



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Ošetrovatelská péče po úrazu páteře s následnou plegií z pohledu pacienta a jeho rodiny

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Nela Čeloudová

Vedoucí práce: Mgr. Alena Polanová

České Budějovice 2017



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem „*Ošetrovatelská péče po úrazu páteře s následnou plegií z pohledu pacienta a jeho rodiny*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

podpis



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce paní Mgr. Aleně Polanové za odborné vedení, cenné rady a její trpělivost při zpracování bakalářské práce. Poděkování patří také dotazovaným pacientům po úrazu páteře a jejich rodinným příslušníkům za jejich ochotu a čas při poskytování rozhovorů. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat i svým nejbližším, kteří mě podporovali.



Ošetrovatelská péče po úrazu páteře s následnou plegií z pohledu pacienta a jeho rodiny

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči po úrazu páteře s následnou plegií z pohledu pacienta a jeho rodiny. Poranění páteře a míchy je velice vážným postižením, které má vliv na život pacienta. Ke ztrátě motorických, senzorických i autonomních funkcí dochází v závislosti na typu poranění a umístění v segmentech páteře. Ošetrovatelská péče u pacientů se spinálním poraněním je dlouhodobá a složitá jak pro personál, tak pro samotného pacienta.

Pro bakalářskou práci byly stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, jak je rodina připravena na ošetrování pacientů s plegií po propuštění do domácí péče. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají pacienti s pourazovou plegií ošetrovatelskou péči. Bakalářská práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat byla realizována metodou polostrukturovaných rozhovorů s pacienty po úrazu páteře s následnou plegií a jejich rodinnými příslušníky.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že informovanost rodinných příslušníků je malá a podané informace hodnotí jako nedostatečné. Informace chyběly jak po stránce ošetrovatelské, tak úřední. Dále z výzkumného šetření vyšlo, že pacienti s pourazovou plegií jsou spokojeni s ošetrovatelskou péčí a komunikaci sester hodnotí velice pozitivně. Dále vyšlo, že rodina na péči v domácím prostředí byla připravena pouze částečně. Největší komplikace byly hlavně po technické stránce.

Tato bakalářská práce nastiňuje informovanost pacientů po úrazu páteře a jejich rodin. Zaměřuje se na péči v domácím prostředí i v nemocnici či rehabilitačním centru.

Klíčová slova

Ošetrovatelská péče; poranění páteře; poranění míchy; informovanost; komunikace.



Nursing care after spinal injury followed by plegia from the view of the patient and his family

Abstract

This thesis focuses on nursing care after a spinal injury which is followed by paralysis from the patient's and his family's point of view. Spinal or spinal cord injury is a very serious disability that influences patient's life. Depending on the type of the injury and its location in the spinal segments, loss of motoric, sensory and autonomous functions occurs. The nursing care for patients with spinal injuries is a very complicated and long term matter as much for the nursing personnel as for the patients themselves.

Two goals were set for this thesis. The first one was to find out if the family is ready for taking care of a paralysed patient in a home environment post hospital release. Second goal was focusing on how patients with post injury paralysis perceive nursing care. The bachelor thesis was processed using qualitative research. The data was collected using the method of semi-structured interviews of patients with paralysis caused by spinal injuries and their family members.

The results of the research show that the awareness of family members is small and the information submitted is considered insufficient. Information was missing both from the nursing care and administrative point of view. In addition, the research shows that patients with post-traumatic plegia are satisfied with the nursing care provided and that the communication with nurses is evaluated positively. Another piece of information resulting from the research is that the patient's family was prepared for home care of a paralysed individual only partially and the most significant complications come from the technical side of preparedness.

This thesis is outlining the awareness of patients and their families after a spinal injury occurs. It is focusing on caring for the patients in their home environment, in a hospital or a rehabilitation facility.

Key words

nursing care; spinal injury; spinal cord injury; awareness; communication.

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Anatomie páteře a míchy.....	9
1.2 Etiologie a epidemiologie poškození míchy.....	9
1.3 Rozdělení poškození míchy.....	10
1.4 Diagnostika poranění páteře a míchy.....	11
1.5 Míšň šok.....	12
1.6 Klinický průběh po poranění páteře a míchy.....	12
1.7 Ošetrovatelská péče po vzniku míšňho poranění.....	14
1.7.1 Péče o dýchací cesty po poranění páteře a míchy.....	15
1.7.2 Péče o výživu pacienta po poranění páteře a míchy.....	16
1.7.3 Péče o vyprazdňování stolice a moče po poranění páteře a míchy.....	17
1.7.4 Hygienická péče u pacienta po poranění páteře a míchy.....	18
1.7.5 Bolest po poranění páteře a míchy.....	19
1.7.6 Polohování pacienta po poranění páteře a míchy.....	20
1.7.7 Prevence a léčba dekubitů po poranění páteře a míchy.....	21
1.7.8 Prevence tromboembolické nemoci po poranění páteře a míchy.....	22
1.8 Psychologická péče po poranění páteře a míchy.....	23
1.9 Komunikace s pacientem po poranění páteře a míchy.....	24
1.10 Rehabilitace po poranění páteře a míchy.....	25
1.10.1 Fyzioterapie po poranění páteře a míchy.....	26
1.10.2 Fyzikální terapie a ergoterapie poranění páteře a míchy.....	26
1.10.3 Sociální rehabilitace po poranění páteře a míchy.....	27
1.11 Příprava pacienta a rodiny na ošetrovatelskou péči v domácím prostředí po poranění páteře a míchy.....	27
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	30
2.1 Cíle práce.....	30
2.2 Výzkumné otázky.....	30
3 Operacionalizace.....	31
4 Metodika.....	32
4.1 Charakteristika výzkumného souboru.....	33

4.1.1 Pacienti po úrazu páteře s následnou plegií.....	33
4.1.1.1 Dotazovaný č. 1.....	33
4.1.1.2 Dotazovaný č. 2.....	33
4.1.1.3 Dotazovaný č. 3.....	34
4.1.1.4 Dotazovaný č. 4.....	34
4.1.2 Rodinní příslušníci pacientů po úrazu páteře s následnou plegií.....	34
4.1.2.1 Rodinný příslušník č. 1.....	34
4.1.2.2 Rodinný příslušník č. 2.....	34
4.1.2.3 Rodinný příslušník č. 3.....	35
4.1.2.4 Rodinný příslušník č. 4.....	35
5 Výsledky.....	36
5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty po úrazu páteře s následnou plegií	36
5.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinnými příslušníky.....	47
6 Diskuze.....	52
7 Závěr.....	63
8 Seznam použitých zdrojů.....	65
9 Přílohy.....	70
9.1. Seznam příloh.....	70

Úvod

Tato bakalářská práce se zabývá ošetrovatelskou péčí o pacienty po úrazu páteře s následnou plegií a jak tuto péči vnímají samotní pacienti a jejich blízcí.

Nejčastějšími příčinami, které vedou k poranění páteře a míchy, jsou dopravní nehody, sport, skoky do vody, pády z výšky a také k poranění může dojít při práci doma.

Poškození míchy je jedno z nejhůře devastujících zdravotních postižení. Péče o takového pacienta je velice náročná jak pro samotného pacienta, tak pro zdravotnický personál. Důležité je, aby byla péče včasná a kvalitní, proto je směřována do specializovaných pracovišť, jako jsou trauma centra, nejlépe pak do spinálních jednotek. Po vzniku úrazu páteře je pacient převezen na spondylochirurgické pracoviště, kde je provedena míšní dekomprese a stabilizace páteře, následně je pacient převezen na spinální jednotku, kterých je v České republice několik a každá má určité spádové oblasti. Po přibližně 2 měsících intenzivní péče a rehabilitace je pacient převezen na spinální rehabilitační jednotku, kde dochází k nácviku soběstačnosti a celkové rehabilitaci (Kříž, 2013).

Ošetrovatelská péče pacientů se spinálními poraněními se zaměřuje na péči o dýchací cesty, protože mnoho pacientů má zavedenou tracheostomickou kanylu, dále o výživu pacienta, vyprazdňování, hygienu pacienta, zajišťuje úlevu od bolesti, důležité je také polohování a předcházení vzniku dekubitů, případně ošetřování vzniklých dekubitů a v neposlední řadě prevence vzniku tromboembolické nemoci. Důležitá je také komunikace s pacientem i s rodinou.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak je rodina připravena na ošetřování pacientů s plegií po propuštění do domácí péče a jak vnímají pacienti s poúrazovou plegií ošetrovatelskou péči.

1 Současný stav

1.1 Anatomie páteře a míchy

Páteř je oporou lidského těla, která vykonává současně funkci ochranného pouzdra pro míchu, která probíhá v páteřním kanále (Naňka, 2009). Je složena ze 33-34 obratlů, které dělíme do 5 úseků, a to do krční páteře, hrudní páteře, bederní páteře, křížové kosti a kostrční kosti, obratle krční páteře označujeme jako $C_1 - C_7$, obratle hrudní páteře jako $Th_1 - Th_{12}$, obratle bederní části páteře jako $L_1 - L_5$, 5 obratlů křížových, které srůstají v kost křížovou, označujeme $S_1 - S_5$ a 4-5 obratlů kostrčních srůstajících v kost kostrční $Co_1 - Co_{4,5}$ (Kachlík, 2013).

Mícha měří 40-50 cm, konec míchy je rozdílný u mužů a žen, kdy u žen dosahuje k tělu obratle L_2 a u muže k tělům obratlů L_1 nebo L_2 (Kachlík, 2013). Samotný začátek míchy se nachází v oblasti prvního vystupujícího krčního nervu u obratle $C1$ (Druga et al., 2011). Stejně jako se páteř dělí na části, tak se mícha dělí na segmenty, které se odvíjejí od úseků míchy, která přechází v míšní kořenová vlákna a dále do míšních nervů, anatomicky se tato skutečnost nedá přesně definovat (Seidl, 2015). Dle počtu míšních nervů tedy vymezujeme rozsah míšního segmentu, a protože první míšní kořen vystupuje již nad prvním krčním obratlem, máme 8 krčních segmentů $C_1 - C_8$, 12 hrudních segmentů, 5 bederních segmentů, 5 křížových a 1 kostrční (Seidl, 2015). Znalost míšních segmentů je důležitá zejména pro určení tzv. míšní léze, tedy poškození míchy, jednotlivé segmenty mohou být různě porušené, a tak i činnost napojených svalů a funkce čítí může být odlišná (Kolář et al., 2009).

1.2 Etiologie a epidemiologie poškození míchy

Nejčastějšími příčinami poškození míchy jsou úrazy způsobené pády, dopravními nehodami, skoky do vody, cyklistikou, lyžováním, jízdou na koni a jízdou na motocyklu. Samozřejmě nesmíme zapomenout na malé množství neúrazových příčin poškození, jako jsou nádory, degenerativní onemocnění a další. Centrum Paraple uvádí, že dopravní nehody tvoří cca 55 %, úrazy při práci doma tvoří cca 22 % a sport, skoky do vody, pády z výšky 18 %. NSCISC (The National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2016) uvádí, že od roku 2010 bylo v USA 38 % poranění způsobeno dopravními nehodami, 30,5 % bylo způsobeno pádem, 13,5 % násilím, 9 % vzniklo při sportu, 5 % při operacích a 4 % jsou přesněji neurčená.

V České republice oficiální statistiky neexistují, ale můžeme zhlédnout údaje ze starších odborných publikací. Beneš (1987) například vypočetl, že v rozmezí let 1952 až 1967 přibylo 1,2 pacienta na 100 000 obyvatel a udával 200-300 případů za rok 1987 v celém Československu. Dodává ale, že čísla nejsou přesná, protože do statistik byli zahrnuti chroničtí pacienti přijatí k hospitalizaci pro své komplikace, a naopak nejsou započítáni pacienti, kteří zemřeli před přijetím. Obzvláště u poranění v úseku krční páteře nastala smrt u více než poloviny případů. Kočiš a Wendsche, 2014 uvádí: „*Výskyt poranění páteře je odhadován na 85 případů na 100 000 obyvatel za rok. Dvě třetiny těchto úrazů postihují mladé muže průměrného věku 30 až 40 let.*“ (Kočiš a Wendsche, 2012, str. 23). Ovšem statistiky americké databáze NSCISC (The National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2016) jsou velmi přesné a uvádí, že za rok 2016 přibylo na 1 000 000 obyvatel v USA 54 případů. Dále také uvádí, že z 10 % případů jsou z 80 % muži.

1.3 Rozdělení poškození míchy

Poškození míchy můžeme rozdělit na primární a sekundární, přičemž primární poranění je přímé poškození, které vzniklo ihned v momentě úrazu, například při luxaci obratle, při luxačních zlomeninách obratlů, při tříštivých zlomeninách obratlů a při nestabilních zlomeninách obratlů, přičemž můžeme dále dělit primární poškození na komoci a kontuzi, které bývají vratné, a kompresi, která obvykle bývá nezvratitelná (Kelnarová a kol., 2013). Sekundární poranění vzniklo například při hypotenzi, při edému míchy, při posttraumatické ischemii nebo při nestabilitě kostních struktur (Wendsche a kol., 2009).

Dále se může poškození dělit na kompletní či nekompletní. Do kompletních poškození je řazena transverzální míšní léze, kdy dochází k úplnému anatomickému přerušení míchy, a tím i ke ztrátě senzitivních i motorických funkcí 3 segmentů pod místem léze a níže. Transverzální míšní lézi podle výše postižení dále dělíme na paraplegii (poranění se nachází v úrovni hrudní a bederní míchy), kvadruplegii (poranění se nachází v úrovni krční míchy) a pentaplegii, kdy dochází ke kvadruplegii a paralýze bránice (poranění v segmentech C3-C5 a výše) (Ševčík a kol., 2014). Neúplné přerušení míchy zahrnuje Brown-Séquardův syndrom, syndrom centrální míšní šedi, syndrom přední míchy, syndrom zadní míchy a syndrom míšního konu (Ševčík a kol.,

2014).

1.4 Diagnostika poranění páteře a míchy

Diagnózu stanovujeme za pomoci klinického vyšetření, které se dle Wendscheho a Kočiše (2012) skládá z odebrání anamnézy, dále ze všeobecného vyšetření, kdy se klade důraz na odhalení dutinových poranění, poranění pánve, na funkci horních a dolních končetin a aktivní hybnost a citlivost ve všech segmentech. Nedílnou součástí diagnostiky je neurologické vyšetření, při kterém je určena výška léze, která nám napomáhá částečně předpovědět rozsah poškození.

Motorické a senzitivní funkce hodnotíme podle Frankelovy klasifikace upravené ASIA (American Spinal Injury Association), která klasifikaci dělí do 5 skupin. Stupeň A určuje poškození jako kompletní míšní lézi až po segment S₄₋₅, jde o poruchu motorické a senzitivní funkce. Stupeň B je kompletní motorická léze se ztrátou bolestivosti pod poraněným segmentem. Stupeň C má zachovanou motorickou funkci, avšak nepoužitelnou, ale je zachován polohocit, u stupně D je motorická funkce zachována oslabená, ale použitelná. Posledním stupněm je E, kde je normální motorická i senzitivní funkce a je bez míšního poranění (Wendsche, 2015).

Hodnocení ASIA vyšetřuje motorické funkce v pěti svalových skupinách horní končetiny a v pěti svalových skupinách dolní končetiny na levé i pravé straně (Wendsche a Kříž, 2005). Kříž a Hyšperská (2014) uvádějí: „*Na základě vyšetření motorických a senzitivních funkcí hodnotí neurologickou úroveň léze a její rozsah. Neurologická úroveň vychází z motorické a senzitivní úrovně míšní léze. Motorická úroveň se určuje pomocí klíčových svalů pro horní a dolní končetiny, jejichž síla se hodnotí stupni 0–5. Senzitivní úroveň se hodnotí testováním lehkého dotyku a rozlišení tupého a ostrého podnětu pomocí píchnutí špendlíkem v klíčových bodech v dermatomech od C2 po S4/5. Důležité je testování hluboké anální kontrakce a hlubokého análního tlaku ke zhodnocení motorické a senzitivní funkce v sakrálních segmentech, což napomáhá rozlišit mezi kompletní či nekompletní lézí.*“ (Kříž a Hyšperská, 2014, str. 187) (Příloha 1).

Dalšími vyšetřovacími metodami jsou laboratorní vyšetření, kde se provádí vyšetření krevního obrazu, krevních plynů, ledvinných funkcí, zjišťuje se přítomnost zánětlivých markerů, stav nutriční a podle stavu pacienta se dělají i další vyšetření. V

diagnostice samozřejmě nesmíme opomenout zobrazovací metody, jako jsou SONO, RTG, CT, MRI, elektrofyziologické metody a u neúrazových příčin se používá i scintigrafie a angiografie (Wendsche a Kříž, 2005). Wendsche a Kočiš (2012) uvádějí, že samotná diagnostika probíhá v tomto pořadí, při podezření na poranění páteře se jako první provádí spirální CT od nultého krčního obratle po 2-4 hrudní obratel s multiplanární rekonstrukcí při podezření na poranění krční páteře, dále se provádí rekonstrukce spirálního CT celého těla, pokud není CT obraz pozitivní, ale neurologické vyšetření ano, provádí se MRI, ale pouze u stabilizovaných pacientů.

1.5 Míšní šok

Míšní šok vzniká na základě přerušení působení centrálního sympatiku na periferní orgány a cévní systém (Wendsche a Kočiš, 2012).

Samotný míšní šok může trvat od několika dní po několik týdnů, nejčastěji však 2-3 týdny (Wendsche, 2015). Po odeznění příznaků míšního šoku se navrácí svalový tonus, ale pokud jde o centrální lézi, tak zde nastupuje spasticita, dále se objevují šlachookosticové reflexy, zvýší se tonus svalstva v močovém měchýři, a tím dojde ke vzniku automatického měchýře, který se vyprazdňuje automaticky při určité náplni (Wendsche, 2015). Další funkce míšních struktur se navrácí také. Výsledný klinický obraz pak u centrálních lézí dospěje do podoby spastické plegie s motorickou a senzitivní poruchou závislou na výšce míšní léze. Po čase se objevují i míšní automatismy. V pozdějších obdobích nastupuje stejně tak i míšní spasticita, spastické klony, hyperreflexie a další iritační pyramidové jevy (Míšní syndromy, 2012).

Samotný míšní šok se projevuje úplnou a trvalou ztrátou aktivní hybnosti, úplnou a trvalou ztrátou všech druhů citlivosti, ochrnutím análních a močových svěračů, trofickými a vegetativními poruchami pod místem poškození s výrazným sklonem k tvorbě dekubitů a osteoporóze, dále je typická porucha vegetativních funkcí, jako jsou hypotenze, bradykardie, porucha termoregulace, střevní atonie, respirační insuficience, která se ale projevuje pouze u postižení nad C4, hyperglykemie a také zde může docházet k poruchám srdečního rytmu a srdeční insuficienci (Wendsche, 2015).

1.6 Klinický průběh po poranění páteře a míchy

V přednemocniční fázi je důležité páteř stabilizovat, proto záchranáři používají

stabilizační límce, dále pro transport pacienta využívají speciální transportní lehátka (tzv. spin board) nebo vakuové matrace. V této fázi je důležitá aplikace kyslíku, díky které se může zabránit druhotnému poškození míchy z hypoxie (Wendsche, 2015). Pokud je nutná intubace již na místě zranění, je nesmírně těžké a rizikové tubus zavádět všemi známými technikami, nejméně rizikové je zavádění pomocí flexibilní optiky nebo videolaringoskopu, ale pokud tato technika není možná, je nejjednodušší zavést tubus za pomoci druhé osoby, která manuálně stabilizuje krční páteř podélným uložením obou paží z každé strany krku a pevným uchopením ramen postiženého, této technice se říká MILS (manual in line stabilization) (Ševčík a kol., 2014).

V akutní fázi po příjezdu pacienta do nemocničního zařízení, obvykle na spondilochirurgické oddělení nebo traumatologické oddělení, je provedena stabilizace stavu pacienta a diagnostika s následným stanovením léčby. U pacientů sestry provádí monitoraci životně důležitých funkcí, jako jsou tlak, puls, saturace krve SPO₂, EKG, hemodynamické sledování a sledování diurézy, a také medikamentózní podpora (Wendsche, 2009).

