měsíc vrátila. Přibližně po roce a půl byla klientka X na rehabilitačním pobytu v Centru Paraple. Od vzniku poranění se do centra vrátila dvakrát.

#### Ergoterapie

Klientka X uvádí, že se s ergoterapií setkala v každém zdravotnickém zařízení kromě Thomayerovy nemocnice. V každém zařízení byla ergoterapie především zaměřena na soběstačnost a zvládání každodenních činností. Na spinální jednotce šlo zejména o zvládání osobní hygieny, přesuny do vany a cévkování. V Kladrubech se v rámci ergoterapie věnovali nácvičku oblékání a zvládání jízdy v terénu. Během rehabilitačního pobytu v Parapleti byla věnována pozornost nácvičku přípravy jídla a nácvičku jízdy v MHD. Jelikož klientka X měla po poranění míchy jemnou motoriku v pořádku, byl větší prostor se při ergoterapii věnovat nácvičku každodenních aktivit, které pro ni byly dříve samozřejmé. Ergoterapii klientka X hodnotí velmi pozitivně. Říká: „Ergoterapie mě naučila být soběstačná a zvládnout se sama o sebe postarat.“

#### Pracovní anamnéza

Před poraněním klientka X studovala druhým rokem na čtyřletém gymnáziu. Pracovní zkušenost neměla. Po nehodě dostudovala gymnázium a vedle školy pracovala pro

Sportovní klub vozíčkářů v Praze a pro Centrum Paraple. Pracovala jako administrativní pracovnice a spolupracovala na sportovně – kulturních projektech.

Nyní po delší době od nehody se snaží více pracovně zapojit. Nabídka je dost omezená, ale práce jako taková jí baví. Klientka X říká: „Práce mě baví a je pro mě potřebná, nejen z finančního hlediska, ale nejdůležitější je, že mohu být mezi lidmi.“ Momentálně studuje na vysoké škole a pracuje jako recepční v Centru pohybové medicíny.

### **Sociální anamnéza**

Před autonehodou bydlela v bytě u svých rodičů. Byt byl bezbariérový v prvním patře, takže se klientka po poranění mohla vrátit do bytu ke svým rodičům. Klientka X pár schodů vyjde a v bytě byly pouze přidělané madla, jiné úpravy v bytě neproběhly. Nyní bydlí sama v bytě. „Chtěla jsem se v tomhle směru osamostatnit“, říká klientka X.

### **Volnočasové aktivity**

Dříve klientka X aktivně tancovala, věnovala se baletu, ráda jezdila na kole, kolečkových bruslích, lyžovala, jezdila na běžkách. Obecně měla kladný vztah ke sportu. Hrála na flétnu a ráda se scházela se svými kamarády.

Nyní se ke sportu snaží vrátit, tancuje, nepravidelně se věnuje lyžování na monoski, jízdě na handbiku a rekreačně plave. Ráda čte, schází se s kamarády a moc ráda cestuje.

### **Návrat zpátky do režimu**

Klientka X tvrdí, že zpátky do režimu ji nejvíce pomohlo seznámení s lidmi, kteří jsou na tom stejně jako ona. Moc ráda se zapojila do různých organizací, kde ji seznámili se sporty, kterým by se mohla i po poranění věnovat. Obrovskou podporou jí byla rodina a její kamarádi, kteří jí se vším pomohli.

#### **9.1.2 Anamnéza druhého probanda**

- Muž, 46 let
- Diagnóza: inkompletní poranění míchy v oblasti C4, tetraplegie
- K poranění páteře a míchy došlo u klienta Z v jeho 32 letech při skoku do neznámé vody
- Jiné zdravotní problémy: objevily se pouze komplikace spojené s míšním poraněním (respirační problémy, urogenitální problémy,...), jiné komplikace klient Z neuvádí

## **Léčba**

Pan Z byl po poranění převezen do FN Motol v Praze. Na Spinální jednotce v Motole strávil celkem 3 měsíce. Následně poté byl přesunut do rehabilitačního ústavu v Kladrubech. Na rehabilitačním pobytu v Kladrubech byl klient Z cca 5 měsíců. Každý následující rok, pokud je mu umožněno, jezdí klient Z na rehabilitační pobyt do Paraplete v Praze. Tvrdí, že zde je rehabilitace nejlepší.

## **Ergoterapie**

S ergoterapií se klient Z setkal ve všech zdravotnických zařízeních, které navštívil. Na Spinální jednotce byla ergoterapie zaměřena na nácvik mobility a soběstačnosti na lůžku. Později se pozornost věnovala nácviku přesunů lůžko – vozík a ovládání vozíku. Klient Z říká: „Při rehabilitačním plánu se ergoterapeuti věnovali i horním končetinám (protahování, posilování).“ Při následné péči v Kladrubech i v Parapleti se v rámci ergoterapie klient Z zaměřoval na nácvik oblékání, osobní hygieny, zdokonalování v mobilitě a přesunech. „Také se věnovala pozornost jemné motorice, učil jsme se znovu například psát“, říká klient Z. Ergoterapeut spolupracoval s klientem Z i na výběru kompenzačních pomůcek, výběru vozíku, sedáku, nástavce na WC a na seznámení s pomůckami na katetrizaci. Říká: „Díky manipulaci s kompenzačními pomůckami jsem se stal více soběstačným.“ Celkově hodiny ergoterapie hodnotí velmi pozitivně.

## **Pracovní anamnéza**

Před úrazem klient Z pracoval jako OSVČ ve svém penzionu na horách. Těsně po poranění se vrátil ke své bývalé práci, kde pomáhal s administrativou.

Nyní pracuje v bazaru jako prodejce a provozní manažer. „Práce mě moc baví a naplňuje“, říká klient Z.

## **Sociální anamnéza**

Dříve klient Z bydlel se svojí přítelkyní v penzionu na horách, ve kterém pracoval. Po poranění se vrátil do svého rodného města, kde nyní bydlí v rodinném domě se svým otcem.

Dům nemusel procházet velkou rekonstrukcí, pouze nastaly drobné úpravy v podobě odstranění prahů, přidělení madel, atd. Větší úpravou prošla pouze koupelna, která je nyní plně bezbariérová.

### **Volnočasové aktivity**

Klient Z sám uvádí, že dříve neměl tolik volného času a nevěnoval se pravidelně žádnému koníčku, žádné pohybové aktivitě. „Měl jsem mnoho práce a na volnočasové zájmy jsem neměl tolik čas“, vypověděl klient Z. Občas v zimních měsících rád lyžoval.

Nyní se klient Z snaží svůj volný čas vyplnit lépe. „Stále jsem dost zaměstnaný, ale snažím se věnovat více času svým volnočasovým aktivitám“, říká klient Z. Věnuje se v letních měsících handbiku („lehokole“) a celoročně tancování.

### **Návrat zpátky do režimu**

Klientovi Z velkou podporu při návratu zpátky do plnohodnotného života přinesla jeho rodina. Také jeho kamarádi, kteří mu byli oporou a byli mu nablízku. Nový smysl života mu pomohli najít i pracovníci v Centru Paraple. Klient Z říká: „Získal jsem zde mnoho zkušeností a nových kontaktů, které byli pro mě velmi přínosné.“ V pozdějším období po poranění klientovi Z pomohl i pohyb, konkrétně tanec.

#### **9.1.3 Anamnéza třetího probanda**

- Žena, 33 let
- Diagnóza: kompletní poranění míchy v oblasti C4 – C6, tetraplegie
- U klientky Y došlo k poranění páteře a míchy v 26ti letech, kdy spadla z nacvičovaného akrobatického prvku ve dvojici
- Jiné zdravotní problémy: objevily se pouze komplikace spojené s míšním poraněním (respirační problémy, urogenitální problémy,...)

### **Léčba**

Po poranění byla klientka Y hospitalizována a ošetřována 14 dní na neurochirurgické JIP v Plzni. Poté byla převezena do FN Motol v Praze. Na Spinální jednotce ve FN Motol strávila 2,5 měsíce. Dohromady cca 3 měsíce byla klientka Y hospitalizována v nemocnicích. Následně poté byla převezena do rehabilitačního ústavu Kladruby, kde strávila 5 měsíců. Po pobytu v Kladrubech klientka Y zůstala měsíc doma a poté navštívila Centrum Paraple. V rehabilitačním Centru Paraple byla klientka Y následující tři týdny.

## **Ergoterapie**

Klientka Y se po poranění s ergoterapií setkala až na Spinální jednotce v Praze. Na neurochirurgickém oddělení v Plzni péče ergoterapeuta nebyla dostupná. V Praze na Spinální jednotce, se v rámci rehabilitace ergoterapeuti věnovali především pasivnímu protahování rukou, nácviku mobility na lůžku, nácviku přesunů na vozík a samotné jízdě na vozíku. V rehabilitačním ústavu Kladruby se ergoterapie více zaměřovala na přesuny, oblékání a lepší manipulaci s vozíkem. Jako nejlepší hodnotí klientka Y ergoterapii v Parapleti. „Zde jsem se nejvíce zdokonalila v přesunech vozík – postel a v přesunech vozík – auto“, říká.

## **Pracovní anamnéza**

Před poraněním klientka Y začala studovat PhDr., po poranění se ke studiu chvíli vrátila, ale bohužel tento titul nedostudovala, vzhledem ke komplikacím spojeným s handicapem.

Nyní klientka Y pobírá plat jako invalidní důchodce a ke zaměstnání se po poranění nevrátila. Klientka Y vede pouze taneční oddíl SKV Praha, což jak ona sama uvádí, není výdělečná činnost.

## **Sociální anamnéza**

Dříve bydlela klientka Y sama v bytě, ve kterém žije nyní. Její matka se k ní přestěhovala až po úrazu, do úrazu bydlely každá zvlášť.

Nyní bydlí klientka Y tedy společně s matkou v bytě, který se nachází v dvoupatrovém domě. V domě, ale muselo nastat několik změn. Upravily se vchodové dveře, aby byly plně automatické, přibyly dvě schodišťové plošiny a musely se v celém bytě odstranit prahy. Velkou úpravou prošla koupelna, ve které se musely rozšířit dveře a přibyl zde sprchový kout.

Klientka Y se po poranění nepřestěhovala do plně bezbariérového bydlení, což jak sama uvádí by bylo lepší, jelikož jí nynější bydlení ani okolí příliš nevyhovuje.

## **Volnočasové aktivity**

Dříve měla klientka Y mnoho volnočasových aktivit a mnoho zájmů. Bavil jí tanec, hudba, kultura, společenské akce, posezení s přáteli, četba, cestování, plavání a péče o své pejsky.

Nyní po poranění se klientka Y vrátila k většině zájmů, které provazovala před úrazem. Vrátila se k tancování, k hudbě, k četbě, atd. V létě moc ráda rekreačně jezdí na handbiku a rekreačně plave. Při cestování a dlouhých procházkách má určité limity, které handicap způsobil.

### **Návrat zpátky do režimu**

Klientka Y uvádí, že nejvíce ji pomohla podpora blízkých (rodiny a přátel). Velkou podporu také vnímala v usilovné rehabilitaci v Kladrubech a Centru Paraple. Klientka Y říká: „Zejména v Parapleti mi ukázali, že život s vozíkem nekončí a představili mi různé sportovní možnosti.“ V první chvíli ji pomohl i návrat ke studiu. „Zpočátku asi i touha se uzdravit a znovu chodit, která se bohužel později nenaplnila, ale každý z nás ve skrytu duše doufá v nějaký zázrak“, vypověděla.

## **9.2 Hodnotící testy**

Pro sledování a následné srovnání probandů byly použity dva rozdílné hodnotící testy, SCIM test a dotazník WHODAS 2.0. Testy jsou od sebe velmi odlišné, jelikož každý je zaměřený na testování jiné oblasti jedince. SCIM test hodnotí funkční schopnosti u jedinců po poranění míchy (Catz, 1997). Dotazník WHODAS 2.0 se více zaměřuje na psychosociální stránku a kvalitu života jedince (viz. teoretická část, kapitola 4). Oba použité testy a jejich výsledky pomohly potvrdit či vyvrátit stanovené hypotézy.

## **9.3 SCIM TEST**

SCIM test byl použit pro hodnocení funkčních schopností u jedince s poškozením míchy. Test byl u každého probanda prováděn dvakrát. Poprvé jsme získali výsledky retrospektivně, to znamená, co proband byl schopen provést těsně po poranění a co ne. Druhé vyhodnocení testu ukázalo současný stav probanda. Výsledky z testu byly srovnány a zaznamenány do tabulek a grafů.

