

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

KATEDRA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Kvalita života lidí po traumatických míšních lézích

bakalářská práce

Autor: Veronika Vašíčková

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Pokorná

Jihlava 2020

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Vašíčková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita života lidí po traumatických míšních lézích
Cíl práce:	Zjistit kvalitu života lidí po traumatických míšních lézích.

Mgr. Kateřina Pokorná
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na traumatické poranění páteře a míchy a zhodnocení kvality života u lidí s touto diagnózou. V teoretické části je popsána anatomie páteře a míchy, diagnostika, léčba a rehabilitace u těchto poranění. Dále je rozpracována kvalita života v obecné úrovni a kvalita života ve zdravotnictví. Výzkumná část se zabývá zhodnocením kvality života u lidí s tímto poraněním a byla provedena v ParaCENTRU Fenix v Brně za pomoci polostrukturovaného rozhovoru.

Klíčová slova

kvadruplegie; kvalita života; paraplegie; poranění míchy; poranění páteře

Abstract

The bachelor thesis focuses on the traumatic spinal and spinal cord injuries and evaluation of the quality of life in people with this diagnosis. In the theoretical part, anatomy of the spine and spinal cord is described, diagnosis, treatment and rehabilitation in these injuries. Furthermore, the quality of life in the general level and the quality of life in health is developer. The research section deals with the assessment of the quality of life in people with this injury and was carried out at the Fenix Paracentre in Brno with the help of a semi- structured interview.

Keywords

quadraplegia; quality of life; paraplegia; spinal cord injury; spinal injury

Děkuji Mgr. Kateřině Pokorné za odborné vedení a cenné rady při vypracování bakalářské práce. Děkuji všem zúčastněným respondentům za ochotu a vstřícnost při provedených rozhovorech.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 1.6.2020

.....

Podpis

OBSAH

OBSAH.....	6
ÚVOD.....	8
1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY	9
1.1 Anatomie a fyziologie	9
1.1.1 Anatomie páteře	10
1.1.2 Anatomie míchy	10
1.2 Poranění	11
1.2.1 Poranění páteře.....	12
1.2.2 Poranění míchy	13
1.3 Diagnostika poranění	13
1.4 Terapie	14
1.5 Rehabilitace	15
1.6 Ošetrovatelská péče	15
1.7 Potřeby pacientů	17
1.8 Kvalita života	18
1.9 Kvalita života v ošetrovatelství	19
1.10 Konceptualizace kvality života v ošetrovatelství	19
1.11 Ovlivňující faktory	20
1.12 Hodnocení kvality života	20
1.13 Nástroje pro měření kvality.....	21
1.14 ParaCENTRUM Fenix.....	22
2 VÝZKUMNÁ ČÁST	24
2.1 Cíl práce	24
2.2 Výzkumné otázky	24
2.3 Metodika výzkumu	24

2.4	Charakteristika výzkumného vzorku	24
2.5	Rozhovory	24
2.6	Kategorizace dat v tabulkách, grafech a jejich zhodnocení	32
2.7	Diskuse.....	37
2.8	Doporučení pro praxi	40
ZÁVĚR.....		41
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		43
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK		46
SEZNAM TABULEK.....		47
SEZNAM GRAFŮ		48
SEZNAM PŘÍLOH		49
PŘÍLOHY		50

ÚVOD

Lze říci, že každý jedinec se během svého života zabývá otázkou kvality života. Domnívám se, že je pro nás tento do jisté míry abstraktní pojem velmi důležitý a každý z nás na něj pohlíží subjektivně, dle etapy života nebo dané situace, ve které se zrovna nachází. Proto také nelze zcela jednoznačně utvořit vzor, který by nám umožnil vést kvalitní život. Každý člověk má svůj žebříček hodnot, který se liší a může být velmi rozmanitý.

Vzhledem k tomu, že poranění páteře a míchy vede ve spoustě případů k trvalému poškození zdraví takovým způsobem, kdy je pro jedince nevyhnutelné, zásadně změnit životní styl v mnoha oblastech, domnívám se, že kvalita života je u takto zraněných narušena a je nutno tuto nově vzniklou situaci řešit a zaměřit se na ni. Zaměřit se na kvalitu života po poranění páteře a míchy, pokusit se pomoci těmto jedincům v návratu do plnohodnotného života.

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na kvalitu života lidí po traumatických míšních lézích a je rozdělena na dvě hlavní části, a to na část teoretickou a praktickou. Teoretickou část jsme věnovali anatomii páteře a míchy, rozdělení poranění, diagnostiku, konzervativní a operační postupy, rehabilitaci a ošetrovatelskou péči u takto zraněných pacientů. Dále jsme se pokusili rozpracovat kvalitu života obecně, specifika kvality života ve zdravotnictví, včetně ovlivňujících faktorů, hodnocení kvality a nástrojů k hodnocení. Poslední kapitolu teoretické části jsme zaměřili na ParaCENTRUM Fenix v Brně, které napomáhá těmto handicapovaným začít nový a kvalitní život, případně navrátit se k předchozímu plnohodnotnému životu.

Pro praktickou část jsme zvolili kvalitativní metodu výzkumu, vedenou formou rozhovorů. Ty byly provedeny s osmi respondenty, kteří splňovali požadovaná kritéria a jsou klienty ParaCENTRA Fenix. V empirické části jsme si zvolili tři výzkumné otázky, a to tyto: Jaký vliv má traumatická míšní léze na život klienta? Jak klienti hodnotí kvalitu svého života po registraci v ParaCENTRU Fenix? Je pro klienty s traumatickou míšní lézí důležité začleňování se do skupiny lidí se stejným handicapem? Získané informace jsme se pokusili zpracovat a zhodnotit tak kvalitu života u těchto klientů.

1 SOUČASNÝ STAV PROBLEMATIKY

V České republice existuje síť spinálních center od roku 2010. Péče o tyto pacienty je ošetřena Metodickým opatřením Ministerstva zdravotnictví České republiky, a to Věstníkem 6/2002.

V roce 2004 vzniklo Paraplegické fórum, které bylo v roce 2007 přejmenováno na „Českou společnost pro míšní léze“. Touto společností pak byly vytyčeny diagnostické a terapeutické standardy péče o úrazové i neúrazové poranění páteře a míchy. Dne 5. září 2016 byl poprvé vyhlášen celosvětově Den poranění míchy.

V České republice existuje několik neziskových organizací, sdružující pacienty s poraněním míchy a pomáhajícím jim v návratu do plnohodnotného života. Jedním z nich je ParaCENTRUM Fenix se sídlem v Brně, které vzniklo v roce 2004. V současné době sdružuje přes 130 vozíčkářů a jejich rodinných příslušníků. Klientů však má už přes 250.

Primárním problémem těchto pacientů je návrat do běžného života, což úzce souvisí s kvalitou života po poranění páteře a míchy. Vzhledem k tomu, že je kvalita života vnímána subjektivně, zaslouží si velkou pozornost (Hudáková a Majerníková, 2013).

1.1 Anatomie a fyziologie

Osovou kostrou trupu společně s kostrou hrudníku a lebky je u člověka páteř, která je základní oporou těla. Její další důležitou funkcí je ochrana míchy, míšních nervů, kostní dřev se podílí na krvetvorbě, kostěná část skeletu je významná pro metabolismus minerálů. Celková délka páteře je u mužů asi 70 cm a u žen 60 cm. (Kočis a Wendsche, 2012).

Zásadní funkcí páteře je ochrana míchy a nervů míšních. Funkce míchy jsou ve zprostředkování impulsů mezi centrální nervovou soustavou a tělem, kdy při přerušení míšních drah dochází k závažným poruchám hybnosti. Také jde o reflexní mechanismus, který zabezpečuje klidové napětí ve svaích, řídí vyprazdňování a obranné svalové pohyby. Významná funkce je zejména v oblasti prodloužené míchy, kde je centrum reflexů, které zajišťují polykání, sání, slinění, kašel,

kýchání a zvracení. Také se zde nachází centrum dýchání a centrum pro řízení krevního tlaku a regulaci srdeční činnosti (Kapounová, 2007).

1.1.1 Anatomie páteře

Páteř je složena z obratlů krčních, kterých je sedm, obratlů hrudních, kterých je dvanáct, obratlů bederních, kterých je pět a dále kosti křížové a kostrční. Spojení mezi jednotlivými obratli jsou vazivová, chrupavčitá a kloubní. Křížové a kostrční obratle v dospělosti srůstají. Páteř člověka vytváří pružný celek, která je dvakrát prohnutá dopředu – lordóza krční a bederní a dvakrát je prohnutá dozadu – kyfóza hrudní a křížokostrční. Tato zakřivení jsou důsledkem přímého držení těla (Kočiš a Wendsche, 2012).

Obratel je tvořen tělem, obloukem a obratlovými výběžky. Tělo obratle je ventrálně uložená nejmohutnější část, oblouk obratlový je uložen dorzálně. Meziobratlové otvory pro výstup míšních nervů se nacházejí mezi odstupy oblouků od obratlových těl. Veškeré obratlové otvory ohraničují páteřní kanál. Třetí částí obratle jsou obratlové výběžky, dva páry výběžků kloubních pro vzájemné spojení obratlů, jeden pár příčných výběžků, kde se v oblasti hrudní páteře spojují žebra a jeden výběžek trnový. Obratlová těla spojují meziobratlové ploténky, krátké vazy pak spojují oblouky, příčné a trnové výběžky.

Krční obratle tvoří velký obratlový prostor a relativně malá těla. Pouze první krční obratel nazývaný atlas neboli nosič nemá obratlové tělo a druhý krční obratel nazývaný axis neboli čepovec tvoří výjimku. Hrudní obratle mají těla vysoká a při horním a dolním okraji jsou plochy pro spojení hlaviček žeber, na jejich příčné výběžky se pak napojují žebra hrbolky. Bederní obratle mají těla největší. Kost sakrální je tvaru pyramidy a na obou plochách jsou otvory pro výstup křížových nervů (Holibková a Laichman, 2010).

1.1.2 Anatomie míchy

Spojením jednotlivých obratlů vzniká páteřní kanál, kterým prochází mícha a je tak dostatečně chráněna. Mícha má délku asi 45 cm a je spojnicí mezi mozkem a jednotlivými orgány těla pomocí míšních drah, které jsou označovány jako ascendentní neboli senzitivní a descendetní neboli motorické. Součástí mozkového kmene je prodloužená mícha neboli medulla oblongata, na kterou navazuje v oblasti týlního otvoru úsek nazývaný mícha hřbetní neboli medulla spinalis. Jde o nervovou

tkáň ve tvaru sloupce. Mícha končí v oblasti druhého bederního obratle. Střed míchy tvoří centrální kanál, kolem nějž je šedá hmota ve tvaru motýlích křídel. Takzvané motoneurony k inervaci příčně pruhovaného kosterního svalstva se nacházejí v přeních míšních rozích. Vegetativní vlákna vznikají z buněk v postranních rozích míšních. Nervové buňky shlukující se v jádra nervová, jsou v míšních rozích zadních, jejich výběžky vedou několika směry. Bílá hmota je uložena periferně od hmoty šedé a dělí se na provazce zadní, postranní a přední. Jsou tvořeny nervovými drahami (Holibková a Laichman, 2010).

Další dělení míchy je na pars cervicalis, pars thoracalis, pars lumbalis a pars sacralis. Tyto části míchy jsou děleny na segmenty, z nichž vycházejí párové míšní nervy, jichž má člověk jedenatřicet párů, a to osm párů krčních, dvanáct párů hrudních, pět párů bederních, pět párů křížových a pouze jeden pár kostrční. V kaudální části míchy procházejí míšní nervy a kořeny sestupně a mají tvar koňského ohonu, jsou nazývány cauda equina. Míšní nerv je nerv smíšený a má tři vlákna, motorická, senzitivní a vegetativní. Motorická vlákna vycházejí kořeny míšními předními z motorických neuronů míšních. Vlákna senzitivní vystupují z ganglion spinale a vegetativní vlákna z postranních míšních rohů. Jako hlavní motorická dráha je označována dráha pyramidová, probíhající v předních a postranních provazcích míšních. Nejvýznamnější dráhou senzitivní je dráha spinobulbární, mediální část se označuje jako Gollův svazek, laterální část jako svazek Burdachův (Kapounová, 2007).