Samotná léčba je dělena na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní postup se používá pouze u pacientů, kteří mají stabilní zlomeniny obratlů s velmi malou dislokací a bez neurologické symptomatologie (Wendsche, 2009). V léčbě poranění krční páteře je nejspolehlivější použití halo-aparátu, který se zavádí bez kožní incize a opírá se o lebku, u lebky drží díky šroubům, které jsou zavedené určitou silou, kterou stanoví lékař (Wendsche, 2015). Pokud jde o zlomeniny v horním úseku hrudní páteře, používá se taktéž halo-aparát, ale můžeme použít i prodloužený stabilizační límec, zlomeniny střední, dolní hrudní páteře a přechodu z hrudní na bederní páteř se stabilizují klidem na lůžku a jewettovým korzetem a zlomeniny dolní bederní páteře bývají ve většině případů řešeny konzervativně (Wendsche, 2015).

Operační řešení má za úkol provést stabilizaci páteře a urgentní dekompresi míchy. Urgentní dekomprese vede ke snížení rizika vzniku sekundárního poškození nervové tkáně a zvyšuje tak šance na obnovení funkcí míchy (Ševčík, 2014).

Stabilizace páteře je rozdílná při poranění krční páteře, hrudní či bederní páteře. Při poranění krční páteře jsou operační přístupy zepředu a zezadu, někdy je však zapotřebí použít přístupy oba a stabilizace se provádí spojením dvou nebo tří obratlů za pomoci kostního štěpu nebo kovovým či keramickým materiálem (Štulík a kol., 2010).

Poranění hrudní a bederní páteře se liší u stabilních a nestabilních poranění, u stabilního poranění se rozhoduje podle několika faktorů, u nestabilních poranění se lékař přiklání spíše k brzkému operačnímu řešení. Na rozdíl od stabilizace u krční páteře se zde používají vnitřní fixátory, ze speciálních šroubů a podélných nosičů, které jsou připevněny v tělech obratlů a stejně jako u krční páteře i zde se jedná o spojení dvou nebo tří obratlů s obětováním pohyblivého segmentu (Wendsche, 2014).

Pokud je pacient stabilizován a dechově kompenzován, dochází k překladi z ARO či JIP na spinální jednotku, kde je pacient hospitalizován 2-3 měsíce. Na spinálních jednotkách dochází ke stabilizaci vnitřního prostředí, odeznívá spinální šok, dochází k začátku autoregulace vyprazdňování močového měchýře, páteř je obvykle stabilizována a je zde plný rozsah ucelené péče fyzioterapeutů, ergoterapeutů, sociálního poradce a psychologické péče (Faltýnková, 2012). Důležitá je prevence komplikací. Na spinálních jednotkách pracují lékaři, tzv. paraplegiologové, kteří jsou schopni celý nově vzniklý problém posoudit ve všech ohledech (Faltýnková, 2012).

Chronická fáze je již plně v rukách spinálních rehabilitačních jednotek v rehabilitačních ústavech a ambulantních specialistů, jako jsou urolog, neurolog, rehabilitační lékař a mnoho dalších, kteří se případně zabývají komplikacemi, které mohou po úrazu nastat. Do těchto komplikací řadíme například vznik dekubitů, periaartikulární heterotopické osifikace, urologické infekce, popáleniny, omrzliny a osteoporóza (Wendsche, 2009). Pacient je v rehabilitačních ústavech obvykle po dobu 5-6 měsíců.

1.7 Ošetrovatelská péče po vzniku míšního poranění

Důležité je vnímat pacienta jako celek, tedy se všemi jeho vlastnostmi a brát ohled na jeho potřeby. V ošetrovatelské péči jde o vzájemně propojené činnosti, které jsou prováděny ve prospěch pacienta. Ošetrovatelská péče se skládá z jednotlivých činností vedoucích k úspěšné léčbě pacienta a k předcházení komplikací, které mohou nastat při plnění činností ošetrovatelské péče. Činností sestry je také podpora pacienta v samostatnosti. Péče sestry o pacienta se mění s délkou pobytu pacienta na oddělení a podle stavu pacienta (Jirků a Kyriánová, 2006).

Úkolem sestry je pečovat o dýchání, kardiovaskulární systém, výživu, vyprazdňování stolice a moči, hygienu, spánek, bolest, prevenci dekubitů, polohování,

prevenci tromboembolické nemoci, rehabilitaci, prevenci pádů a úrazů a péči o psychiku pacienta i aplikací léků.

Protože většina úrazů míchy je způsobena autonehodami nebo úrazem, je nutné provádět monitoraci životních funkcí. Sestra monitoruje vědomí pacienta, krevní tlak, puls, ventilační parametry (maximální dechový objem, frekvenci dýchání, minutový dechový objem, krevní plyny pCO₂, pO₂, pulsní oxymetrii), tělesnou teplotu, centrální venózní tlak, velikost a fotoreakci zornic, hodinovou diurézu, laboratorní vyšetření krve (Kapounová, 2007).

1.7.1 Péče o dýchací cesty po poranění páteře a míchy

U pacientů, kteří mají míchu přerušenu nad úrovní C3-C5, je porušena funkce bránice, a tudíž je nutné pacienty uměle ventilovat (Ševčík a kol., 2014). Problémy s dýcháním se však mohou objevovat i u lézí níže položených. Příčinou může být poranění hrudníku nebo vysoká poloha bránice, která je vytlačena do hrudní dutiny paralytickými střevy. U pacientů s míšními lézím v oblasti horní hrudní páteře se objevuje hlavně dýchání břišní za pomoci bránice, protože je porušena mechanika hrudního dýchání (Wendsche, 2006). Sestra v akutní péči pečuje převážně o tracheostomickou kanylu, která je z dlouhodobějšího hlediska výhodnější.

Úkolem sestry je péče o průchodnost tracheostomické kanyly a odsávání sekretu za pomoci odsávačky, kontrola tlaku v obturační manžetě, který závisí na zvolené velikosti kanyly. Pozornost sestry by měla být také věnována kožnímu krytu v oblasti tracheostomie, kterou převazuje 2x denně sterilně a také podle potřeby. Před provedením převazu je potřeba pacienta odsát a odstranit staré krytí. Dále sestra kontroluje okolí tracheostomie, provede očištění okolí a aplikuje léčebné přípravky v případě potřeby. Dále přikládá materiál na podložení kanyly (Kapounová, 2007). Důležitá je správná fixace kanyly, aby nedošlo k dekanylaci nebo ke změnám polohy. K fixaci lze použít obinadlo nebo speciální fixační pásek, důležité však je vždy materiál upevnit tak, aby nebyl moc nebo málo utažený (Kapounová, 2007). Dalším úkolem sestry je aplikace mukolytických léčiv inhalační formou v pravidelných intervalech a také kontrola zvlhčování vzduchu a jeho ohřívání. Odsávání z dýchacích cest je jednodušší s pomocí uzavřeného systému, u kterého je však vysoké riziko poranění dýchacích cest během odsávání. Výhodou je trvalé napojení, a tím snížení víření

aerosolu v ovzduší (Zadák, Havel a kol., 2007). Zadák a Havel (2007) také uvádějí, že nutností pro správnou toaletu dýchacích cest je i dechová rehabilitace, kdy se již upřednostňuje vibrační masáž. Nejčastějšími metodami využívanými v dechové rehabilitaci sestrou, jsou míčkování, kdy jde o masáž, který usnadňuje vykašlávání, usnadňuje nádech a prohlubuje výdech. Další metodou je dýchání proti odporu a manuální dopomoc při odkašlávání. Manuální dopomoc při odkašlávání spočívá v prudkém stlačení hrudníku při výdechu pomocí ručníku či roušky, který se podsune pod pacientův hrudník a nad ním se překříží. Do dechové rehabilitace patří také autogenní drenáž, kde jde o samotným pacientem řízené dýchání formou pomalého plynulého nádechu s inspirační pauzou až na konci vdechu. Po nádechu následuje stejně pomalý výdech, který je svalově podpořený (Kolář a kol., 2009).

1.7.2 Péče o výživu pacienta po poranění páteře a míchy

Většina pacientů po prodělání traumatu nemá stanovenou dietu, pokud však nemá již onemocnění, které vyžaduje dietní režim. U pacientů, kteří jsou připojeni na umělou plicní ventilaci, je výživa poskytována formou parenterální. Je časté, že u pacientů, kteří jsou v akutním stadiu po úrazu, nacházíme nižší hodnoty bílkovin a albuminu a bývá důležité pro dobrou regeneraci organismu zvýšit příjem těchto látek například doplňkovými produkty (Wendsche, 2006). U parenterální výživy je možnost výběru, jakým způsobem bude výživa podávána. První způsob je podání izolovaných složek v jednotlivých infuzních lahvích, ale ta je pro sestru časově náročnější. Druhá možnost je podáním vaku all-in-one, kdy je však nutné dbát na pořadí podání jednotlivých částí vaku, ale jsou časově méně náročné a stejně jako u prvního způsobu podání mohou být namíchány dle potřeby pacienta nebo mohou být vyráběny komerčně, ale v tomto případě již nejsou hodnoty jednotlivých složek stravy nastaveny tak, jak pacientův stav vyžaduje (Kapounová, 2007). Parenterální výživa formou all-in-one se zpravidla podává do centrálního žilního katetru a jsou připravované podle přesného rozpisu lékaře dle aktuálního stavu pacienta. Obsah tohoto vaku je obvykle 2 000-3 000 ml, uchovává se při teplotě 4-6 °C, obsahuje směs sacharidů, aminokyselin, lipidů, vitaminů, minerálů a stopových prvků. Obvykle jsou dvou nebo tříkomorové (Jirkovský, 2012). Úkolem sestry při podávání parenterální výživy je správné zapojení infuzního setu, péče o infuzní lahve a vaky, kontrola rychlosti podávání do žilního

řečiště, péče o vstup do žilního řečiště (CŽK, PŽK) a kontrola stavu pacienta (Kapounová, 2007).

V případě, že pacient není napojen na umělou plicní ventilaci, je vhodné co nejdříve začít s podáváním stravy enterální cestou. Úkolem sestry je stravu pacientovi upravit tak, aby byl pacient schopný ji pozřít, případně dopomoci s příjmem stravy. Pokud má pacient zachovanou hybnost horních končetin, snaží se sestra pobízet pacienta k soběstačnosti. Dále sestra počítá BMI a sleduje bilanci tekutin. Po spinálním poranění může dojít i k atonii žaludku a paralýze střev.

Pro předcházení dilatace žaludku, regurgitace a případné aspirace je vhodné zavést nasogastrickou sondu (Wendsche, 2009). Sestra sleduje množství odpadů ze žaludeční sondy.

1.7.3 Péče o vyprazdňování stolice a moče po poranění páteře a míchy

U ležících pacientů se sestra často setkává se zpomalením peristaltiky střev a s následným problémem zácpy. Jestliže nastane tento problém, je důležité, aby sestra informovala lékaře (Ševčík, 2014). Pokud však stále nedochází k vyprázdnění, je úkolem sestry opět informovat lékaře, který případně provede manuální vybavení stolice nebo indikuje laxantiva či podání klyzmatu. Klyzma u plegických pacientů spočívá v aplikaci vysokých nálevů 500-1 500 ml 37 °C teplé vody (Faltýnková, 2012). Důležité je, aby sestra u pacienta zachovala intimitu a případně mu pomohla plnit jeho rituály, na které je při vyprazdňování zvyklý (Ševčík, 2014). Skoro u všech pacientů je možné pravidelné vyprazdňování nacvičit. Důležité je však vždy péči naplánovat tak, aby byl trénink vyprazdňování ve stejnou denní dobu a tím došlo k návyku (Wendsche, 2009). Samotný nácvik spočívá v tom, že se pacient musí naučit předvídat, kdy bude potřebovat se vyprázdnit. Postupně pacienti využívají reflexní činnosti míchy, zbylé pohybové schopnosti i obvykle změněného zbytkového cití. V praxi nácvik funguje v podstatě tak, že si pacient ve stejnou denní dobu, například večer po jídle, zavede bisacodylový čípek a poté se vyprázdní. Někteří pacienti využívají i toho, že po požití jídla či určitého nápoje se zvýší střevní peristaltika a stolice se posune ke konečníku (Faltýnková, 2015). Pro dobré vyprázdnění je vhodná úprava stravy a její výběr. Vhodné je nevybírat potraviny, které nadýmají nebo mají schopnost ztužovat stolici. Také je důležité, aby pacient přijímal dostatek tekutin. Velice důležitá je i správná

hygienická péče. U pacientů, kteří nejsou schopni přesunu na toaletní křeslo, využívá sestra jednorázové pomůcky, případně podložní mísy a s hygienickou péčí pacientovi dopomůže (Kapounová, 2007).

Vyprazdňování moči bývá v akutní fázi zajišťováno pomocí permanentního močového katetru, pokud není indikováno jinak. Po úrazu pacienti nemají zachovaný pocit nucení na močení a někteří pacienti se později naučí vnímat informace ze svého těla a zjistí, že je potřeba močový měchýř vyprázdnit. Tento pocit se může projevat jako husí kůže, či mravenčení nad místem poranění (Faltýnková, 2012). Následkem vzniku míšního šoku dochází k atonii a areflexii močového měchýře a močový měchýř již nemá schopnost sevření a vypuzení moči a tím může dojít k nadměrnému roztažení měchýře (tzv. distenze). Následkem tohoto roztažení může dojít až k fibrotizaci stěny močového měchýře, je tedy důležité zajistit vyprazdňování moči tak, aby k takovéto situaci nedošlo (Wendsche, 2009). V období spinálního šoku je stále zaveden permanentní močový katetr nebo epicistostomie, ale po odeznění spinálního šoku se obvykle začíná s takzvanou intermitentní katetrizací. Intermitentní katetrizace je velice individuální a provádí se podle náplně močového měchýře daného jednotlivce. Obvykle se doba mezi jednotlivými cévkováními pohybuje mezi 3-4 hodinami přes den a mezi 6-8 hodinami v noci. Tuto katetrizaci se pacient později učí i sám a mluvíme o čisté intermitentní autokatetrizaci (Faltýnková, 2012). Jirků a Kiriánová (2006) uvádějí vyklepávání nebo poklepávání na dolní část břicha, ale tato metoda se využívá již minimálně.

1.7.4 Hygienická péče u pacienta po poranění páteře a míchy

Potřebu hygieny můžeme definovat jako biologickou, která udržuje kůži v dobrém stavu a brání následným komplikacím. Další potřeba je psychologická, která navozuje pozitivní emoce i pocit spokojenosti a potřeba sociální, vytvářející příjemné prostředí, je předpokladem pozitivních mezilidských vztahů (Jirků a Kiriánová, 2006).

Hygienická péče je u pacientů s poraněním páteře velice důležitá. Díky správné hygienické péči může sestra předcházet vzniku infekcí u pacientů. Hygienická péče musí být přizpůsobena stavu pacienta. Pokud je pacient částečně soběstačný, můžeme mu pouze dopomoci, ale pokud soběstačný není, musí sestra nebo ošetrovatelský personál provést celkovou hygienickou péči sám (Kapounová, 2007).

Do základní hygienické péče patří péče o čisté ložní prádlo, běžné denní mytí rukou, ranní a večerní toaleta, celková koupel v koupelně nebo na sprchovém lůžku a mnoho dalšího (Jirkovský, 2012). Při hygienické péči o pacienta je důležité kontrolovat i stav kůže a predilekční místa kvůli možnému vzniku dekubitů. Nesmíme ani opomenout péči o dutinu ústní, péči o vlasy a nehty. Důležité je kůži udržovat v suchu a suchou kůži promašťovat. Genitálie musí být udržovány v suchu a čistotě, můžeme používat čisticí pěny a ochranné krémy, abychom předcházeli opruzeninám. Sestra ani ošetrovatelský personál nikdy nesmí opomenout intimitu pacienta (Jirků a Kiriánová, 2006). U inkontinentních pacientů je důležité dbát na očistu a udržování pacienta v suchu.

Je důležité, aby se s přihlédnutím na stav pacienta co nejdříve začalo s nácvikem soběstačnosti, aby byl pacient co nejdříve samostatný. Pokud si však pacient není jistý, jak hygienu provádět, může mu sestra dopomoci, případně mu poradit (Wendsche, 2005).

1.7.5 Bolest po poranění páteře a míchy

Bolest v pooperačním čase bývá nejčastěji v místě rány, kde je zachováno cití. Bolest může také vzniknout po přehnané zátěži některých částí těla, kde svaly mají nějaký funkční deficit (Wendsche, 2005). Faltýnková (2012) uvádí, že následná chronická bolest je nejčastěji nociceptivní, která vzniká při přetěžování svalů, dále může být bolest neuropatická, která vychází z postižených nervových struktur jak v míše, tak v míšních kořenech. Oproti tomu Regionální severozápadní systém pro míšní poranění na univerzitě ve Washingtonu (Northwest Regional SCI System University of Washington) uvádí 3 druhy bolesti a to neuropatickou, která je způsobena signálem z poškozených nervů, dále uvádí bolest muskuloskeletální, která vzniká na různých podkladech degenerativních změn a třetím druhem bolesti je bolest viscerální, která bývá lokalizována nejčastěji do oblasti žaludku a střev a jejím původcem bývají onemocnění v zažívacím traktu.

Léčba bolesti se dělí na farmakologickou a nefarmakologickou. Nefarmakologická léčba spočívá nejčastěji v chirurgickém řešení, rehabilitaci, fyzikální léčbě a protetice, psychoterapii a pastorační péči (Rusín, 2016). Farmakologická léčba se dle WHO řadí do 3 skupin. Do první skupiny řadíme pacienty s mírnou bolestí, kteří

jsou léčeni neopioidním analgetikem. Neopioidní analgetika dělíme na analgetika-antipyretika a nesteroidní antiflogistika. Do analgetik-antipyretik řadíme kyselinu acetylsalicylovou, paracetamol a metamizol. Do nesteroidních antiflogistik řadíme ibuprofen, diklofenak, indometacin, nimesulid, celecoxib (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012). Do druhé skupiny řadíme pacienty se středně silnou bolestí. Používáme zde slabé opioidy, kam řadíme kodein a tramadol (Rusín, 2016). Do třetí skupiny řadíme pacienty s velmi silnou bolestí a používáme zde silné opioidy. Do silných opioidů řadíme morfin s rychlým uvolňováním, morfin s řízeným uvolňováním, fentanyl TTS, oxykodon s řízeným uvolňováním, buprenorfin s rychlým uvolňováním, buprenorfin TDS a hydromorfon s řízeným uvolňováním. Většina silných opioidů je buď ve formě p.o., s.c., i.v. a ve formě náplasti (Vorlíček, Abrahámová a Vorlíčková, 2012).

Úkolem sestry u pacientů s bolestí je zaznamenat pacientovo hodnocení bolesti dle standardů oddělení, podávat analgetika dle ordinace lékaře a případně lékaře informovat o nedostačujícím mírnění bolesti. Sestra také může pacientovi nabídnout led, případně navést do úlevové polohy, pokud pacientovi pomáhá.

1.7.6 Polohování pacienta po poranění páteře a míchy

Polohování u pacientů po úrazu páteře je velice důležité. Hlavním cílem při polohování je zabránění vzniku proleženin, ale nesmíme opomenout i další výhody polohování, jako je vznik různých stimulů, které mohou vést k zlepšení sensorických funkcí, brání vzniku svalových atrofií, kontraktur a deformací kloubů, snižuje bolest a podporuje psychický stav pacienta (Kolář, 2009).

Při polohování je důležité dodržovat správný postup, protože špatně napolohovaný pacient má stejně vysoké riziko vzniku dekubitů jako pacient, který není napolohovaný vůbec. Sestra polohování provádí obvykle za pomoci druhé osoby, je důležité, aby dodržovala interval polohování každé 2 hodiny přes den a každé 3 hodiny v noci (Slezáková, 2014).