### **9.3.1 SCIM test u prvního probanda**

Díky testování pomocí SCIM testu jsme mohli otestovat soběstačnost a fyzickou stránku prvního probanda a následně porovnat výsledky z dob těsně po poranění s výsledky nyní. U probanda bylo retrospektivní skóre vyhodnoceno jako nadprůměrné, mnoho oblastí z testu jedinec zvládal. Nadprůměrný výsledek byl jistě dán výškou léze. Jelikož u prvního probanda, byl poraněn míšní segment v oblasti L2, ztráta hybnosti se netýkala například horních končetin a tudíž nenastaly například respirační problémy.



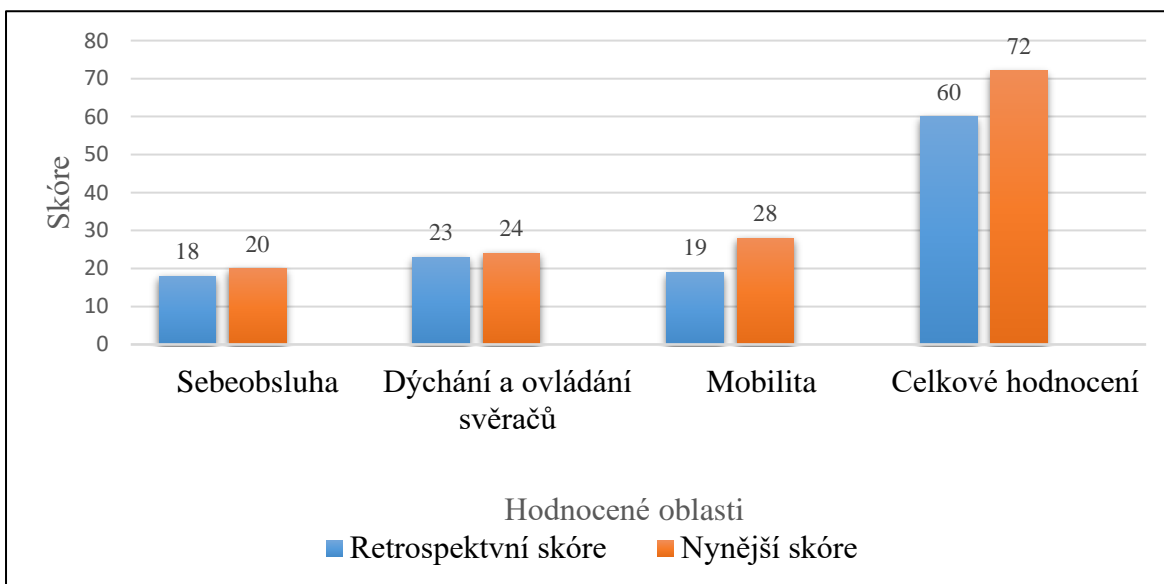
Viditelně největší zlepšení nastalo v oblasti mobility, kde se proband posunul o 9 bodů. Konkrétní oblasti kde došlo ke zlepšení je mobilita v interiéru, mobilita na středně dlouhou vzdálenost a schopnost překonat schody. Celkové zlepšení soběstačnosti a fyzické stránky je u prvního probanda o 12 bodů.

**Tabulka 5 Výsledky SCIM testu u prvního probanda**

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
Sebeobsluha (0-20)	18	20
Dýchání a ovládání svěračů (0-40)	23	24
Mobilita (0-40)	19	28
<b>Celkem (0-100)</b>	<b>60</b>	<b>72</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 1 Výsledky SCIM testu u prvního probanda**



Zdroj: vlastní

### 9.3.2 SCIM test u druhého probanda

Díky testování pomocí SCIM testu jsme mohli otestovat soběstačnost a fyzickou stránku druhé probanda a následně porovnat výsledky z dob těsně po poranění s výsledky nyní. Retrospektivní hodnocení bylo velmi nízké, druhý proband byl odkázán na pomoc druhých. Nynější skóre je nadprůměrné. Proband se zlepšil o několik bodů ve všech oblastech

soběstačnosti. U sebeobsluhy jde o zlepšení o 10 bodů, u dýchání a ovládání svěračů zlepšení o 32 bodů, u mobility došlo ke zlepšení o 16 bodů.

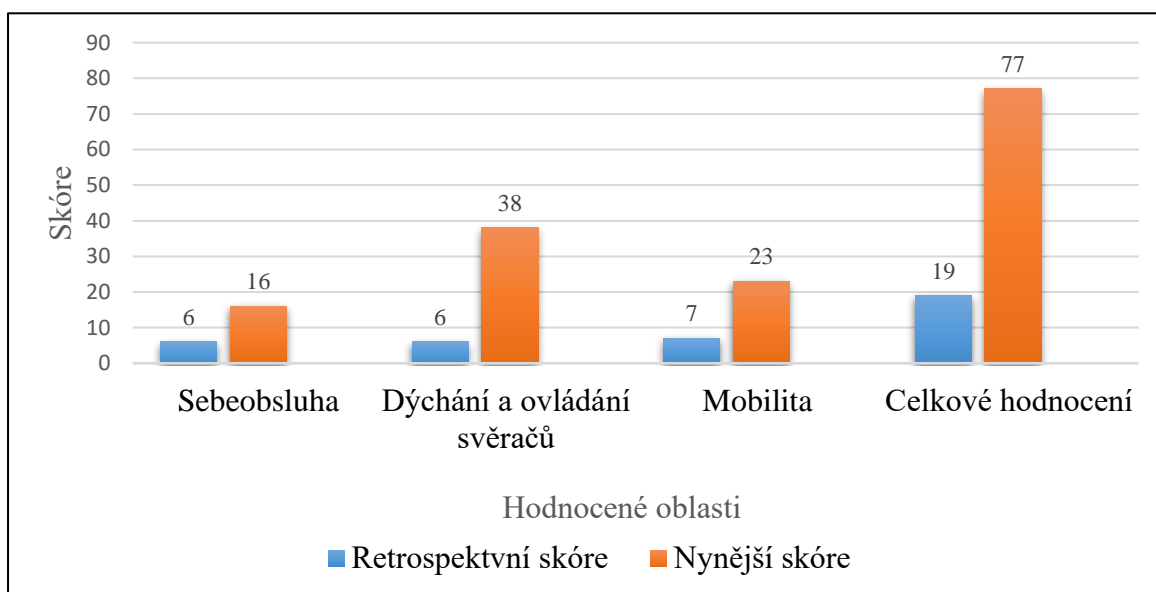
Největší viditelné zlepšení nastalo konkrétně v oblasti dýchání a ovládání svěračů. Těsně po úrazu měl druhý proband respirační problémy a musel být na plicní ventilaci. Nyní je bez jakýkoliv respiračních problémů. Velké zlepšení, také nastalo v oblasti mobility na lůžku, mobility v interiéru i v exteriéru. Celkové skóre druhého probanda se zlepšilo o 58 bodů. Rychlost a míra zlepšení je určitě ovlivněna inkompletní míšní lézi probanda. Díky správné rehabilitaci se druhý proband stal soběstačným ve většině každodenních činností.

**Tabulka 6 Výsledky SCIM testu u druhého probanda**

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
<b>Sebeobsluha (0-20)</b>	6	16
<b>Dýchání a ovládání svěračů (0-40)</b>	6	38
<b>Mobilita (0-40)</b>	7	23
<b>Celkem (0-100)</b>	<b>19</b>	<b>77</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 2 Výsledky SCIM testu u druhého probanda**



Zdroj: vlastní

### 9.3.3 SCIM test u třetího probanda

Díky testování pomocí SCIM testu jsme mohli otestovat soběstačnost a fyzickou stránku u třetího probanda a následně porovnat výsledky z dob těsně po poranění s výsledky nyní. U dotazovaného bylo retrospektivní vyšetření vyhodnoceno s velmi nízkým bodovým skóre. Ve všech oblastech byl proband do jisté míry odkázán na pomoc druhých. Při nynějším testování se třetí proband zlepšil ve dvou ze tří kategorií. V třetí oblasti byl výsledek totožný.

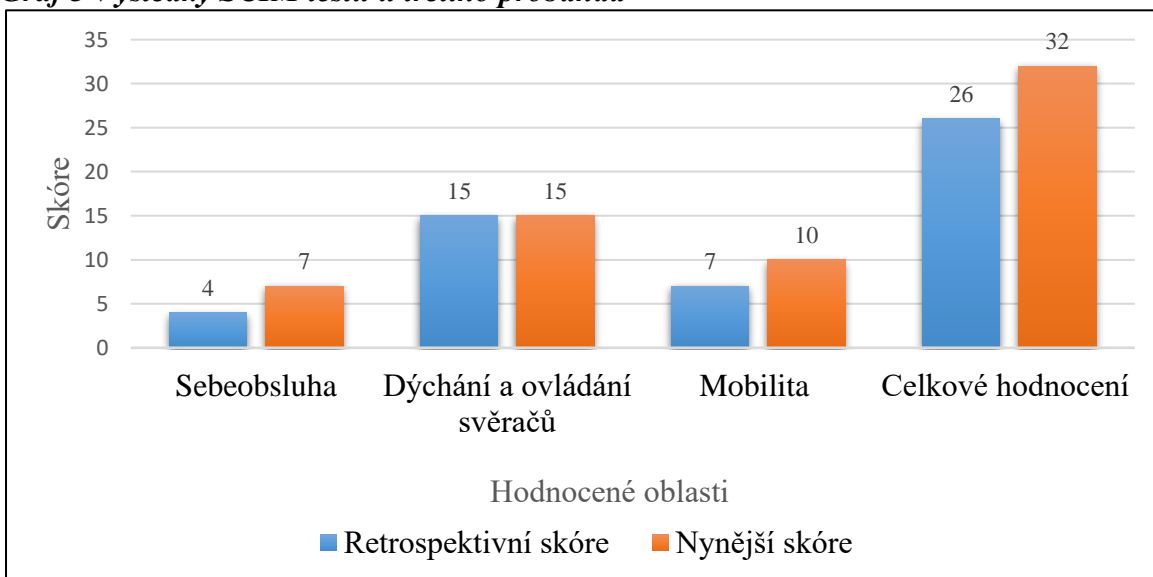
Zlepšení nastalo v oblasti sebeobsluhy, konkrétně ve zvládnutí stravování pouze s kompenzační pomůckou a osobní hygieně. Dále se zlepšila mobilita na lůžku a mobilita v exteriéru. Celkově došlo ke zlepšení o 6 bodů. I přesto, že je současné skóre vyšší, proband je stále v některých oblastech odkázán na asistenci. Míra soběstačnosti je i nyní snižena.

**Tabulka 7** Výsledky SCIM testu u třetího probanda

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
Sebeobsluha (0-20)	4	7
Dýchání a ovládání svěračů (0-40)	15	15
Mobilita (0-40)	7	10
<b>Celkem (0-100)</b>	<b>26</b>	<b>32</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 3** Výsledky SCIM testu u třetího probanda



Zdroj: vlastní

## 9.4 WHODAS 2.0

Dotazník kvality života WHODAS 2.0, byl zvolen k otestování psychosociální stránky a soběstačnosti jednotlivých probandů. Autor práce se inspiroval vydaným původním dotazníkem v anglickém jazyce a vytvořil svůj český překlad i s hodnocením. V testu je obsaženo 36 otázek, které jsou rozděleny do 6 kategorií. Testování probandi měli určit, jak velký problém jim dělá daná činnost a jakým způsobem je handicap omezuje v běžném životě. Na každou otázku byl výběr z pěti možných odpovědí. Škála odpovědí byla od žádného problému (skóre 1) až po extrémní problém (skóre 5). Celkové hodnocení se tedy pohybuje v rozmezí 1 – 180 bodů. Čím vyšší skóre, tím je kvalita života jedince omezenější.

Dotazník u všech probandů byl testován a vyhodnocován dvakrát. Poprvé byly zaznamenány odpovědi retrospektivně, před zkušeností s taneční terapií. Podruhé byly vyhodnoceny výsledky s využitím taneční terapie, hodnocení současného stavu jedince.

Pro potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz byla v dotazníku nejdůležitější testovaná oblast s názvem porozumění komunikaci, vycházení s lidmi a oblast socializace.