Vazivové obaly míchy jsou tvořeny míšními plenami a je hovořeno o dura mater spinalis neboli tvrdé pleně míšní, která zevně obaluje míchu a měkké pleny. Prostor epidurální je mezi plenou tvrdou a periostem páteřního kanálu. Mezi měkké pleny jsou řazeny pia mater spinalis a arachnoidea spinalis. Prostor mezi těmito plenami je nazýván subarachnoideální, ve kterém je mozkomíšní mok tlumící nárazy. Prostor subdurální se nachází mezi arachnoideou a tvrdou plenou (Holibková a Laichman, 2010).

1.2 Poranění

Dle dostupných statistik dochází v 15-40 % všech případů zlomenin páteře i k poranění míchy. Téměř 20 % zraněných má poraněno více obratlů současně. Lze však s jistotou říci, že nejzranitelnější je úsek páteře krční, dále hrudní a v posledním případě část bederní. Mezi nejčastější příčiny vzniku těchto zranění jsou dopravní nehody, pády z výšky, skoky do vody a sportovní úrazy (Hrabálek, 2011).

Páteř můžeme dělit na dva sloupce. Sloupec přední vyznačuje přední podélný vaz, obratlové tělo a ploténky. Sloupec zadní označuje zadní podélný vaz, páteřní kanál, pedikly, transversální a spinózní výběžky. Poranění páteře můžeme dle AO klasifikace dělit na tři typy, a to A, B, a C se skupinami 1, 2, 3 a jejich podskupinami. Nejlehčí poranění předního sloupce je označováno jako A, oproti tomu poranění předního i zadního sloupce s distrakcí je označováno jako B a poranění předního a zadního sloupce s rotací je označováno jako typ C (Kočiš a Wendsche, 2012).

1.2.1 Poranění páteře

Poranění páteře postihuje skelet obratlů, vazy a často i míchu. Pokud je zranění v oblasti dolního konce kosti týlní až k ploténce C2/C3 hovoříme o poranění horní krční páteře. V této oblasti může dojít k atlanto – okcipitální dislokaci, kdy jde o postu kosti týlní k prvnímu krčnímu obratli. Toto zranění je téměř neslučitelné se životem. Mezi vzácné poranění při působení vertikální síly na hlavu řadíme izolované zlomeniny kondylů okcipitální kosti. Naproti tomu časté zranění jsou izolované zlomeniny atlasu, které vznikají silou působící na temeno hlavy. Při tomto poranění dochází k poškození předního nebo zadního oblouku obratle. Jeffersonova fraktura neboli tříštivá fraktura oblouku C1 vzniká působením síly na hlavu, kdy je zlomen přední i zadní oblouk atlasu. Dále můžeme zjistit izolované zlomeniny čepovce vznikající působením síly při hyperflexi hlavy a krční páteře v kombinaci s rotací. Fraktury C2 rozdělujeme na zlomeniny zubu čepovce, zlomeniny čepovce v oblasti zúžení, kombinované zlomeniny C1 – C2 a nezařaditelné zlomeniny C2.

Poranění dolní krční páteře je označováno při poškození ploténky C2/C3 po obratel Th1. Často jde o poranění páteřního krčního obratle a ploténky C5/C6. Při luxaci střední a dolní krční páteře jde o diskoligamentózní poranění, nejčastěji v oblasti mezi pátým a šestým krčním obratlem. Dalším poraněním mohou být flekční slzovité zlomeniny, které vznikají hyperflekčním mechanismem. V těchto případech se jedná o rozdělení obratlových těl s posunem fragmentů do páteřního kanálu. Často dochází k ruptuře vazů, poškození meziobratlové ploténky pod zlomeným obratlem a k distrakci se subluxací kloubních ploch. Jako velmi časté zranění označujeme tzv. „whiplash injury“ neboli „šlehnutí bičem“, kdy jde o poranění měkkých tkání, které vznikají působením nepřímých sil. Jde o distorzi, subluxaci a kontuzi krční páteře (Luckarová, 2014).

V oblasti thorakolumbální dochází nejčastěji k frakturám v oblasti Th – L přechodu. Hrudní a bederní páteř je rozdělena na úsek hrudní páteře, kam zařazujeme obratle T1-T10, úsek thorakolumbálního přechodu, kam řadíme obratle T11-L1 a úsek páteře bederní L2-L5. Při poranění dochází ke zlomeninám předního či zadního sloupce, případně jejich kombinacemi. Také může jít o distrační poranění sloupců, případně o zlomeniny dislokované, vznikající rotací (Hrabálek, 2011).

1.2.2 Poranění míchy

K závažným a nejčastějším zraněním v oblasti míchy dochází při poškození krční páteře, dále pak v oblasti přechodu krční a hrudní páteře a v oblasti přechodu hrudní a bederní páteře. Mechanismus vzniku můžeme dělit na primární a sekundární. Jako primární poranění míchy jsou označovány čtyři typy, a to kontuze míchy s přetrvávající kompresí míchy, dále kontuze s přechodnou kompresí míchy, poté distrakce neboli protažení páteře v podélné ose s natažením nebo střížným poškozením míchy, a to spolu s cévním zásobením a poslední typ lacerace míchy různého rozsahu. Jako sekundární poškození jsou označovány autodestrukční změny vznikající v důsledku krvácení, trombózy a vazospazmů při biochemických změnách vedoucích k edému míchy (Ambler, 2019).

Poranění míchy může být nekompletní či kompletní. Při nekompletním zranění jsou pod úrovní poranění zachovány senzitivní nebo motorické funkce. U částečné míšní léze se nevyskytuje míšní šok (Ambler, 2019). Při kompletní lézi nejsou tyto funkce zachovány a je tak hovořeno o paraplegii či kvadruplegii (Hrabálek, 2011). Po poranění míchy dochází k rozvoji míšního šoku, který může trvat v horizontu několika dní až týdnů. Jde o výpadek motorických, senzitivních a autonomních funkcí s hyporeflexií, hypotonií nebo areflexií pod úrovní zranění (Kříž, 2019). Míšní šok je také charakterizován poruchou autoregulace cévního řečiště, poruchou termoregulace, střevní atonií, poruchou vylučování, obstipací, poruchou elektrolytické rovnováhy (Wendsche, 2009).

1.3 Diagnostika poranění

Zásadní význam pro správnou diagnostiku poranění páteře a míchy má vedle anamnézy, fyzikálního vyšetření, celkového zhodnocení stavu pacienta, zobrazovacích metod velký význam aktuální neurologické vyšetření, které by nemělo být ovlivněno farmakologií. Při získávání anamnestických informací je nutné se soustředit na mechanismus vzniku

úrazu, přidružené onemocnění, předchozí úrazy a operace. Při fyzikálním vyšetření je nutné se zaměřit na lokalizaci bolesti, exkoriace, hematomy, otoky a další známky napovídající zranění páteře a míchy.

Základem neurologického vyšetření je zhodnocení úrovně a rozsahu léze dle mezinárodních standardů pro klasifikaci míšního poranění. Stanoví se na základě senzomotorických funkcí, jedná se nejčastěji o Fankelovu klasifikaci hodnotící svalovou sílu v deseti skupinách na horních a dolních končetinách. Výška poranění současně s motorikou určuje závažnost poškození, a to pentaplegii – ochrnutí všech končetin, svalstva trupu a břišního svalstva, včetně bránice. Jde o poškození míchy v úrovni C1-C4. Dále pak kvadruplegii neboli částečnou ztrátu hybnosti horních končetin, úplnou ztrátu hybnosti trupu a dolních končetin. Jde o míšní lézi v rozsahu C5-Th1. Dalším poškozením je paraplegie při poškození v oblasti Th1-Th12 a paraparézy při omezené hybnosti dolních končetin, kdy je poškozena oblast L1-S2 (Kříž, 2019).

RTG vyšetření je využíváno u pacientů bez neurologického nálezu a má svá úskalí, kdy není hodnotitelný celý vyšetřovaný úsek páteře, a to zejména v oblasti krční páteře. K základní diagnostické metodě je řazeno CT vyšetření a magnetická rezonance, která zobrazuje nejen kostěný systém, ale zejména poranění míchy. Provádí se u pacientů s neurologickým nálezem. Mezi další vyšetření můžeme řadit elektrofyziologické vyšetření pro objektivizaci průběhu a výsledků léčby (Nýdrle, 2017).

1.4 Terapie

V případě podezření na poranění páteře a míchy je nezbytné okamžité znehybnění páteře pomocí krčního límce, celotělové vakuové matrace, případně použití scoop rámu již v přednemocniční fázi. Samozřejmostí je kontrola stavu vědomí pacienta, dostatečná oxygenace či intubace, kardiovaskulární stabilizace a včasný transport do Traumacentra (Dobiáš, 2012).

Při diagnostikovaných stabilních zlomeninách je volen konzervativní postup terapie, který spočívá ve fixaci páteře vhodným límcem, v oblasti hrudní páteře pak nasazením ortézy. Jako další volitelnou možnost pro konzervativní terapii je tzv. „Halo – aparát“, jde o objímku, která je připevněna šrouby k lebeční kosti a dále pak tyčemi spojenou

s termoplastickou částí hrudní neboli vestou. Pomocí této pomůcky lze reponovat posuny krčních obratlů.

Stabilizace páteře operační cestou je volena u nestabilních fraktur, při neurologickém nálezu a při nutnosti dekomprese míchy. U krční páteře jsou známy tři operační přístupy, a to přední přístup, zadní přístup a přístup kombinovaný. Principem operace je odstranění útlaku páteřního kanálu a stabilizace oblasti pomocí spondylodézy. V některých případech je provedeno kostní spojení segmentu pomocí kostního štěpu, který je zajištěn kovovým implantátem.

Při poranění hrudní páteře je využívána tzv. video asistovaná torakoskopická operace. Thorakolumbální páteř je operována ze zadního přístupu, vzhledem k odlišným anatomickým poměrům oproti oblasti krční páteře. Ve většině případů jde o zavedení transpedikulárních šroubů a zajištění stability poraněného úseku páteře (Nýdrle, 2017).

1.5 Rehabilitace

Rehabilitace u pacientů se spinálním poraněním je nedílnou součástí, která by měla být indikována v brzké době po operačním výkonu. Jde o soubor úkonů, které by měli takto zraněnému pacientovi pomoci v návratu do běžného života. V akutní fázi jde o bazální stimulaci, pasivní cvičení, dechovou gymnastiku, polohování. Následně pak o fyzioterapii, ergoterapii, nácvik soběstačnosti pomocí kompenzačních pomůcek a v neposlední řadě o psychologickou péči (Kolář a Máček, 2015).

1.6 Ošetrovatelská péče

Pacienti, kteří mají poraněnou páteř a v mnoha případech i míchu, vyžadují intenzivní péči, která by měla být komplexní. Často jsou ohroženi selháním základních fyziologických funkcí a vyžadují přístrojovou a farmakologickou podporu. Mezi základní monitoraci je zahrnováno EKG, invazivní měření krevního tlaku, SpO₂, CVP, monitorace hemodynamiky, laboratorní parametry atd. Velmi důležitou součástí ošetrovatelské péče je i péče o dýchací cesty, vyprazdňování, celkovou hygienu, výživu, rány, polohování, prevence dekubitů a dopomoc při nácviku soběstačnosti (Kříž, 2019).

U pacientů s poraněním páteře a míchy jde především o ucelenou ošetrovatelskou péči. Péče o dýchací cesty se zaměřuje zejména na pravidelnou a důkladnou toaletu dýchacích cest. Naprosto zásadní je provádění respirační fyzioterapie, posturální

drenáže, časté polohování s využitím „pronační polohy“. Hlavním cílem je udržení a zlepšení plicní ventilace. Ošetrovatelský personál by měl v pravidelných intervalech kontrolovat tlak v obturační manžetě a ošetřovat okolí endotracheální či tracheostomické kanyly, polohovat ji. U nezaintubovaných pacientů je vhodné využití neinvazivní plicní ventilace.

Pouřazová péče by měla být také zaměřena na příjem potravy a zejména na prevenci stresového vředu. Proto by měl ošetrovatelský personál monitorovat množství odpadu z nasogastrické sondy, měl by se také zaměřit na střevní peristaltiku. Může být ordinována parenterální výživa, v brzké době pak výživa enterální, kterou NLZP podává buď v bolusových dávkách nebo kontinuálně. Pokud je pacient schopen stravu přijímat perorálně, je nutné podání dostatečného množství bílkovin a samozřejmostí by měla být dopomoc a nácvik sebeobsluhy v této oblasti. Je samozřejmostí komplexní ošetrovatelská péče v oblasti hygieny, včetně péče o vlasy a nehty.