Základními polohami jsou poloha na boku pravém a levém a poloha na zádech a břiše. Další poloha může být semisupinační, což je střední poloha mezi polohou na boku a na zádech, další polohou je poloha semipronační, což je střední poloha mezi polohou na boku a polohou na břiše (Kolář, 2009). Další možností polohování je poloha na břiše,

kteřou nejčastěji využíváme při léčbě již vzniklých dekubitů (Jirků a Kyriánová, 2006). U všech poloh musí sestra zajistit správné polohovací pomůcky, aby pacient byl správně zapolohovaný a stabilní. Důležité je také polohovat ruce do tzv. funkčního úchopu, který je velice důležitý pro kvadruplegické pacienty (Jirků a Kyriánová, 2006).

Prevence kontraktur u pacientů po poranění páteře a míchy je důležitá stejně, jako u jiných imobilních pacientů. Jako prevence kontraktur se nejčastěji využívá pasivní protahování svalů a kloubů, které mají sklon ke zkracování a tunutí (Skalsky a McDonald, 2012). Dále se využívá celková pasivní rehabilitace u pacientů, kteří nejsou schopni aktivních cviků. Všechna cvičení by měla být pod dohledem fyzioterapeuta (Vytejšková, Sedlářová, Wirthová a Holubová, 2011).

1.7.7 Prevence a léčba dekubitů po poranění páteře a míchy

Mikula a Müllerová (2008) definují dekubitus takto: „*Dekubit je jakékoli poškození kůže nebo tkání kůže způsobené přímým tlakem nebo třecími silami; poškození může být v rozsahu od trvalého erytému až po nekrotickou ulceraci postihující svaly, šlachy a kosti. K tomu, aby rána vznikla, musí působit alespoň dva tyto faktory.*“ (Mikula a Müllerová, 2008, str. 11). Nejčastějšími místy vzniku dekubitů jsou tzv. predilekční místa. Predilekčními místy jsou nejčastěji hřebeny lopatek, lokty, křížová krajina, velké trochantery femuru, paty, kotníky a také krční páteř v oblasti trnu obratle C7 (Valenta, 2007).

Prevenčí proti vzniku této rány je hlavně polohování, díky kterému můžeme proležením předcházet. Dalším faktorem, který vznik ovlivňuje, je stav nutriční. Kachektičtí pacienti mají vyšší sklon ke vzniku dekubitů, také obézní pacienti mají zvýšené riziko vzniku dekubitů (Valenta, 2007). Vznik dekubitů ovlivňuje samozřejmě pohyblivost pacienta. Důležitou roli hraje také kvalita kůže pacienta a prokrvení kůže. Inkontinentní pacienti mají také zvýšené riziko vzniku proleženin. Je tedy důležité, aby sestra provedla zhodnocení rizika vzniku dekubitů u pacienta a na základě výsledků provedla intervence, které by vedly ke zminimalizování rizikových faktorů (Kapounová, 2007). Důležitá je každodenní péče o pokožku pacienta a dostatečná hydratace a výživa. U inkontinentních pacientů je důležitá důkladná očista a osušení kůže a také výměna ložního a osobního prádla. Pro dobrou hydrataci kůže existuje celá řada výrobků, které hydratují kůži zvenčí, ale nesmí být opomenuta hydratace pacienta celkově.

Stupně dekubitů každý autor určuje trochu jinak, ale obvykle se dělí do 4-5 fází. Mayoova klinika například dělí fáze dekubitů do 4 skupin. V 1. fázi je kůže u světlých lidí zčervenalá, lidé s tmavou pletí mají jiný odstín kůže a kůže po stlačení nezbledne. Ve 2. fázi rána povrchní, může se projevovat jako puchýř. Ve 3. fázi již dochází ke ztrátě svrchní části kůže. Rána má tvar kráteru a ve spodní části mohou být viditelné mrtvé tkáně žluté barvy a rána může být i pod vrstvami zdravé kůže a nemusí být viditelná. 4. fáze je již nekróza tkáně černé nebo žluté barvy, rána může zasahovat do svalů, kostí a šlach (Klinika Mayo, 2014). Oproti tomu například Jirkovský (2012) uvádí Torrancovu klasifikaci o 5 stupních. V 1. stupni má kůže rudou barvu a při mírném stlačení zbledne, objevuje se také mírný otok. U 2. stupně se objevuje lehce vystouplé červené místo, které při stlačení nezbledne. Může se také objevit puchýř. Ve 3. stupni je již kůže zvrhovatelná a připomíná hlubokou oděrku. 4. stupeň již zasahuje do podkoží a dochází tak k poškození svalů, které jsou oteklé a zanícené, rána je hluboká a otevřená. 5. stupeň je nekróza tkáně, svalová tkáň odumírá a může se projevovat suchou černou nektrózou, někdy rozbředlou a zapáchající, část tkáně je žlutozelená (Jirkovský, 2012).

Léčba dekubitů je běh na dlouhou trať. Léčbu rozdělujeme na konzervativní a chirurgickou, přičemž chirurgická se používá pouze u nehojitelných, složitých ran, které jsou hluboké a jejich hojení konzervativní formou není účinné. Chirurgická léčba zahrnuje nekrektomii, uzavření dekubitu, které zahrnuje odstranění proleženinové kapsy, případně snesení kostních hrbolů a krytí dekubitu. Krytí rány se nejčastěji děje pomocí dobře prokrvených laloků, samotné sešití rány bez laloků se používá zcela vzácně (Měšťák a kol., 2015).

1.7.8 Prevence tromboembolické nemoci po poranění páteře a míchy

Pacienti po úrazu páteře mají kvůli imobilizaci velmi vysoké riziko vzniku tromboembolické nemoci (TEN), a je tedy důležité jejímu vzniku předcházet (Kretová a Bultas, 2011). Nejznámější metodou, jak TEN předcházet, je použití vysokých bandáží nebo nejlépe kompresních punčoch, které nám zajistí lepší průtok krve dolními končetinami. Sestra při přikládání bandáže musí být důsledná a bandáž přikládat správně, dotáhnutí bandáže nesmí být příliš silné ani příliš slabé a nesmí být opomenuty otkoky přes patu (Jirkovský, 2012). McKinneyová (2015) uvádí, že přikládání bandáží nebo kompresních punčoch u pacientů po poranění páteře a míchy je ideální po dobu

prvních 2 týdnů od vzniku poranění. Další možností je intermitentní pneumatická komprese za pomoci pneumatických návleků, které působí na končetinu tlakem 40 mm Hg nejlépe každou 10. minutu (Herman, Musil a kol., 2011).

Pokud je pacient vznikem této komplikace ohrožen více, jsou mu lékařem předepsány nízkomolekulární hepariny (Wendsche, 2009). Prevencí vzniku tromboembolické nemoci je také včasná rehabilitace. Vhodné jsou i masáže dolních končetin, dechová rehabilitace a pasivní cvičení na lůžku (Slezáková a kol., 2010).

Důležitou součástí prevence vzniku tromboembolické nemoci u pacientů po úrazu páteře je dostatečný příjem tekutin a dostatečná výživa pacientů. Pacient by měl přijmout přibližně 2-3 litry tekutin denně a zahrnout do stravy dostatečné množství ovoce a zeleniny (Šafránková a Nejedlá, 2006).

1.8 Psychologická péče po poranění páteře a míchy

Díky psychologické péči je možné usnadnit pacientovi i jeho rodině proces adaptace na nově vzniklé onemocnění a s ním spojené fyzické omezení. Každý člověk je jiný a s novou situací se vyrovnává zcela jiným způsobem (Kříž a Faltýnková, 2012). Sestra by tedy u pacientů měla vycítit, jak se pacient se situací vyrovnává a být mu psychickou oporou. Vágnerová (2012) uvádí 4 fáze zvládnání získaného postižení. 1. fáze je fáze latence, kdy pacient není o svém stavu zatím plně informován a věří, že tato situace je pouze dočasná. 2. fáze je pochopení traumatizující reality, kdy je pacient již léčen, ale začíná chápat, že stav se již pravděpodobně nezlepší. 3. fáze je protest a smlouvání, ve které pacient začíná odmítat rehabilitaci, odmítá kontakt s lidmi a nemá důvod, aby žil, protože s postižením žít nechce. Zároveň však zkouší smlouvat s osudem a uchovává si trochu naděje, že se jeho stav zlepší. 4. fáze je adaptivní, kdy se pacient učí, jak pracovat se svým tělem, někdy si nevěří nebo naopak má potřebu si dokazovat, že může více.

Účast psychologa při léčbě pacientů po poranění páteře je důležitá, protože pacient i rodina potřebují pomoci si uvědomit, že i s handicapem se dá žít plnohodnotný život. Psycholog zároveň pomáhá pacienta, stejně jako ostatní členové léčebného týmu, motivovat (Wendsche, 2005).

1.9 Komunikace s pacientem po poranění páteře a míchy

Komunikace s pacientem po úrazu je velice složitá a vždy závisí na pacientovi, zda je ochotný komunikovat. Pacienti po úrazu jsou často depresivní nebo apatičtí, protože se jim změnil celý život. Bariérou v komunikaci také může být zavedená endotracheální rourka nebo tracheostomie, poté je nutná trpělivost sestry i pacienta, aby sestra mohla správně odezírat z pacientových úst (Kapounová, 2007). Sestra si musí dávat i pozor na neverbální komunikaci, protože někteří pacienti na ni mohou být více citliví. Základními pravidly, která sestra při komunikaci s pacientem dodržuje, jsou udržování očního kontaktu, mluví srozumitelně a nejlépe bez medicínské terminologie, aby pacient všemu porozuměl, vždy se ujistí, zda pacient rozumí všemu, co říká, nelituje pacienta, protože to může snižovat jeho psychický komfort, je vhodné, aby chápala náladovost, případně hrubost a netaktnost kvůli psychickému stavu pacienta a vždy mluví klidným a vlídným hlasem (Linhartová, 2007). Komunikace s pacientem po úrazu páteře se také mění s ohledem na čas po prodělání úrazu.

Při komunikaci s pacientem po úrazu páteře je vhodné, aby sestra zaujala polohu takovou, aby oči její a pacienta byly ve stejné úrovni. Tedy, pokud je pacient na vozíku, je ideální, aby sestra při rozhovoru seděla (Andršová, 2012). Pokud je s pacientem doprovod, je vhodné ho pouze pozdravit, ale nadále komunikovat s pacientem (Venglářová a Mahrová, 2006). Při manipulaci s pacientem je vhodné, aby se sestra informovala od pacienta, co zvládne sám a s čím potřebuje pomoci (Andršová, 2012).

Pro zlepšení komunikace s pacienty s postižením vydala Národní rada osob se zdravotním postižením ČR brožuru s názvem Desatero komunikace s osobami se zdravotním postižením, kde je zahrnuto i desatero pro komunikaci s pacientem s pohybovým postižením. V plném znění zní desatero takto:

„1. Zdravotnický pracovník komunikuje při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem s pohybovým postižením a nikoliv s jeho případným doprovodem.

2. Při nezbytné manipulaci s pacientem (uložení na lůžko aj.) mu vysvětlíme, co konkrétně potřebujeme, a požádáme jej, aby nám říkal, jak máme postupovat. Většina pacientů přesně popíše způsob manipulace.

3. Dbáme, aby pacient s pohybovým postižením měl ve svém dosahu nezbytné kompenzační pomůcky. Tím zvyšujeme jeho jistotu a pocit soběstačnosti.

4. *Pokud potřebujeme vykonat zdravotnický úkon (odběr krve, aplikace injekce apod.), požádáme pacienta, aby si sám – pokud je to možné – zvolil místo vpichu či jiného zákroku. Pacient obvykle ví, které místo je nejvhodnější.*
5. *Zásadně dbáme na to, aby pacientovi s pohybovým postižením byly sanitním vozem současně dopravovány i nezbytné kompenzační pomůcky. Zajistíme, aby „vozičkář“ měl ve zdravotnickém zařízení k dispozici svůj vozík.*
6. *Při delším pobytu ve zdravotnickém zařízení zjistíme, které bariéry v pokoji a jeho okolí brání relativně samostatnému pohybu pacienta a snažíme se je odstranit.*
7. *Maximálně se snažíme, aby pacient nebyl trvale upoután na lůžko, pokud to není nutné.*
8. *Jen v nejkrajnějším případě používáme takové pomůcky, jako je permanentní močový katetr apod. Je to velmi ponižující pro všechny pacienty.*
9. *Při podávání stravy se vždy informujeme, zda pacient je schopen se najíst, nakrájet si jídlo apod.*
10. *Zvláště při delších vyšetřeních dbáme na časový prostor na použití WC.*“ (Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006)

1.10 Rehabilitace po poranění páteře a míchy

Během 20. století došlo k velkému rozvoji péče o pacienty po úrazu páteře, a to nejen v lékařské, ale i v sociální oblasti. Smyslem spinálního programu byla snaha o centralizaci péče o pacienty s míšním poškozením. V 90. letech 20. století byla úspěšně otevřena první spinální jednotka v České republice v Úrazové nemocnici v Brně pro centralizaci péče o pacienty s míšním poškozením. O založení této spinální jednotky se zasloužil profesor Wendsche (Faltýnková, 2012). V České republice již několik let existuje síť spinálních center. Každé město má své spádové spinální centrum. Pro České Budějovice je to Brno, stejně tak pro Jihlavu.

System péče v České republice probíhá následovně. Pacient po vzniku poranění je urgentně převezen na spondylochirurgické pracoviště, kde je provedena diagnostika a následné intervence, jako jsou dekomprese a stabilizační operace, pacient je po operaci obvykle uložen na ARO. Pokud je pacient dechově kompenzovaný a není nutné, aby byl připojen na ventilátor, je přeložen na spinální jednotku, kde dochází ke komplexní ošetrovatelské péči. Na spinální jednotku dochází i psycholog, sociální pracovník.

Následně je pacient převezen do rehabilitačního ústavu, ale pouze za předpokladu, že již zvládl vertikalizaci do sedu, je již částečně soběstačný v závislosti na výšce míšní léze a je u něj nastaven režim močení a jsou vyřešeny všechny zdravotní komplikace (Kolář a kol., 2009).

V každodenním léčebném programu má hlavní úlohu fyzioterapie a ergoterapie, dále je důležitá sociální rehabilitace a fyzikální terapie. Takováto zátěž se vždy řídí aktuálním zdravotním stavem pacienta.

1.10.1 Fyzioterapie po poranění páteře a míchy

U pacientů s poraněním míchy je vždy změněná mechanika dýchání, proto je první z fyzioterapií zaměřená na dobrou funkci dýchacího systému. Jedním z podstatných cílů je proto hygiena dýchacích cest. V respirační fyzioterapii máme dva druhy technik. První technikou je pasivní technika. Do pasivních technik patří například uvolňování hrudníku, manuální vibrace při výdechu, masáž mezižeberních prostor a pasivní dechová gymnastika. Do aktivních technik patří především nácvik výdechu a nádechu, prohloubené dýchání a správné odkašlávání hlenu (Kolář a kol., 2009).

Při fyzioterapii těla používáme pasivní a aktivní pohyby. Do pasivních pohybů patří udržení rozsahu pohybu v jednotlivých kloubech (Kříž a Chvostová, 2009). Pohyby musí být pomalé a plynulé. Součástí pasivních pohybů je také tzv. centralizace kloubů. Jde o kontinuální tlak na končetinu ve směru její osy do kloubní jamky. Tím dochází ke stimulaci tlakových receptorů v jamce a k vysílání impulsů do oblasti míšního přerušení s potenciálním obnovením funkcí (Kolář a kol., 2009). Při aktivních pohybech je terapie zaměřena na svaly a svalové skupiny, které mají částečně nebo úplně zachovanou funkci (Kříž a Chvostová, 2009). Pracuje se na obnově svalové funkce a síly. Cílem je dosažení co nejlepší funkce svalů při vertikalizaci (Kříž a Faltýnková, 2012).

Dalším důležitým bodem při fyzioterapii je vertikalizace. Pokud je celkový stav pacienta takový, že to dovolí, zahajujeme vertikalizaci do sedu a do stoje co nejdříve. K vertikalizaci slouží mnoho vertikalizačních lůžek, stolů a stojanů (Kolář a kol., 2009).

1.10.2 Fyzikální terapie a ergoterapie poranění páteře a míchy

Terapie se zaměřuje především na ovlivnění nervosvalových bolestí, zánětu

šlachových pochev, onemocnění kloubů, zlepšení hojení kožních ran a jizev (Kolář a kol., 2009). Rozdělujeme ji na mechanoterapii (ultrazvuk, terapie rázovou vlnou, přístrojová lymfodrenáž), termoterapii a hydroterapii (Priessnitz, vířivka, Hubbardův tank, bazén), fototerapii (biolampa, laser), kontaktní elektroterapii (galvanoterapie, nízko a středofrekvenční proudy, elektrostimulace) a bezkontaktní elektroterapii (vysokofrekvenční proudy, distanční elektroterapie a magnetoterapie) (Kříž a Chvostová, 2009).

Spolu s fyzioterapií probíhá i každodenní ergoterapie, která je zaměřena na nácvik soběstačnosti, nácvik běžných denních aktivit (oblékání, přesuny, osobní hygiena, příjem potravy a mnoho dalších) (Kolář a kol., 2009). Důležitou úlohou ergoterapeuta je nácvik funkčního úchopu u tetraplegiků (Faltýnková, 2012). V rehabilitačním ústavu je ergoterapeut spolu s lékařem zodpovědný za správný výběr pomůcek do domácího prostředí (vozik, sedací polštář, polohovací lůžko, pomůcky pro hygienu a další kompenzační pomůcky) (Kříž a Chvostová, 2009). Ergoterapeut také nabízí poradenství v oblasti bezbariérového bydlení a pracovních míst (Kolář a kol., 2009).

1.10.3 Sociální rehabilitace po poranění páteře a míchy

Probíhá již na spinální jednotce a dále v rehabilitačních ústavech. Cílem je připravit pacienta na život s handicapem ve společnosti blízkých i cizích lidí. Důležitá je práce s rodinou (Kolář a kol., 2009). S rodinou se řeší možnosti, jak společně zvládnout pobyt v domácím prostředí, jak upravit nebo změnit zaměstnání včetně úpravy pracovního místa, jak řešit přesuny a transporty tak, aby byl jedinec minimálně závislý na pomoci okolí. Neměl by být ani omezen ve společenských aktivitách. Ve všech oblastech mohou pomoci neziskové organizace jako Centrum Paraple (Kříž a Faltýnková, 2012).

1.11 Příprava pacienta a rodiny na ošetrovatelskou péči v domácím prostředí po poranění páteře a míchy

Samozřejmě je důležité připravit pacienta a rodinu na péči v domácím prostředí. Důležitá je komunikace s rodinou již během hospitalizace na spinální jednotce. Je důležité, aby se rodina postupně smířovala se skutečností, že je pravděpodobné, že

pacient nebude chodit. Je důležité, aby bylo jasné, jaká je bezbariérovost v okolí bydliště, jak vypadá byt, kde pacient bude. Rodina se seznamuje s péčí o pacienta, se zdravotními důsledky, které mohou vzniknout a s jejich projevy. Rodina by měla vytvořit pevné zázemí a najít společné možnosti péče o pacienta. Výhodou v dnešní době je, že existuje mnoho neziskových organizací, které rodinám i pacientům mohou pomáhat s řešením nové situace (Betlachová, Uhlíř a Dvořák, 2013). Důležitá je spolupráce ergoterapeuta a rodiny. Další pomoc rodině podává zdravotně-sociální pracovník, který má za úkol seznámit rodinu i pacienta se sociálními podporami a radí jim, v jakém časovém sledu a na kterých institucích o příslušné příspěvky žádat (Kříž a Faltýnková, 2012).

Důležité je i zhodnocení stavu pacienta pro možnost odchodu domů. Na zhodnocení se podílejí jak lékaři, tak fyzioterapeuti i ergoterapeuti. Hodnotí se i rodinné vztahy (Kříž a Faltýnková, 2012).