### 9.4.1 Dotazník WHODAS 2.0 u prvního probanda

Při retrospektivním testování u prvního probanda se ukázalo, že jeho kvalita života těsně po poranění míchy byla mírně podprůměrná. Největší problémy nastaly v oblasti pohybu a mobility a také v oblasti denních aktivit, jako je například péče o domácnost, škola či práce. Celkově z retrospektivního testování získal proband 78 bodů ze 180-ti.

Při následném testování došlo ke značnému zvýšení kvality života. Proband uvádí zlepšení ve všech šesti kategoriích. Největší zlepšení bylo vyhodnoceno v oblasti socializace. Mezi retrospektivním a současným testováním je viditelné zlepšení o 20 bodů.

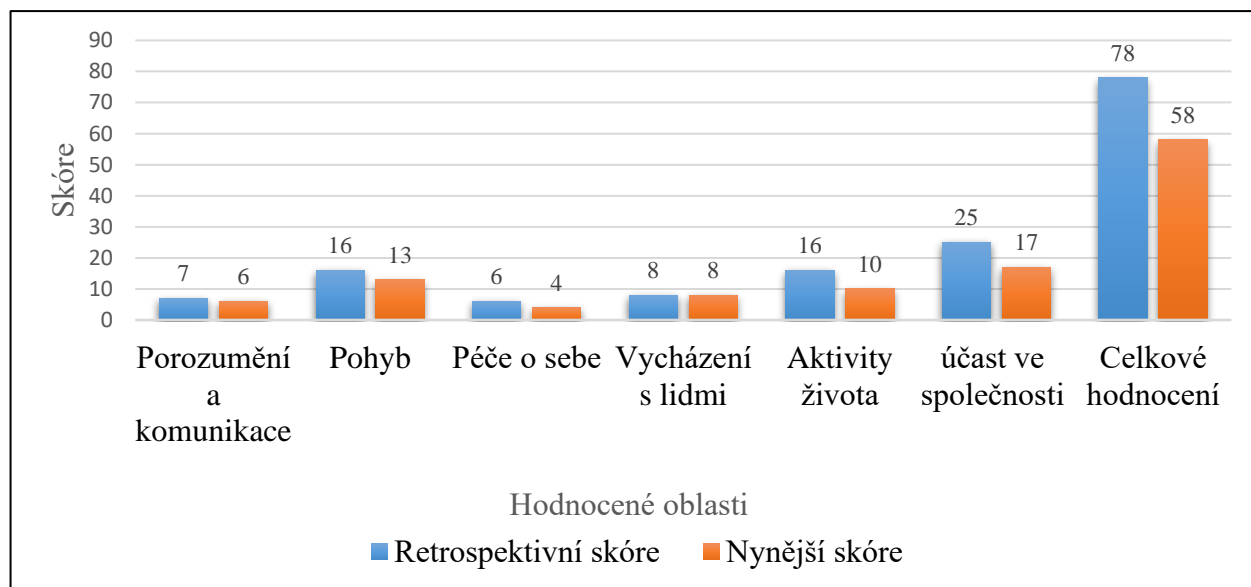
*Tabulka 8 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u prvního probanda*

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
<b>Porozumění a komunikace</b> – 6 podotázek	7	6
<b>Pohyb</b> – 5 podotázek	16	13
<b>Péče o sebe</b> – 4 podotázky	6	4

<b>Vycházení s lidmi – 5 podotázek</b>	8	8
<b>Aktivity života – 8 podotázek</b>	16	10
<b>Účast ve společnosti – 8 podotázek</b>	25	17
<b>Celkové hodnocení (1 -180)</b>	<b>78</b>	<b>58</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 4** Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u prvního probanda



Zdroj: vlastní

#### 9.4.2 Dotazník WHODAS 2.0 u druhého probanda

Retrospektivní testování u druhé probanda vyhodnotilo velmi sníženou kvalitu života. Ve všech kategoriích se vyskytovaly velké problémy se zvládnutím některých činností. Například u kategorie aktivity běžného života dělalo dotazovanému velké potíže se soustředit a starat se o svoji domácnost. Další problémovou oblastí byla pro druhého probanda socializace. Velmi těžko se zapojoval do kolektivu nových lidí a handicap byl velkou překážkou při relaxaci. Z retrospektivního testování dotazníku WHODAS 2.0 získal proband celkem 130 bodů ze 180-ti.

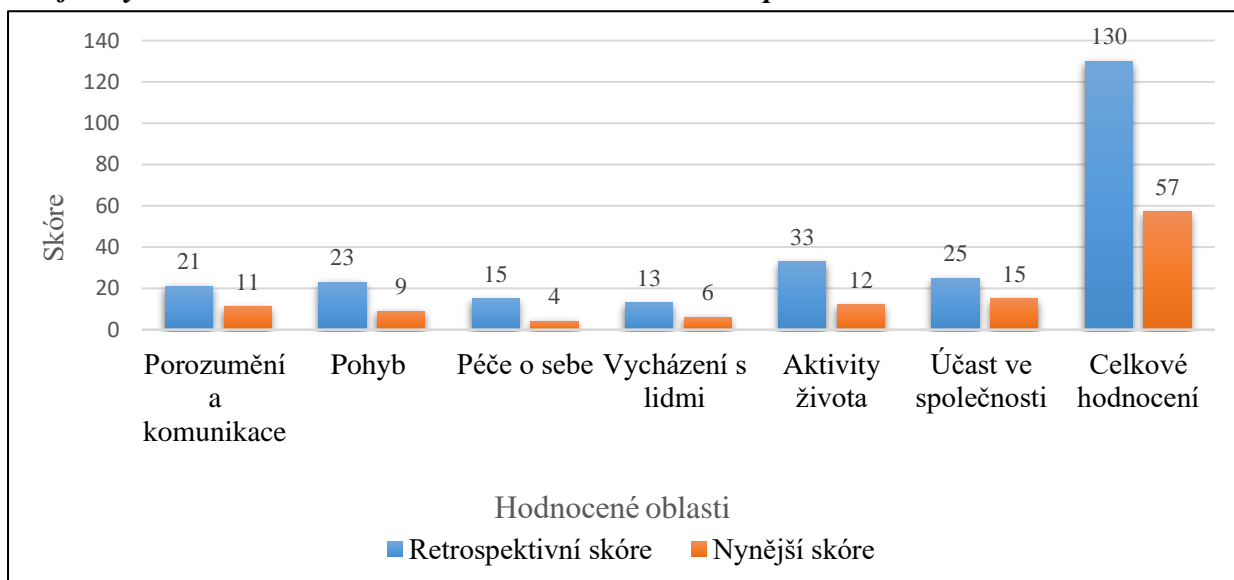
Při následném testování došlo k vyhodnocení vyšší úrovně kvality života. Jedinec se zlepšil ve všech testovaných kategoriích. Celkové zlepšení druhého probanda je o 73 bodů.

**Tabulka 9 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u druhého probanda**

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
<b>Porozumění a komunikace</b> – 6 podotázek	21	11
<b>Pohyb</b> – 5 podotázek	23	9
<b>Péče o sebe</b> – 4 podotázky	15	4
<b>Vycházení s lidmi</b> – 5 podotázek	13	6
<b>Aktivity života</b> – 8 podotázek	33	12
<b>Účast ve společnosti</b> – 8 podotázek	25	15
<b>Celkové hodnocení (1 -180)</b>	<b>130</b>	<b>57</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 5 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u druhého probanda**



Zdroj: vlastní

### 9.4.3 Dotazník WHODAS 2.0 u třetího probanda

Při retrospektivním testování u třetího probanda se ukázalo, že jeho kvalita života byla velmi snižena. Největší problémy byly vyhodnoceny u oblasti běžných denních činností a u účasti ve společnosti. Celkově z retrospektivního testování získal proband 110 bodů ze 180-ti.

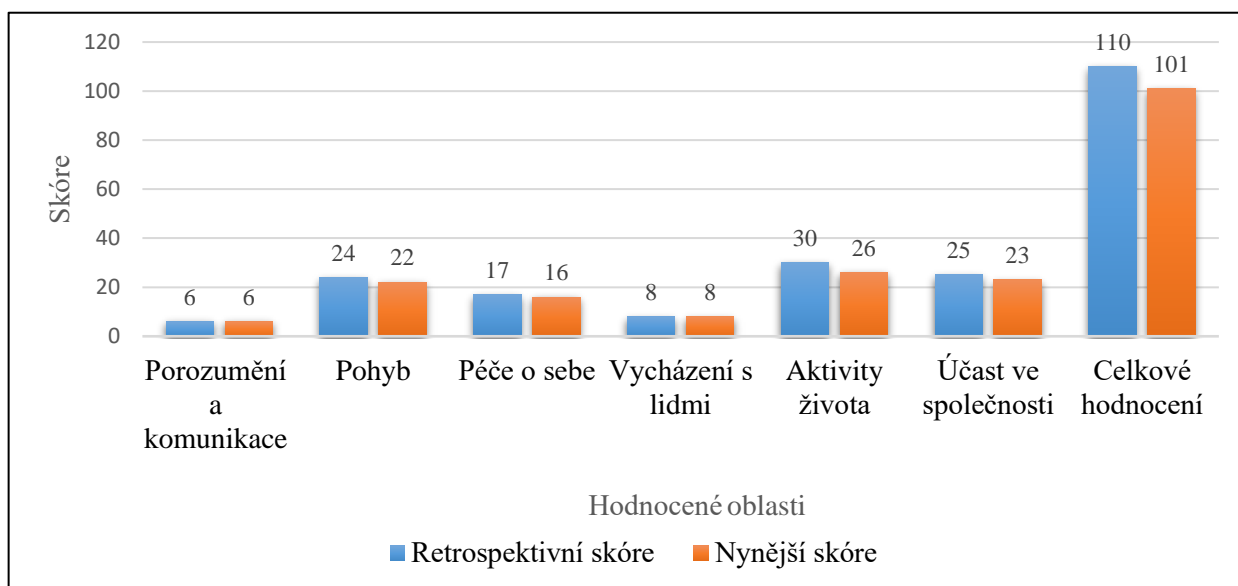
Při následném testování došlo k minimálnímu nárustu kvality života. Proband uvádí zlepšení ve čtyřech kategoriích ze šesti. Další dvě kategorie zůstaly hodnoceny stejně. Mírné zlepšení nastalo v socializaci a ve zvládnání běžných aktivit života, které se týkají převážně domácnosti a schopnosti pracovat. Celkový rozdíl výsledků z testování je zlepšení o 9 bodů. Dotazník WHODAS 2.0 vyhodnotil u třetího probanda i nyní sníženou úroveň kvality života.

**Tabulka 10 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u třetího probanda**

Oblast	Retrospektivní skóre	Nynější skóre
<b>Porozumění a komunikace</b> – 6 podotázek	6	6
<b>Pohyb</b> – 5 podotázek	24	22
<b>Péče o sebe</b> – 4 podotázky	17	16
<b>Vycházení s lidmi</b> – 5 podotázek	8	8
<b>Aktivity života</b> – 8 podotázek	30	26
<b>Účast ve společnosti</b> – 8 podotázek	25	23
<b>Celkové hodnocení (1 -180)</b>	<b>110</b>	<b>101</b>

Zdroj: vlastní

**Graf 6 Vyhodnocení dotazníku WHODAS 2.0 u třetího probanda**



Zdroj: vlastní

## 9.5 Shrnutí výsledků z hodnotících testů

*Tabulka 11 Shrnutí výsledků z SCIM testu*

Testovaní	Retrospektivní skóre	Nynější skóre	Zlepšení
Proband 1	60 bodů	72 bodů	o 12 bodů
Proband 2	19 bodů	77 bodů	o 58 bodů
Proband 3	26 bodů	32 bodů	o 6 bodů

Zdroj: vlastní

*Tabulka 12 Shrnutí výsledků z dotazníku WHODAS 2.0*

Testovaní	Retrospektivní skóre	Nynější skóre	Zlepšení
Proband 1	78 bodů	58 bodů	o 20 bodů
Proband 2	130 bodů	57 bodů	o 73 bodů
Proband 3	110 bodů	101 bodů	o 9 bodů

Zdroj: vlastní

## 9.6 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami

Strukturovaný rozhovor byl vytvořen autorem práce a nachází se v příloze bakalářské práce. Byly zvoleny takové otázky, které korespondují s danými hypotézami. Otázky v rozhovoru se týkají psychosociální stránky jedince a taneční terapie. Každý z probandů otevřeně odpovídal podle své zkušenosti a podle svého osobního názoru.