Ve většině případů je ihned po úrazu zaveden permanentní močový katétr, kdy je nutné sledovat možné známky infekce, průchodnost a díky němu také ošetrovatelský personál sleduje bilanci tekutin. V doméně vyprazdňování stolice je nutné se zaměřit na pravidelný interval vylučování, vzhledem k tomu, že po poranění míchy dochází k střevní paralýze.

Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je polohování zabraňující vzniku kontraktur, atrofií, dekubitů. Mělo by být součástí ucelené fyzioterapie. Ta by měla také být zaměřena zejména na vertikalizaci pacientů (i do invalidního vozíku) a nácviku sebeobsluhy s pomocí dostupných pomůcek.

Každý pacient, který je upoután na lůžko, je vystaven riziku trombembolické nemoci, a proto vzniká potřeba opatření proti žilní trombóze, kdy jsou využívány pomůcky ve formě punčoch, intermitentních kompresí atd.

U poškození míchy se mohou u pacientů objevit tzv. „Fantomovy bolesti“, proto je nutné v pravidelných intervalech sledovat bolest pomocí škál používaných na konkrétních odděleních. Důležitá je samozřejmě psychologická podpora, která by měla být zahájena již na intenzivním lůžku, a mělo by v ní být pokračováno po celou dobu hospitalizace.

Pro ošetrovatelský personál by mělo být u takto zraněných pacientů samozřejmostí využití všech dostupných pomůcek v komunikaci, jako je odezírání, piktogramy atd. (Wendsche, 2009).

1.7 Potřeby pacientů

V obecné rovině lze potřebu označit jako nedostatek nebo nadbytek, který vede člověka k jeho uspokojení. Jde o nedostatek nebo nadbytek požadavku, který může být biologický, psychický, sociální nebo duchovní. Každého jedince pak ovlivňuje naplnění potřeb a podílí se přímo na vzorcích jeho chování (Příbyl, 2015).

Pohled na člověka jako na holistickou bytost s komplexními potřebami v oblasti fyzické, psychické, spirituální i sociální je základním znakem ošetrovatelství. Aby mohlo být dosažena či uchována kvalita života pacienta, je nutno charakteristicky, systematicky a plánovitě uspokojovat jeho potřeby. Proto musí být na pacienta pohlíženo komplexně za využití Maslowovy teorie potřeb. Její základní část určují existenční potřeby – výživa, kyslík, stav bez bolesti. Další částí je pocit bezpečí a jistoty, potřeba lásky, přijetí ve skupině, potřeba uznání, úcty druhých i k sobě samotnému. Vrchol pyramidy tvoří potřeba seberealizace (Mastiliaková, 2014).

Lidské potřeby lze také dělit dle důležitosti, a to na nižší a vyšší. Nižší potřeby jsou charakterizovány fyziologickým hlediskem a potřebou bezpečí. Pokud nejsou uspokojeny, nemohou být uspokojovány ani potřeby vyšší. Nelékařský zdravotnický pracovník by měl být nedílnou součástí při uspokojování potřeb pacienta. Měl by jej motivovat a vcítit se do pacienta (Šamánková, 2011).

Aby bylo možno pacientovy potřeby uspokojit je nutno je také správně identifikovat. K tomu je nejlepším prostředkem komunikace, ať už verbálně či nonverbálně. Je nutné věnovat pozornost prostředí komunikace, způsobům komunikace i časové rovině, ve které s pacientem komunikujeme. Nesprávné načasování a použití nesprávných nástrojů může vést k narušení vztahu s pacientem, a tím způsobit značné komplikace v určení a následném uspokojení jednotlivých potřeb. Je nutné si uvědomit, že mohou také vzniknout překážky, mezi které můžeme řadit stud, obavu ze zklamání, nemožnost přijmout pomoc, někdy také jazykovou bariéru a nepochopení (Příbyl, 2015).

Základní potřeby jsou biologické a jsou spjaty s potřebami fyzickými, mezi které můžeme zařadit dýchání, výživu, potřebu vyprazdňování, hygienu, spánek, sexuality a potřebu pohybu. Základní potřebou je také být bez bolesti (Trachtová, Trejnarová a Mastiliaková, 2013).

Psychické potřeby jsou odůvodněním psychického stavu a jevů, které vycházejí z prožívání okolního prostředí a individuálního vnímání. Pokud je pacient v psychické nepohodě, což nemoc ve většině případů způsobuje, prožívá pocity vlastní slabosti a musí se vyrovnat s obavami, které mu nemoc či zranění přináší. Je také stresován neschopností kontroly nad vlastním životem a ztrátou nebo omezením v oblasti soběstačnosti. Jde také o rozvíjení osobnosti a pocit bezpečí (Bužgová, 2015).

Mezi další významné lidské potřeby jsou řazeny potřeby sociální, které jsou značně ovlivněny nemocí či zraněním, a poté dopadem na vnější stránku jedince. Nemoc pacienta odtrhává od normálního společenského života, na který byl doposud zvyklý. Tyto potřeby jsou důležité a nesmí být opomíjeny ani v nemocnici (Šamánková, 2011).

Poslední skupinou potřeb, neméně důležitých, jsou potřeby spirituální. Je proto nutné respektovat náboženské vyznání pacienta a pokud možno mu poskytnout duševní útěchu v rámci daných možností (Bužgová, 2015).

1.8 Kvalita života

Světová zdravotnická organizace interpretuje kvalitu života jako „subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem“ (WHO, 2019). V druhé polovině 20. století je ve společenských vědách poprvé použit pojem kvality života. První, kdo tento pojem použil, byl americký ekonom a sociolog Galbraith. Tento termín se dostal do konceptů mezinárodních vědeckých a společenských organizací později. Do oblasti vědy a výzkumu se tento termín dostal v 60. a 70. letech, kdy se stal součástí politických projevů. Dá se říci, že první monografii zabývající se kvalitou života chronicky nemocných vydal A. L. Straus v roce 1975. Následně došlo k rychlému rozvoji v oblasti výzkumu a kvalita je řešena z úhlů pohledu mnoha vědních oborů (Křivohlavý, 2009).

Kvalitu života nelze jednoznačně vymezit a absolutizovat, neboť jde do jisté míry o subjektivní pojem. Mnoho výzkumů, analýz i doporučení světových databází

(ProQuest Central, Scopus, Knovel) jsou toho důkazem. Můžeme zmínit Moraga, dle kterého je kvalita života definována jako rozsah prožívání, jako individuální vnímání pozice jedince v životě, vnímané v souvislosti s vnímáním kulturního a hodnotového systému. V každém z případů jde o věci, které člověk považuje ve svém životě za důležité. V rámci ekonomických, sociálních a medicínských věd se vytvořily tři konceptualizace individuální kvality života, a to kvalita upravených let života, subjektivní pohoda a kvalita života související se zdravím (Hudáková a Majerníková, 2013).

Kvalita života má velkou míru komplexnosti a je vyjadřována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněná a multiúrovňová. Nejen medicína, ošetrovatelství, ale zejména také filozofie, sociologie, psychologie, pedagogika, andragogika, ekonomie a mnoho dalších vědních oborů se pokouší o zkoumání a vymezení kvality života. I z tohoto důvodu, neboť každý vědní obor má svůj pohled a vymezení, nemá kvalita života přesně vymezený koncept. I tak dostal tento pojem v každém oboru nezastupitelné místo (Gurková, 2011).

1.9 Kvalita života v ošetrovatelství

Hodnocení kvality života v ošetrovatelství je jedním ze zásadních ukazatelů úspěšnosti léčby a dopadu nemoci na další život pacienta. Na pacienta musí být vždy pohlíženo v kontextu paradigmatu ošetrovatelství, což znamená, že základem pro hodnocení musí být všechny projevy činností, emoční život, ale také rodinné zázemí, společenská, pracovní i sociální oblast. Velký důraz je kladen i na oblast seberealizace. V ošetrovatelství je hodnocena kvalita života u pacientů s různými onemocněními či zraněními, proto je důležitý individuální přístup ke každému z nich (Gurková, 2011).

Pro nelékařské zdravotnické pracovníky by měla být kvalita života jejich pacientů významným cílem, který by měl být zaměřen individuálně na pacientovy potřeby nejen po jeho fyzické stránce, ale důraz by měl být kladen i na zvládání každodenních činností a návratu pacienta do běžného života (Gurková, 2011).

1.10 Konceptualizace kvality života v ošetrovatelství

Konceptualizace a měření kvality života má dva hlavní přístupy, a to pohled na celou populaci a pohled individuální. První pohled je aplikovatelný na lidskou populaci jako celek, druhý přístup je individuální, například jako kvalita života související

se zdravím nebo subjektivní pocit pohody. Ošetrovatelství využívá druhého konceptu, tedy individuálního. Konkretizuje pohled na člověka a jeho zdravotní stav. Ferransová v roce 2005 na základě definic kvality života určila pět základních kategorií konceptualizace kvality života v ošetrovatelství. Je vymezena jako schopnost vést normální život, štěstí, spokojenost, dosahování osobních cílů, schopnost vést sociálně aktivní život a jako úroveň potenciální tělesné a mentální kapacity. Pokud chceme kvalitu života pacientů vylepšit je nutné je správně definovat a hodnotit. Je tedy nutné uplatňovat tři základní kategorie, a to diferenciaci, predikce neboli odhadování budoucích hodnot a hodnocení změny v časové ose.

Diferenciaci, predikce a hodnocení v čase, to jsou kategorie praxe založené na důkazech, které by měly být nástrojem ke zlepšení kvality života pacientů. Tyto nástroje musíme přesně měřit a definovat. Pro efektivnost ošetrovatelské péče je nutné uchopit a objektivizovat měření kvality života (Gurková, 2011).

1.11 Ovlivňující faktory

Faktory, které ovlivňují kvalitu života, mají přímý i nepřímý vliv. Jde o mnoho oblastí, ať už zdravotní, ekonomické, sociální či environmentální. Dalšími ovlivňujícími faktory jsou pak věk, pohlaví, rodina, vzdělání, ekonomická situace, kultura, vznik a průběh nemoci či zranění a v neposlední řadě individuální žebříček hodnot. Tato specifika, kam musíme zařadit i stav psychický, způsob vyrovnávání se se stresovými situacemi, vlastní postoj k životu pacienta, pracovní zázemí, jsou důležitými ovlivňujícími faktory, ke kterým musíme přihlížet.

Důležité je také se věnovat informovanosti pacienta o nemoci, možných postupech a komplikacích léčby. Nelékařský zdravotnický personál si musí být vědom faktorů, které mohou ovlivnit kvalitu života pacientů. Jedná se také zejména o vlastní komunikaci s pacientem, prostředí, které mu poskytuje (Gurková, 2011).

1.12 Hodnocení kvality života

Pro hodnocení kvality života pacientů musí být vymezeny dva stěžejní termíny, které se k ní vztahují. Jde o zdraví a nemoc. Proto, aby mohl člověk uspokojit, a to v co nejvyšší míře veškeré své potřeby, je nutné, aby byl zdravý. Pojem zdraví lze také charakterizovat jako bohatství, štěstí pojící se s holismem a mělo by být

na nejvyšším místě hodnotového žebříčku jedince. Při vzniku patologických procesů jakéhokoli původu hovoříme o nemoci, opaku zdraví.

Dle Čeledové lze hovořit při dělení stádií nemoci na stádium latence, prodromálních příznaků, manifestace, rekonvalescence, částečného či úplného uzdravení, přechodu do chronicity či smrti. Důležité je také si uvědomit, že existuje pouze tenká osa mezi zdravím a nemocí, která se může vzájemně prolínat. Za důležitý stresový faktor lze pak považovat zranění či bolest, se kterým se pacient setkává. Zdraví pak můžeme vymezit jako stav tělesné, duševní i sociální pohody, kdy jsou zachovány dostatečné fyziologické funkce a jedinec má uspokojeny potřeby individuálně (Čeledová a Čevela, 2010).