Pro rodiny a pacienty je sepsáno mnoho informačních brožurek, které jim radí, jak o pacienta pečovat. Tyto brožury vydává hlavně Česká asociace paraplegiků, která na svých stránkách má umístěna i videa. Zároveň je tato asociace velkým pomocníkem pro pacienty i rodiny. Česká asociace paraplegiků založila také portál vozejkov.cz, který podává nejnovější informace pro rodiny a pacienty s míšním poraněním a na jejich stránkách také naleznou mnoho rad pro péči.

Pacient by se po propuštění do domácí péče měl snažit co nejdříve se zapojit do pracovních a společenských aktivit. Také je dobré, když si stanoví program pro udržení fyzické kondice (Kolář, 2009).

V domácí péči je důležité dbát na prevenci dekubitů, proto je důležité polohování, které se učí i samotní pacienti v rehabilitačních centrech (Faltýnková, 2011). Důležité je, aby pacienti před propuštěním do domácí péče věděli, jak si vyprázdnit močový měchýř a uměli se samostatně vycévkovat, samozřejmě se cévkování učí i rodinní příslušníci pod vedením sestry nebo lékaře, hlavně u kvadruplegických pacientů (Faltýnková, Kříž, Kábrtová, 2004). Péče o vyprazdňování stolice spočívá hlavně ve vhodné stravě a případně v aplikaci čípků. Aplikaci se učí pacienti nebo asistenti za pomoci sestry nebo lékaře. Vyprazdňování stolice by se mělo provádět nejlépe každý den, nebo jednou za 2-3 dny. Přesuny se učí jak pacient, tak rodina či asistent přímo v rehabilitačním centru, případně v domácím prostředí, kdy již

pacient sám ví, jaké přesouvání je pro něj nejvhodnější (Faltýnková, 2012). Při přesunech si rodina musí dávat pozor, aby nedošlo k pádu. Při hygienické péči o pacienta je důležité, aby pacient byl umyt dobře a aby byl dobře osušen. Pokud pacient hygienickou péči nezvládá sám, je úkolem rodiny nebo asistenta, aby se o hygienu postaral, případně pacientovi dopomohl (Faltýnková, Kříž, Kábrtová, 2004). Důležitá je i hydratace kůže. Pacient i rodina tedy mohou využívat různé krémy.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jak je rodina připravena na ošetřování pacientů s plegií po propuštění do domácí péče.

Cíl 2: Zjistit, jak vnímají pacienti s poúrazovou plegií ošetrovatelskou péči.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké informace dostali příbuzní o ošetřování pacientů s plegií?
2. Jaké informace příbuzným chyběly?
3. Jak vnímali pacienti s plegií ošetrovatelskou péči?
4. Jaký byl přístup sester k pacientům s plegií po stránce komunikační?
5. Jak byla z pohledu pacienta s plegií rodina připravena na domácí péči?

3 Operacionalizace

Plegie – Slezáková (2014) definuje plegii jako *úplnou ztrátu hybnosti* (Slezáková, 2014, str. 63).

Ošetrovatelská péče – Jde o soubor ošetrovatelských činností, které jsou poskytovány jednotlivci či skupině.

Komunikace – Andršová (2012) definuje komunikaci jako *kontinuální a dynamický proces, kdy sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí vzájemný vztah* (Andršová, 2012, str. 42).

Domácí péče – Světovou zdravotnickou organizací je definována jako *jakákoliv forma péče poskytovaná lidem v jejich domovech* (Jarošová, 2007, str. 60).

4 Metodika

Bakalářská práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření. Technika sběru dat byla realizována metodou polostrukturovaných rozhovorů. Švaříček (2007) udává „*Rozhovor je nejčastěji používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu.*“ (Švaříček a Šedřová, 2007, s. 159). Rozhovory proběhly s pacienty po úrazu páteře s následnou plegií a jejich rodinnými příslušníky. Sběr dat byl realizován v období od 7. února 2017 do 31. března 2017. Dotazování po úrazu páteře s následnou plegií jsou celkem 4.

Pro pacienty bylo připraveno 14 hlavních otázek a v průběhu rozhovoru byly další otázky doplňovány (Příloha 2). Na začátku rozhovoru byli pacienti vždy informováni o absolutní anonymitě a byli požádáni o kontakt pro případné další otázky. V úvodu rozhovoru byl každý pacient požádán, aby řekl něco málo o svém životě před úrazem a po úraze. Dále byli požádáni o popsání příčiny vzniku úrazu. Úvodní otázky byly zaměřeny na hospitalizaci v nemocničních zařízeních a s nimi spojenou péči. Další otázky byly zaměřené na vyrovnání s diagnózou a formu sdělení diagnózy, komunikaci sester s pacienty, hospitalizaci v rehabilitačních centrech a s nimi spojenou péči a v závěru rozhovoru byly otázky zaměřeny na informace poskytnuté pacientům a péči v domácím prostředí. Rozhovory byly se souhlasem všech dotazovaných nahrávány a následně převedeny do přímé transkripce (Příloha 3 - CD) s vynecháním údajů o pacientech. Rozhovory probíhaly telefonickou formou nebo přímou komunikací.

Pro rodinné příslušníky bylo připraveno 15 hlavních otázek a během rozhovoru byly další otázky doplňovány (Příloha 4). Stejně jako při rozhovorech s pacienty byli i rodinní příslušníci vždy na úvod informováni o absolutní anonymitě a byli taktéž požádáni o kontakt pro případné další otázky. V úvodu byly otázky zaměřené na přístup personálu k pacientům i k rodinným příslušníkům, na průběh prvních týdnů po vzniku úrazu, na poskytnuté informace, dále na ošetrovatelskou péči z pohledu rodinného příslušníka a spolupráci s personálem. V závěru rozhovoru byly otázky zaměřené na domácí péči. Rozhovory byly se souhlasem všech dotazovaných nahrávány a následně převedeny do přímé transkripce (Příloha 3 - CD) s vynecháním údajů o pacientech. Rozhovory probíhaly telefonickou formou nebo přímou komunikací a jeden rozhovor byl z důvodu časové vytíženosti příslušníka proveden odesláním otázek, na které odpověděl a následně poslal vyplněné zpět.

Rozhovory byly zpracovány pomocí techniky otevřeného kódování, které bylo provedeno metodou tužka-papír do kategorizačních skupin, kdy jde o tzv. kódování v ruce (Šed'ová a Švaříček, 2007).

4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Záměrný výzkumný soubor byl tvořen 4 dotazovanými pacienty po úrazu páteře s následnou plegií a 4 rodinnými příslušníky pacientů po úrazu páteře s následnou plegií. Dotazovaný číslo 4 poskytl kontakty na jiné pacienty, z oslovených byli ochotní rozhovor poskytnout 3.

V bakalářské práci jsou pacienti po úrazu páteře s následnou plegií označováni jako D1, D2, D3 a D4. Rodinní příslušníci jsou označováni jako R1, R2, R3, a R4, kdy pořadí je shodné s pořadím pacientů po úrazu páteře s následnou plegií.

4.1.1 Pacienti po úrazu páteře s následnou plegií

4.1.1.1 Dotazovaný č. 1

Dotazovaný číslo 1 (D1) je upoután na invalidní vozík již 6 let. Úraz se mu stal při autonehodě v roce 2011, kdy o Vánocích dostal smyk na sněhu a poranil si 5. a 6. krční obratel. Před úrazem studoval střední školu a věnoval se hudbě. Po úrazu byl v rehabilitačním centru Kladruby. Po úrazu žil s přítelkyní v Praze a nyní žije v Olomouci. Nadále se věnuje hudbě.

Rozhovor probíhal telefonicky, trval přibližně 50 minut. Během rozhovoru byl dotazovaný velice otevřený, na všechny otázky odpovídal bez problémů, aniž by odbíhal od tématu. Na začátku rozhovoru dotazovaný poprosil o možnost tykání, aby byl rozhovor příjemnější.

4.1.1.2 Dotazovaný č. 2

Dotazovaný číslo 2 (D2) je upoután na invalidní vozík 19 let. Úraz se mu stal při autonehodě v roce 1998, kde byl spolujezdcem. Při nehodě došlo k poranění 5. a 6. krčního obratle. Před úrazem studoval střední školu, kterou nedodělal. Po úrazu se začal věnovat fotografování, fotografuje převážně portréty a sporty handicapovaných, dále si s matkou otevřel hospůdku a s přítelkyní založil rodinu.

S dotazovaným byl rozhovor veden telefonicky, který trval 37 minut. Při rozhovoru byl dotazovaný otevřený všem otázkám. Na otázky odpovídal bez problému,

neodbíhal od tématu. Na začátku rozhovoru dotazovaný poprosil o možnost tykání a během rozhovoru nebyl nervózní.

4.1.1.3 Dotazovaný č. 3

Dotazovaný číslo 3 (D3) je upoután na invalidní vozík 1,5 roku. Úraz se mu stal v létě roku 2015 při skoku do rybníka, kde bylo 20 cm vody. Před úrazem studoval střední školu, kterou si později dodělal. Momentálně studuje Jihočeskou univerzitu a má zájem o kvadruragby. Snaží se založit tým v Českých Budějovicích.

Rozhovor byl veden v přímém kontaktu, kdy dotazovaný poprosil o možnost tykání. Během rozhovoru se držel tématu, ale byl trochu nervózní. Celý rozhovor trval 30 minut.

4.1.1.4 Dotazovaný č. 4

Dotazovaný číslo 4 (D4) je na vozíku od roku 2006. Úraz se mu stal na školním výletě v 16 letech, když skočil do rybníka, který neznal a byl tam přibližně 1 metr vody. Při skoku narazil o dno rybníka a došlo tak k poranění 4. a 5. krčního obratle. Před úrazem dotazovaný studoval střední školu stavební, věnoval se závodní atletice, skoku do výšky a běhu na dlouhou trať. Po úraze se začal věnovat jízdě na handbiku, také si dodělal maturitu. Momentálně vede kurz soběstačnosti v centru Paraple pro klienty, kteří jsou čerstvě po úraze. Dále se věnuje cestování a o cestách následně přednáší ve školách, rehabilitačních centrech i spinálních jednotkách.

Rozhovor probíhal telefonicky a trval přibližně 39 minut. Během rozhovoru se dotazovaný držel tématu a na všechny otázky bez problému odpověděl. Při rozhovoru nebyl nervózní a byl velice otevřený.

4.1.2 Rodinní příslušníci pacientů po úraze páteře s následnou plegií

4.1.2.1 Rodinný příslušník č. 1

Rodinný příslušník číslo 1 (R1) je matkou dotazovaného č. 1. Rozhovor probíhal formou telefonickou, kdy rozhovor trval 57 minut. Při rozhovoru měla matka hodně sklon odbíhat od tématu a bylo nutné jí často otázku opakovat a směřovat ji k tématu. Na všechny otázky nakonec odpověděla.

4.1.2.2 Rodinný příslušník č. 2

Rodinný příslušník číslo 2 (R2) je matkou dotazovaného č. 2. Rozhovor probíhal

telefonicky, kdy na začátku rozhovoru požádala o možnost tykání. Během rozhovoru matka odpovídala na všechny otázky bez problému a držela se tématu. I po dlouhé době od úrazu si pamatovala mnoho informací.

4.1.2.3 Rodinný příslušník č. 3

Rodinný příslušník číslo 3 (R3) je otcem dotazovaného č. 3. Příslušník číslo 3 odpovídal na otázky písemně. Důvodem k písemné odpovědi byla velká časová vytíženost. Otázky byly otci odeslány, který na ně následně odpověděl a poslal zpět. Jelikož byl rozhovor veden písemnou formou, je „rozhovor velice stručný“.

4.1.2.4 Rodinný příslušník č. 4

Rodinným příslušníkem číslo 4 (R4) byla matka dotazovaného číslo 4. Rozhovor probíhal v přímém kontaktu, matka byla při odpovědích nervózní. Při rozhovoru byl současně přítomen otec, který případně některé odpovědi doplnil. Bylo zřejmé, že matka není příjemná o úrazu rozmlouvat. Matka během rozhovoru odpověděla na všechny položené otázky.

5 Výsledky

5.1 Kategorizace výsledků rozhovorů s pacienty po úrazu páteře s následnou plegií

1. Příčina vzniku úrazu páteře s následnou plegií
2. Sdělení diagnózy
 - Podkategorie a) Vyrovnávání se se skutečností
3. Ošetrovatelská péče v nemocnici
 - Podkategorie a) Polohování
 - Podkategorie b) Péče o dýchací cesty
 - Podkategorie c) Péče o vyprazdňování
 - Podkategorie d) Výživa
 - Podkategorie e) Komunikace
4. Ošetrovatelské péče v rehabilitačním centru
 - Podkategorie a) Rehabilitace
 - Podkategorie b) Sebevěže
 - Podkategorie c) Komunikace
5. Informace před odchodem domů
6. Domácí prostředí

1. Příčina vzniku úrazu páteře s následnou plegií

Na otázku, jaká byla příčina vzniku úrazu páteře s následnou plegií, odpověděl D1 takto „Úraz se mi stal o Vánocích v autě, když jsem dostal smyk na sněhu. Byl jsem řidič. Poranil jsem si 5. a 6. krční obratel.“ D2 odpověděl, že se mu úraz stal při autonehodě, při které byl spolujezdcem a poranil si 5. a 6. krční obratel. D3 na tuto otázku odpověděl „Úraz se mi stal tím, že jsem byl v létě s přáteli oslavovat léto a v blízkosti byl rybník. Bylo to v roce 2015. Mě napadlo v půl jedné v noci, že se dojdu vykoupat, no a kamarád, co tam bydlel, mi neřekl, že je v rybníku 20 cm vody. Tak jsem se vysvlékl a skočil jsem tam a tak se to stalo. Poranil jsem si 4., 5. a 6. krční obratel.“ D4 odpověděl takto „Úraz se mi stal v 16 letech na školním výletě. Skočil jsem do rybníka, kde jsem to neznal a byl tam asi 1 metr vody. Poranil jsem si 4. a 5. krční obratel. Přesně jsem narazil hlavou o dno.“

2. Sdělení diagnózy

Na otázku, jak lékaři řekli pacientovi diagnózu, odpověděl D1, že jemu i rodině napřímo řekli, že nebude chodit. D2 popsal sdělení diagnózy následovně „*No to bylo docela vtipné. Mně to vlastně říkal jeden moc milý doktor a řekl to hodně decentně, já jsem mu samozřejmě moc nevěřil. Řekl mi vlastně, že je možné, že se může stát, že budu na vozíku, že už to nikdy nerozchodím, ale že i lidi na vozíku dokážou být platnými občany a platní ve společnosti. Já jsem si samozřejmě myslel svoje, minimálně do druhé návštěvy jsem byl přesvědčený o tom, že ten stav se zlepší a začnu chodit, vydrželo mi to pak rok a půl, dva roky tahle myšlenka. Pak už to bylo takový, že spíš asi ne. Takže napřímo mi neřekli, že prostě nebudu chodit. Když to vezmu zpětně, tak bylo vlastně v tom rozhovoru jasně daný, že chodit nebudu, ale tvoje hlava to přijmout nechce. Moje hlava tohle prostě nechtěla přijmout. Takže já jsem si myslel, že budu chodit, ale tohle jsem prostě nechtěl slyšet. Ten doktor to řekl, ale tak kulantně, decentně, že to nebylo řečeno napřímo, ale vyznělo to tak, že pravděpodobně chodit nebudu.*“ D3 a D4 odpověděli na otázku, že jim nikdy lékaři napřímo neřekli, že nebudou chodit. D3 také dodal, že mu pouze sdělili, že měl úraz a na jeho otázku, zda bude moci chodit, mu neodpověděli. D4 odpověděl na otázku tak, že mu spíše lékaři říkali, že když bude hodně cvičit, tak může začít chodit, ale moc si již nepamatuje. Mluvili s ním jako s 16letým a myslí si, že mu toho moc neřekli.

Podkategorie a) Vyrovnávání se se skutečností

D1 zhodnotil jeho vyrovnání se skutečností, že již nebude chodit, tak, že ze začátku mu to nedocházelo, hodně cvičil a dělal vše pro to, aby se jeho stav zlepšil a to dělá stále. Na druhou stranu, když je toho na něj moc, má bolesti a křeče a někdy se pomočí, tak ho to štve, ale na druhou stranu se cítí šťastný. D2 popsal jeho vyrovnávání se skutečností tak, že si myslí, že vše probíhalo dobře. Říkal si, že situaci musí brát sportovně i vůči rodině, která se o něj starala. Nechtěl být zapšklý a uzavřený, protože s takovým člověkem se nikdo bavit nechce. Snažil se vyvarovat tomu, aby se stal zapšklým a uzavřeným člověkem, který uráží ostatní, hodně toho nechával v sobě a věděl, že když bude v pohodě on, bude v pohodě i rodina. Bylo pro něj horší se smířit s tím, že se někdy pomočí, pokálí a trochu problém byl i po sexuální stránce, kterou 19letý člověk hodně řeší. Čerstvě po úrazu bylo horší se smířit s těmito věcmi než s tím,

že je na vozíku. D3 popsal jeho vyrovnávání se skutečností takto „*Na spinálce jsem jim říkal, že přijdu o berlič a v Kladrubech, když jsem viděl lidi, co hýbají jenom hlavou, tak jsem si řekl, že jsem na tom ještě docela dobře. Nevím, jak jsem to úplně bral. Mám spíš pocit, že mi to pořád nedochází, že nemůžu chodit. I kamarádi mě vzali takového, jaký jsem. Nějak to neřeším.*“ D4 odpověděl na otázku následovně „*Hele asi jako každý jsem si prošel takovýma stavama. Nejdřív nepřiznání si situace, nějaká doba naděje, kdy jsem přemýšlel, že prostě budu chodit a pak jsem asi plynule přišel do toho, že jsem se smířil s tím, že chodit nebudu. Já nevím, prostě jsem si pak řekl, že nikdy chodit nebudu, ale nevím kdy. Asi po půl roce jsem si řekl, že na to kašlu a budu se věnovat soběstačnosti.*“

3. Ošetrovatelská péče v nemocnici

Každý z pacientů prošel během rekonvalescence po úrazu několika odděleními.

D1 byl hospitalizován na JIP v Ostravě, kde byl i operován, následně na spinální jednotce v Ostravě. Z ostravské spinální jednotky se nechal přeložit na spinální jednotku v Motole, kde proběhla také reoperace krční páteře. Důvodem k reoperaci byl umělý materiál, který byl použit při operaci v Ostravě. V Motole byl umělý materiál nahrazen kouskem kosti z pánve. D1 zmínil, že v Motole se mu udělal dekubit na sakru.

D2 byl hospitalizován na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v Ústí nad Labem, poté byl na jednotce intenzivní péče také v Ústí nad Labem, z JIP byl převezen do Kladrub, kde se mu však udělal dekubit a tak z Kladrub jel zpět na JIP, protože na klasickém oddělení nebylo místo. Do dekubitu se mu také dostal zlatý stafylokok, kvůli kterému přišel o část kyčle a má jednu nohu kratší a padá na levou stranu, co se týče sedu. Z JIP se dostal na oddělení chirurgie, ale dekubitus se nehojil, proto byl převezen na oddělení plastické chirurgie v Brně, kde došlo k plastice dekubitu. Poté byl vrácen zpět na chirurgii a následně se vrátil zpět do Kladrub, ale měl zánět močových cest a bylo nutné, aby byl hospitalizován v nemocnici a tak se vrátil zpět do Ústí. Z nemocnice šel poté rovnou do domácí péče, protože do Kladrub již nechtěl.

D3 byl po úrazu převezen na traumatologickou JIP v Českých Budějovicích. K operaci, z důvodu vysokého obsahu alkoholu v krvi, došlo několik dní po úrazu. D3 také zmiňuje, že zde došlo ke vzniku dekubitu, protože ho nepoložovali. Poté byl převezen na spinální jednotku v Brně a následně do Kladrub.

D4 byl hospitalizován po úrazu na traumatologické JIP v Českých Budějovicích, kde proběhla operace krční páteře. Zde byl 2 dny a poté byl letecky převezen na ARO do Brna, kde byl asi 2 týdny v umělém spánku. Poté byl na spinální jednotce v téže nemocnici a následně 8 měsíců v rehabilitačním centru Luže-Košumberk.