### 9.6.1 Rozhovor s prvním probandem

- 1) **Omezilo poranění vaši kvalitu života? Přestali jste se stýkat s blízkými, se svými kamarády? Museli jste přestat s vašimi volnočasovými aktivitami?**

*„Myslím si, že mám nadále dost kvalitní život a jsem ráda za život který mám. Ale určitě to ovlivnilo kvalitu mého života. Ovlivnilo mě to do takové míry, že život vnímám úplně jinak. Cítím, že můj život je omezený, co se týče aktivit. Určitě jsou aktivity, které jsem díky one-mocnění musela opustit. Je spousta činností, které bych ráda dělala, ale ve skutečnosti*



*nemohu. Tímhle směrem mi to mrzí, ale snažím se na to koukat ze strany, že mi to do života přineslo mnoho jiných možností. Vyzkoušela jsem nové věci, o kterých jsem předtím nevěděla. Našla jsem jiné způsoby, jak vykonávat aktivity, které mě předtím bavily. K některým aktivitám jsem se postupem času vrátila, i když v trochu poupravené formě. K volnočasovým činnostem jsem se bohužel nevrátila, což mě mrzí, ale spíše se snažím soustředit na aktivity, které jdou, než spíše na ty, které nejdou provádět na vozíku.“*

*„S rodinou a se svými blízkými nemám takovou zkušenost, že by poranění mě opustili. Setkala jsem s lidmi v rehabilitačních centrech, kteří o tomhle problému mluvili. Já jsem měla to štěstí a dostávala jsem velkou podporu od své rodiny a blízkých. Podpora od lidí byla pro mě velmi povzbuzující a dávala mi hodně sil. Nemohu říct, že díky poranění bych někoho ztratila. Naopak. Nemohu si v tomhle směru stěžovat.“*

**2) Setkávali jste se po poranění s depresemi, úzkostnými stavy, výkyvy osobnosti, prožívání smutku či zlosti?**

*„Hned po nehodě při pobytu v nemocnici jsem se s psychickými problémy nesetkala. Tedy v akutním stádiu onemocnění jsem nezažívala nějaké pocity zlosti, poruchy osobnosti atd. Až po třech letech jsem se léčila s depresemi. Nemohu říct, že by nehoda neovlivnila pozdější stav. S psychickými problémy, se kterými jsem se setkala, hrál velkou roli můj handicap. Ale při diagnostikování deprese hrálo roli více faktorů.“*

**3) Navštěvovali jste odbornou pomoc v oblasti psychického zdraví? Psychologa či psychiatra?**

*„V akutním stádiu poranění mi byla nabídnuta pomoc psychologa. V první nemocnici za mnou přišla psychologka, ale nemohu říct, že by mi to nějak pomáhalo. Terapii s ní jsem spíše brala jako obyčejný rozhovor. V první chvíli jsem si totiž své poranění vůbec neuvědomovala a nepřemýšlela, co mi to do života později přinese.“*

*„V rehabilitačních centrech mi opět byla nabídnuta psychologická pomoc. Šla jsem tedy za psychologem, ale po prvním sezení jsem společně usoudili, že psychologickou pomoc nevyžadují. Psychologická pomoc pro mě byla pouze dobrovolná.“*

**4) Jak jste se po poranění dostal/a k tancování na vozíku? Po jaké době po poranění jste začal/a s tancováním? Je potřeba speciálního vozíku?**

*„K tanci na vozíku jsem se dostala v roce 2014, 3 roky po poranění. Získala jsem kontakt na Martinu Henrichovou, vedoucí sportovního klubu vozíčkářů tanečního oddílu. Dostala jsem od Martiny nabídku, jestli bych nechtěla zkusit taneční workshop. Začala jsem jezdit s klubem na různé workshopy a soustředění. Před poraněním jsem se tanci věnovala a po poranění mě k tanci na vozíku přivedla hlavně zvědavost a touha zkusit něco nového a zajímavého.“*

*„Speciální vozík není potřeba pro moji taneční úroveň. Asi kdybych jezdila na soutěže do zahraničí, asi by speciální vozík byl vhodný. Já na tancování používám svůj mechanický vozík, který je ale velmi aktivní. Má nízká záda, je odlehčený, takže mi na tancování vyhovuje.“*

**5) Vnímál/a jste či vnímáte pozitivní vliv tance na vaši psychiku a na vaši kvalitu života? Do jaké míry je taneční terapie pro vás přínosem? Jaká pozitiva vám tanec přináší?**

*„Tanec mi 100% přinesl mnoho pozitiv. První mě napadá, že člověk se dostane do skupiny lidí, které jsou na tom podobně jako vy. Ve skupině jsme si mohli předávat různé tipy a zkušenosti. S námi ve skupině také tancovali chodící lidé, kteří nejsou na vozíku. Nakombinování skupiny vnímám velmi pozitivně a moc mi to vyhovovalo. Od lidí bez handicapu jsem získávala neuvěřitelnou podporu a cítila jsem od nich sounáležitost a blízkost.“*

*„Další pozitivum, které mi přineslo tancování je seberealizace. Pocit, že vyplňuji svůj volný čas, že se něčemu věnuji. Podle mého názoru je veškerá aktivita, kterou člověk na vozíku dělá dobrá a přináší pozitiva. Člověk netráví svůj čas pouze doma, ale dostane se na místa k novým lidem.“*

*„Po fyzické stránce jsem se díky tancování také zlepšila. Vždy se snažím při tvorbě choreografií jít za své limity. Díky tomu na sobě vnímám, že jsem se hodně fyzicky posunula. Jsem ráda, když můžeme zkoušet něco nového. I se vždy při tancování velmi dobře protáhnu, což vnímám taky jako obrovské pozitivum.“*

*„Ze začátku jsem se snažila seznamovat hlavně okolí s tancem na vozíku, postupem času jsem začala vnímat na sobě ty všechna pozitiva, které mi tanec přinesl.“*

**6) Pomohl vám tanec se socializací? Začali jste díky tanci se stýkat s přáteli, poznávat nové lidi?**

*„Určitě bylo dobré, že se člověk dostal mezi nové lidi. Jak už jsem zmiňovala, když jsem se ve skupině setkávala jak s lidmi na vozíku, tak i s lidmi chodícími, tak to na mě působilo hrozně otevřeně. Ve skupině panovala skvělá myšlenka, že děláme všichni co nás baví, bez ohledu na handicap. Měla jsem štěstí, že jsem se dostala do tak milého a příjemného prostředí. Člověk se díky tanci dostane i na různé plesy, kde může vystupovat. Při té příležitosti se člověk setkává a seznamuje se s novými lidmi.“*

*„Jsem ráda, když mohu svůj volný čas vyplnit něčím co mě baví. Když se mě pak lidé z mého okolí zeptají, co dělám ve svém volném čase a já jim odpovím, že tancuji, tak jsem ráda, že jim o tom mohu říct pak více. Přináší mi to určitým směrem svoji hodnotu. Díky tancování jsem poznala nové lidi a určitě mi to se socializací pomohlo.“*

**7) Jak vnímáte provázanost mezi fyzickou a psychickou stránkou člověka? Máte pocit, že díky pohybu a zlepšení vaší fyzické stránky se zlepšila i vaše psychická stránka?**

*„Vnímám, že obě stránky jsou mezi sebou provázané a to z obou stran. Pokud se zlepší jedna strana, tak mě to motivuje i ke zlepšení té druhé. Člověk po poranění si asi nechce úplně připouštět vážnost tohoto poranění, ale později, když se začne věnovat volnočasovým aktivitám, tak zjistí, že život nekončí. Hodnotím tedy, že pohyb má obrovský vliv na psychiku jedince. Vše chce čas, ale provázanost rozhodně vnímám.“*

### **9.6.2 Rozhovor s druhým probandem**

**1) Omezilo poranění vaši kvalitu života? Přestali jste se stýkat s blízkými, se svými kamarády? Museli jste přestat s vašimi volnočasovými aktivitami?**

*„Poranění mi moji kvalitu života moc neomezilo. Musel jsem přijmout to, že některé věci už nepůjdou a nebo půjdou s nějakým lehkým omezením.“*

*„Co se týká mých blízkých, tak nemám ten pocit, že by z mého života někdo odešel. Všichni se mě vždy snažili maximálně podporovat. To samé platí u mé rodiny. Rodina byla a stále je na prvním místě a vždy mě ve všem podpořila (dříve i nyní). Kamarádi zůstali a někteří dokonce přibyli. Vždy se mi přátelé snaží se vším pomáhat.“*

**2) Setkávali jste se po poranění s depresemi, úzkostnými stavy, výkyvy osobnosti, prožívání smutku či zlosti?**

*„Po celou dobu po poranění jsem na sobě nevnímal žádné psychické problémy. Zpětně na sobě vnímám, že jsem neměl moc času nad sebou přemýšlet a přemýšlet nad komplikacemi, které mi to později přinese. Takže ne, s psychickými poruchami jsem se nesetkal.“*

**3) Navštěvovali jste odbornou pomoc v oblasti psychického zdraví? Psychologa či psychiatra?**

*„V rehabilitačních centrech bylo povinné minimálně jedno sezení. Po absolvování toho sezení, jsem usoudil, že terapie pro mě nejsou přínosná. Jak jsem výše zmínil, neobjevovaly se u mě psychické problémy, díky tomu jsem pomoc psychologa a ani psychiatra nepotřeboval.“*

**4) Jak jste se po poranění dostal/a k tancování na vozíku? Po jaké době po poranění jste začal/a s tancováním? Je potřeba speciálního vozíku?**

*„K tancování jsem se dostal zhruba po dvou letech po poranění. K tanci jsem se dostal po setkání se svojí kamarádkou, která mě informovala, že existuje taneční soubor, kde tancují lidé na vozíku a jestli to nechci vyzkoušet. Zúčastnil jsem se taneční hodiny a vyzkoušel si tanec na vozíku. Začalo mě to bavit a už jsem u této aktivity zůstal.“*

*„Speciální vozíky na tanec existují, ale já takový vozík nevlastním. Tancuji na svém mechanickém vozíku, který používám v běžném životě. Takže nutností není mít speciální vozík na tanec.“*

**5) Vnímali/a jste či vnímáte pozitivní vliv tance na vaši psychiku a na vaši kvalitu života? Do jaké míry je taneční terapie pro vás přínosem? Jaká pozitiva vám tanec přináší?**

*„Asi největší přínos a zároveň pozitivum, které mi tancování přináší je neustálé zlepšování mé fyzické stránky. Tanec je pro mě určitou formou fyzioterapie. Při tanci musím zapojit všechny své svaly a tím je i trénuji.“*

*„Tanec mě baví, takže další pozitivum vnímám v tom, že ve svém volném čase dělám něco co mě vnitřně naplňuje a dělá mě šťastným.“*

**6) Pomohl vám tanec se socializací? Začali jste díky tanci se stýkat s přáteli, poznávat nové lidi?**

*„Určitě. Díky tancování jsem se seznámil s novými lidmi. Svůj volný čas trávím s lidmi, kteří jsou mi blízcí. Také jsem se díky svému koníčku dostal do televizní soutěže StarDance, kde jsem se seznámil a přišel do kontaktu s V.I.P. hvězdami. Tuhle zkušenost hodnotím jako velmi pozitivní a jsem za ní rád.“*

**7) Jak vnímáte provázanost mezi fyzickou a psychickou stránkou člověka? Máte pocit, že díky pohybu a zlepšení vaší fyzické stránky se zlepšila i vaše psychická stránka.**

*„Provázanost mezi sebou vnímám. Zlepšil jsem se hlavně po fyzické stránce, ale díky tancování se mi zlepšila i stránka psychická. Pokud se člověk cítí lépe po fyzické stránce, cítí se lépe i po stránce psychické.“*

### **9.6.3 Rozhovor se třetím probandem**

**1) Omezilo poranění vaši kvalitu života? Přestali jste se stýkat se svými blízkými, se svými kamarády? Museli jste přestat s vašimi volnočasovými aktivitami?**

*„Ano zásadně. Zejména v tom, že jsem v každodenních činnostech závislá na pomoci druhé osoby (přesuny z postele, oblékání, hygiena, pohyb v exteriéru, částečně i interiéru...). Většinu svých volnočasových aktivit jsem se snažila udržet, respektive znovuobjevit – jen v trochu jiné podobě a v menší míře. Vyplnit svůj volný čas nějakou aktivitou je pro mě dost důležité.“*