1.13 Nástroje pro měření kvality

Mezi výzkumné metody pro zjišťování a hodnocení kvality života lze využít mnoha výzkumných metod. Mezi hojně využívané řadíme pozorování, rozhovor, dotazníkovou metodu. Vhodnou formou jsou dotazníkové metody, které by měly být „přímé šité na míru“.

Pro měření kvality života existují standardizované nástroje, které jsou dostupné i v českém jazyce. Lze díky nim získat statistické údaje pomocí strukturovaných rozhovorů, dotazníků a škál. Pokud probíhá výzkum pomocí dotazníkové metody, měla by být volena i vhodná grafická úprava a pacient by měl mít dostatek času a volnost se vyjádřit k jednotlivým bodům. Nástroj by měl být přiměřený obsahem i rozsahem. V praxi to znamená využití nástroje, kdy máme získaný souhlas s jeho používáním na daném pracovišti i od organizace, která jej vytvořila (Slováček, 2012).

Ve světě byly jako první používány dva nástroje, a to Sickness Impact Profile (SIP) a Nottingham Health Profile (NHP). Nástroj SIP byl vytvořen pro hodnocení farmakoeconomické analýzy a pro hodnocení efektivnosti léčby. Je spíše obecný bez ohledu na typ a závažnost onemocnění, demografické nebo kulturní aspekty (Vaňásková, Bednář, 2013). Tento nástroj obsahuje 136 položek, které jsou děleny do 12 subškál – spánek, oddech, emocionální život, péče o tělo, pohybová aktivita, péče o domácnost, mobilita, sociální interakce, komunikace, práce, rekreační aktivita a stravování.

Dalším nástrojem, který vznikl, byl Nottingham Health Profile (NHP) pro měření tělesného, sociálního a psychického distresu. Tento nástroj je zaměřen na změny v prožívání, obsahuje 38 položek rozdělených do 6 subškál – spánek, bolest, emocionální reakce, sociální izolace, tělesná mobilita a úroveň terapie. Jeho vyplňování je jednodušší.

V České republice jsou nejvíce využívány čtyři typy nástrojů, a to SF – 36, European Quality of Life Questionnaire – Version EQ – 5D, WHOQOL – BREF a Psychological General Well – Being Index. SF – 36 byl vytvořen s cílem poskytnout hodnocení konceptů zdraví, jež nejsou specifické pro žádné onemocnění, věk a typ léčby. Obsahuje 36 položek a byl vytvořen pro hodnocení farmakoeconomických analýz a statistické údaje. Validizovaná a přeložená forma této metody byla určena pro 15 zemí. Výhodou tohoto nástroje je normování, standardizace, která umožňuje porovnávání s pacienty po celém světě. Jednotlivé subškály tohoto nástroje zastupují omezení fyzických aktivit v důsledku nemoci, omezení ve vykonávání sociálních aktivit, omezení v oblasti soběstačnosti, bolest a celkové vnímání zdraví. Mentální zdraví je zastoupeno v subškále vitality. European Quality of Life Questionnaire – Version EQ – 5D je jinými slovy standardizovaný nástroj k hodnocení zdravotního stavu. Tento nástroj nám umožňuje hodnocení ze dvou úrovní, z úrovně objektivní a subjektivní. Objektivní zahrnuje pět oblastí, a to pohyblivost, sebeděči, obvyklé činnosti, bolest a úzkost. Každá z položek je posuzována pomocí třístupňové škály – bez potíží, mírné potíže, intenzivní potíže. Výstupem je pak index kvality. Úroveň subjektivní zahrnuje vizuální analogovou škálu, kdy dotazovaný vyznačuje vnímání svého zdravotního stavu. WHOQOL – BREF je používán zejména pro potřeby klinické praxe. Jde o dotazník, který je složen z 26 položek rozložených do 4 subškál. Položky jsou hodnoceny od 1 do 5, kdy vyšší číslo značí vyšší kvalitu. Výsledek je přepočítáván na procenta. Psychological General Well – Being Index obsahuje 68 položek a má také zkrácenou verzi s 22 položkami, které jsou určením intrapersonálního, afektivního nebo emocionálního stavu. Tento nástroj je dostupný i v českém jazyce (Gurková, 2011).

1.14 ParaCENTRUM Fenix

ParaCENTRUM Fenix vzniklo v roce 2004 jako samostatné občanské sdružení v Brně. V roce 2006 jsou spuštěny webové stránky a také jsou zahájeny první počítačové kurzy a cvičení. V roce 2007 zahajuje centrum rozšířený provoz o odborné sociální

poradenství, sociálně aktivizační služby a aktivizační službu v terénu, což je předchůdce osobní asistence. V roce 2008 centrum zahájilo bezbariérovou přepravu. V roce 2009 se centrum stalo členem European Spinal Cord Injury Federation a rozšířilo své služby o osobní asistenci a v roce 2011 pak o sociální asistenci. Další rok spouští centrum „Výzev se nebojíme“, který se zaměřuje na mezinárodní spolupráci a výzkum zaměstnanosti osob se zdravotním postižením. Ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Brno a Policií ČR zahajuje projekt „Prevence úrazů páteře a míchy“. V roce 2013 se centrum stává registrovaným poskytovatelem zdravotních služeb. Následně vznikla nová služba poradny správného sedu na vozíku a nový projekt „Fenix roztáhne křídla“, jehož cílem je profesionalizovat zaměstnance, navýšit odbornou kapacitu a udržet schopnost nabízet komplexní služby i dalším novým klientům. V rámci úzké spolupráce s VOŠ sociální MU Brno probíhají praxe studentů v našem centru.

Centrum poskytuje služby osobám starším patnácti let po poškození míchy a jejich blízkým. Snaží se usnadnění návratu do domácího prostředí z institucionální péče. Základním obsahem pomoci je podpora soběstačnosti, akceptace nové životní situace, udržování a rozvíjení sociální dovednosti, umožňování sdílení a vyměňování zkušeností a informací, pomoc při uplatňování práv a nároků. ParaCENTRUM Fenix má čtyři tzv. „zlaté zásady“, a to prosazovat individuální přístup s ohledem na osobní potřeby a cíle každého z vás, respektování soukromí a osobního prostoru, nevynucovat, ale podporovat osobní iniciativu, přizpůsobovat služby potřebám a denním dobám, které jsou nejvíce vyžadovány.

V současné době toto centrum sdružuje více než 130 vozíčkářů a jejich rodinných příslušníků. Celkový počet klientů je přes 250 (Fenix, 2019).

2 VÝZKUMNÁ ČÁST

2.1 Cíl práce

Zhodnotit kvalitu života u lidí po traumatické míšní lézi.

2.2 Výzkumné otázky

V1: Jaký vliv má traumatická míšní léze na život klienta?

V2: Jak klienti hodnotí kvalitu svého života po registraci v ParaCENTRU Fenix?

V3: Je pro klienty s traumatickou míšní lézí důležité začleňování se do skupiny lidí se stejným handicapem?

2.3 Metodika výzkumu

2.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Rozhovory byly provedeny s klienty ParaCENTRA Fenix v Brně. Celkový počet respondentů byl osm, z toho pět mužů a tři ženy. Záznamy byly nahrány na diktafon s písemným souhlasem klienta. Rozhovory byly ihned zaznamenány do písemné formy a záznamy smazány.

2.5 Rozhovory

Respondent č. 1

Klient, s iniciály P.G., ve věku 31 let. V době úrazu mu bylo 25 let, kdy jel jednou večer z práce domů na motorce a pak se probral v příkopu. Následně začal řešit odvoz sanitkou. V nemocnici mu bylo vysvětleno, že má poraněnou míchu. Po neurologické stránce skončil s plegií dolních končetin.

Pracuje jako finanční poradce. V běžných denních, činnostech ho postižení určitým způsobem omezuje, nedostane se úplně všude, ale jinak, co potřebuje, si zvládne z většiny udělat sám. Jelikož je to cca týden, co se přestěhoval do Brna do bezbariérového bytu, s podmínkami, kde žije, je proto velmi spokojený. Mimo domov se dostane většinou, kam potřebuje, protože jezdí autem, tak se dostane téměř všude, pokud to není vyložene v lese. Co se týče dopravy, jelikož jezdí autem, tak nevyužívá MHD. Finanční prostředky mu na vyžití stačí, od státu dostává příspěvek

na dopravu a na péči. ParaCENTRUM Fenix mu doporučila rehabilitační lékařka, která pracuje na Spinální jednotce v Brně. Do Fenixu dojíždí zhruba 5 let.

Před úrazem žádný sport nevykonával, alespoň ne závodně. Dělal jsem běžné aktivity, jako je kolo, lyžování, plavání. V centru Fenix cvičí s fyzioterapeuty a na vozíku začal hrát basketball a florbal. Sportovních akcí v této organizaci se zúčastňuje jak kdy, dle plánů a termínů.

Kvalitu svého života hodnotí a bere ji tak jak je, jediné, co by změnil je, že by k úrazu nedošlo. Rodina z úrazu logicky nadšení nebyla, ale podporovali ho tak, aby to pro něj bylo co nejjednodušší, jak po psychické, tak i fyzické stránce. Po psychické stránce by řekl, že je téměř vyrovnaný, trvalo mu delší dobu, než se z toho všeho vzpamatoval. Léky na uklidnění či spaní bral v době, kdy se mu úraz stal a teď momentálně žádné léky neužívá. Do společnosti neměl a nemá problém se začlenit, je spíše introvert a nikde nevyčnívá. V této organizaci si přátele našel, ale že by s nimi trávil svůj volný čas a osobní život, to se říci nedá. V průběhu vedeného rozhovoru pacient na mě působil nervózně, ale co se týče úrazu, byl klidný a vyrovnaný.

Respondent č. 2

Klient s iniciály T.F., ve věku 44 let. V době úrazu mu bylo 22 let, kdy skákal do vody a skončil s plegií dolních končetin a zhoršenou parézou horních končetin.

Pracuje z domova jako počítačový specialista na dálku, teď se rýsuje nová oblast robotiky, tak se nechá překvapit. Postižení ho v běžných, denních činnostech určitě omezuje, ale musí vyjít z toho, co může a podle toho si to upravit, nebo požádat o pomoc, protože člověk s tímto postižením není plně soběstačný. Je spokojený, kde žije. S mámou se přestěhovali do Brna – Nového Lískovce, kde má poblíž MHD, nákupní centrum i poštu, takže je velmi spokojený. Mimo domov mu nedělá problém se pohybovat, záleží jak kde. Z hlediska terénu, když jsou vyšší kopce, je to horší, ale když je někde rovina a mírné kopce, nemá problém. Dostane se všude, kam potřebuje, využívá MHD. Člověk, když si zvykne, tak se dá využít autobus, trolejbus, šalina a když je potřeba jet někam dál, tak auto, které z hlediska postižení nedokáže ovládat. Finanční prostředky jsou pro něj dostačující, zejména příspěvky, které od státu dostává na péči, mobilitu a invalidní důchod. ParaCENTRUM Fenix

mu doporučil bývalý předseda ParaCENTRA, který je také kvadruplegik na vozíku a jezdí do ParaCENTRA cca asi 15 let.

Před úrazem posiloval, jezdil na kole. Po úrazu závodně plaval, dokonce si „vyplaval“ ve škále nejpostiženějších nějaká první místa. Sportovních akcí v této organizaci se zúčastňuje, pořád se tu něco děje. Ted' se cítí být spokojený, ale nebylo tomu tak, dokud se nepřestěhovali z místa, kde žili. V bývalém místě, kde bydleli, bylo více kopců a větší hustota zalidnění.

Úraz jeho rodinu dost vzal, táta se s tím snad nesmířil nikdy, protože byl vyučený jako automechanik, u něj v garáži skoro žil a se vším mu pomáhal. Byl to pro něj šok, chtěl, aby dělal to, co on. Máma byla bojovnice, zařizovala veškeré věci kolem, i když to neměla moc jednoduché, byl v té době spíše flegmatik. V rámci možností se cítí být vyrovnaný, ale užívá lék na úzkost, který nechce vysazovat. Do společnosti měl problém začlenit se, musel respektovat a smířit se s tím, jak to je, protože když by si to nepřipustil, tak by se před lidmi cítil blbě a nerad by se ukazoval. Ted' už to prý neřeší, ale nějakou dobu mu to trvalo. Popřípadě, když člověka přepadnou deprese, jako v jeho případě, pak se straní a chová se introvertně. V ParaCENTRU si přátele našel, tyká si skoro se všemi a je mu tu dobře. V průběhu vedeného rozhovoru klient na mě působil velmi klidně a vyrovnaně.