Podkategorie a) Polohování

Všichni dotazovaní se shodli na tom, že byli polohováni hlavně klasicky, aby se předešlo vzniku dekubitů. Dále D1 a D4 sdělili, že jim byly ruce svazovány do funkčního úchopu. U D1 byly ruce svazovány asi 1 měsíc a u D4 přibližně čtvrt roku. Prevence kontraktur nebyla ani u jednoho z pacientů nijak významně řešena, pouze D1 zmínil, že kontrakturám předcházela dle jeho názoru hlavně při cvičení s fyzioterapeuty.

Podkategorie b) Péče o dýchací cesty

Při položení otázky, zda měli pacienti tracheostomii, odpověděl D2, D3 a D4, že ano. D2 ji měl přibližně 9-10 měsíců a měl velký problém s jejím přirozeným zacelením a bylo nutné udělat plastiku rány po tracheostomii. D3 ji měl přibližně 4 týdny a uvádí, že s dobrým rozdýcháním mu pomohla hlavně Vojtova metoda. D4 měl tracheostomii přibližně 6 týdnů, ale nepamatuje si tento údaj přesně. Rána se mu poté zcelila dobře. D1 jako jediný z dotazovaných tracheostomii neměl. Důvodem byla dobrá dechová rehabilitace s fyzioterapeutem v ostravské nemocnici.

Podkategorie c) Péče o vyprazdňování

Při otázce, jak probíhalo vyprazdňování moče, odpověděl D1 takto „*No od začátku jsem vlastně v Ostravě měl permanentní katetr, v Praze mi pak udělali epicystostomii, kterou jsem měl až do Kladrub. V Kladrubech jsme řešili, že by bylo dobré ji vyndat a naučit se cévkovat, takže mi ji vyndali, ale já jsem moc nezvládal ten program spolu s tím cévkováním a měl jsem pocit, že se musím víc věnovat tomu programu a ne cévkování, takže jsem byl často pomočený a musel jsem vynechávat cvičení, tak jsem si ji nechal dát zase zpátky. Pak když jsem se dostal na ragby, tak mi ukázali chlapy, že používají urinální kondom, takže jsem se necévkoval, ale to taky nebylo dobrý. Teď už se asi rok a půl cévkuji sám.*“ D2 odpověděl na otázku vyprazdňování moče takto „*Necévkuji se. Ze začátku po úrazu, když jsem se dostal*

domů, jsem používal pleny, což bylo asi mnohem horší než to, že jsem na vozíku, ale po příchodu do Centra Paraple, kde jsem dostal obrovskou osvětu toho, jak to funguje na vozíku, tak jsem se začal vybouchávat a od té doby se vybouchávám. Vyklepávám.“ D3 uvedl, že se cévkuje zatím krátkou dobu, při rozhovoru to byly 4 měsíce. Dále řekl „Celé léto jsem vlastně čekal na to, než mi udělají urodynamiku, bez které nemůžu vlastně s cévkováním začít a tu mi udělali až na podzim. Kvůli spasticitě močového měchýře jsem bral Betmigu, ale pak ji přestala pojišťovna hradit, tak jsem byl na botoxu, ale ten mi hrozně rozházel ten cyklus. Předtím jsem věděl, jak často a kdy se mám vyprázdnit, ale teď po tom botoxu to vlastně vůbec nevím. To mě štve. Předtím jsem měl epicystostomii.“ D4 měl zpočátku epicystostomii, kterou měl pouze krátce, poté, ještě na ARO, byl v režimu ČIK (čistá intermitentní katetrizace), ve kterém byl i při hospitalizaci na spinální jednotce a na začátku hospitalizace v rehabilitačním centru. V tomto režimu ho cévkoval druhý člověk. Ještě v centru se dostal do režimu ČIAK (čistá intermitentní autokatetrizace). Nácvik probíhal tak, že ležel v posteli a zkoušel se cévkovat sám. V režimu ČIAK byl přibližně od 4. měsíce po úrazu. Půl roku od úrazu mu byla udělána urodynamika v rehabilitačním centru. Také absolvoval 2 operace močového měchýře, první spočívala v opichu močového měchýře botoxem a druhá ve zvětšení objemu močového měchýře za pomoci části střeva.

Podkategorie d) Výživa

D1 potřeboval pomoci pouze s krájením jídla, jinak jedl již v Ostravě sám. D2 měl s přijímáním stravy problémy. D2 popsal stravu takto „Krmili mě, na ARO tedy vlastně jen výživa přes hadičky, na JIP částečně taky. Ale na JIP už jsem začínal i s normální stravou, měl jsem problém s tím vůbec polknout, unavovalo mě to, takže jsem moc nejedl. Byl jsem hodně hubený.“ D3 zvládal jíst sám již na spinální jednotce v Brně, ale s krájením potřeboval pomoci. D4 byl na ARO krmen sestřičkami a na spinální jednotce potřeboval s jídlem dopomoci.

Podkategorie e) Komunikace

D1 komunikaci v nemocnici popsal následovně „Hodně přátelské, komunikace super, vždycky se se mnou bavily bez problému. Hlavně byly většinou mladší a já si myslím, že se mnou ani nijak neměly problémy. Stejně tak se ke mně choval i ostatní

personál.“ Konverzace se sestřičkami byla ale méně častá než s terapeuty, kteří měli mnohem více času než sestřičky. D2 zhodnotil komunikaci se sestrami takto „*Některé sestry byly odtazité, ale vesměs, když to shrnu, tak se chovaly velice mile a příjemně. Když mohly, pomohly. Navíc na tom oddělení je víc pacientů na ty sestry, takže ta péče nebyla taková, ale jinak v rámci zdravotnictví to bylo super, nemůžu si stěžovat. Bavily se se mnou hodně. Navíc ta jedna sestra byla moje kámoška a sousedka z baráku, takže jsme se znali hodně. Další sestra byla zase kamarádka mého kamaráda, takže jsme měli i stejné zájmy. Na JIPce to bylo hodně komunikativní, byl jsem spíš jejich kamarád než pacient. Na tom oddělení už to bylo trochu míň, ale to proto, že ty sestry toho mají fakt hodně. Ale jak sousedila oddělení, tak za mnou i chodily ty sestry z JIPky na to oddělení. Nebavily se se mnou prostě jen o léčbě, ale o všem.*“ D2 také popsal pár situací, kdy se se sestrou nepohodl. „*Jeden konflikt byl, že přišla sestra, dala mi jídlo, ale já v té době ani nevěděl, jak se najíst, což pro mě byl celkem šok. Pak jednou vlastně, to bylo v tom 99. roce, kdy mobily teprve začínaly a já vlastně ho dostal a v noci jsem musel volat přes mobil na sesternu, aby přišly pána vedle mě odsát, že tam celou noc kašle a chrchlá a že nemůžeme nikdo spát a sestra mi řekla, že to je zbytečný, že když ho odsaje, tak ho za 10 minut bude odsávat znova. To bylo dost hrozný. Těch lidí takových tam bylo ale minimum.*“ D3 na otázku odpověděl, že se s ním sestřičky bavily hodně, že se snažil i vtipkovat. Na spinální jednotce byly hlavně mladší sestřičky, které byly o 3-4 starší než D3, takže byla komunikace dobrá. Při rozhovoru se nebavili pouze o léčbě, ale o různých tématech. D4 na otázku odpověděl takto „*Hele na ARO super, tam byly hlavně mladý sestřičky, povídaly si se mnou hodně. Byly fajn. Na spinálce byla velká část sester protivných, prskaly mi do jídla a strkaly mi prsty do jídla. Nemyslím si, že tam byly empatické sestřičky, ale je fakt, že byly starší oproti těm, co byly na ARO. Ale měl jsem i pocit, že se k nám chovají, jako kdybychom byli kus masa. Na ARO se se mnou bavily o všem, když jsem se jich třeba ptal, jestli budu chodit, na to se ptají ze začátku všichni, tak mi řekly, že když se budu hodně snažit, tak třeba, že ano, ale nikdy neřekly, že určitě. Jinak se se mnou bavily fakt o všem. Často jsem tam měl puštěnou televizi a koukal jsem na Moto GP, tak se se mnou bavily i o tom.*“

4. Ošetřovatelská péče v rehabilitačním centru

D1, D2 a D3 byli hospitalizováni v rehabilitačním centru Kladruby. D4 byl v

rehabilitačním centru Luže-Košumberk. Každý z dotazovaných popsal jeden den v rehabilitačním centru. Den u D1 probíhal takto „*Když bych popsal nějaký den tak ráno mi pomohli do vozíku, já už jsem si obléknul kalhoty, ze začátku mi pomáhali i s botami, pak jsem si obléknul vršek. Pak jsem si vyčistil zuby. Celou dobu hospitalizace mi nosili jídlo na pokoj. Po snídani začal rehabilitační program. Ráno cvičení s fyzioterapeutem, hodně úchopy, mohl jsem si vybrat, jestli budu chodit do posilovny, vertikalizovali mě, motomed. Hodně jsme řešili výběr vozíku a věci, co budu potřebovat domů. Naučil jsem se plavat, hodně jsem jezdil na vozíku. Udělal jsem si rekondiční jízdy na řidičák.*“ D2 popsal takto „*Bylo to v 99. roce a moc akční mi to tam nepřišlo, jako chodit tkát šálu, mi přišlo hodně blbé, to si myslím, že jsme moc nepotřebovali. Ale jak říkám, že jsem tam šel prostě předčasně, že jsem nebyl fyzicky dost připravený. Ráno jsem míval hodně nízký tlak a tak jsem začal panákem, pak se šlo tedy na cvičení, stavěli mě, rehabilitace tam byly, vířivky rukou, chodili jsme tkát do dílny, pak nějak psaní a tak učili mě ten úchop, takový klasický ergo. Bylo tam fakt asi všechno, fyziio, ergo, tkání. Jenže já jsem měl ještě problém s tím, že jak jsem tři čtvrtě roku ležel, tak jsem měl problém sedět, takže to mnohdy dopadlo tak, že jsem šel na cvičení a vzbudil jsem se v posteli, protože jsem v půli cesty omdlel. Protože, jak jsem říkal, nebyl jsem fyzicky připravený.*“ D3 popsal jeho den v rehabilitačním centru následovně „*Tak ráno jsme začali nahříváním, dělali mi rašelinový zábaly, poté jsem měl motomed, pak ergoterapii, pak fyzioterapii, pak zase motomed, oběd, pak byl stojan (vertikalizace), potom nějaká pletací dílna, a pak posilování a pak jsem většinou šel plavat. Měl jsem toho fakt hodně, primářka mi to ani nechtěla moc takhle psát, až pak jsem ji po čase přemluvil. Na vertikalizaci jsem chodil třeba jednou nebo dvakrát do týdne, to mě nebavilo.*“ D4, který jako jediný nebyl v rehabilitačním centru Kladruby, popsal den takto „*Ráno jsem vstal, buď mě oblékli oni nebo ses oblékl sám. Pak osobní hygiena. Pak jsem šel na snídani. Po snídani bylo cvičení od 8-15:00. Cvičení obsahovalo fyzioterapii, ergoterapii, mechanoterapii a ta obsahovala motomed, vertikalizační stůl, pneuven, elektroterapii, tak dál byla vodoléčba, bazén, 1x týdně byla masáž a to je asi tak všechno. Ergo obsahovalo všechno možné, šlo o to, aby si se naučila soběstačnosti, dost často to fungovalo tak, že jsme hráli hry a ty jsi zvedala třeba člověče, nezlob se nebo šachy.*“

Podkategorie a) Rehabilitace

D1 měl v rehabilitaci zahrnutou fyzioterapii, cvičení funkčního úchopu, posilovnu, vertikalizaci, motomed, plavání. D2 v rehabilitačním centru prošel fyzioterapií, vertikalizací, vířivkami rukou, ergoterapií a nácvikem funkčního úchopu. D2 hodně zmiňoval tkani, které mu nepřišlo vůbec vhodné u kvadruplegických pacientů. Došlo i na výrobu pomůcky na ruku pro lepší stravování. U D3 zahrnovala rehabilitace motomed, ergoterapii, fyzioterapii, vertikalizaci, pletací dílnu, plavání, posilovnu. D4 měl v rehabilitaci zahrnutou fyzioterapii, ergoterapii, motomed, vertikalizaci, pneuven, elektroterapii, vodoléčbu, bazén, masáže. Ergoterapie měla za úkol hlavně nácvik soběstačnosti a funkčního úchopu.

Podkategorie b) Sebepéče

D1 byl po příjezdu do rehabilitačního centra již sám schopen polohování. Ze začátku mu pomáhali s oblékáním, dále mu po celou dobu hospitalizace pomáhali se sprchou a vyprazdňováním. Dále se v centru naučil úchopy, přesuny, celkově hodně zesílil, naučil se plavat a řídit auto, zorganizovat si čas a celkově péči a také se naučil říkat lidem, co potřebuje. D2 označil svůj nástup do rehabilitačního centra jako předčasný, ale chápe, že to byla jeho chyba. Z Kladrub si toho moc nepamatuje a ze sebepéče nezvládal skoro nic, se všim mu pomáhali pracovníci. Oblékání a ostatní činnosti se naučil později v Centru Paraple. D3 se v Kladrubech naučil vyčistit si zuby, obléct si tričko a další základní činnosti. Dále se naučil částečně přesuny. D3 se v Kladrubech učil hlavně péči o sebe než celkovou soběstačnost, ale byl také v Centru Paraple, kde mu hodně pomohli s přesuny a v celkové soběstačnosti. D4 se v rehabilitačním centru naučil hlavně sedět na vozíku, aby se mu nemotala hlava, dále se učil osobní hygienu, jako si vyčistit zuby, postupně i oblékání trička, přesuny na postel a oblékání spodní poloviny těla, přesuny do sprchy a na toaletu, obouvání bot a ponožek.

Podkategorie c) Komunikace

D1, D3 a D4 se shodli, že komunikace v rehabilitačním centru byla výborná. Jednalo se o přátelský kontakt, kdy si s mnoha zaměstnanci tykali a byli spíše přátelé. Tento kontakt byl hlavně se sanitáři, kteří jim pomáhali v potřebných činnostech. D1 zmínil, že komunikace se sestrami byla už jiná než v nemocnici, protože měly mnoho

práce a mnoho pacientů a neměly tolik času. D2 se ke komunikaci v rehabilitačním centru nevyjadřoval. D3 popsal vztah s personálem takto „*V Kladrubech, tam si nemůžu na nic stěžovat. Tam za těch 5 měsíců jsem se s tím personálem sblížil natolik, že jsme byli třeba se sanitáři spíš kamarádi a bavili jsme se o všem. I jsme chodili na pivo po pracovní době. Taky jsme si tykali.*“ D4 o komunikaci v rehabilitačním centru řekl toto „*V Košumberku to bylo taky skvělý, tam se s námi bavily pořád. Bylo to jako kdyby byly naše kamarádky, ale byly tam i sestry, které byly nepříjemné, ale těch bylo minimum. Bavili jsme se o všem.*“

5. Informace před odchodem domů

D1 dostal z rehabilitačního centra informace hlavně o prevenci dekubitů, protože počítali s tím, že půjde do Centra Paraple a tudíž mu řeknou informace tam. V Parapleti dostal informace o příspěvcích, na které má právo a jak o ně žádat. V Kladrubech řešili hodně výběr vozíku a věci, které bude potřebovat doma. Informace, které dostal, pro něj byly dostačující. D2 po položení otázky, jaké informace dostal před odchodem domů, odpověděl takto „*Ani nevím, já si myslím, že tohle hodně řešila mamka. Dostali jsme nějaký info v Kladrubech, co se týče vozíku, důchodu, co se týče těchto věcí, ale já, jak jsem byl hodně nesoběstačný, tak pro mě bylo nepředstavitelné, že si něco budu zařizovat sám. To bylo pro mě neuvěřitelné, takže to vyřizovala mamka a myslím, že tyhle informace jsme dostali hlavně z Kladrub. To si myslím, že je spíš otázka pro mamku, že hodně pátrala. Ale myslím, že dost informací jsme dostali v těch Kladrubech. Ale pak hodně v Parapleti, tam ten odbor sociální fungoval mnohem líp. Řekli mi, o co můžu zažádat. Myslím, že ta péče o ty poúrazový lidi je tam mnohem lepší. Já si myslím, že to bylo docela dostačující, ale musíš taky trochu pátrat sám.*“ D3 na otázku odpověděl „*Hodně obecné, že si třeba mám jít za urologem, že si mám dojít tam a tam, ale de facto jsem pořádný informace dostal, až když jsem jel na kontrolu na spinálku do Brna. Tam mi řekli, že si mám zajít za urologem a chodit k němu pravidelně, že mám jít na kontrolu za tím operátérem. V Kladrubech ohledně důchodu a takových věcí mi nic moc neřekli, tam tohle moc nefungovalo, ta sociální péče. Kolikrát lidi, co šli z Kladrub domů, neměli ani vyřešený ZTP/P průkaz. Taky tam neměli moc vychytaný vybírání vozíku a sedáku. Já mám špatně zaměřený vozík, je mi zaprvé větší a za druhé mám mezi sedákem a kolenem asi deset čísel místa. Mám kratší sedák. V Parapleti jsem ho*

pak začal řešit. Já mám v tomhle hodně dobrého tátu, on si hodně šel za informacemi a když jsem něco nevěděl já, tak to třeba věděl on.“ D4 odpověděl, že si z této doby moc nepamatuje, ale určitě dostal doporučení, aby jel do Paraplete. Sociální úsek v Košumberku s ním a rodinou řešil možnost dotací vozíku a handbiku od nadací, také pomáhal řešit žádost na handbike, výtahovou sedačku do domu a samozřejmě vozík. Také s nimi konzultovali příspěvek na auto. Podané informace hodnotil kladně, ale zároveň si myslí, že informací dostatek rozhodně nebyl, hlavně co se týče bezbariérovosti v domácím prostředí, kde postupem času zjišťoval, co je doma špatně udělané. D4 hodnotí podané informace v té době jako dostačující, ale s postupem času dostačující zároveň nebyly. Dále uvádí toto „Všichni tam hodně počítali s tím, že se o mě budou starat rodiče. To, že existuje osobní asistence a že můžu žít třeba i sám nebo tak, tak to jsem se dozvěděl až dlouho po tom. Paraple pro mě bylo hodně přínosné, ale spíš po stránce rehabilitační a taky po stránce soběstačnosti.“