*„Co se týče mých blízkých, tak zpočátku mě navštěvovalo hodně kamarádů v rehabilitačním ústavu, postupně naprostá většina z nich odpadla, včetně mého tehdejšího přítele. Z původních přátel mi zbyli zhruba tři. Věrné mi ale tehdy zůstaly tanečnice z mé taneční skupiny, což mě hodně podpořilo a hnalo dál. Díky tomu s některými spolupracuji dodnes. Někteří další dřívější přátelé ke mně postupem času znovu našli cestu. Poranění mi přineslo i mnoho nových přátel, zejména mezi vozíčkáři.“*

**2) Setkávali jste se po poranění s depresiemi, úzkostnými stavy, výkyvy osobnosti, prožívání smutku či zlosti?**

*„Musím říct, že spíše ne. Během hospitalizace mi po operaci ihned nasadili automaticky antidepressiva. Většinou se tento postup volí u většiny jedinců po poranění míchy. Velmi brzy*

*jsem léky na vlastní žádost vysadila. Nepociťovala jsem na sobě nějaké náznaky psychického onemocnění. Nikdy jsem si totiž své poranění, a s ním nově vzniklé problémy, příliš nepripouštěla. Nechtěla jsem se utápět v depresi nebo v prožívání smutku, spíše jsem se věnovala rehabilitaci, aby se můj stav co nejvíce zlepšil. Občas bývám jen vzteklá a netrpělivá.“*

**3) Navštěvovali jste odbornou pomoc v oblasti psychického zdraví? Psychologa či psychiatra?**

*„Psychologa ani psychiatra jsem v žádné fázi svého onemocnění nenavštěvovala. Necítila jsem u sebe potřebu využít psychologické pomoci, nepociťovala jsem k tomu kompetence. V rehabilitačních centrech (Kladruby, Paraple), jsem byla „donucena“ absolvovat minimálně jedno sezení. Dále jsem pak v psychologické terapii nepokračovala.“*

**4) Jak jste se po poranění dostal/a k tancování na vozíku? Po jaké době po poranění jste začal/a s tancováním? Je potřeba speciálního vozíku?**

*„Vzhledem k tomu, že jsem před úrazem tančila téměř celý život, ani mě nenapadlo, že bych kvůli úrazu měla s tancem přestat. Aktivně jsem začala tančit v Kladrubech. Nejprve jsem si sama pouštěla hudbu a zkoušela si taneční pohyby. Poté mi bylo umožněno využít tělocvičnu a uspořádat pár workshopů pro několik dalších klientů. Když jsem se dostala domů, uspořádala jsem pár tréninků se zdravými tanečnicemi z vlastní taneční skupiny E-motion. V Centru Paraple mě pak přivedli na myšlenku založit oddíl pod Sportovním klubem vozíčkářů Praha. Oddíl jsem v květnu 2014 založila. Postupem času jsme začali přidávat i mnoho dalších jedinců po poranění míchy, kteří skončili na vozíku a mají chuť se věnovat tancování.“*

*„Ano, speciální vozík na tanec vlastním. Vozík je lehčí a má širší kola, takže se s ním lépe manipuluje. Speciální vozík na tanec nepoužívám úplně pokaždé. Můj běžný vozík je také velice aktivní, takže na tréninky mi vyhovuje. Speciální vozík spíše využiji při workshopu nebo při vystoupení. Se sportovními vozíky a jejich financování je to složité. Pojišťovna finančně na takové vozíky nepřispívá. Pořídit si speciální vozík je pro mnoho lidí náročné, já jsem ho získala díky finanční podpoře jedné organizace.“*

**5) Vnímali/a jste či vnímáte pozitivní vliv tance na vaši psychiku a na vaši kvalitu života? Do jaké míry je taneční terapie pro vás přínosem? Jaká pozitiva vám tanec přináší?**

*„Tancování mi přineslo a stále přináší mnoho pozitiv. Tanec ve mně vyvolává radost, uvolnění, dává mi možnost vyjádřit emoce a odreagovat se od každodenních problémů.“*

*„Tanec je u vozíčkářů zároveň jistou formou fyzioterapie. U vozíčkářů může přispět k rozhybání rukou a trupu, zlepšení stability a koordinace. Při zařazení strečinku napomáhá i k lepší flexibilitě, dále může pomoci zvýšit svalovou sílu horních končetin. To může mít pak pozitivní vliv i na zvládnutí běžných dovedností.“*

*„Dále díky tancování jsem se seznámila s mnoha novými lidmi a jsem stále v kontaktu s přáteli.“*

**6) Pomohl vám tanec se socializací? Začali jste díky tanci se stýkat s přáteli, poznávat nové lidi?**

*„Určitě ano. Tanec je pro mě zároveň určitou formou sociální rehabilitace, neboť se tanečnick dostane do společnosti, seznámí se s novými lidmi se stejnými zájmy a spolupracuje s nimi na společných choreografiích. Díky tomu, že s oddílem vystupujeme na různých společenských akcích, dostaneme se i na takové akce, kam bychom se třeba jinak nedostali. Letní soustředění je pak jedna z mála možností, kdy si mohu odpočinout od mámy na víc dní, protože se tady o mě postarají asistentky po dobu celého víkendu.“*

**7) Jak vnímáte provázanost mezi fyzickou a psychickou stránkou člověka? Máte pocit, že díky pohybu a zlepšení vaší fyzické stránky se zlepšila i vaše psychická stránka?**

*„Samozřejmě, že když Vás něco bolí, necítíte se dobře ani psychicky. Když se rozhýbu při tanci, méně mě např. bolí záda a na mé psychice se to také projeví. Jsem ráda, když mohu svůj volný čas vyplnit nějakou aktivitou, která mě baví a přináší mi pozitiva po fyzické i psychické stránce. Jako při každém sportu se i při tanci vyplavují endorfiny, což působí pozitivně na psychiku. Navíc propojení tance s hudbou je pro mě jistou formou relaxace a uvolnění. Provázanost vnímám.“*

## 9.7 Hlavní poznatky vycházející z rozhovoru s otevřenými otázkami

Tabulka 13 Hlavní poznatky vycházející z rozhovoru

Otázky	Proband 1	Proband 2	Proband 3
Omezilo poranění Vaši kvalitu života?	NE	NE	ANO
Přestal/a jste se stýkat se svými blízkými po poranění?	NE	NE	ANO
Setkával/a jste se po poranění s psychickými problémy?	Ihned po poranění NE, až po delší době po poranění.	NE	NE
Navštěvoval/a jste psychologa či psychiatra po poranění?	Nijak pravidelně, byla jsem povinně pouze na jednom sezení.	Nenavštěvoval.	Nenavštěvovala, neměla jsem pocit, že by to bylo potřeba.
Jak jste se dostal/a k tancování?	Dostala jsem nabídku spolupracovat se sportovním oddílem.	Přes svoji kamarádku.	Dříve jsem tancovala a chtěla jsem tancovat, tak jsem si založila taneční workshopy.
Vlastníte speciální vozík na tancování?	NE	NE	ANO, ale nepoužívám ho běžně.
Vnímáte na sobě pozitivní vliv tance?	ANO	ANO	ANO
Pomohl vám tanec se socializací?	ANO	ANO	ANO
Vnímáte provázanost mezi fyzickou a psychickou stránkou?	ANO	ANO	ANO

Zdroj: vlastní



## 9.8 Shrnutí výsledků z rozhovoru

První otázka byla směřována přímo na kvalitu života, jestli jednotliví probandi cítí, že po poranění se jejich kvalita života snížila. Předpokládanou odpovědí bylo, že ano. Handicap do jisté míry ovlivní soběstačnost jedince, a tím i kvalitu prožívání jeho života. Dva ze tří probandů, ale domněnku vyvrátili. Tvrdí, že do jisté míry jejich život handicap ovlivnil, ale nemají ten pocit, že by se výrazně snížila kvalita jejich života. U třetího probanda bylo zaznamenáno, že jeho kvalita života byla a stále je o něco snižena. Můžeme předpokládat, že stupeň spokojenosti je do jisté míry ovlivněn i výškou léze jedince.

Druhá otázka byla zaměřena více na psychickou stránku jedince. Probandi zodpověděli, jestli se po poranění setkali s psychickými poruchami, jako je například deprese, úzkostné stavy, výkyvy nálad, prožívání smutku a zlosti. Předpokládanou odpovědí bylo, že ano. Jedinec po poranění míchy se v akutním stádiu vyrovnává s postižením. Opět byla tato domněnka vyvrácena. Všichni tři probandi zodpověděli, že psychickými poruchami netrpěli. Své poranění si tolik nepřipouštěli a snažili se co nejdříve dostat zpátky do režimu. Můžeme předpokládat, že odpovědi probandů závisely na jejich věku, povaze a míře podpory od okolí.

Třetí otázka úzce souvisela a navazovala na předešlou otázku. Ptali jsme se, zda vyhledali a navštěvovali psychologa nebo psychiatra. Všichni probandi odpověděli, že jim psychologická podpora byla nabídnuta a povinně absolvovali jedno sezení. Jelikož se u žádného z probandů nevyskytovala psychická porucha, po jednom sezení všichni terapii odmítli. Pouze u jednoho z probandů se po pár letech objevily deprese, které nesouvisely pouze s handicapem. Z tohoto výsledku můžeme usoudit, že psychologická podpora jedincům po poranění míchy je ve většině zdravotnických zařízení dostupná.

U čtvrté dotazované otázky se odpovědi dost lišily. Každý respondent se k tanci dostal trochu jinou cestou a každý po jinak dlouhé době od poranění. Dva dotazovaní ze tří měli předešlé zkušenosti s tancováním a po úraze se ke svému zájmu vrátili. V této otázce jsme se také ptali, zda je potřeba speciálního vozíku k tancování. Dva ze tří respondentů speciální vozík na tanec nemají, pouze jeden respondent tento vozík využívá. Respondenti odpověděli, že získat sportovní vozík je velmi finančně náročné, jelikož pojišťovny na takové vozíky nepřispívají.

U páté otázky byl zkoumán pozitivní vliv tance na dotazované. Předpokládanou odpovědí bylo, že tanec má určitě pozitivní vliv na jedince jak po stránce fyzické, tak i po

stránce psychické. Všichni tři probandi domněnku potvrdili. Uvádějí, že na sobě vnímali a stále vnímají vliv tance v pozitivním slova smyslu. Některým tanec pomohl hlavně po fyzické stránce, taneční hodiny berou jako určitou formu fyzioterapie. Někteří zas poznali nové lidi a dostali se do příjemného kolektivu. Všichni probandi hodnotí vliv tance velmi pozitivně.

Šestá otázka navazovala na předešlou otázku a týkala se oblasti psychosociální. Dotazovaní měli zhodnotit, zda díky tanci se zlepšila jejich sociální integrace. Probandi potvrdili, že díky tancování se seznámili s mnoha novými lidmi a měli možnost se dostat na místa, kam by se jinak třeba nedostali. Jeden z probandů uvádí, že tanec je pro něho určitá forma sociální rehabilitace. Jiný zas uvádí, že poznal lidi, kteří jsou v podobné situaci jako on a to bylo pro probanda velkým pozitivním přínosem. Všichni probandi potvrdili, že tanec jim určitou mírou pomohl v psychosociální oblasti.

Sedmá a poslední otázka byla zaměřena na propojení fyzické a psychické stránky. Předpokládanou odpovědí bylo, že probandi vnímají provázanost mezi těmito oblastmi. Tento předpoklad vycházel i ze stanovené hypotézy. Všichni respondenti předpoklad potvrdili a shodli se na jednotné odpovědi. Provázanost určitě vnímají, pokud se povede něco zlepšit v jedné stránce, automaticky dojde ke zlepšení i stránky druhé. Jedná se o určitou motivaci ke zlepšení.

## 10 DISKUZE

Hlavním cílem této práce bylo zjistit pomocí výzkumných metod vliv taneční terapie na jedince po poranění míchy a vyhodnotit, jak on sám vnímá kvalitu prožívání svého života před a po taneční terapii. Výzkumné šetření probíhalo ve spolupráci se třemi probandy, kteří byli testováni pomocí různých metod. Tyto jednotlivé výzkumné metody byly později vyhodnoceny a získané výsledky potvrdily či vyvrátily stanovené hypotézy.