Respondent č. 3

Klient s iniciály T.S., ve věku 32 let. V době úrazu mu bylo 26 let, kdy spadl z výšky při paraglidingu. Po neurologické stránce má plegii dolních končetin.

Pracuje jako programátor. Postižení ho v běžných, denních činnostech omezuje, ale není to nějak kritické, dokáže se o sebe postarat sám. V místě, kde žije, je spokojený, nic mu tam nechybí. Potíže mimo domov nemá, jezdí autem, vozík si naloží i vyloží sám. Dostane se všude, kam potřebuje, využívá pouze své auto. Finanční prostředky mu přijdou dostačující, od státu dostává příspěvek na péči a mobilitu. ParaCENTRUM Fenix mu našla máma přes internet, dochází sem asi 5 let.

Před úrazem rekreačně dělal právě paragliding, jinak nijak nesportoval. Ted' momentálně plave. V rámci organizace nesportuje, spíše dává přednost rodině, a co se týče sportu, tak plavání. V rámci kvality života se cítí být spokojený, jediné, co by změnil je práce. Rodina z jeho úrazu byla pochopitelně šokována, ale byla

vstřícná a pomáhala mu ve všech směrech. Přijde si být vyrovnaný, neužívá žádné léky. Po úrazu neměl problém začlenit se do společnosti, říká, že to určitě hraje nějakou roli, ale necítil se být ostrčený, vždy se všemi vycházel. Přátele si v ParaCENTRU našel, ale jelikož z důvodu práce nemá moc času, není s nimi tolik v kontaktu, tak jako se svými bližšími přáteli. V průběhu vedeného rozhovoru klient na mě působil depresivně.

Respondent č. 4

Klientka s iniciály B.C., ve věku 58 let. V době úrazu jí bylo 46, kdy při sportu spadla na kole. Neurologicky má plegii dolních končetin.

Pracuje přímo v organizaci Fenix, kde dělá administrativní práci na počítači. Běžné, denní činnosti zvládá sama, potřebuje pomoci např. při koupání, zde se cítí být omezená. S podmínkami, kde žije je spokojená, zajistila si vše tak, aby jí to vyhovovalo. Potíže mimo domov má pouze, pokud jsou někde nějaké překážky, což z většiny jsou, ale v podstatě se dostane všude, kam potřebuje. S dopravou je spokojená, používá svůj vlastní automobil, takže se dostane všude, kam potřebuje. Po finanční stránce by to mohlo prý být lepší, ale vystačí to. Od státu dostává příspěvek na péči. ParaCENTRUM jí doporučili na Spinální jednotce, která tenkrát spadala pod Úrazovou nemocnici. Jakmile se vrátila z nemocnice, začala do ParaCENTRA pravidelně docházet. Dochází sem od roku 2008, kdy posléze dostala nabídku na práci, pracuje zde již 5 let.

Před úrazem sportovala pouze rekreačně, kdy jezdila na kole, plavala, lyžovala. Momentálně chodí plavat, dříve chodila častěji, teď jen občas. V rámci organizace nesportuje, zatím toho nevyužila. Po stránce kvality života, by nic neměnila, vše si zařídila, jak potřebovala, nemá žádné problémy a cítí se být šťastná. Rodina byla z úrazu v šoku, trvalo, než se vše překonalo, a zvládlo, ale museli se s tím vyrovnat, stejně tak jako ona. Léky na uklidnění, ani spaní neužívá, v rámci možností je vyrovnaná. Do společnosti neměla problém se začlenit. Přátele si v ParaCENTRU našla, je zde mladý kolektiv, takže to šlo velmi jednoduše. V průběhu vedeného rozhovoru na mě klientka působila velmi klidně a uvolněně.

Respondent č. 5

Klient s iniciály M.Ž., ve věku 64 let. V době úrazu mu bylo 50 let, kdy byl sražen na jízdním kole autem. Má těžkou parézu dolních končetin a parézu horních končetin.

Kvůli postižení nepracuje. Běžné, denní činnosti ho neomezují, naučil se vše zvládat a udělat si sám. V místě, kde žije, se cítí dobře, byt má bezbariérově upravený, takže si na nic nestěžuje. Mimo domov má někdy značný problém, umí chodit po schodech, ale musí s ním být asistent, který mu nese berlu a musí se držet zábradlí, bez něj je to velmi těžké. Jinak jezdí na vozíku, dříve to bylo horší, před 14 lety, co se mu to stalo, protože nebyla taková bezbariérovost, ale dnes už je to o dost lepší. Ujde o berlích 30 až 50 metrů, více neujde. Na delší vzdálenosti jezdí na vozíku. Protože jezdí sám autem, zajede si, kam chce a kam potřebuje.

Finanční prostředky mu vystačí, říká, že je skromný muž. Příspěvky od státu dostává na péči a na dopravu. ParaCENTRUM Fenix mu doporučil zakladatel organizace Vojtěch Vašíček, jezdí sem asi 12 let.

Před úrazem se rekreačně věnoval turistice, jak pěší, vodní, tak i cykloturistice. Po úrazu „dosportoval“, nevěnuje se žádnému sportu, kromě cvičení s fyzioterapeuty v této organizaci. Sportovních akcí se v rámci organizace zúčastňuje, pravidelně se věnuje rekreačnímu pobytu, kam jezdí každý rok, ostatní aktivity nevyužívá.

Kvalitu svého života hodnotí tak, že po úrazu první 3 roky se vše zlepšovalo a byly nějaké úspěchy, ale za posledních pár roků, protože už je tu věk, tak se tendence zhoršuje, co se týče fyzických schopností, chůze, cvičení, už se sám nepostaví ze země, kdyby upadl. Dříve to zvládl, ale teď už ne, s věkem přichází pokles fyzické schopnosti. Rodina z jeho úrazu byla nešťastná, ale pomáhala mu se vším tak, aby to zvládal. Po psychické stránce si přijde být vyrovnaný, neužívá žádné léky. Neměl problém začlenit se do společnosti. Přátele má všude, jak v ParaCENTRU, tak i mimo něj. V průběhu vedeného rozhovoru klient na mě působil velmi klidně.

Respondent č. 6

Klient s iniciály M.Ž., ve věku 60 let. V době úrazu mu bylo 23 let, kdy jel z práce, měl popito a havaroval na motorce. Má plegii dolních končetin.

Pracuje jako servisní technik, montuje a dělá servis vozíků. V běžných denních činnostech ho postižení omezuje, např. nevymění žárovku, neumyje okna. S podmínkami v místě, kde žije je spokojený, 3 roky žije v bezbariérovém a větším bytě. Mimo domov mu nedělá problém se dostat, převážně jezdí autem, takže se dostane téměř všude.

Finanční prostředky mu momentálně přijdou dostačující. Od státu dostává příspěvek na péči a na dopravu. ParaCENTRUM Fenix začal navštěvovat od samého začátku, protože práci, kterou dělá, byla spojena právě s organizací pod jednou střechou.

Před úrazem sportoval, zabýval se házenou, basketem a atletikou. Po úrazu hraje závodně stolní tenis. V rámci organizace se snaží zúčastňovat se sportovních akcí, ale jelikož má nemocnou manželku, musí se starat hlavně o ni.

Kvalitu svého života hodnotí dobře, mohlo by být po zdravotní stránce lépe, ale nestěžuje si. Rodina byla v šoku z jeho úrazu, zasáhlo to celou rodinu, ale museli se s tím naučit žít, tak jako on. Cítí se být vyrovnaný po psychické stránce, žádné léky na psychiku neužívá. Do společnosti neměl problém se začlenit, jen se změnila skupina lidí, se kterými se stýkal z důvodu přestěhování se. Přátele si zde našel. V průběhu vedeného rozhovoru na mě klient působil vyrovnaně.

Respondent č. 7

Klientka s iniciály S.L., ve věku 28 let. V době úrazu jí bylo 19 let. Úraz se jí stal při autonehodě s přítelem, kdy sjeli autem do příkopu. Auto řídil přítel, kterému se téměř nic nestalo. Než zavolal záchranku, snažil se klientku vyprostit z auta. Klientka si nic nepamatuje, probudila se na oddělení ARO, kdy u ní stál doktor a vysvětloval jí, co se stalo a že má poraněnou krční páteř. Po neurologické stránce skončila s kvadruplegií. Klientka pro toto postižení nepracuje. Postižení ji v běžných denních činnostech určitě omezuje, nedokáže si udělat běžné věci, jako je oblékání, hygiena atd. S podmínkami kde žije, je téměř spokojená. Od začátku, co se jí úraz stal, bydlela u rodičů, kteří přizpůsobili rodinný dům k bezbariérovým podmínkám. Pohybovat se mimo domov jí potíže nedělá, jelikož se o ní stará starší sestra, která má auto, dostanou se všude, kde je potřeba. MHD využívá velmi zřídka, spíše vůbec.

Finanční prostředky jí přijdou dostačující. Od státu dostává příspěvek na péči. ParaCENTRUM jí vyhledala její sestra na internetu přes počítač. Do této organizace dochází asi 7 let, není zde úplně od začátku, kdy se jí úraz stal.

Před úrazem se po sportovní stránce věnovala posilování, chodila s přítelem běhat a také se věnovala hodně turistice. Po úrazu se kromě cvičení v ParaCENTRU dalším sportům nevěnuje. V rámci této organizace se nezúčastňuje sportovních akcí, ani žádných besed. Kvalitu svého života hodnotí tak, že kdyby mohla vrátit čas, přála by si, aby se jí úraz nikdy nestal. Rodinu to velmi ovlivnilo, ale snažili se jí být oporou a podporovali ji. Nejvíce to odnesl přítel, na kterého rodina byla naštvaná a dávala mu za vinu, že za její postižení může právě on. Od začátku jejich vztahu ho moc nemuseli, po autonehodě se vztah mezi přítelem a rodinou ještě více zhoršil. Klientka se od samého začátku bála, jak to vše bude dál probíhat, říkala si, že je přítel mladý a opustí ji, což se tak po roce od úrazu stalo. Klientka byla na jednu stranu velmi zdrcená, ale na druhou stranu svého bývalého přítele chápala a respektovala jeho rozhodnutí, nic jiného jí vlastně ani nezbývalo.

Po psychické stránce může říct, že je vyrovnaná, ale ze začátku brala léky, trpěla úzkostí a depresí. Do společnosti neměla problém se začlenit, i když se sama stranila a cítila se trapně a ponížene, po čase zjistila, že se na ni okolí dívá úplně stejně, jako na ostatní lidi bez postižení. Organizace jí přinesla spoustu přátel, ale hlavně štěstí, protože tam potkala svého nynějšího přítele. V době vedeného rozhovoru na mě klientka působila ze začátku úzkostně a plačtivě, ale ke konci sama řekla, že je se svým postižením vyrovnaná.

Respondent č. 8

Klientka, s iniciály M.J., ve věku 35 let. V době úrazu jí bylo 18let, kdy slavila své narozeniny s přáteli u přehrady a v opilosti skočila do mělké vody. Na nic si nepamatuje, probudila se až v sanitce, kdy začala vnímat, že se něco děje. Skončila s kvadruparézou. Nyní pracuje jako operátor brněnské výroby. Postižení ji v běžných denních činnostech omezuje, ale ne natolik, aby si nedokázala udělat své potřeby. S podmínkami, kde žije je spokojená, žije v bezbariérovém bytě, v místě sídliště jsou převážně roviny a hned kousek od bytu má autobusovou zastávku. Mimo domov jí nedělá problém se pohybovat, převážně používá právě MHD, a když potřebuje, tak jí sousedka, která je již v důchodě pomáhá, má auto a odveze jí kam je potřeba.

Finanční prostředky jí přijdou dostačující, dělá práci, která ji baví a dostává od státu příspěvky na dopravu a péči. K ParaCENTRU Fenix ji přivedla její maminka přes kamarádku, dochází sem téměř od samého začátku.

Před úrazem se po sportovní stránce věnovala spíše zimním sportům, jako je lyžování a v létě nejraději jezdila na kole. V rámci organizace se zúčastňuje sportovních akcí a hraje závodně ping pong.