6. Domácí prostředí

D1 se po propuštění z Kladrub přestěhoval do Prahy, kde bydlel s přítelkyní, která se o něj starala. Zpočátku mu pomáhala se vším, se sprchováním i vyprazdňováním, kdy mu zaváděla čípky a D1 se vyprazdňoval na lůžku. S postupem času se začal vyprazdňovat na toaletě, ale nadále potřeboval pomoci s aplikací čípků a otíráním, také potřeboval pomoci se sprchováním. Sám jinak zvládal vše. Sám se oblékal, zvládal domácí práce, jako bylo vaření a uklízení, zvládal i nakupování. Největší problém měl se sprchováním a toaletou. U rodičů nebyl z důvodu velké bariérovosti, bydleli v 6. patře bez výtahu. Zpočátku měl pocit, že musí hodně cvičit, ale po zpětném pohledu je důležité se naučit fungovat v realitě jako takové, být soběstačný a naučit se základní denní činnosti. Z jeho pohledu péče probíhala tak, jak potřeboval. Všechny činnosti se s přítelkyní učili společně, případně říkal přítelkyni, co a jak má dělat a na co je zvyklý. Mezi rodiče postavili bezbariérový dům, ale D1 zůstal v Praze. D2 popsal domácí péči takto „*Já nevím, mamka skončila v práci a vyběhala si na úřadech péči o osobu blízkou a starala se o mě. Bylo to hodně blízké, vlastně o sobě víte všechno, myslím, že to bylo i trochu na úkor sourozenců. Když to беру zpětně, tak si myslím, že mohli strádat kvůli tomu, že se věnovala fakt hodně mně. Ale neměl jsem pocit, že by mi to měli za zlý. Péče doma byla hodně fajn. Já si myslím, že mamka se*

stala amatérským doktorem. Když jsem měl ten dekubit, tak se o to starala ona, k doktorovi jsme s tím nejezdili.“ Dále zmiňuje, že neměl žádné představy o domácí péči, a péče v podstatě probíhala podle jeho představ. Rodina během jeho pobytu v nemocnici zařídila výměnu bytu, protože bydleli ve 2. patře bez výtahu. Dále předělávali koupelnu a koupili polohovací postel. D3 popsal péči v domácím prostředí následovně „*Ten první půlrok to bylo hodně jako v Kladrubech. To mě vlastně taťka dal do vozíku ráno, odvezl mě do školy, kde jsem měl asistenta. Před prázdninami jsem vlastně pak měl dekubit a pak jsem jel do Paraplete. Ležel jsem a pak jsem jel do Paraplete a tam se to zlomilo. Ukázali mi, jak si obléct kalhoty a boty a tak. Hlavně je důležité se rychle zbavit té epycistostomie, protože se nemůžeš ani pořádně otočit na bok a tak. Musíš si ho pořád hlídat. V těch Kladrubech by to ani asi jinak nešlo, tam jsem byl unavený jen z toho, že jsem jezdil na vozíku, natož abych si držel kalhoty a cévkoval se, to bych asi nedal. Ale teď už je to v pohodě. Ze začátku to bylo tak, že mě dal do vozíku, udělal mi pití a snídani a svačinu, vše mi dal na dosah, pak přijel s obědem a zase odjel, v práci byl do 5 a pak přijel. Hlavně doma to mám bezbariérové, mám přístavbu k domu, kde mám koupelnu, záchod a můžu si vyjet, jak chci. Mám i řidičák. Napůl jsem i zaměstnaný v autoškole v Krumlově, dělám jim webové stránky, zařizuji akce a tak. Budou to tam dělat bezbariérové kvůli mně. Jinak mi pomáhal taťka třeba se zaváděním čípku, s přesunem na záchod a tak.“ O D3 se staral pouze otec, protože s matkou jsou rozvedení. Domácí péči hodnotí kladně, doma měl všechno, co potřeboval, z Kladrub dostali také hodně věcí domů, léky, náhradní pytlíky k epycistostomii. D4 se k péči v domácím prostředí vyjádřil takto „*Doma jsem neměl úplně bezbariérově uzpůsobený byt, neměl jsem udělanou sprchu a ani záchod, ale výtah na schodech jsem měl. Doma se mnou byl taťka, ale pořád dokola se mi snažil pořád se vším pomáhat, což mi hodně vadilo, takže jsem na něj byl i dost často zlý, někdy až moc. Stejně tak s mamkou. Nejradši jsem byl, když mi pomáhaly sestry. Vlastně jsem bydlel pak rok a půl se starší sestrou v Jihlavě. Myslím, že nebyli úplně připravení na tu péči v domácím prostředí. Ale to vzhledem k té bariérovosti doma, ale jinak to bylo dobrý, ale tam to je hodně o tom, jak si je nanaviguješ sám. V Košumberku jim taky něco málo řekli, učili je polohování a mám dojem, že je učili i nějaký protahování nohou a tak. Jinak jsme byli samostatní, žádnou domácí péči jsme neměli, ale chodila k nám vlastně jednou týdně fyzioterapeutka.“ Největší problémy byly v technické stránce, že neměl byt ještě**

uzpůsobený a nemohl vše dělat samostatně. S postupem času se všechno zlepšovalo. Ale celkový přesun do reality byl dle něho velice těžký.

5.2 Kategorizace výsledků rozhovorů s rodinnými příslušníky

1. Sdělení diagnózy
2. Komunikace s ošetrovatelským personálem
3. Spoluúčast na ošetrovatelské péči
4. Informace před odchodem do domácí péče
5. Péče v domácím prostředí

Podkategorie a) Spolupráce s personálem

Podkategorie a) Přípravenost pacienta na domácí péči

Podkategorie b) Přípravenost rodinných příslušníků na domácí péči

1. Sdělení diagnózy

R1 odpověděla takto „*Informace nám sdělili hned první den, vlastně na ten Štědrý den v 9 hodin, že vlastně možná nebude ani sám dýchat, řekli nám tu horší variantu. V té době za něj dýchal přístroj. Řekli nám to natvrdo, stejně tak to řekli i XY.*“ R2 popsala sdělení diagnózy lékařem takto „*No můžu říct, že jsem tomu dlouho nevěřila, když mi to doktoři říkali, nebo oni mi to neřekli tenkrát úplně natvrdo, dneska už to řeknou docela tvrdě. Tenkrát to zaobalovali, jako že je tu pravděpodobnost, že nebude chodit. Takže já jsem si to slovíčko pravděpodobnost dala jako že tak, že se nás to netýká, že to rozchodí.*“ R3 sdělili, že nejspíš bude hýbat pouze hlavou a že se uvidí, jak to bude dál. R4 na otázku odpověděla, že jim nikdy napřímo neřekli, že XY nebude chodit, sdělili jim, že bude mít trvalé následky, ale neví se ještě jaké. Bylo to 50 na 50, jestli bude v pořádku nebo ne.

2. Komunikace s ošetrovatelským personálem

R1 hodnotila komunikaci kladně. V Ostravě si povídala se sestřičkami o jiných tématech než pouze o léčbě a pacientovi. V Praze již taková komunikace nebyla. Dále zmínila, že v nemocnici v Praze nebyli ochotní podávat informace po telefonu. R2 na otázku odpověděla, že komunikace celkově byla velice dobrá, dále zmiňuje komunikaci v Kladrubech „*V Kladrubech se se mnou nikdo moc bavít nechtěl. Ke všemu měl v*

Kladrubech ošetřujícího lékaře Araba a když jsem ho hledala, když měl XY velké teploty, takže jsem ho vyhledala v nádherném novém, udržovaném pavilonu, kde byli také Arabové, tak jsem pochopila, proč se vlastně o ty svoje pacienty tolik nestará. Ale asi to bylo dané tou dobou.“ R3 byl s komunikací velice spokojený jak v nemocnicích, tak v Kladrubech. R4 zhodnotila komunikaci kladně ve všech směrech. Cokoli chtěli vědět, všichni ochotně odpověděli na jejich otázky. Ohledně komunikace zmínila toto „Na ARO hned jak jsme přišli, tak k nám šli a sestry i lékaři nám vše říkali. V Košumberku taky výborné, všichni byli ochotní nám na naše otázky odpovědět. Když jsme chtěli mluvit s lékařem, tak tam vždy byl, chodili jsme za ním každý týden. Ale pak už jsme za ním chodili jen občas. Když jsme cokoli potřebovali, tak nám sestry vždy odpověděly a vyhověly.“

3. Spoluúčast na ošetrovatelské péči

R1 při otázce, zda měla možnost být přítomna u ošetrovatelské péče, odpověděla takto „Například zvedání XY, u fyzioterapie (motomed), pak jsme mu převazovali dekubity, ale byli jsme u toho i v té nemocnici. Hodně jsem těsně po tom úrazu sháněla informace u rodiny a obtelefonovávala jsem známé, co vlastně teď máme dělat. Jinak asi jinou péči jsme neviděli.“ Dále sdělila, že v Praze moc možnost být u ošetrovatelské péče neměli, když přijeli do nemocnice, již se skoro nic nedělo, D1 většinou ležel. Pouze viděli podávání stravy, občas hygienickou péči, ale tu dělali hlavně ošetrovatelé. R2 sdělila, že možnost být přítomni u ošetrovatelské péče neměli, vždy odcházeli. Jak na ARO, tak JIP možnost neměli. Pouze při ošetrování dekubitu byly sestřičky ochotné ukázat, jak správně ránu převazovat, ale důvodem byl přesun D2 do domácí péče. R3 odpověděl, že možnost být u ošetrovatelské péče neměl. R4 odpověděl na otázku takto „Ano, měli. Na ARO nám řekli, že když cokoli budeme chtít vidět, tak si můžeme říct, i u cévkování jsme mohli být, převazů, krmení, u všeho. Na spinálce spíš moc ne, ale chtěli jsme, aby se dostal co nejdříve pryč. Chtěli jsme, aby šel do Košumberku, hodně jsme si to přáli, měli jsme zprávy, že to tam moc dobře šlape, hlavně i XY si to přál jít tam a ne do Kladrub. Taky náš známý tam měl syna. V Košumberku se spíš učil XY všechno sám, doma pak nás všechno učil XY. Moc jsme tam toho neviděli.“

Podkategorie a) Spolupráce s personálem

Na otázku spolupráce s personálem odpověděla R1 „*V pohodě. Hlavně v té Ostravě. V Praze nám moc nechtěli dávat informace po telefonu. Zjišťovala jsem informace přes kamarádku sestřičku, která mi informace o XY zjišťovala. Spolupráce byla spíše dobrá.*“ Dále popsala, že v Ostravě je učili některým činnostem, jako bylo polohování, prevence dekubitů a používání polohovacích pomůcek, také je učili výměnu pytlíků u epicystostomie. R2 se ke spolupráci s personálem vyjádřila následovně „*V nemocnici nic moc, ale v Parapleti nás zasvětili do všech problémů, hlavně tam byli instruktoři vozíčkáři, kteří si to prožili sami. Tam i příjem těch informací byl důvěryhodnější. Kluci, kteří už byli na vozíku, učili XY přeseďat, řekli mu, že si může i pořídit auto. Což my jsme do té doby vůbec netušili. Hygienu ho učili, jak si má udělat doma koupelnu a takovýchle věci. V Kladrubech jsem s ním vlastně i byla a prostě to tam nefungovalo, udělal se mu tam dekubit, pak jsem tam vlastně měla i problém se sestřičkou, když měl XY zánět močového měchýře a šla jsem ji poprosit o druhé povlečení, protože ho měl úplně propocené. Pak už jsem se rozhodla, že ho vezmu domů.*“ Dále zmínila, že na JIP je učili převazovat dekubit a v Centru Paraple vysvětlovali, jak se má D2 vyprazdňovat a mnoho dalších informací okolo handicapu. R3 sdělil, že spolupráce byla naprosto skvělá a všichni byli velice příjemní. Podle něj byla spolupráce dobrá všude, kde D3 byl hospitalizován. Zmínil ale, že na spinální jednotce byla nepříjemná sestřička. Dále také sdělil, že v Kladrubech ho sanitáři učili přesuny. R4 zhodnotila spolupráci kladně. Na ARO bylo vše perfektní, na spinální jednotce již už tolik ne, ale v Košumberku byli všichni ochotní. V Košumberku je učili polohování.

4. Informace před odchodem do domácí péče

R1 hodnotila podané informace jako nedostačující. Zmiňuje, že v domě, kdy mělo dojít k propuštění pacienta domů, předělávali dům na bezbariérový a nikdo jim neřekl co a jak mají udělat. Také sdělila, že netušili, co a jak funguje, že v Kladrubech za nimi ani nikdo nepřišel, aby jim poradil, co vše mají zařídit. R2 sdělila, že v Kladrubech jim pouze řekli, že mají nárok na vozík a se zařízením jim pomohli. V Parapleti poté dostali větší množství informací a zařídili lepší vozík. R3 řekl, že žádné informace nedostali. R4 sdělila, že informací dostali veliké množství, dostali brožurku, která jim měla pomoci do začátků hlavně s úřady. Dále v ní byly zahrnuty základní

bezbariérové úpravy. Také zmínila, že si hodně informací vyhledávala sama na internetu.

5. Péče v domácím prostředí

R1 řekla, že péče byla taková, jak ji řídil D1. Zpočátku moc nevěděli, jak co mají dělat, hodně chtěli pomáhat, ale D1 jejich pomoc nechtěl. Chvilu trvalo, než si zvykli nepomáhat a nechat ho, dokud si sám neřekl. Všechno je učil on. Učili se s ním přesuny, jak a za co ho mají chytit, jak ho správně posunout. Bylo to zpočátku hodně složité, než se naladili na stejnou vlnu. Péči neměli s kým konzultovat, pouze jim okolí půjčovalo literaturu, pomáhalo jim se zjišťováním informací ohledně sportu lidí s handicapem, ale jinak se vše učili s D1. R2 sdělila, že zpočátku museli každý druhý den dojíždět do nemocnice na čištění tracheostomie a jednou za čas na čištění dekubitu, o který se jinak starala sama. Všechny činnosti se učili sami doma. Také všechny problémy, které nastaly, řešili, až když nastaly, například problémy se zácpou. O péči neměli s kým mluvit, až poté v Parapleti, kde došlo k velkému posunu. R2 řekla toto *„Až pak v tom Parapleti, to už pak šlo jako po drátkách, ale do té doby jsme se v tom plácali, jak jsme uměli. Já už si toho moc po těch 19 letech taky nepamatuji. Ale vzpomínám na to dobře, jsme si hodně blízko díky tomu úrazu.“* R3 na otázku odpověděl takto *„XY hned po příjezdu z RÚ začal studovat na maturitu. Ráno jsem ho oblékl, připravil pití, jídlo apod... a večer jsem ho z vozíku sundal.“* R4 popsala péči v domácím prostředí následovně *„Ze začátku těžko. Učili jsme se. Počínaje jídlem, hygienou, vyprazdňováním, to vše nás učil XY za pochodu podle toho, co mu bylo příjemné a jak to chtěl. Po přivezení domů skončil manžel v práci, aby se mohl o XY starat. Ale časem si začali lézt na nervy. Pak se vrátil do práce.“*

Podkategorie a) Přípravenost pacienta na domácí péči

Na otázku, zda byl pacient připraven na domácí péči, odpověděli R1 a R4, že pacient byl částečně připravený, ale že si všechno chtěl obstarat sám. R3 odpověděl, že dle něho byl pacient na domácí péči připravený. R2 odpověděla takto *„To nevím. Mě to jeden den napadlo a prostě šel domů. Já myslím, že i doktoři byli překvapení, že ho chci vzít domů. Myslela jsem si, že to doma prostě zvládneme líp než v Kladrubech.“* R3 odpověděl na otázku kladně, dle jeho názoru byl pacient připraven na domácí péči. R4

si v odpovědi není jistá. Částečně byl pacient připraven, ale největší problém byl v té bariérovosti doma. Dále zmiňuje, že není moc schopná to posoudit, protože mnoho činností dělal pacient samostatně a nechtěl pomoci.

Podkategorie b) Přípravenost rodinných příslušníků na domácí péči

Všichni dotazovaní se shodli na tom, že na péči v domácím prostředí částečně připraveni byli, ale nečekali, že to bude tak složité. Zároveň je na péči nikdo nepřipravoval a hodně se museli učit samostatně. Komplikace vznikaly hlavně po technické stránce.

6 Diskuze

Výzkumné šetření bakalářské práce se zabývalo ošetrovatelskou péčí u pacientů po úrazu páteře s následnou plegií z jejich pohledu a pohledu jejich rodiny. Také se zaměřovalo na komunikaci ošetrovatelského personálu s pacienty i rodinou.

Kvalitativní výzkumné šetření bylo provedeno za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se 4 pacienty a 4 rodinnými příslušníky. Pro práci byly stanoveny 2 cíle. První z nich bylo zjistit, jak je rodina připravena na ošetřování pacientů s plegií po propuštění do domácí péče. K tomuto cíli byly stanoveny výzkumné otázky a to jaké informace dostali příbuzní o ošetřování pacientů s plegií a jaké informace příbuzným chyběly. Druhým cílem bylo zjistit, jak vnímají pacienti s poúrazovou plegií ošetrovatelskou péči. K tomuto cíli byly stanoveny 3 výzkumné otázky a to, jak vnímali pacienti s plegií ošetrovatelskou péči, jaký byl přístup sester k pacientům s plegií po stránce komunikační a jak byla z pohledu pacienta s plegií rodina připravena na domácí péči.

Poškození míchy je jedno z nejhůře devastujících zdravotních postižení. Péče o takového pacienta je velice náročná jak pro sestru, tak pro samotného pacienta. Je velice důležité, aby sestra měla dostatek vědomostí o takovémto postižení, ale je také důležité, aby měl dostatek informací i pacient a jeho rodina.

S pacienty byly provedeny celkem 4 rozhovory a v každém bylo hlavních 14 otázek. První otázka zněla, jak došlo k Vašemu poranění páteře. 2 ze 4 dotazovaných měli dopravní nehodu, při které došlo k jejich poranění. Další dva dotazovaní odpověděli, že skočili do mělké vody. Když nahlédneme do statistik, například americké databáze NSCISC, kterou jsem zmiňovala ve 2. kapitole, vidíme, že nejvíce poranění míchy a páteře je způsobeno autonehodami, a to celých 38 %, 9 % úrazů vzniklo při sportu, kam řadíme i skoky do vody (The National Spinal Cord Injury Statistical Center, 2016). Centrum Paraple na svých webových stránkách uvedlo, že 55 % úrazů vzniká při autonehodě a 18 % při sportu, skoku do vody a pádu z výšky. Dle Centra Paraple jsou to tedy nejčastější příčiny vzniku poranění páteře a míchy u nás.

Druhá a třetí otázka se zabývala hospitalizací, konkrétně na jakých odděleních byli dotazovaní hospitalizováni a jak hospitalizace probíhala. Téměř všichni pacienti se shodují s Křížem (2013) v tom, že ihned po úraze byli převezeni na spondylochirurgické pracoviště, kde byla provedena míšní dekomprese a stabilizace páteře, následně, po

stabilizaci zdravotního stavu, byli pacienti převezeni na spinální jednotku, s jedním rozdílem, kdy byl D1 ve stejné nemocnici a to v Ostravě, kde funguje spinální jednotka i spondylochirurgické pracoviště. Poté byli dále přeloženi na spinální rehabilitační jednotku. Rozdílná odpověď byla u D2, kterému se stal úraz v roce 1998, kdy nefungoval spinální program. V jeho případě byl po úrazu převezen na ARO, kde se čekalo, než bude možná operace kvůli dalším zraněním, která utrpěl během autonehody. Po operaci byl přeložen na JIP, ze které byl přeložen do rehabilitačního centra.

Další otázka se zaměřovala na komunikaci lékaře s pacientem, zda bylo pacientovi někdy přímo sděleno, že nebude chodit. 3 ze 4 pacientů se shodli na tom, že jim napřímo nebylo řečeno, že nebudou chodit, lékař jim vždy nechal naději. D1 však sdělil, že jemu a jeho rodině bylo hned na začátku řečeno, že již nikdy nebude moci chodit. Linhartová (2007) zmiňuje fakt, že u lékaře je důležité, aby měl již zkušenosti a uměl komunikovat, když sděluje diagnózu. Z vlastních zkušeností vím, že nikdy není dobré brát pacientovi, i jeho rodině, naději a u takto závažné diagnózy obzvláště. Při své praxi jsem byla u sdělení diagnózy pacientovi několikrát a vždy jsem se setkala s tím, že lékař pacientovi sdělil diagnózu tak, aby mu nevezal naději, ale zároveň mu řekl pravdu. Důležitou roli hraje i rodina pacienta a jak se k diagnóze postaví a jak pacientovi v dané situaci dokáže pomoci.