Všichni probandi byli v chronickém stádiu poranění. Každý dotazovaný měl jinou výšku léze s odlišnými funkčními schopnostmi a s odlišným vznikem poranění. Dva ze tří respondentů měli kompletní míšní poranění, u zbylého respondenta se jednalo o inkompletní míšní lézi.

Při amnestickém zkoumání bylo zjištěno, že všichni respondenti se v akutním stádiu poranění setkali s ergoterapií. Dotazovaní uváděli, že hodiny ergoterapie vnímali velmi pozitivně. Nejčastěji bylo zmiňováno, že v rámci ergoterapie probandi nejčastěji nacvičovali mobilitu na lůžku i mimo lůžko, nácvik běžných denních činností (oblékání, osobní hygiena, katetrizace, atd.) a nácvik jemné motoriky. U všech probandů se ergoterapeuti podíleli také na výběru vozíku a kompenzačních pomůcek.

Z amnestického dotazníku dále bylo zjištěno, že všichni probandi se mimo tancování věnují i jiným volnočasovým aktivitám. Nejčastěji se jednalo o sezónní sporty, jako je jízda na monoski nebo jízda na handbiku.

Všichni probandi byli testováni pomocí dvou testů. Každý test byl u dotazovaného vyhodnocen dvakrát, retrospektivně a nyní. Výsledky obou testů napomohly k potvrzení či vyvrácení stanovených hypotéz.

Poslední výzkumnou metodou byl strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Otázky byly opět vybrány tak, aby potvrdily či vyvrátily stanovené hypotézy.

### Hypotéza 1

Hypotéza 1 předpokládá, že použitím Dance terapie selepší kvalita života jedince po poranění míchy a zároveň selepší i jeho sociální integrace. Díky výsledkům ze stanovených výzkumných metod byla hypotéza potvrzena. Tento předpoklad byl podložen výsledky z dotazníku kvality života WHODAS 2.0 a samotným rozhovorem s probandy.

Probandi absolvovali dvojí testování dotazníku WHODAS 2.0. První výsledky poukazovaly na míru kvality života jedinců před využitím taneční terapie. Dva ze tří probandů měli retrospektivně velmi nízké bodové skóre. U třetího probanda byla naměřena průměrná hodnota. Později, když se probandi začali věnovat tanci, byly naměřeny u všech probandů vyšší hodnoty spokojenosti s kvalitou jejich života. U dvou probandů byl zaznamenán mírně nadprůměrný výsledek. U třetího probanda došlo ke zlepšení, ale stále byla jeho kvalita života do značné míry snížena a omezena. Výsledky jsou do určité míry také ovlivněny výškou léze jedince.

Druhou výzkumnou metodou pro hypotézu 1 byl zvolen rozhovor s probandy. Kvalita života a sociální integrace byla zkoumána hned v několika pokládaných otázkách. V první otázce jsme se ptali, zda probandi nyní sami vnímají sníženou míru kvality jejich života. U dvou probandů byly zaznamenány odpovědi, že do jisté míry je handicap ovlivnil, ale nyní nemají pocit, že by jejich kvalita života byla omezená nebo snižená. Třetí proband i nyní osobně vnímá mírně sníženou kvalitu života. Všichni probandi přikládají tancování pozitivní vliv na jejich současnou kvalitu prožívání života. Vliv taneční terapie na socializaci jedince byl zkoumán v šesté otázce. Respondenti díky tanci poznali mnoho nových přátel a dokáží fungovat i ve větší skupině lidí. Všichni probandi potvrdili, že tancování má velmi pozitivní vliv v oblasti sociální integrace jedince.

Následující studie a jejich výsledky korespondují s potvrzením první hypotézy autorem práce.

Murcia a kol. (2010) ve svém výzkumu zkoumal na profesionálních tanečnicích, kteří byli bez handicapu, pozitivní vliv tance. Z jeho výzkumu byl zjištěn pozitivní vliv aktivity na jedince v oblasti emoční, fyzické, ale i v oblasti psychosociální. Pozitivní přínos tance byl také spojen se zvýšenou mírou sebehodnocení.

Suddick (2009) a Tasiemski a kol. (2000) ve svých studiích také zmiňují důležitost pohybových aktivit u jedinců po poranění míchy. Jedinec se díky pohybové aktivitě lépe začleňuje do společnosti a lépe akceptuje své poranění. Tasiemski a kol. (2000) uvádí, že respondenti (jedinci po poranění míchy) zmínili v odpovědích zlepšení díky pohybové aktivitě. Tvrdí, že se zlepšila jejich fyzická stránka, ale také stránka duševní.

Taneční terapie se řadí mezi pohybové aktivity pro jedince po poranění míchy. Sliwinski a kol. (2018) se ve svém výzkumu zabýval právě vlivem pohybové aktivity na

kvalitu života jedince po poranění míchy. Sliwinski tvrdí, že pokud se člověk po poranění míchy nevěnuje žádné pohybové aktivitě, zvyšuje se riziko sekundárních problémů, které do jisté míry ovlivňují celkovou míru spokojenosti s kvalitou života.

Také Maher a kol. (2017) ve svém výzkumu potvrzuje, že u spinálního poranění jakákoliv pohybová aktivita vede ke zlepšení fyzické stránky, ale také se projeví zlepšením zvládnání běžných denních činností.

## **Hypotéza 2**

Hypotéza 2 předpokládá, že zlepšením fyzické stránky jedince a jeho soběstačnosti selepší i stránka psychická. Díky výsledkům ze stanovených výzkumných metod byla hypotéza potvrzena. Tento předpoklad byl podložen výsledky z SCIM testu a dotazníku kvality života WHODAS 2.0. Následně byla hypotéza potvrzena samotnými probandy ve strukturovaném rozhovoru.

V rámci potvrzení hypotézy 2 byli probandi testováni nejprve testem SCIM. Díky výsledkům z testu jsme mohli zaznamenat úroveň soběstačnosti jedinců a míru závislosti na pomoci druhé osoby. Test byl prováděn dvakrát. Poprvé byl test vyhodnocen retrospektivně, probandi odpovídali co vše zvládali a nezvládali těsně po poranění. Poté test vyplnili znovu s tím, co zvládají nyní. Díky tomu, že test byl vyhodnocen takto dvakrát, získali jsme výsledky ze dvou období, které jsme následně porovnávali. U všech probandů bylo viditelné zlepšení o několik bodů. Zlepšení proběhlo u všech dotazovaných, jak v jejich fyzické zdatnosti, ale také ve všech oblastech soběstačnosti. U dvou probandů došlo k vyššímu skóre zlepšení, u zbývajících probandů zlepšení proběhlo v menším rozsahu. Opět je míra zlepšení soběstačnosti dána výškou léze.

S výsledky z testu SCIM byly poté porovnávány výsledky dotazníku WHODAS 2.0. Díky těmto testům jsme mohli zhodnotit provázanost fyzické stránky se stránkou psychickou. U všech probandů se prokázalo, že pokud se zvýší jejich fyzická stránka a míra soběstačnosti, zlepšuje se i stránka psychická.

V rozhovoru jsme se probandů zeptali na provázanost těchto dvou stránek jedince. Jestli oni sami na sobě tento vliv pocítují. Všichni tři dotazovaní potvrdili, že vnímají na sobě provázanost psychické a fyzické stránky. Tvrdí, že pokud se povede něco zlepšit v oblasti jedné stránky, automaticky dojde ke zlepšení i stránky druhé.

Křivohlavý (2002) ve své knize uvádí, že pokud se u jedince vyskytnou zdravotní komplikace a fyzicky se necítí dobře, často se následně zhorší i po stránce psychické. U takových lidí byli pozorovány změny v chování a také změny v sociálním životě. Lidé mnohdy nebyli schopni jednat a vycházet s druhými.

Kříž (2019) ve své knize uvádí, že mnoho tělesných příznaků je zapříčiněno narušenou psychikou jedince po poranění. Proto je důležité v léčbě se soustředit na obě stránky jedince. Také Kelnarová a Matějková (2014) ve své knize zmiňuje, jak důležité je propojení tělesné a psychické stránky jedince. Tvrdí, že psychický stav ovlivňuje stav fyzický a naopak. Dosedlová (2012) uvádí, že psychika a tělo spolu tvoří jeden neoddělitelný celek.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala vlivem Dance terapie na jedince po poranění míchy. Cílem práce bylo přiblížit spinální poranění a jaké má následky na fyzickou, psychickou a sociální stránku jedince. Hlavním cílem bakalářské práce bylo potvrdit nebo vyvrátit pozitivní vliv taneční terapie na jedince po poranění míchy.

V teoretické části byla přiblížena a rozepsána problematika poškození míchy. Byly popsány problémy, se kterými se jedinec po poranění míchy může setkat. Dále se práce věnovala i následným rehabilitačním procesům u spinálního pacienta. V této části byla prezentována i psychická a sociální oblast jedince po poranění míchy. V teoretické části byl také představen dotazník kvality života – WHODAS 2.0. V neposlední řadě byl v práci vymezen pojem taneční terapie. Jednalo se o seznámení s historií a se samotným vlivem taneční terapie. V závěru teoretické části práce byly zmíněny a přiblíženy celosvětové organizace, které se taneční terapii věnují.

Cílem praktické části bylo zjistit, jak velký vliv má taneční terapie na zlepšení kvality života jedince po poranění míchy a zároveň zhodnotit, zda zlepšení fyzické stránky jedince má pozitivní dopad na stránku psychickou. Za tímto účelem jsem stanovila dvě hypotézy, dle kterých byly následně zvoleny i výzkumné metody. Pomocí testu SCIM, dotazníku WHODAS 2.0 a rozhovoru s probandy byly obě stanovené hypotézy potvrzeny. U sledovaných probandů byla jednoznačně prokázána pozitivita taneční terapie na zlepšení jejich kvality života.

Dle mého názoru veškeré pohybové aktivity jedince po poranění míchy, jsou pro něho prospěšné. Kříž (2019) tvrdí, že volnočasové pohybové aktivity u spinálních pacientů napomáhají k udržení lepšího zdravotního stavu a zároveň díky pohybu snižujeme riziko vzniku sekundárních problémů u jedinců po poranění míchy.

Domnívám se, že taneční terapie pozitivně působí na fyzickou i psychickou stránku jedince a výrazně posiluje sociální integraci.

Na závěr práce bych ráda zmínila, že v České republice se tanec nevyužívá jako terapie v rámci rehabilitačního procesu ve zdravotnickém zařízení, ale spíše jako volnočasová pohybová aktivita, které se jedinec po poranění míchy může věnovat. Byla bych ráda, kdyby do budoucna se tanec stal součástí terapie v rehabilitačním procesu. S taneční terapií by bylo vhodné začít seznamovat klienta už v akutním stádiu onemocnění. V tomto období jedinec

hledá nový směr a smysl života, a proto by taneční terapie mohla zlepšit kvalitu života jedince po poranění míchy. Použitím terapie bychom u klienta snižovali riziko sekundárních problémů a zlepšili jeho sociální integraci. Při fyzioterapii se tanec může využít například k maximalizování fyzické kondice jedince a v rámci ergoterapie by bylo možné využití tance k rozvoji motoriky a samotné soběstačnosti jedince. V práci byl prokázán pozitivní vliv tance na jedince po poranění v mnoha směrech, a proto by bylo vhodné více zviditelnit a začlenit taneční terapii do rehabilitačního procesu.



## SEZNAM LITERATURY

- AMBLER, Zdeněk, Josef BEDNAŘÍK a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-389-9.
- ASSOCIATION FOR DANCE MOVEMENT PSYCHOTHERAPY [online]. Sane Design, 2013 [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://admp.org.uk/>
- BEST, Penelope a SCARTH, Susan. History of European Association Dance Movement Therapy, 2010. *European Association Dance Movement Therapy* [online]. Shiftone laboratory [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.eadmt.com/?action=article&id=46>
- BORŮVKOVÁ, Jana. *Základy statistiky: dotazníkové šetření : studijní text*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2013. ISBN 978-80-87035-80-1.
- CARTER, Rita. *Lidský mozek*. V Praze: Knižní klub, 2010. ISBN 978-80-242-2669-9.
- CATZ, A. a kol. SCIM-spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. *Spinal cord* [online]. 1997, roč. 35, č. 12, s. 850-856 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: DOI: 10.1038/sj.sc.3100504
- CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH, 2018. *World Health Organization* [online]. World Health Organization [cit. 2020-03-15, B]. Dostupné z: <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>
- ČIHÁK, Radomír. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Ilustroval Ivan HELEKAL, ilustroval Jan KACVINSKÝ, ilustroval Stanislav MACHÁČEK. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5636-3.
- ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně-pohybová terapie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2005. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
- DEFINICE A CÍLE TANEČNĚ POHYBOVÉ TERAPIE. *Asociace tanečně pohybové terapie ČR* [online]. Vidurius, 2019 [cit. 2020-03-05, A]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/terapeuti/>
- DEZARNAULDS, Annalisa a ILCHEF Ralf. *Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury: Useful strategies for health professionals*. 2nd ed. Chatswood: Agency for Clinical Innovation, 2014. ISBN 978-1-74187-958-2.

- DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 184 s. Psyché. ISBN 978-80-247-3711-9.
- DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
- EHLER, Edvard. Spasticita – klinické škály. *Neurologie pro praxi* [online]. 2015, r.16, č.1, s. 20-23 [cit. 2020-03-15]. Dostupné z: [https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201501-0005\\_Spasticita\\_-\\_klinikce\\_skaly.php](https://www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-201501-0005_Spasticita_-_klinikce_skaly.php)
- FALTÝNKOVÁ, Z., a kolektiv. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 2004. 86 s. ISBN neuvedeno.
- FALTÝNKOVÁ, Z. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, 2012, 17 s., ISBN neuvedeno
- FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Co je dobré vědět, když chceš zdravě sedět*. Praha: Svaz paraplegiků, 2015. ISBN neuvedeno.
- FALTÝNKOVÁ, Z, KRÍŽ, Jiří. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí. Příručka pro praktické lékaře*. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, 2012, 59 s., ISBN neuvedeno.
- FOY, Teresa a kol., Occupational therapy treatment time during inpatient spinal cord injury rehabilitation. *The Journal of Spinal Cord Medicine* [online]. 2011, r.34, č.2, s.162-175 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: DOI: 10.1179/107902611X12971826988093
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENRICHOVÁ, Martina. *Tanec. Sportovní klub vozíčkářů* [online]. Praha: Sportovní klub vozíčkářů [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.skvp Praha.org/sport/tanec/>
- HILŠEROVÁ, Stanislava. Dekubity – prevence a jejich léčba. *Urologie pro praxi* [online]. 2010, roč. 11, č. 1, s. 47-49 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2010/01/12.pdf>
- HOLTZ, Anders a Richard LEVI. *Spinal cord injury*. New York: Oxford University Press, 2010. ISBN 978-0-19-537276-2.

- HWANG, Eric J. a kol., Barriers to Leisure – Time Physical Activities in Individuals with Spinal Cord Injury. *Occupational therapy in Health Care* [online]. 2016, r.30, č.3, s. 215-30 [cit. 2020-04-15]. Dostupné z: DOI: 10.1080/07380577.2016.1183180
- JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.
- KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3600-6.
- KLUSOŇOVÁ, Eva. *Ergoterapie v praxi*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. ISBN 978-80-7013-535-8.
- KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, c2009. ISBN 978-80-7262-657-1.
- KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK. *Základy klinické rehabilitace*. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-807492-219-0.
- KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-2699-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002. 198 s. Psyché. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽ, Jiří. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 2019. ISBN 978-80-7492-424-8.
- KUDLÁČEK, Martin. *Aplikované pohybové aktivity osob s tělesným postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3938-9.
- KULIŠŤÁK, Petr. *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3068-7.
- LEŽOVIČ, M., HOLOSOVA, Z., MUCSKA, M. Hodnotenie kvality života pacientov s poranením miechy. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. 2013, roč. 20, č. 4, s. 204-210 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:\\_pYbiF9mTIYJ:https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2013-4/hodnotenie-kvality-zivota-pacientov-s-poranenim-miechy-46886+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=avg](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_pYbiF9mTIYJ:https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikalni-lekarstvi/2013-4/hodnotenie-kvality-zivota-pacientov-s-poranenim-miechy-46886+&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&client=avg)
- MAHER, Jennifer L., MCMILLAN, David W., NASH, Mark S. Exercise and Health-Related Risks of Physical Deconditioning After Spinal Cord Injury. *Topics in*

- spinal cord injury rehabilitation* [online]. 2017, roč. 23, č. 3, s. 175-187 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1310/sci2303-175>
- MARCHAND, Sylvie. La danse-thérapie. *Danse-thérapie Québec* [online]. Québec: Sylvie Marchand [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: <https://dansetherapiequebecdanceandtherapy.blogspot.com/p/la-danse-therapie.html>
  - MISSION STATEMENT AND STATUTES, 2019. *European Association Dance-Movement Therapy* [online]. Shiftone laboratory [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.eadmt.com/?action=article&id=43>
  - MURCIA, Quiroga C. a kol., Shall we dance? An exploration of the perceived benefits of dancing on well – being. *Arts & Health* [online]. 2010, r.2, s.149-163 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: [https://www.researchgate.net/publication/233448438\\_Shall\\_we\\_dance\\_An\\_exploration\\_of\\_the\\_perceived\\_benefits\\_of\\_dancing\\_on\\_well-being](https://www.researchgate.net/publication/233448438_Shall_we_dance_An_exploration_of_the_perceived_benefits_of_dancing_on_well-being)
  - O NÁS. *Asociace tanečně pohybové terapie ČR* [online]. Vidurius, 2019 [cit. 2020-03-05, B]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/o-nas/>
  - OUR MISSION. *American Dance Therapy Association* [online]. New York: American Dance Therapy Association [cit. 2020-03-10, A]. Dostupné z: <https://adta.org/our-mission/>
  - PSYCHOSOCIAL ISSUES OF SPINAL CORD INJURY. *University of Pittsburgh Medical Center* [online]. Pittsburgh: University of Pittsburgh Medical Center, 2020 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: <https://www.upmc.com/about/why-upmc>
  - RYCHLÍKOVÁ, Eva. *Tajemství zdravé páteře*. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016. ISBN 978-80-7387-592-3.
  - SEZNAM TERAPEUTŮ A SUPERVIZORŮ. *Asociace tanečně pohybové terapie ČR* [online]. Vidurius, 2019 [cit. 2020-03-05, C]. Dostupné z: <http://www.tanter.cz/terapeuti/>
  - SLIWINSKI, Martha M. a kol. Community exercise programming and its potential influence on quality of life and functional reach for individuals with spinal cord injury. *The journal of spinal cord medicine* [online]. 2018, s. 1-6 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1080/10790268.2018.1543104>
  - SPINAL CORD INJURY, 2013. *World Health Organization* [online]. World Health Organization [cit. 2020-04-12, A]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>

- SPORTOVNÍ KLUB VOZÍČKÁŘŮ [online]. Praha: Sportovní klub vozíčkářů [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://www.skvp Praha.org/skv-praha/>
- SUDDICK, Kitty a O'NEIL, Aoife. Reintegration and rehabilitation after spinal cord injury: a small-scale pilot study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation* [online]. 2009, roč. 16, č. 10, s. 535-544 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.12968/ijtr.2009.16.10.44563>
- ŠÁMAL, Filip, OUZKÝ, Martin a HANINEC, Pavel. Míšní léze z pohledu neurochirurga. *Neurologie pro praxi* [online]. 2017, roč. 18, č. 6, s. 386-388 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/06/06.pdf>
- ŠEFLOVÁ, Lenka, STEJSKALOVÁ, Petra a DANIŠ, Lukáš. Dekubity v praxi. *Medicína pro praxi* [online]. 2016, r.13, č.5, s.263-267 [cit. 2020-03-10]. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201605-0012\\_dekubity\\_v\\_praxi.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-201605-0012_dekubity_v_praxi.php)
- TASIEMSKI, T., BERGSTROM, E., SAVIC, G., GARDNER, B.P. Sports, recreation and employment following spinal cord injury. *Spinal Cord* [online]. 2000, roč.38, s. 173-184 [cit. 2020-04-12]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1038/sj.sc.3100981>
- ÜSTÜN, T. B. *Measuring health and disability: manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization, 2010. ISBN 978-92-4-154759-8.
- VAŠÍČKOVÁ, Lia. *Dobře pracovat na vozíku vyžaduje dobře sedět*. Brno: Paracentrum Fenix, 2015. ISBN 978-80-260-7896-8.
- VOTAVA, Jiří. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.
- WELLING, Ande. What is Dance/Movement Therapy, 2014. *American Dance Therapy Association* [online]. New York: American Dance Therapy Association [cit. 2020-03-05]. Dostupné z: <https://adta.org/2014/11/08/what-is-dancemovement-therapy/>
- WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. Vyd. 2., přeprac. a rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4.
- WHO DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

[cit. 2020-03-15]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--who-disability-assessment-schedule#o-dotazniku>

- WHO, ISCOS. *International perspectives on spinal cord injury*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2013. ISBN 978-92-4-156466-3.
- WISE, Susan K. Integrating the use of music in movement therapy for patients with spinal cord injuries. *American Journal of Dance Therapy* [online]. 1981, roč. 4, s. 42-51 [cit. 2020-04-10]. Dostupné z: DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02579525>

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 SCIM test 3. verze, část 1 .....	88
Příloha 2 SCIM test 3. verze, část 2 .....	89
Příloha 3 Dotazník WHODAS 2.0, část 1 .....	90
Příloha 4 Dotazník WHODAS 2.0, část 2 .....	91
Příloha 5 Dotazník WHODAS 2.0, část 3 .....	92
Příloha 6 Dotazník WHODAS 2.0, část 4 .....	93
Příloha 7 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami - vzor .....	94
Příloha 8 Informovaný souhlas – vzor.....	95

# PŘÍLOHY

## Příloha 1 SCIM test 3. verze, část 1

### Obrázek 1 SCIM test - část 1

**SCIM – Spinal Cord Independence Measure (3. verze)**

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_ Ročník: \_\_\_\_\_ Jméno vyšetřujícího: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_  
(Zadejte skóre pro jednotlivé funkce do odpovídajícího čtverce)

**Sebeobsluha**

**1. Stravování** (krájení, otvírání nádob/obalů, nalévání, podání jídla do úst, držení pohárku s tekutinou)

- Potřebuje parenterální, gastrostomickou, nebo plně asistovanou perorální výživu
- Potřebuje částečnou asistenci při jídle a/nebo pití, nebo pro nasazení kompenzačních pomůcek
- Jí samostatně; potřebuje kompenzační pomůcky nebo asistenci pouze na krájení potravy a/nebo nalévání a/nebo otvírání nádob
- Jí a pije samostatně; nepotřebuje asistenci ani kompenzační pomůcky

**2. Koupel** (používání mýdla, mytí, sušení těla a hlavy, manipulace s vodovodním kohoutkem). **A – horní pol. těla; B – dolní pol. těla**

**A.**

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci
- Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (např. madla, židle)
- Myje se samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

**B.**

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci
- Myje se samostatně s kompenzačními pomůckami nebo v přizpůsobeném prostředí (kppp)
- Myje se samostatně, nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (kppp)

**3. Oblékání** (oděv, boty, ortézy; oblékání, nošení, svlékání). **A – horní polovina těla; B – dolní polovina těla**

**A.**

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)
- Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
- Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky
- Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

**B.**

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci s oděvem bez knoflíků, zipů nebo tkaniček (obkzt)
- Samostatný s obkzt; potřebuje kompenzační pomůcky a/nebo přizpůsobené prostředí (kppp)
- Samostatný s obkzt bez kppp; potřebuje asistenci nebo kppp pouze pro knoflíky, zipy nebo tkaničky
- Obléká (jakýkoliv oděv) samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

**4. Úprava zevnějšku** (mytí rukou a obličeje, čištění zubů, česání vlasů, holení, make-up)

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci
- Provede všechny činnosti samostatně s kompenzačními pomůckami
- Provede všechny činnosti samostatně bez kompenzačních pomůcek

**DÍLČÍ SKÓRE (0-20)**

**Dýchání a ovládání svěračů**

**5. Dýchání**

- Potřebuje tracheostomickou kanylu (TS) a úplnou nebo částečnou ventilační podporu
- Dýchá samostatně s TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli nebo péči o TS
- Dýchá samostatně s TS; potřebuje malou asistenci při kašli nebo péči o TS
- Dýchá samostatně bez TS; potřebuje kyslík a velkou asistenci při kašli, neinvazivní podpůrnou ventilaci (PEEP, BiPAP)
- Dýchá samostatně bez TS; potřebuje malou asistenci nebo stimulaci při kašli
- Dýchá samostatně bez asistence nebo pomůcek