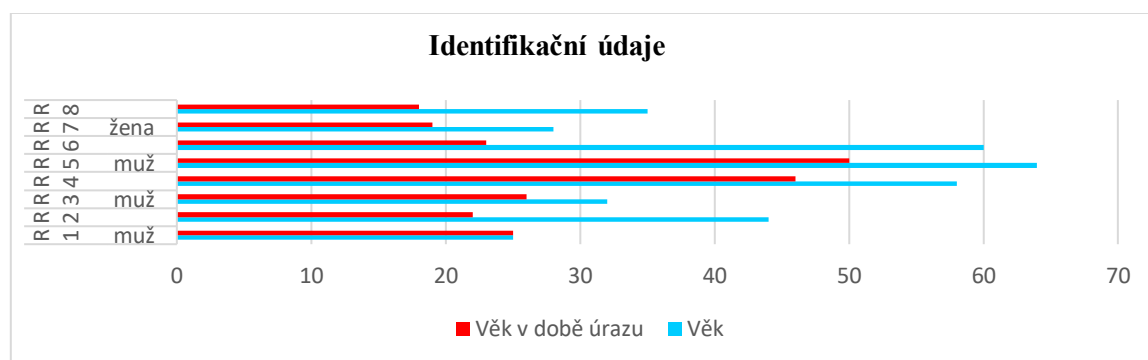
Kvalitu svého života hodnotí dobře, bere to tak, jak to je a stalo se, co se stát asi mělo. Cítí se spokojeně, má kolem sebe milující rodinu a přátele, kteří jí pomáhají ve všech směrech. Rodinu její úraz samozřejmě velmi negativně ovlivnil, ale byli silní a dodávali tak sílu i jí. Po psychické stránce se cítí být vyrovnaná, ze začátku brala léky na spaní. Byly doby, kdy nemohla usnout a stále přemýšlela nad tím, co se jí stalo. V dnešní době žádné léky neužívá. Do společnosti nikdy neměla problém se začlenit, vždy byla velmi přátelská, a i když skončila na vozíku, její přátelé jí nikdy nezatratili, naopak ji její úraz s nimi více spojil. Přátelé si v organizaci našla, ale nemá k nim tak blízko, jako ke svým dlouholetým přátelům. V době vedeného rozhovoru klientka na mě působila velmi klidně a vyrovnaně.

2.6 Kategorizace dat v tabulkách, grafech a jejich zhodnocení

Tabulka 1 Identifikační údaje

	Pohlaví	Věk	Věk v době úrazu
R1	muž	25	25
R2	muž	44	22
R3	muž	32	26
R4	žena	58	46
R5	muž	64	50
R6	muž	60	23
R7	žena	28	19
R8	žena	35	18

Tabulka 1 v kategorizované formě ukazuje základní identifikační údaje respondentů, které vyhodnocující pohlaví, věk v době rozhovoru, věk v době úrazu a vzniku postižení. Respondent č. 1 byl muž ve věku 25 let, kterému se stal úraz ve stejném věku. Dalším respondentem byl muž ve věku 44 let, kterému se úraz stal ve věku 22 let. Následuje respondent ve věku 32 let, který je po úraze od 26 let. Respondentka č. 4 je žena ve věku 58 let, které se stal úraz ve věku 46 let, následuje 64 – letý respondent, který úraz utrpěl ve věku 50 let. Respondentka č. 7 je 28 – letá žena, která úraz utrpěla v 19 letech a poslední je žena ve věku 35 let, které se úraz stal ve věku 18 let.



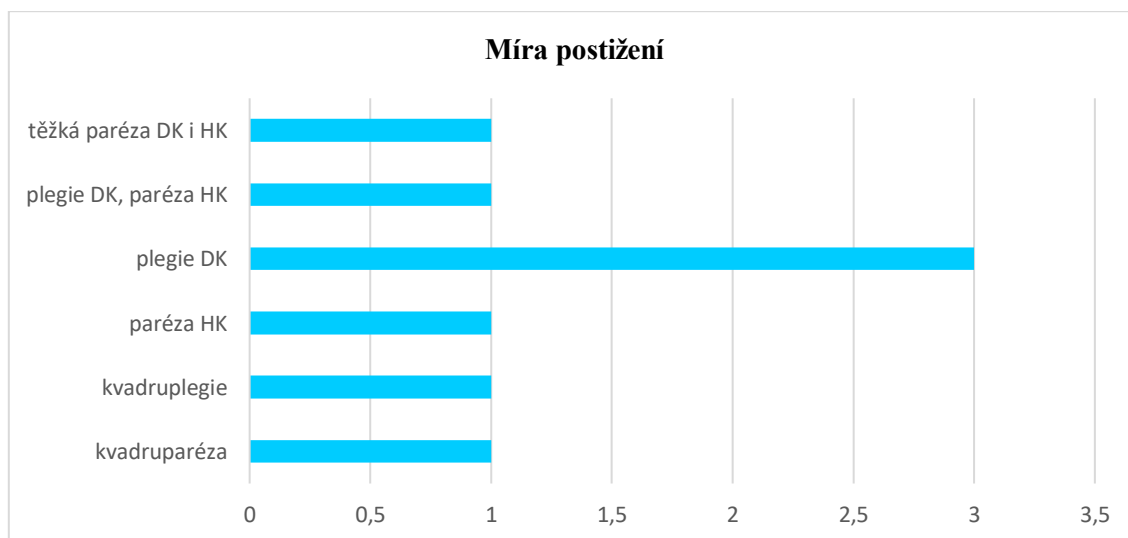
Graf 1 Identifikační údaje

Z uvedeného grafu můžeme s jistotou vyčíst, že převážná většina respondentů utrpěla úraz v mladším věku od 18 – 26 let. Pouze dva z dotazovaných respondentů byli starší třiceti let.

Tabulka 2 Příčiny vzniku úrazu a míra postižení

	Mechanismus úrazu	Postižení	Alkohol
R1	nehoda na motocyklu	plegie DK	ne
R2	skok do vody	plegie DK, paréza HK	ne
R3	paragliding	plegie DK	ne
R4	pád z kola	plegie DK	ne
R5	sražení na kole	těžká paréza DK i HK	ne
R6	nehoda na motocyklu	paréza HK	ano
R7	autonehoda	kvadruplegie	ne
R8	skok do vody	kvadрупaréza	ano

Tabulka 2 v kategorizované formě zaznamenává příčiny vzniku úrazů a míru postižení jednotlivých respondentů. Za povšimnutí stojí fakt, že se ve více jak 50 % případů jedná o sportovní úrazy. 100 % respondentů má postižené dolní končetiny v různé míře. Dva z oslovených respondentů udávají, že byli v době úrazu pod vlivem alkoholu, což v našem případě činí 25 % ze 100 % osmi dotazovaných.

**Graf 2 Míra postižení**

Výše uvedený graf dokazuje skutečnost postižení dolních končetin u většiny dotazovaných respondentů.

Tabulka 3 Sociální zabezpečení

	Zaměstnání	Dostatečnost finančního zabezpečení	Příspěvky od státu	Doprava
R1	finanční poradce	ano	ano	auto
R2	IT specialista	ano	ano	auto
R3	programátor	ano	ano	MHD
R4	zaměstnanec ParaCENTRA	ne	ano	auto
R5	nezaměstnaný	ano	ano	auto
R6	servisní technik	ano	ano	auto
R7	nezaměstnaná	ano	ano	auto, MHD
R8	operátorka	ano	ano	MHD

Tabulka 3 je v kategorizované formě zaměřena na sociální zabezpečení respondentů. Informace v ní získané nám vypovídají o zaměstnanosti klientů po úraze, kdy pouze ve dvou případech jsou respondenti bez zaměstnání. Finanční zabezpečení hodnotí jako dostačující, až na dva případy všichni využívají svých osobních automobilů k dopravě, případně v kombinaci s MHD. Většina z dotazovaných aktivně sportovala a sportu se věnuje i doposud.

Tabulka 4 Sport a bydlení

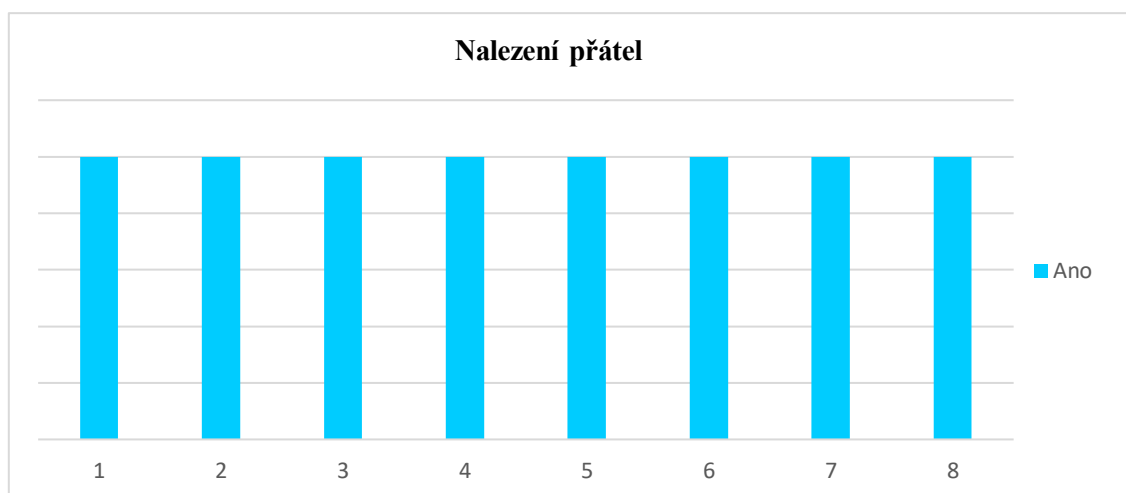
	Sport před úrazem	Sport po úrazu	Nutnost přestěhovat se	Úprava bydlení	Pohyb mimo domov
R1	ano	ano	ano	ano	ano
R2	ano	ano	ano	ne	ano
R3	ano	ano	ne	ne	ano
R4	ano	ano	ne	ne	částečně
R5	ano	ne	ne	ano	ne
R6	ano	ano	ano	ano	ano
R7	ano	ne	ne	ano	ano
R8	ano	ano	ano	ano	ano

V kategorizované tabulce 4 100 % respondentů udává, že před úrazem sportovalo. Po úrazu dva z respondentů udávají, že již nesportují. 50 % respondentů uvedlo, že bylo nuceno se z důvodu úrazu přestěhovat, pět respondentů uvedlo nutnost přestavby či úpravy bydlení. Omezení pohybu mimo domov udává 7 z 8 oslovených.

Tabulka 5 ParaCENTRUM Fenix

	Doporučení ParaCENTRA	Akce v rámci centra	Nalezení přátel
R1	rehabilitační lékařka	ano	ano
R2	předseda organizace	ano	ano
R3	matka	ano	ano
R4	zaměstnanci Spinální jednotky	ne	ano
R5	zakladatel organizace	ano	ano
R6	sám	ano	ano
R7	sestra díky internetu	ne	ano
R8	matka	ano	ano

Tabulka 5 má výpovědní hodnotu o ParaCENTRU v Brně, které navštěvují všichni dotazovaní, šest respondentů se aktivně zapojuje do činnosti centra a 100 % respondentů si zde našlo nové přátele, jak ukazuje níže uvedený graf 3.



Graf 3 Nalezení přátel

Graf 3 dokazuje skutečnost, že 100 % respondentů si našlo v ParaCENTRU Fenix nové přátele.

Tabulka 6 Kvalita života

	Kvalita života	Psychické problémy	Začlenění do společnosti	Podpora rodiny	Omezení
R1	dobrá	ano	ano	ano	ano
R2	dobrá	ano	ano	ano	ano
R3	dobrá	ano	ano	ano	ano
R4	dobrá	ano	ano	ano	ano
R5	dobrá	ano	ano	ano	ne
R6	dobrá	ano	ano	ano	ano
R7	dobrá	ano	ano	ano	ano
R8	narušená	ano	ano	ano	ano

Tabulka 6 je věnována kvalitě života respondentů. Pouze respondentka č. 8 uvádí, že kvalitu svého života by komplexně nehodnotila jako dobrou, ale jako narušenou. Všichni respondenti uvádí, že měli či mají přetrvávající psychické problémy. Začlenění do společnosti považují za bezproblémové, stejně tak i pomoc rodiny. Na druhou stranu musíme ale podotknout, že všichni pocítují určitá omezení v „běžném“ životě.