Další otázka se věnovala komunikaci sester s pacienty. Při komunikaci s pacientem je důležité, aby si sestra uvědomila, zda pacient komunikovat chce či nikoliv. Kapounová (2007) zmiňuje, že pacientovi se změnil celý život, proto může být i apatický, či depresivní a nemusí chtít komunikovat. Pokud pacient komunikovat se sestrou nechce je vhodné, aby sestra nenutila pacienta do komunikace (Linhartová, 2007). Zacharová (2011) zmiňuje, že by sestra nikdy neměla zapomenout na soukromí pacienta. Při komunikaci s pacientem je důležité zhodnotit i možné bariéry v komunikaci. Pokud má pacient zavedenou tracheostomickou kanylu, je nutné aby sestra i pacient byli trpěliví, protože sestra musí správně odezírat z pacientových úst (Kapounová, 2007). Z odpovědí všech dotazovaných vyplývá, že komunikace sester byla převážně dobrá. D1 zmínil, že se setkal hlavně s mladšími sestrami, které byly o pár let starší než on sám. I komunikace v rehabilitačním centru byla dobrá. D2 komunikaci hodnotil pozitivně, občas narazil na sestry, které byly otažitě, ale převážně byly sestry velice milé a příjemné. Dále se zmínil o komunikaci na JIP, kde s ním sestry

hodně komunikovaly a byl mezi nimi vztah přátelský. D3 byl s komunikací také hodně spokojený, zmínil, že na spinální jednotce měl hlavně mladší sestry. Stejný postoj měl ke komunikaci v rehabilitačním centru, kde byl s personálem spíše kamarád než pacient. D4 byl s komunikací sester také spokojený, hlavně na ARO a v rehabilitačním centru. Ke spinální jednotce se vyjádřil takto „*Na spinálce byla velká část sester protivných, prskaly mi do jídla a strkaly mi prsty do jídla. Nemyslím si, že tam byly empatické sestřičky, ale je fakt, že byly starší oproti těm, co byly na ARO. Ale měl jsem i pocit, že se k nám chovají, jako kdybychom byli kus masa.*“ V rehabilitačním centru žádný problém s komunikací neměl a stejně jako D1 a D3 byl s personálem spíše kamarád. Již při praxi jsem si všimla toho, že mladší sestry jsou více komunikativní než ty, co jsou v praxi již delší dobu. Důvodem dle mého názoru může být syndrom vyhoření. Sestra je každý den vystavená psychické i fyzické vyčerpání. Také při komunikaci s pacientem je vystavena jeho pocitům a trápením, může tak dojít k přebírání těchto pocitů. Často je na pracovišti méně personálu, než je potřeba a tak je sestra v práci často, nemá čas na odpočinek. Venglářová a kol. (2011) popisuje syndrom vyhoření jako „*Profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu, negativní sebeocení a negativní postoje k povolání.*“ (Venglářová a kol. 2011, s. 23). Při rozhovorech s pacienty jsem cítila, že komunikace byla dobrá hlavně proto, že oni sami chtěli komunikovat. Můj názor podporuje i Kapounová (2007), která se o ochotě pacientů komunikovat zmiňuje také.

Po otázkách ohledně komunikace následovaly otázky zaměřující se na péči v nemocnici. Z rozhovorů vyplývá, že péči vnímali pacienti velice pozitivně. Každý z pacientů během léčby prošel různými odděleními. Počínaje anesteziologicko-resuscitačním oddělením, na kterém byl hospitalizován D2 a D4, přes jednotku intenzivní péče na které byli hospitalizováni všichni z dotázaných s malým rozdílem, že D4 byl na JIP pouze 2 dny, dále na spinální jednotce, kde byl D1, D3 a D4 až k rehabilitačním centrům, kde probíhala rehabilitace u všech dotázaných. Téměř všichni pacienti se shodují s Křížem (2013) v tom, že ihned po úraze byli převezeni na spondylochirurgické pracoviště, kde byla provedena míšňí dekomprese a stabilizace páteře, následně, po stabilizaci zdravotního stavu, byli pacienti převezeni na spinální jednotku. Poté byli dále přeloženi na spinální rehabilitační jednotku. Rozdílná odpověď

byla u D2, kterému se stal úraz v roce 1998, kdy nefungoval spinální program. Při položení otázky, zda měli pacienti zavedenou tracheostomickou kanylu, odpověděli 3 ze 4 dotazovaných, že ano. Ševčík a kol. (2014) zmiňují, že u pacientů, kteří mají míchu přerušenu nad úrovní C3-C5 je porušená funkce míchy a je tedy nutné je uměle ventilovat. Ze seminářů akutních stavů v ošetrovatelství vím, že z dlouhodobého hlediska je lepší zavést tracheostomickou kanylu než nechat pacientovi zavedenou endotracheální rourku. Mé tvrzení podporuje i Ševčík a kol. (2014). Jediný kdo tracheostomickou kanylu neměl byl D1, který sdělil, že byl dobře dechově kompenzován díky rehabilitaci s fyzioterapeutem. S hojením stomatu měl problémy pouze D2, který měl kanylu zavedenou přibližně 10 měsíců. Došlo i na plastiku stomatu. Péče o tracheostomii v nemocnici zahrnuje péči o průchodnost tracheostomické kanyly a odsávání sekretu za pomoci odsávačky, kontrola tlaku v obturační manžetě, který závisí na zvolené velikosti kanyly. Pozornost by měla být také věnována kožnímu krytu v oblasti tracheostomie, která by měla být převazována 2x denně sterilně a také podle potřeby. Před provedením převazu je potřeba pacienta odsát a odstranit staré krytí, důležitá je také správná fixace kanyly (Kapounová, 2007). Dalším bodem v nemocniční péči bylo polohování, které je velice důležité. Z výsledků vyplývá, že všichni dotazovaní polohováni byli, ale nebyli polohováni tak aby se předešlo vzniku kontraktur. Tento fakt je zmíněn i v péči v rehabilitačním centru. Polohováním se dá zabránit vzniku proleženin. Toto potvrzuje i Kolář (2009), ale zmiňuje i další výhody polohování, jako je vznik různých stimulů, brání vzniku svalových atrofií, kontraktur a deformit, snižuje bolest a podporuje psychický stav pacienta. Dotazovaní č.1,2 a 3 zmínili, že přes veškeré polohování jim vznikly dekubity. D2 měl v ráně i zlatého stafylokoka, kvůli kterému přišel i o část kyčle. Hojení neprobíhalo dobře a došlo na plastiku rány. Měšťák a kol. (2015) k plastice rány píše, že se používá pouze u nehojitelných nebo složitých ran, které jsou hluboké a nelze je zhojit konzervativní formou. Důležitou péčí v nemocnici je i péče o vyprazdňování. Z výsledků vyplývá, že 3 ze 4 pacientů se v současné době cévkují. provádí tzv. čistou intermitentní autokatetrizaci. Fantýnková (2012) zmiňuje, že cévkování je velmi individuální, ale interval mezi jednotlivým cévkováním je obvykle 3-4 hodiny přes den a 6-8 hodin v noci. Náplň močového měchýře by neměla přesáhnout více jak 400-500 ml. V období hospitalizace v nemocnici měl D1 z počátku zaveden permanentní močový katetr a

následně epicystostomii. D2 se k vyprazdňování v nemocnici nevyjadřoval. D3 měl zavedenou epicystostomii a po urodynamickém vyšetření, které však proběhlo až po návratu do domácí péče, se začal cévkovat. D4 měl z počátku epicystostomii, ale ještě na ARO začalo vyprazdňování moči probíhat formou čisté intermitentní katetrizace druhou osobou. Wendsche (2009) se k tématu vyprazdňování močového měchýře vyjádřil takto „*Volba správné derivace moči je vždy určitým kompromisem a nelze paušálně žádnou metodu zahrnout jako vyloženě nevhodnou či špatnou a každá může mít za jistých okolností své místo v péči o močové cesty*“. (Wendsche, 2009, str. 58). Dále také zmiňuje, že zavedení permanentního močového katetru je vhodné zejména v prvních 2-3 dnech. Vyprazdňování stolice probíhalo u dotazovaných 1,3 a 4 za pomoci čípků. D3 a D4 však zmínili, že na spinální jednotce jim byl aplikován klystýr. D2 se k vyprazdňování stolice nevyjadřoval, pouze pak v domácí péči. Faltýnková (2012) zmiňuje, že vhodnější volbou jsou vysoké nálevy, ale také doporučuje bisacodylové čípky, které podporují střevní peristaltiku. Z rozhovorů tedy vyplývá, že byl použit jak vysoký nálev tak aplikace čípků.

V další části rozhovoru s pacientem bylo hlavním úkolem zjistit, jak probíhala hospitalizace v rehabilitačním centru. Po poranění páteře by rehabilitace měla zahrnovat fyzioterapii, fyzikální terapii, ergoterapii a sociální rehabilitaci. Po zhodnocení odpovědí proběhla rehabilitace stejně, jako jsem psala v kapitole rehabilitace po poranění páteře a míchy. Zároveň u všech pacientů proběhl nácvik funkčního úchopu, který je u kvadruplegických pacientů velice důležitý. Při otázce, zda byli pacienti polohováni proti vzniku kontraktur, všichni pacienti odpověděli, že z jejich pohledu ne. Jediné, co zaznamenali při polohování jiného, bylo, že jim na noc byly ruce svazovány do funkčního úchopu, ale tuto informaci uvedli pouze D1 a D4. Faltýnková (2012) uvádí, že pro správné polohování ruky do funkčního úchopu je vhodné použít tzv. rukavice, případně vyvazovat ruce s molitanovým míčkem v dlani. Funkční ruka tetraplegika je velice důležitá. Podstatu funkční ruky definuje Faltýnková (2012) takto „*Podstatou funkční ruky tetraplegika je dosažení tzv. tenodézy – mírného stažení ohýbačů prstů, kdy při uvolnění zápěstí dlani dolů se prsty vlivem svalového napětí natahovačů prstů natáhnou a aktivním zvednutím ruky v zápěstí se prsty naopak pasivně sevrou do dlaně.*“ (Faltýnková, 2012, str. 25). Ze seminářů chirurgie vím, že prevence vzniku kontraktur je velice důležitá, po rozhovoru se sestrou z traumatologického

oddělení jedné nejmenované nemocnice jsem se v tom utvrdila. Tato sestra mi popsala, jak musely dávat pacientům do nohou bedýnky, aby nedošlo k přepadávání špiček, vyvazovat horní končetiny, vhodně podkládat končetiny, aby nedošlo ke kontrakturám. Fyzioterapeuti na to velice dbali a po sestřích to vyžadovali., fyzioterapeuti na to velice dbali a po sestřích to vyžadovali. Také došlo na výběr vozíku, který by měl být změřen pacientovi na míru. Problém s výběrem vozíku uvedl D3 a D4, kteří měli špatně změřený vozík a sedák, vozík jim byl větší a sedák byl kratší. Po absolvování kurzu v Centru Paraple začal D3 řešit výměnu sedáku. D4 již nový, správně naměřený vozík má. Úkolem ergoterapeuta společně s lékařem je pomoci pacientovi vybrat správné pomůcky, které bude potřebovat (Kříž a Chvostová, 2009). Z vlastních zkušeností vím, že měření vozíku by měl provést ergoterapeut společně s technikem firmy, která vozík vyrobí. Problém nastává tehdy, když ergoterapeut neví, jak správně parametry zaměřit, proto je velice časté, že pacienti z rehabilitačního centra odjíždějí se špatně zaměřeným vozíkem.

V závěrečné části rozhovorů byly otázky zaměřeny na informovanost pacientů před propuštěním do domácí péče. Před propuštěním do domácí péče by měly být pacientovi podány informace týkající se sociálních příspěvků, prevence vzniku komplikací zdravotního stavu, případně projevy těchto komplikací, dále možnosti úpravy bytu. Vhodné je, aby pacient měl informace o využití dalších rehabilitačních institucí. Důležité je podání informací o dlouhodobé preventivně-léčebné péči, zároveň by každý pacient měl mít svého praktického lékaře a případně specialistu hlavně v oboru urologie (Kříž, 2013). Další možností jsou i následné pobytové rehabilitace, které poskytují většinou neziskové organizace, ve kterých pacient zlepšuje svoje schopnosti (Faltýnková, 2012). Většina dotazovaných si z této doby již moc nepamatuje. D1 před propuštěním z rehabilitačního centra dostal informace hlavně o prevenci dekubitů a hodně zde počítali s tím, že půjde do Centra Paraple a proto mu moc informací nepodali. Řešili s ním pouze výběr vozíku. V Centru Paraple pak dostal informace o možnosti příspěvků, jak o ně zažádat a na jaké má právo. Myslím si, že tento přístup není vůbec dobrý. Každý, kdo má za úkol podávat informace, by tak měl učinit a nepočítat s tím, že to za něj udělá někdo druhý. D2 informací mnoho nedostal, protože je dostala hlavně jeho matka. Zároveň zmínil, že později v Centru Paraple dostali mnoho informací hlavně o možnostech příspěvků, protože sociální úsek tam fungoval

mnohem lépe než v Kladrubech, ale převážnou většinu informací dostali v Kladrubech. D3 v rehabilitačním centru dostal hlavně obecné informace, třeba o tom, že si má zajít za urologem. Nejvíce informací dostal při kontrole na spinální jednotce. Zde mu řekli, že má chodit pravidelně na kontroly k urologovi, že má jít na kontrolu k operatérovi, který mu operoval páteře. Zmiňuje, že v Kladrubech sociální úsek moc nefungoval a několikrát zažil, že pacienti odcházeli z centra bez vyřízené kartičky ZTP/P. D4 dostal v rehabilitačním centru Luže-Košumberk doporučení návštěvy Centra Paraple. Dále s ním řešili možnosti dotací vozíku. Také s ním řešili výtahovou sedačku do bytu a příspěvek na auto. Z odpovědí dotazovaných je vidět, že dostatek informací jim poskytnut nebyl. U D1, D2 a D3 chybí doporučení návštěvy urologa, u všech dotazovaných chybí informace o komplikacích, které mohou nastat s postupem času, jako jsou autonomní dysreflexie, sexuální dysfunkce, vznik osifikací, řídnutí kostí, vegetativní kolapsy, spasticita, bolest a otoky na nohách. Myslím si, že veškeré informace by měly před propuštěním domů podávat v rehabilitačních centrech automaticky, případně dát pacientovi brožurku, ve které by tyto informace byly napsány. Je ale důležité, aby i sám pacient informace vyhledával, protože se vždy může stát, že je nějaké téma opomenuto.

Posledním tématem v rozhovoru s pacienty byla domácí péče. D1 byl po propuštění do domácí péče částečně soběstačný, kromě sprchování a vyprazdňování zvládal vše samostatně. Zpočátku se vyprazdňoval na lůžku, ale časem se naučil vyprazdňovat na toaletě. Stejně tak sprchování po čase zvládal sám. Přítelkyně mu pomáhala s aplikací čípků a hygienou. Faltýnková, Kříž, Kábrtová (2004) zmiňují, že nácvik aplikace čípků by měl být veden pod taktovkou lékaře či sestry. Z rozhovoru s D1 však vyplývá, že tuto činnost učil přítelkyni on sám. Samostatně uklízel, vařil i nakupoval, v rehabilitačním centru si také udělal rekondiční jízdy, aby mohl řídit auto. U rodičů nebydlel, protože neměli bezbariérový byt. Faltýnková a Kříž (2012) zmiňují, že již při rehabilitaci v rehabilitačním centru by měl ergoterapeut zjišťovat, jaké má pacient doma podmínky a radit rodině jak správně byt upravit. Musím však zmínit, že D1 byl dle mého názoru rozhodnut, že bude bydlet v Praze a proto se na úpravu bytu u rodičů tolik nespěchalo. Časem také rodiče postavili bezbariérový domek. D2 byl hodně nesoběstačný, pro vyprazdňování používal pleny. Až po návštěvě Centra Paraple, kde absolvoval týdenní kurz, uměl prakticky všechno, zvládal přesuny, naučil se zde vybouchávání močového měchýře. Následně si udělal i řidičský průkaz. Doma se o něj

starala matka, která se starala o vše, pečovala o dekubit, který D2 měl. Dle jeho názoru se stala amatérským lékařem. D3 hodnotil péči v domácím prostředí kladně. První půlrok fungoval prý hodně podobně jako v rehabilitačním centru. Ráno ho otec, který se o něj staral, dal na vozík, připravil mu snídani a odvezl ho do školy, kde měl svého asistenta. D3 si sám obstaral ranní hygienu, v té době měl ještě epicystostomii. Po čase se naučil sám cévkovat. Otec mu pomáhal se vším, až po návštěvě Paraplete se naučil sám obléct kalhoty a about se, naučil se přesuny. Doma má přístavbu s koupelnou i toaletou, která je kompletně bezbariérová. D3 má také řidičský průkaz a upravený automobil, takže se může pohybovat sám. D4 po příjezdu domů neměl úplně bezbariérový byt. Do sprchy mu musel pomáhat otec, který se o něj zpočátku staral. Toaletu měl pojízdnou a vyprazdňoval se v pokoji. Sám zvládal hygienu, oblékání, přesuny na lůžko a vozík. Již zvládal cévkování, ale zpočátku mu pomáhal otec, který se cévkování naučil v rehabilitačním centru. V domě má výtahovou sedačku, která vede z přízemí do patra. 4 měsíce po návratu domů absolvoval kurz v Centru Paraple, kde se naučil hlavně přesuny, skládání vozíku do auta, přesuny do auta, doladil přesuny na toaletu a do sprchy, kterou již měl doma kompletně bezbariérovou, stejně tak toaletu. Naučil se vařit a zvládat větší výškové rozdíly při přesunech. V domácím prostředí se péče odvíjí od pacienta a jeho zdravotního stavu. Faltýnková (2012) zmiňuje, že by se pacient měl umět sám vycévkovat před odchodem do domácí péče. Jak z odpovědí dotazovaných vyplývá, uměl to pouze jeden z dotazovaných, ale u 2 byla zavedena epicystostomie a jeden z dotazovaných se vyklepává. Wendsche (2008) zmiňuje, že tento způsob se již nedoporučuje, protože ve většině případů se jedná o močení s účastí různě vyjádřené detruzoro sfinkterické dyssynergie provázené močovým reziduem a různou mírou močové inkontinence. Myslím si, že tato forma vylučování není moc vhodná právě kvůli reziduu moči v močovém měchýři, také je zde vysoké riziko vzniku ledvinových kamenů a zánětů močového měchýře. Až po delším čase se D1 a D3 naučili cévkovat. Všichni pacienti také zmínili fakt, že velkou část péče se učila rodina hlavně z jejich pokynů. Matce D2 a D1 bylo personálem ukázáno, jak převazovat a ošetřovat dekubitus. D4 zmínil, že rodinu v rehabilitačním centru učili přesuny, polohování a cévkování. D3 také zmínil, že otce učili přesuny v rehabilitačním centru. Z odpovědí je vidět, že nácvik ošetrovatelské péče v rehabilitačním centru není tak častý a pokud nějaký je tak hlavně polohování a přesuny. Jinak vše musí rodiny zvládat samy s

pomocí pacientů.

Rozhovory s rodinnými příslušníky jsou celkem 4 a bylo stanoveno hlavních 15 otázek. První část rozhovorů se týkala sdělení diagnózy a vyrovnání se s ní. R1 řekla, že jim byla sdělena ta horší varianta a to, že její syn možná nebude moci ani sám dýchat, bylo jim řečeno přímo, že nebude chodit. R1 také zmínila, že s tímto se vyrovnat nedá a že stále věří, že se to posune dál. Stále si nechávala naději. Také její mozek byl hodně zaměstnaný, protože museli řešit mnoho dalších věcí jako maturitu, přesuny z nemocnice a mnoho dalšího. R2 popsala sdělení diagnózy takto „*No můžu říct, že jsem tomu dlouho nevěřila, když mi to doktoři říkali, nebo oni mi to neřekli tenkrát úplně natvrdo, dneska už to řeknou docela tvrdě. Tenkrát to zaobalovali, jako že je tu pravděpodobnost, že nebude chodit. Takže já jsem si to slovíčko pravděpodobnost dala jako že tak, že se nás to netýká, že to rozchodí.*“ Dále také sdělila, že dlouho nevěděli, zda syn přežije. R3 sdělil, že mu řekli, že nejspíše bude hýbat pouze hlavou a že se uvidí, jak vše bude pokračovat. Diagnózu mu napřímo neřekli. Úraz jeho syna bral velice špatně, a stále, i přesto, že jeho syn se velice zlepšil, ho to mrzí. R4 diagnózu nesdělili přímo, úraz brala velice špatně, v noci nespala a modlila se k Bohu, dlouho se s tím smířovala. Stejně jako u rozhovorů s pacienty si můžeme všimnout, že pouze jeden rodinný příslušník sdělil, že jim byla diagnóza řečena přímo, ale naději jim nevzala. Dle mého je to velice dobře, nikdy bychom neměli pacientovi ani rodině brát naději. Linhartová (2007) cituje ve své knize A. Muntheho, který se k naději vyjádřil takto „*Není mocnějšího léku než naděje, ale nejneopatrnější známka pochyby ve tváři nebo v lékařově hlase může stát pacienta i život.*“ (Linhartová, 2007, str. 105). S tímto tvrzením souhlasím, protože vím, jaké to je, když někdo někomu vezme veškerou naději.