**6. Ovládání svěračů – močový měchýř**

- Permanentní katetr
- Reziduální objem moči (ROM) > 100ml; bez samostatné či asistované intermitentní katetrizace
- ROM < 100ml nebo samostatná intermitentní katetrizace; potřebuje asistenci při použití pomůcek pro inkontinenci
- Samostatná intermitentní katetrizace; používá pomůcky pro inkontinenci; nepotřebuje asistenci
- Samostatná intermitentní katetrizace; kontinentní mezi katetrizací; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci
- Moči spontánně; ROM < 100ml; potřebuje pouze pomůcky pro inkontinenci, nepotřebuje asistenci při močení
- Moči spontánně; ROM < 100ml; kontinentní; nepoužívá pomůcky pro inkontinenci

**7. Ovládání svěračů – střevo**

- Nepravidelné načasování nebo velmi nízká frekvence vyprazdňování (méně než jednou za tři dny)
- Pravidelné načasování, ale potřebuje asistenci (např. při zavedení čípků); zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)
- Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; zřídka únik stolice (méně než 2x za měsíc)
- Pravidelné vyprazdňování; bez asistence; žádné úniky stolice

**8. Použití toalety** (perineální hygiena, upravení oděvu před/po, použití vložek nebo plén)

- Potřebuje plnou asistenci
- Potřebuje částečnou asistenci; sám se neočistí
- Potřebuje částečnou asistenci; očistí se samostatně
- Používá toaletu samostatně na všechny úkony ale potřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí (např. madla)
- Používá toaletu samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky nebo přizpůsobené prostředí

**DÍLČÍ SKÓRE (0-40)**



## Příloha 2 SCIM test 3. verze, část 2

### Obrázek 2 SCIM test - část 2

<b>Mobilita (místnost a toaleta)</b>	
<b>9. Mobilita na lůžku a prevence dekubitů</b>	
0. Potřebuje asistenci ve všech aktivitách: otáčení horní poloviny těla na lůžku, otáčení dolní poloviny těla na lůžku, posazování na lůžku, nadvzdnutí ve vozíku, s nebo bez kompenzačních pomůcek, ale ne s elektrickými pomůckami	
2. Provede jednu z aktivit bez asistence	<input type="checkbox"/>
4. Provede dvě nebo tři aktivity bez asistence	
6. Provede veškerou mobilitu na lůžku a prevenci dekubitů samostatně	
<b>10. Přesuny: lůžko – vozík (zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. skluznou desku)	<input type="checkbox"/>
2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)	
<b>11. Přesuny: vozík – toaleta (jestliže používá toaletní vozík: přesun do a zpět; jestliže používá normální vozík: zabrzdnění vozíku, zvednutí stupačky, manipulace s postranicemi, přesun, zvedání DKK)</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled, a/nebo kompenzační pomůcky (např. madla)	<input type="checkbox"/>
2. Samostatný (nebo nepotřebuje vozík)	
<b>Mobilita (v interiéru a exteriéru)</b>	
<b>12. Mobilita v interiéru</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku	
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku	<input type="checkbox"/>
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)	
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)	
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)	
6. Chodí s jednou holí	
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy	
8. Chodí bez pomůcek	
<b>13. Mobilita na střední vzdálenosti (10-100 metrů)</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku	
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku	<input type="checkbox"/>
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)	
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)	
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)	
6. Chodí s jednou holí	
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy	
8. Chodí bez pomůcek	
<b>14. Mobilita v exteriéru (více než 100 metrů)</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje elektrický vozík nebo částečnou asistenci k obsluze mechanického vozíku	
2. Pohybuje se samostatně na mechanickém vozíku	<input type="checkbox"/>
3. Potřebuje dohled při chůzi (s nebo bez pomůcek)	
4. Chodí v chodítku nebo s berlemi (nediferencovaná – švihová chůze)	
5. Chodí s berlemi nebo dvěma holemi (diferencovaná – střídavá chůze)	
6. Chodí s jednou holí	
7. Potřebuje pouze končetinové ortézy	
8. Chodí bez pomůcek	
<b>15. Schody</b>	
0. Neschopen překonávat schody nahoru ani dolů	
1. Vyjde a sejde nejméně 3 schody za pomoci nebo dohledu jiné osoby	<input type="checkbox"/>
2. Vyjde a sejde nejméně 3 schody s pomocí zábradlí a/nebo berle nebo hole	
3. Vyjde a sejde nejméně 3 schody bez pomoci nebo dohledu	
<b>16. Přesuny: vozík – auto (nastavení vozíku k autu, zabrzdnění vozíku, odstranění postranic a stupaček, přesednutí do a z auta, uložení vozíku do auta a jeho vyložení)</b>	
0. Potřebuje plnou asistenci	
1. Potřebuje částečnou asistenci a/nebo dohled a/nebo kompenzační pomůcky	<input type="checkbox"/>
2. Přesune se samostatně; nepotřebuje kompenzační pomůcky (nebo nepotřebuje vozík)	
<b>17. Přesuny: země – vozík</b>	
0. Potřebuje asistenci	
1. Přesune se samostatně s nebo bez kompenzačních pomůcek (nebo nepotřebuje vozík)	<input type="checkbox"/>
<b>DÍLČÍ SKÓRE (0-40)</b>	
	<input type="checkbox"/>
<b>CELKOVÉ SCIM SKÓRE (0-100)</b>	
	<input type="checkbox"/>

Zdroj: <https://www.spinalcord.cz/cz/formulare/>

### Příloha 3 Dotazník WHODAS 2.0, část 1

### Obrázek 3 Dotazník WHODAS 2.0, část 1

**WHODAS 2.0**

Jméno: \_\_\_\_\_ Věk: \_\_\_\_\_ Pohlaví: Muž Žena Datum: \_\_\_\_\_

Tento dotazník je založený na otázkách o zdravotní či mentální kondici jedince. Zdravotní stav zahrnuje různé nemoci či onemocnění, nebo jiné zdravotní komplikace, které mohou být krátkodobé nebo i dlouhodobé. Dále dotazník zahrnuje také duševní onemocnění, emocionální problémy, nebo problémy s alkoholem a drogami.

Zamyslete se a odpovězte tedy na tyto otázky. Podle svého pocitu určete jak moc velký problém vám jednotlivé činnosti dělaly. Na každou otázku použijte vždy pouze jednu odpověď.

#### 1 POROZUMĚNÍ A KOMUNIKACE

1.1 Jste schopen/a se soustředit po dobu 10 minut pokud něco děláte?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
1.2 Pamatujete si důležité věci?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
1.3 Jste schopen/a analyzovat a najít řešení problémů v každodenním životě?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
1.4 Učíte se novým věcem, například naučit se jak se dostat na nové místo?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
1.5 Rozumíte obvykle tomu co lidé říkají?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
1.6 Začínáte a udržujete konverzaci?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

Zdroj: vlastní

**Příloha 4 Dotazník WHODAS 2.0, část 2**

**Obrázek 4 Dotazník WHODAS 2.0, část 2**

**2 POHYB**

2.1 Jste schopen/a stát delší dobu, například 30 minut?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
2.2 Jste schopen/a vstát do stoje ze sedu?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
2.3 Pohybujete se uvnitř vašeho domu?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
2.4 Pohybujete se venku mimo váš dům?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
2.5 Jste schopen/a jít delší vzdálenost, například jeden kilometr?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

**3 PÉČE O SEBE**

3.1 Jste schopen/a umýt si celé vaše tělo?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
3.2 Obléknete se?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
3.3 Najíte se?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
3.4 Jste schopen/a zůstat sama po dobu několika dní?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

Zdroj: vlastní

*Příloha 5 Dotazník WHODAS 2.0, část 3*

*Obrázek 5 Dotazník WHODAS 2.0, část 3*

4 VYCHÁZENÍ S LIDMI

4.1 Jednáte s lidmi, které neznáte?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
4.2 Udržujete přátelské vztahy?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
4.3 Vycházíte s lidmi, kteří jsou vám blízcí?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
4.4 Tvoříte si nové přátele?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
4.5 Vaše sexuální aktivita?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

5 AKTIVITY ŽIVOTA – DOMÁCNOST, ŠKOLA / PRÁCE

5.1 Staráte se o vaši domácnost?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.2 Myslíte si, že ty důležité věci v domácnosti děláte dobře?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.3 Dokončíte veškerou domácí práci, kterou musíte udělat?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.4 Dokončíte vaše domácí práce tak rychle, jak je potřeba?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.5 Chodíte do práce či školy?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.6 Děláte důležité věci do školy či práce dobře?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.7 Vypracujete veškerou práci, kterou musíte udělat?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
5.8 Dokončíte vaší práci tak rychle, jak je potřeba?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

Zdroj: vlastní

*Příloha 6 Dotazník WHODAS 2.0, část 4*

*Obrázek 6 Dotazník WHODAS 2.0, část 4*

6 ÚČAST VE SPOLEČNOSTI – SOCIALIZACE					
6.1 Jak velký problém je pro vás se zapojit do větších komunitních aktivit (například slavnosti, náboženské skupiny a jiné)? Zapojujete se stejným způsobem jako ostatní?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.2 Jak velký problém máte kvůli bariérám či překážkám kolem vás?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.3 Do jaké míry ovlivnil postoj a jednání druhých lidí vaše žití?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.4 Kolik času v životě vám zabere váš zdravotní stav a jeho následky?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.5 Jak moc ovlivnil/ovlivňuje váš zdravotní stav vaši emoční stránku osobnosti?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.6 Do jaké míry váš zdravotní stav ovlivnit/ovlivňuje vaši finanční stránku, finanční stránku rodiny?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.7 Měla vaše rodina velké potíže, díky vašim zdravotním problémům?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST
6.8 Byl pro vás problém dělat věci pro své potěšení nebo relaxaci?	ŽÁDNÉ	MÍRNÉ	STŘEDNÍ	TĚŽKÉ	EXTRÉMNÍ/ NELZE PROVÉST

Zdroj: vlastní

### ***Příloha 7 Strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami - vzor***

- 1) Omezilo poranění vaši kvalitu života? Přestali jste se stýkat se svými blízkými, se svými kamarády? Museli jste přestat s vašimi volnočasovými aktivitami?
- 2) Setkávali jste se po poranění s depresemi, úzkostnými stavy, výkyvy osobnosti, prožívání smutku či zlosti?
- 3) Navštěvovali jste odbornou pomoc v oblasti psychického zdraví? Psychologa či psychiatra?
- 4) Jak jste se po poranění dostal/a k tancování na vozíku? Po jaké době po poranění jste začal/a s tancováním? Je potřeba speciálního vozíku?
- 5) Vnímali jste či vnímáte pozitivní vliv tance na vaši psychiku a na vaši kvalitu života? Do jaké míry je taneční terapie pro vás přínosem? Jaká pozitiva vám tanec přináší?
- 6) Pomohl vám tanec se socializací? Začali jste díky tanci se stýkat s přáteli, poznávat nové lidi?
- 7) Jak vnímáte provázanost mezi fyzickou a psychickou stránkou člověka? Máte pocit, že díky pohybu a zlepšení vaší fyzické stránky se zlepšila i vaše psychická stránka?

Zdroj: vlastní

*Příloha 8 Informovaný souhlas – vzor*

**Informovaný souhlas**

**Student**

**Vedoucí práce**

Martina Holá

MSc. Veronika Vrbská

Fakulta zdravotnických studií Plzeň

Fakulta zdravotnických studií

Katedra rehabilitačních oborů

Katedra rehabilitačních oborů

Prohlášení

Jméno a příjmení probanda .....

Prohlašuji, že souhlasím s testováním v rámci bakalářské práce *Vliv Dance terapie na kvalitu života jedince po poranění míchy – využití WHODAS 2.0 testu*. Svým podpisem stvrzuji, že jsem s testováním byl/a seznámen/a, s testováním souhlasím a účastním se ho dobrovolně. Dále souhlasím se zveřejněním získaných údajů v této bakalářské práci, s odebranou anamnézou, výsledky dotazníků a se získaným rozhovorem. Byl/a jsem informován/á, že od účasti na testování mohu kdykoli odstoupit.

Souhlasím se zveřejněním fotografií mé osoby pro účely práce – ANO / NE

V .....

Dne .....

Podpis .....

Zdroj: vlastní