2.7 Diskuse

Poranění páteře a míchy a následně vzniklý handicap pro jakéhokoliv člověka znamená nesmazatelný zásah do života. Dle ParaCENTRA Fenix ročně na Českou republiku připadá 250 úrazů páteře a na invalidní vozík je upoutáno přibližně 8 000 osob, kdy pouze 25 % z nich se dostává kvalitní terciální péče. I z těchto důvodů se domníváme, že by měla být kvalita života handicapovaných věnována dostatečná pozornost, a to nejen po dobu akutní hospitalizace a léčby, a to zejména z důvodu jejich brzkého návratu do života a začlenění se zpět do společnosti. Změny, kterými klienti musí projít, se netýkají pouze jich jako jedinců, ale tento negativní zásah ovlivňuje celou rodinu a široké okolí. Zejména v období, kdy zraněný bojuje s následky úrazu, potřebuje pevné zázemí a nabídnutí pomocné „ruky“, potřebuje pocit jistoty a bezpečí ze strany rodiny a svých blízkých.

Hlavní příčinou poranění páteře a míchy jsou dopravní nehody a sportovní úrazy, případně pády z výšky. Mezi našimi respondenty, se kterými byly provedeny rozhovory, byli ve větší míře mladí lidé, kteří si páteř a míchu poranili v důsledku neuváženého jednání či nešťastnou náhodou, což jsme zjistili v úvodní části výzkumu. Naše průzkumné šetření prokázalo, že většina respondentů je v mladším věku, a to od 18 do 26 let. Pouze dva z respondentů byli starší 30 – ti let. Lze tedy uvažovat o tom, že by právě v mladším věku měla být prováděna mezi širokou veřejností důsledná a účinná prevence vzniku úrazů. Naše rozhovory také vedly k zjištění, že dva z osmi oslovených byli v době úrazu pod vlivem alkoholu. Toto číslo je nutné neopomíjet a hlouběji se nad tímto problémem zamyslet. Nestací pouze zákonem zakázat požití omamných látek a alkoholu při řízení motorových vozidel, ale je opět nutné zavést účinnou prevenci. Zejména v mladém věku je spousta z nás ohrožena tímto neuváženým jednáním, kdy nedomýšlíme možné následky. Je možno poukázat na výsledky Novotného (2018), kdy z jeho výzkumu vychází fakt, že 22 % vzniklých úrazů je podmíněno požitím alkoholu, v průměru 1,9 promile.

Jedna z prvních otázek v rozhovoru se týkala práce i přes vzniklé postižení. Dva z respondentů uvedli, že jsou nezaměstnaní. Jedna z dotazovaných je zaměstnána přímo v ParaCENTRU Fenix. Následující otázka byla koncipována pro zjištění, zda postižení respondenty omezuje v běžných činnostech. Lze s jistotou říci, že handicap omezuje všechny z dotazovaných v běžných činnostech. První respondent vyjadřuje problém

týkající se pohybu v přírodě, druhý z respondentů zmiňuje nutnost požádat si o pomoc, protože není zcela soběstačný. Třetí dotazovaný vyjadřuje také omezení v běžných činnostech, nicméně minimální, protože se naučil obstarat se sám i s postižením v podobě invalidního vozíku. Následující dotazovaná hovoří o nutnosti pomoci při koupání, a proto se cítí omezená v běžných činnostech. Pátý z oslovených pociťuje problém mimo domov, kdy potřebuje asistenta pro dopomoc při chůzi. Šestý respondent vyjadřuje omezení například při běžných denních činnostech jako je výměna žárovky, či jiné technické nutnosti doma. Klientka, se kterou byl veden další rozhovor, mluví o omezení při základních činnostech, jako je oblékání, hygiena atd. I mimo domov by nebyla schopna se pohybovat samostatně. Poslední z respondentů pociťuje také jisté omezení v běžných činnostech, ale pouze do jisté míry.

Sedmá otázka rozhovoru se týkala spokojenosti respondentů v místě, kde žijí, následující otázka byla zaměřena na pohyb mimo domov. Všichni z dotazovaných jsou spokojeni s místem, kde právě žijí. Je to tak samozřejmě i z důvodu přestěhování se a úpravy bydlení, aby splňovalo bezbariérové podmínky. K podobnému závěru došla i Jahodová (2007), i při jejím šetření vyšlo najevo, že 95,8 % procent respondentů má celkovou či částečnou bezbariérovou úpravu domova. Mimo domov většina z dotazovaných využívá vlastního automobilu, případně městské hromadné dopravy.

Následující dvě otázky byly věnovány finančnímu zabezpečení, včetně příspěvků na péči, které poskytuje stát. Tyto příspěvky tvoří velkou část veškerého příjmu všech dotazovaných. S konkrétní finanční situací je spokojena většina respondentů, což ale dle našeho názoru může úzce souviset s pomocí rodiny, která pomáhá všem klientům, se kterými byl rozhovor veden.

Dvanáctá otázka byla věnována doporučení ParaCENTRA Fenix. Pouze u dvou dotazovaných byla odpovědí lékařka či jiný zdravotnický pracovník. Ostatní respondenti uvedli rodinné příslušníky nebo přímo zaměstnance centra. Tento fakt rozhodně stojí za povšimnutí. Děje se tak proto, že je o centru zdravotnický personál nedostatečně informovaný, a proto jej nenabízí klientům již v akutní fázi léčby, a proto většina respondentů uvedla vyhledání centra rodinou?

Další dvě otázky rozhovorů byly zaměřeny na sport klientů. Všech osm dotazovaných uvedlo, že aktivně sportovali před úrazem. Dva z nich se nyní sportu nevěnují nebo sportují omezeně. Jednoznačně z rozhovorů vyplývá, že ke sportu je vede právě

ParaCENTRUM Fenix, které pořádá různé sportovní i kulturní akce, kterých se dotazovaní rádi účastní, což jsme zjistili v následujícím dotazu. Ke stejnému závěru dospěl i Pap (2015) ve svém výzkumném šetření, kdy i jím oslovení ve 100 % před úrazem sportovali. Stejně tak i dle Zwierzchowske (2017), která ve svém článku uvádí poznatek ze své studie o vhodnosti a nutnosti sportovních aktivit klientů po úrazu páteře a míchy. Proto se i my domníváme, že je velmi vhodné dopomoci handicapovaným ke sportu co nejdříve po úrazu, a to nejen ve formě rehabilitace.

V rozhovorech následovaly otázky zaměřující se na hodnocení kvality života, pocitu spokojenosti, případně, co by rádi oslovení změnili. První respondent hovořil vyrovnaně, kvalitu života hodnotil aktuálně slovy: „*Nejlépe kdyby k úrazu vůbec nedošlo*“. Druhý z dotazovaných se cítí vyrovnaný, ale jednoznačně vychází z rozhovoru, že jisté problémy má doposud a kvalitu svého života nehodnotí příliš pozitivně. Třetí respondent uvedl, že se cítí spokojeně a jedinou změnu by viděl v zaměstnání. Čtvrtá klientka, která byla dotazována, hodnotí kvalitu života velmi pozitivně, dokonce hovořila o tom, že se cítí být šťastná. Pátý respondent zmiňoval problémy v oblasti chůze, což je úzce spjato s kvalitou života, kdy nejdříve pociťoval posuny k lepšímu, ale vzhledem ke zvyšujícímu věku, se jeho zdravotní schopnosti zhoršují, a to popisuje jako negativně působící na kvalitu života. Následující respondent vyjadřuje jistou negaci v oblasti zdravotní stránky, ale jinak by kvalitu života hodnotil jako dobrou. Předposlední klientka působila během rozhovoru úzkostlivě a plačtivě, ale nakonec sama verbalizovala svou vyrovnanost se vzniklou situací a vypořádávání se s ní. Poslední dotazovaná svůj život hodnotí jako kvalitní a spokojený, k čemuž přispívá zejména pomoc rodiny a přátel.

Sedmnáctá otázka směřovala k rodině respondentů. Lze s jistotou říci, že rodina byla po prodělaném úrazu klientům v naprosté většině případů velkou oporou. Pouze u jedné klientky došlo k rozchodu s přítelem, který zavinil autonehodu, při které byla tato žena zraněna.

Poslední tři otázky se jednotlivě věnovaly psychické stránce dotazovaných, problémům začlenění se do společnosti a nalezení nových přátel. Žádný z dotazovaných konkrétně nepopsal aktuální psychické problémy, každý však zmínil problémy psychického rázu těsně po prodělaném úrazu. Pouze druhý respondent udal, že stále užívá léky

proti úzkosti. Je tak evidentní, že je nutné této oblasti věnovat pozornost již v nemocnici či při následné péči. Z výzkumu Suché (2014) vyplývá, že 86,4 % respondentů hodnotí svůj psychický stav jako výborný, velmi dobrý nebo dobrý, což je podobný výsledek, ke kterému jsme dospěli i my. Domníváme se, že je důležitá zejména dostupnost psychologa, případně psychiatra, ale také možnost promluvit si již v akutní léčebné fázi s podobně handicapovanými, kteří by mohli klientům pomoci. Začlenění se klientů do společnosti nebyl pro většinu z oslovených problémem, jak z jejich odpovědí vyplývá. Druhý dotazovaný popsal, začlenění se do společnosti jako problematické, kdy se stranil lidí, a i nyní se chová spíše introvertně. Respondentka, se kterou byl veden předposlední rozhovor, se do společnosti začleňovala obtížně, cítila se trapně a poníženě, ale právě ParaCENTRUM Fenix ji dodalo odvahu a pomoc. Poslední otázka a její odpovědi opět potvrzují kvalitu ParaCENTRA Fenix, neboť si zde všichni klienti, které jsme oslovili, našli nové přátele.

2.8 Doporučení pro praxi

Domníváme se, že tuto práci by bylo možné předložit jako zdroj informací, a to zejména personálu Spinální jednotky FN Brno, kde jsou takto zranění pacienti hospitalizováni nejčastěji. Naším dalším návrhem je aktivní spolupráce právě Spinální jednotky s ParaCENTREM Fenix. Tato organizace je schopna svým klientům poskytnout pomoc i poradenství a mohlo by tak dojít ke spolupráci s jednotlivými klienty již v průběhu jejich léčby a rehabilitace, což by dle mého názoru byl skvělý impuls již za hospitalizace, kdy velmi často dochází k frustraci a depresi pacientů.

Vzhledem k tomu, že většina dotazovaných respondentů uvedla, že jim centrum doporučila rodina a pouze ve dvou případech to byli zdravotničtí pracovníci, pokusila jsem se o vytvoření letáku pro ParaCENTRUM Fenix (Příloha 3), který by byl distribuován v nemocnicích, kde jsou pacienti s poraněním páteře a míchy léčeni. Případně by se dal leták rozdistribuvovat i do rehabilitačních center následné péče.

Také se domníváme, i na základě rozhovorů s klienty, že jeden ze zásadních problémů činí bydlení pro handicapované. Z výsledků rozhovorů vyplývá, že se musí přestěhovat, aby měli k dispozici bezbariérové bydlení. Tento problém je samozřejmě zastoupen i ekonomickou stránkou a je jej potřeba řešit na vyšší úrovni.

Nezastupitelnou roli hraje i spolupráce s psychologem, případně psychiatrem, a to již v akutní fázi, kdy se pacient léčí v nemocnici, připravit jej kvalitně na vzniklou situaci a všemi prostředky mu umožnit kvalitní péči nejen po fyzické, ale také po psychické stránce. Naším návrhem by byli i společná skupinová sezení, pokud to zdravotní stav pacientů umožňuje, kde by si navzájem mohli sdělovat své zkušenosti, poznatky a pocity.

ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo zhodnotit kvalitu života u pacientů po traumatické míšní lézi. V úvodu výzkumné části jsme si vytyčili tři výzkumné otázky, na které jsme se pomocí rozhovorů pokusili odpovědět. Pomocí rozhovorů jsme dospěli k závěru, že kvalita života těchto klientů je uspokojivá, přestože je jejich život výrazně postižením ovlivněn. První výzkumná otázka se týkala vlivu traumatické míšní léze na život klienta. Jak je zmíněno již výše v textu, postižení klienty ovlivňuje a působí negativně na jejich současný život a možnosti zapojit se do běžného života. Ve většině případů lze ale říci, že jsou tito lidé velkými „bojovníky“ a poprali se s nově vzniklými problémy na výbornou, zapojili se do světa zdravých plnohodnotně a snaží se žít „normálním“ životem. První výzkumná otázka tak byla zodpovězena.

Následující výzkumná otázka se týkala hodnocení kvality života po registraci v ParaCENTRU Fenix. Klienti navštěvující toto centrum hodnotí svoji kvalitu života jako uspokojivou, přestože je vzniklý handicap ovlivňuje v běžném životě a museli se s ním naučit žít a pracovat.

Třetí a poslední výzkumná otázka byla zaměřena na začleňování těchto respondentů do skupiny lidí se stejným handicapem. I tato otázka nezůstala nezodpovězena, neboť všichni vybraní respondenti se aktivně účastní činnosti ParaCENTRA Fenix, která jim dle všeho velmi pomáhá a dodává jim energii, pomoc a je velmi důležité pro začlenění do skupiny lidí se stejným handicapem.

Získané informace z rozhovorů jsme zpracovali pomocí tabulek a grafů pro lepší zhodnocení tohoto kvalitativního výzkumu.

Závěrem práce bychom rádi podotkli poznatek o základní a zásadní otázce prevence, a to proto, aby takto handicapovaných pacientů či klientů bylo co nejméně. Náš nejzásadnější poznatek se týká právě kvalitní terciální péče, neboť je krajně nezodpovědné zachránit pacientovi s poraněním páteře a míchy život a poté jej ponechat vlastnímu osudu a neumožnit mu všemi dostupnými prostředky návrat do kvalitního života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

AMBLER, Zdeněk, 2011. *Základy neurologie*. 7. vydání. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7262-707-3.

BUŽGOVÁ, Radka, 2015. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-5402-4.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vydání. Praha: Grada. 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOBIÁŠ, Viliam, 2012. *Prednemocničná urgentná medicína*. 1. vydání. Martin: Osveta. 738 s. ISBN 978-80-8063-255-7.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

FENIX, 2019. *O Fenixu* [online]. [cit. 2020-012-11]. Dostupné na [www: https://pcfenix.cz/o-fenixu/historie-fenixu/](http://www.pcfenix.cz/o-fenixu/historie-fenixu/)

HOLIBKOVÁ, Alžběta a Stanislav LAICHMAN, 2010. *Přehled anatomie člověka*. 5. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 140 s. ISBN 978-80-244-2615-0.

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

HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. 115 s. ISBN 978-80-247-4772-9.

IVANOVÁ, Kateřina a Lubica JURÍČKOVÁ, 2007. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.

JAHOODOVÁ, Jana, 2007. *Kvalita života pacienta s míšním poraněním* [online]. [cit. 2020-07-07]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/v54e0/Kvalita_zivota.pdf.

KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 350 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1830-9.

KOČIŠ, Ján a Peter WENDSCHE. 2012. *Poranění páteře*. 1. vydání. Praha: Galén. 171 s. ISBN 978-80-7262-846-9.

KOLÁŘ, Pavel a Miloš MÁČEK, 2015. *Základy klinické rehabilitace*. 1. vydání. Praha: Galén. 167 s. ISBN 978-80-7492-219-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, et al., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘÍŽ, Jiří, 2019. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. 1. vydání. Praha: Galén. 532 s. ISBN 978-80-7492-424-8.

LUCKEROVÁ, Lucie, 2014. *Ošetrovatelská péče o pacienta v traumatologii*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 132 s. ISBN 978-80-7013-569-3.

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. Sestra. 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8.

NOVOTNÝ, Zdeněk, 2018. *Polytrauma na urgentním příjmu* [online]. [cit. 2020-07-07]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/lh4hw/POLYTRAUMA_NA_UP-_Novotny_Zdenek.pdf.

NÝDRLE, Miroslav, 2017. *Pochopitelné texty z chirurgie, traumatologie a ortopedie*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 245 s. ISBN 978-80-7013-586-0.

PAP, Pavel, 2015. *Kvalita života jedince s tělesným postižením a možnosti jejího ovlivnění* [online]. [cit. 2020-07-07]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Katedra tělesné a sportovní výchovy. Dostupné z: <https://portal.zcu.cz/portal/studium/prohlizeni.html>.

PŘIBYL, Hugo, 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. 1. vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

SLOVÁČEK, Ladislav a Birgita SLOVÁČKOVÁ, 2013. *Kvalita života nemocných v programu paliativní péče* [online]. 2012. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z [www: http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=1](http://www.solen.sk/index.php/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5711&magazine_id=1).

SUCHÁ, Šárka, 2014. *Kvalita poskytované zdravotní péče na spinálních jednotkách*. Ostrava. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě. Lékařská fakulta.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.

TRACHTOVÁ, E., G. TREJTNAROVÁ a D. MASTILIAKOVÁ, 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2.

VAŇÁSKOVÁ, Eva a Michal BEDNÁŘ, 2013. *Hodnocení parametrů kvality života u vybraných neurologických onemocnění* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/861f2fa01315b2a656e9c1daf727b681.pdf>.

WENDSCHE, Peter, 2009. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.

ZWIERZCHOWSKA, Anna, 2017. *Sports activities and satisfaction of living of men after cervical spinal cord injury* [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1230801317300309>.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd.	a tak dále
CVP	central venous pressure
č.	číslo
EKG	elektrokardiogram
FN	fakultní nemocnice
NLZP	nelékařský zdravotnický pracovník
MHD	městská hromadná doprava
IT	Information technology
MU	Masarykova univerzita
s.	strana
SpO ₂	saturace krve kyslíkem
VOŠ	vyšší odborná škola
WHO	World Health Organization
www	World Wide Web
%	procento

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Identifikační údaje
Tabulka 2	Příčiny vzniku úrazu a míra postižení
Tabulka 3	Sociální zabezpečení
Tabulka 4	Sport a bydlení
Tabulka 5	ParaCENTRUM Fenix
Tabulka 6	Kvalita života

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Identifikační údaje

Graf 2 Míra postižení

Graf 3 Nalezení přátel

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1	Souhlas s provedením výzkumu
Příloha 2	Otázky k rozhovoru s klientem ParaCENTRA Fenix
Příloha 3	Návrh letáku pro ParaCENTRUM Fenix
Příloha 4	Poranění páteře – segmenty

PŘÍLOHY

Příloha 1 Souhlas s provedením výzkumu

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ DOTAZNÍKOVÉ AKCE V SOUVISLOSTI S BAKALÁŘSKOU PRACÍ

Vyplňuje žadatel: Veronika Vašíčková

Škola: Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16

Obor: Všeobecná sestra

Téma bakalářské práce: Kvalita života lidí po traumatických míšních lézích

Způsob provádění sběru dat: Polostrukturovaný rozhovor za pomoci diktafonu

Doba šetření: 11. 12. 2019 – 11. 3. 2020

Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat: ParaCENTRUM Fenix, Netroufalky 787/3, 625 00 Brno

Poučení žadatele:

1. Žadatel se zavazuje, že zachová mlčenlivost o získaných datech
2. Dotazníky použité při sběru dat musí být anonymní

Datum:

Podpis:

Vyplňuje ParaCENTRUM Fenix

Vyjádření odpovědného vedoucího organizace:

Souhlasím/ ~~Nesouhlasím~~

Datum: 12. 3. 2020

Podpis a razítko:

ParaCENTRUM Fenix, z.s.
Netroufalky 787/3, 625 00 Brno
+420 547 210 382 / www.pcfenix.cz
IČO: 266 76 826

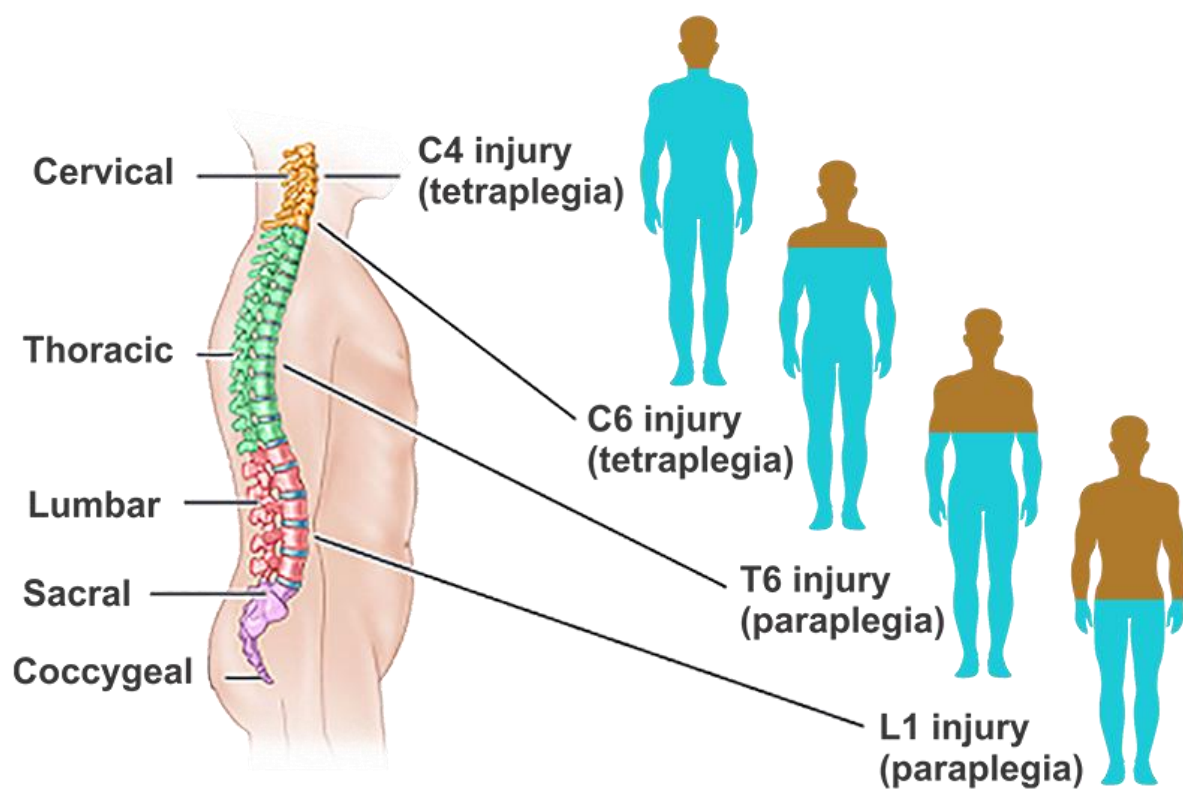
1. Pohlaví?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaký byl Váš věk v době úrazu?
4. Jak k úrazu došlo?
5. Pracujete i přes toto postižení?
6. Omezuje Vás Vaše postižení v běžných denních činnostech?
7. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?
8. Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?
9. Jste spokojen/a s dopravou, dostanete se všude, kam potřebujete?
10. Přijdou Vám Vaše finanční prostředky dostačující?
11. Dostáváte nějaké finanční příspěvky od státu?
12. Kdo Vám doporučil ParaCENTRUM Fenix, jak jste zde dlouho?
13. Sportoval/a jste před úrazem? Pokud ano, jaký sport jste vykonával/a?
14. Sportujete i nyní, nebo jste v ParaCENTRU začal/a?
15. Využíváte možnost zúčastňování se sportovních akcí, besed v rámci této organizace?
16. Jak hodnotíte kvalitu svého života, cítíte se být spokojený/ná? Co byste případně změnil/a?
17. Jak reagovala rodina na Váš úraz?
18. Přijdete si vyrovnaný/á po psychické stránce nebo užíváte nějaké léky na uklidnění či spaní?
19. Měl/a jste někdy problém začlenit se do společností?
20. Našel/a jste si zde přátele?

PARACENTRUM FENIX

- Máte po úrazu páteře a míchy?
- Chcete se seznámit s novými přáteli?
- Chcete pracovat?
- Chcete sportovat?
- Chcete se účastnit kulturních akcí?
- Chcete vyplnit svůj volný čas?

NAVŠTIVTE NAŠE ParaCENTRUM FENIX





Dostupné na <https://www.neurogen.in/spinal-cord-injury>