Další část otázek se věnovala ošetrovatelské péči a zda měli rodinní příslušníci možnost být u péče přítomni, zda jim byla tato možnost někdy nabídnuta a pokud o možnost přítomnosti požádali, zda jim bylo vyhověno. Také jsem se ptala, jestli je personál některé činnosti učil. R1 k tomuto tématu řekla, že možnost být přítomni u péče měli, ale pouze u pár činností, například u převazů dekubitů, u fyzioterapie, při zvedání pacienta, při podávání jídla. Jinak moc činností neviděli a ani jim tato možnost nebyla nikdy nabídnuta. Jediné, co je učili, byl převaz dekubitu, polohování, trochu hygienickou péči a výměnu pytlíků u epicystostomie. R2 sdělila, že možnost být přítomni u ošetřování pacienta neměli vůbec. Pouze u převazu dekubitu, který poté

ošetřovala sama a učily ji to sestry na JIP. Nikdo jim nenabídl, aby přítomni byli. O možnost být přítomná u péče nikdy nežádala, ani nevěděla, na co se ptát a co má chtít vědět. Poté v Parapleti jim vysvětlovali další věci okolo vyprazdňování a vše se učili až tam. R3 neměl možnost být přítomen u ošetrovatelské péče, nikdy mu to nebylo ani nabídnuto, pouze když požádal o možnost být přítomen, tak mu bylo vyhověno. V rehabilitačním centru ho učili přesuny, ale jinak se vše učil společně se synem. R4 měla možnost být přítomna u ošetrovatelské péče hlavně na ARO, kde jim tato možnost byla i nabídnuta. Byla přítomna u cévkování, převazů, krmení a mnoha dalších činností. Na spinální jednotce již tuto možnost neměli a v rehabilitačním centru spíše nechtěly sestry rušit, když u syna byli. Při požádání o možnost přítomnosti u ošetřování pacienta jim bylo vždy vyhověno, ale spíše odcházeli, protože synovi to bylo nepříjemné. V rehabilitačním centru je učili polohování, také manžela učili cévkování, ale jinak se vše učili se synem doma podle toho, na co byl zvyklý. Myslím si, že je jediné dobře, když mají rodiny možnost být u péče přítomni, obzvláště u pacientů s takovýmto postižením. Díky tomu se nemusí bát na pacienta sáhnout a ví, jak co mají udělat, obzvláště když je to učí samotný personál. Pro rodiny je to poté mnohem jednodušší, když se jim pacient vrátí domů. Z vlastní zkušenosti vím, že je hrozně složité se pak vše učit sám, nevíte, jak na pacienta sahat, jak ho máte chytit, kde ho máte chytit a jak mu můžete pomoci. Faltýnková (2011) se touto problematikou zabývala a zmiňuje, že je důležité, aby se rodiny učily správné polohování, aby se předešlo vzniku dekubitů. Důležitost nácviku cévkování zdůrazňují také Faltýnková, Kříž a Kábrtová (2004).

Další část rozhovorů se zaměřila na péči v domácím prostředí. R1 o péči v domácím prostředí řekla, že se vždy řídila podle potřeb D1. Bylo prý těžké si zvyknout synovi nic nepodávat, nezvedat a nechat ho, dokud si sám neřekne. Vše je učil on sám, například přesuny, říkal jim, kde ho mají chytit a jak ho mají chytit, aby nedošlo k pádu. Nikdy nepožádali agenturu domácí péče o pomoc, hodně spoléhali sami na sebe a hlavně D1 bydlel v Praze, takže se k péči tolik nedostali. Ještě když byl D1 v Kladrubech, začali stavět bezbariérový domek, ale s postupem času zjistili, že některé části jsou špatně udělané a museli je předělávat. Sama R1 zmínila, že by bylo vhodné, kdyby někdo udělal nějaký manuál. S tím nesouhlasím, problém je ten, že každý vozičkář potřebuje být přizpůsobit podle jeho potřeb, zároveň musím zmínit, že s tímto by jim měl poradit ergotapeut v Kladrubech a existují i brožury, ve kterých je popsána

všeobecná úprava okolí domu pacienta. R2 sdělila, že zpočátku museli dojíždět na čištění tracheostomie do nemocnice, stejně tak s dekubitem. Všechny činnosti se učili sami za pochodu. Přesuny, polohování, vše museli zvládat sami. Faltýnková (2012) říká, že přesuny by se měla učit rodina v rehabilitačním centru pod dohledem zkušeného personálu. Otázkou je, zda v té době kdy byl pacient v rehabilitačním centru, tento nácvik fungoval. Agenturu domácí péče nikdy nekontaktovali a hlavně nevěděli, jestli něco takového existuje. Jak pečovat o pacienta, neměli s kým konzultovat. S tímto ale nemohu souhlasit, myslím si, že kdyby požádali o pomoc jejich sousedku nebo kamarádku, která pracovala na JIP, zmiňoval se o nich D2, že by jim určitě poradila a pomohla. R3 řekl, že chodil do práce a D3 jezdil do školy, R3 synovi pomohl ráno do vozíku, odvezl ho do školy, připravil mu jídlo a pití a večer z vozíku synovi zase pomohl. Byli soběstační a většinu činností se R3 učil společně se synem. V Kladrubech ho učili akorát přesuny. V tomto případě se realita shoduje s tím co říká Faltýnková (2012), že by se měl učit pacient a jeho rodič nebo asistent přesuny v rehabilitačním centru. Péči mohl konzultovat s vrchní sestrou z Kladrub, která mu nabídla telefon, na který mohl případně zavolat. Myslím si, že je výborné, že byla vrchní sestra takto ochotná a číslo poskytla pro případ nutnosti. Často jsem se s tímto nesetkala. R4 na otázku odpověděla, že zpočátku byla péče hodně složitá. Vše se učili za pochodu a za pomoci syna, který jim říkal, co a jak mají dělat. V rehabilitačním centru je učili pouze polohování, přesuny a manžela cévkování. Tato informace se shoduje s Faltýnkovou, Křížem a Kábrtovou (2004), kteří ve svém článku také zmiňují, že by se cévkování měli učit rodinní příslušníci za pomoci lékaře nebo sestry. Učili se přípravu jídla, hygienu, přesuny. Vždy se péče odvíjela od potřeb syna a podle toho, co mu bylo příjemné. Ze začátku se o syna staral otec, který skončil v práci, aby s ním mohl být doma, ale nebyla to dobrá volba, postupem času si začali lézt na nervy a tak se otec do práce zase vrátil. Agenturu domácí péče nikdy o pomoc nežádali, nebylo to potřeba. Hlavně syn se postupem času stával více soběstačným. Péči neměli s kým konzultovat. Z rozhovorů s rodinnými příslušníky vyplývá, že se péče odvíjela od potřeb pacienta, což je dle mého názoru ideální. Problém je však ten, že většinu činností se museli příslušníci učit sami za pomoci pacientů. Jistě, některé činnosti se učili již v rehabilitačních centrech, ale bylo to minimum toho, co potřebují. Například R3 nezmínil, že by ho učili polohování, které je velice důležité.

7 Závěr

Tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči po úrazu páteře s následnou plegií z pohledu pacienta a jeho rodiny. I přes veškerý výzkum a pokrok medicíny není možné porušenou míchu opravit. Proto je velice důležitá kvalitní ošetrovatelská péče a multidisciplinární přístup k léčbě pacientů s takovýmto poraněním.

První výzkumná otázka se zabývá informacemi, které dostali příbuzní o ošetřování pacientů v domácím prostředí. Tři rodinní příslušníci ze 4 se shodli na tom, že informací dostali velice málo, nebo vůbec žádné. Zároveň R1 zmínila, že by bylo velice dobré, kdyby existoval někdo, kdo jim poradí. Musím však zmínit, že takových organizací, které se zabývají podporou jak pacientů po úrazu páteře, tak jejich rodin, existuje v České republice hned několik, například Česká asociace paraplegiků nebo Centrum Paraple a další. Zároveň by informace měli sdělovat na spinálních jednotkách.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřená na informace, které rodinným příslušníkům chyběly. Rodinným příslušníkům chyběly informace jak ze stránky ošetrovatelské, tak úřední. Dále také nevěděli, jak správně uzpůsobit byt pro pacienta, aby se mohl pohybovat samostatně. K tématu bezbariérovosti vydala CZEPA brožuru Desatero moudrého vozičkáře, kde je zahrnuta celá kapitola o bezbariérovém bydlení, jedná se o kapitolu „Proč je důležité mít bezbariérový domov i pracoviště?“, tato publikace vyšla v roce 2012. Je však nutné zdůraznit, že každý člověk s handicapem potřebuje uzpůsobit byt tak, jak potřebuje on a na co je zvyklý. S informacemi ohledně ošetrovatelské péče v domácím prostředí je to složitější, vše se odvíjí od zdravotního stavu pacienta. Ošetrovatelskou péčí, ale tou odbornou, se zabývá publikace Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy od Jirků a Kyriánové z roku 2006, která se stále používá. Když jsem byla zjišťovat informace ohledně spinálních poranění na rehabilitačním oddělení, byla mi tato publikace doporučována. Myslím si, že přesto, že je tato publikace určena pro odbornou veřejnost, byla by vhodná i pro rodinné příslušníky, kteří se o pacienty starají v domácím prostředí. Další publikací, která pro rodinné příslušníky může být velice přínosná, je Vše okolo tetraplegie z roku 2012. Tuto brožuru vydala CZEPA a jsou zde uvedeny komplikace, které mohou doprovázet spinální poranění a jejich řešení nebo předcházení.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na vnímání ošetrovatelské péče pacienty.

Z vyhodnocení rozhovorů vyplynulo, že všichni pacienti vnímají ošetrovatelskou péči velice pozitivně a to jak nemocniční péči, tak péči v rehabilitačním centru.

Další výzkumná otázka byla zaměřena na přístup sester k pacientům s plegií po stránce komunikační. Zde z výsledků vyšlo, že jsou pacienti s komunikací velice spokojení. Komunikaci hodnotí jako přátelskou. Zároveň bych chtěla zmínit fakt, že všichni dotazovaní pacienti zmiňovali, že většinou narazili na mladší sestry. U starších sester komunikace již tak dobrá nebyla.

Poslední výzkumná otázka zjišťovala, jak byla rodina připravena na domácí péči z pohledu pacienta. Z výsledků vyplývá, že rodina byla připravena pouze částečně. Největší komplikace byly hlavně po technické stránce. Po ošetrovatelské stránce se vše učili za instrukcí pacientů a některým činnostem je učil personál v rehabilitačním centru. Je zřejmé, že k částečné připravenosti rodiny na péči doma má vliv i nízká informovanost, o kterou se zajímá první a druhá výzkumná otázka

Tato bakalářská práce nastiňuje informovanost pacientů po úrazu páteře a jejich rodin. Zaměřuje se na péči v domácím prostředí i v nemocnici či rehabilitačním centru. Výstupem z práce by mohly být semináře s personálem a rodinami s možnou účastí jednoho z pacientů.

8 Seznam použitých zdrojů

1. ANDRŠOVÁ, A., 2012, *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada, 128 str., ISBN 978-80-247-4119-2
2. BENEŠ, V., 1987, *Poranění míchy*. 3. přeprac. vyd. Praha: Avicenum, 189 str., ISBN není uvedeno
3. BETLACHOVÁ, M., UHLÍŘ, P., DVOŘÁK, R., *Péče o pacienta s poruchou pohybu v domácím prostředí – 3. část, 1. pokračování Traumata CNS (centrální nervové soustavy) Nejdůležitější neurologické diagnózy z pohledu rehabilitace* [online]. *Medicína pro praxi*, 2013; 10 (6, 7): str. 259–261, [cit.2016-12-27], dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2013/06/11.pdf>
4. *Míšní poranění*, Centrum Paraple, [cit.2016-12-02]. Dostupné z <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>
5. DRUGA, R., GRIM M., DUBOVÝ, P., 2011. *Anatomie centrálního nervového systému*. 1. vyd. Praha: Galén, 216 str., ISBN 978-80-7262-706-6
6. Facts and Figures 2016: *Spinal Cord Injury (SCI) Facts and Figures at a Glance* [online]. Birmingham: National SCI Statistical Center, [cit.2016-12-02]. Dostupné z: <https://www.nscisc.uab.edu/Public/Facts%202016.pdf>
7. FALTÝNKOVÁ, Z. et al. 2011, *Jak na to doma* [online]. Praha: KSZ fyzioterapie míšních lézí při UNIFY ČR, 33 str. Dostupné z: http://files.czepa.webnode.cz/200016654-61f2c63e67/czepa_Jak_na_to_doma_e.pdf, ISBN není uvedeno
8. FALTÝNKOVÁ, Z., 2012, *Vše okolo tetraplegie*. Praha: CZEPA, 64 str., ISBN není uvedeno
9. FALTÝNKOVÁ, Z., 2015, *II. díl seriálu: Program vyprazdňování střeva* [online]. Vozejkov.cz, [cit.2017-2-01]. ISBN není uvedeno. Dostupné z: <http://www.vozejkov.cz/Articles/detail/strava-a-vymesovani-lidi-s-poskozenou-michou-2/>
10. FALTÝNKOVÁ, Z., KŘÍŽ, J., KÁBRTOVÁ, A., 2004 et al. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple s podporou MZČR, 86 s. ISBN není uvedeno
11. JAROŠOVÁ, D., 2007, *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 99 str., ISBN 978-80-247-2150-7.

12. JIRKOVSKÝ, D., et al., 2012. *Ošetrovatelské postupy a intervence, učebnice pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Fakultní nemocnice v Motole., 411 str., ISBN 978-80-87347-13-3.
13. JIRKŮ, H., KYRIÁNOVÁ, A., 2006. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*. Svaz paraplegiků. 36 str., ISBN není uvedeno
14. KÁBRTOVÁ, A., et al., 2005, *Postupy pro práci psychologa v centrech pro léčení pacientů s poškozením míchy*. Svaz paraplegiků. 12 str., ISBN není uvedeno
15. KACHLÍK D., et al., 2013. *Úvod do preklinické medicíny: Anatomie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta, 135 str., ISBN 978-80-87878-01-9
16. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada, 368 str., ISBN 978-80-247-1830-9.
17. KARETOVÁ, D., BULTAS, J., 2011, *Prevence a léčba tromboembolické nemoci*. Interní medicína [online]. 13 (12), str. 470-475 [cit. 2016-12-19]. Dostupné z <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2011/12/03.pdf>
18. KELNAROVÁ, J., et al., 2013. *První pomoc II: pro studenty zdravotnických oborů*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 192 str., ISBN 978-80-247-4200-7.
19. KOLÁŘ, P., et al., 2009, *Rehabilitace v klinické praxi*. Praha: Galén, 713 str., ISBN 978-80-7262-657-1
20. Kolektiv autorů, 2009, *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 552 str., ISBN 978-80-247-2548-2.
21. KŘÍŽ, J., 2013. *Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy*. Neurologie pro praxi [online]., 14(3), str. 140-143 [cit. 2017-03-14]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>
22. KŘÍŽ, J., FALTÝNKOVÁ, Z. 2012. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: příručka pro praktické lékaře*. Praha: Česká asociace paraplegiků - CZEPA, 15 s., ISBN není uvedeno
23. KŘÍŽ, J., HYŠPERSKÁ V., 2009. *Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy*. Neurologie pro praxi [online]., 10(3), str. 186-195 [cit. 2016-10-14]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/pdf?id=48190>
24. KŘÍŽ, J., CHVOSTOVÁ, Š., *Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšní lézi*. [online] in Neurologie pro praxi, 2009; 10 (3). [cit.2016-12-26], dostupné na: <http://www.solen.sk/index.php?>

- page=pdf_view&pdf_id=3884&magazine_id=3
25. LINHARTOVÁ, V., 2007. *Praktická komunikace v medicíně pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada, 152 str., ISBN 978-80-247-1784-5
 26. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2006, *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 144 str., ISBN 80-247-1262-8
 27. Mayo Clinic, 2014, *Bedsore (pressure sore), Symptoms*, [online]. Mayo Clinic [online] Rochester Minnesota, [cit.2016-12-10]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/bedsores/basics/definition/con-20030848>
 28. MCKINNEY, D., 2015, *Mechanical Prophylaxis* [online] Prevention of Thromboembolism in Spinal Cord Injury, [cit.2017-03-20]. Dostupné z: <http://emedicine.medscape.com/article/322897-overview#a6>
 29. MĚŠŤÁK, J., MOLITOR, M., MĚŠŤÁK, O., KALINOVÁ, L., a kol. 2015 *Základy plastické chirurgie*. Vydání druhé. V Praze: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 176 str., ISBN 978-80-246-2839-4.
 30. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008, *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 104 str., ISBN ISBN 978-80-247-2043-2
 31. Míšní syndromy. 2012. *Multimediální vzdělávací program pro výuku neurologie: Pregraduální výuka neurologie* [online]. Praha: Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc, [cit. 2016-01-11]. Dostupné z: <http://1url.cz/etM3f>
 32. NAŇKA, O., ELIŠKOVÁ M., ELIŠKA O., 2009. *Přehled anatomie. 2., dopl. a přeprac. vyd.* Praha: Galén, 416 str., ISBN 978-80-7262-612-0.
 33. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2006, *Desatero komunikace s pacienty s pohybovým postižením*. [online]. www.nrzp.cz, [cit.2017-2-01]. ISBN není uvedeno. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp/353-desatero-komunikace-s-pacienty-s-pohybovym-postizenim.html>
 34. Northwest Regional SCI System, *Pain and Spinal Cord Injury* [online]. University of Washington Medical Center, [cit.2016-12-05]. Dostupné z: http://sci.washington.edu/info/pamphlets/pain_brochure.pdf
 35. RUSÍN, Š., *Léčba bolesti*. In: Masarykův onkologický ústav [online]. Brno, 2016 [cit.2016-12-05]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/lecba-bolesti/t2059>

36. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 384 str., ISBN 978-80-247-5247-1.
37. SKALSKY, A., J., MC. DONALD, C., M., 2012, *Prevention and Management of Limb Contractures in Neuromuscular Diseases*. [online] Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, [cit.2017-03-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482407/>
38. SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2010, *Ošetrovatelství v chirurgii*. I. Praha: Grada, 268 str., ISBN 978-80-247-3129-2
39. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014, *Ošetrovatelství v neurologii*. Praha: Grada, 232 str., ISBN 978-80-247-4868-9
40. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006, *Interní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 284 str., ISBN 978-80-247-1148-5
41. ŠEVČÍK, P., et al., 2014. *Intenzivní medicína*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Galén, 1195 str., ISBN 978-80-7492-066-0.
42. ŠTULÍK, J., et al., 2010, *Poranění krční páteře*. Praha: Galén, 279 str., ISBN 978-80-7262-685-4.
43. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007, *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 384 str., ISBN 978-80-7367-313-0
44. VÁGNEROVÁ, M., 2012, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 872 str., ISBN 978-80-262-0225-7
45. VALENTA, J., et al., 2007, *Základy chirurgie*. 2. doplněné a přepracované vydání. Koedice GALÉN – KAROLINUM, 277 str., ISBN Karolinum 978-80-246-1344-4
46. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2011. *Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
47. VORLÍČEK, J., ABRAHÁMOVÁ, J., VORLÍČKOVÁ, H., 2012 *Klinická onkologie pro sestry*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 450 str., ISBN 978-80-247-3742-3.
48. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P., WIRTHOVÁ, V., HOLUBOVÁ, J., 2011, *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada, 256 str., ISBN 978-80-247-3419-4
49. WENDSCHE, P., et al., 2009. *Poranění míchy - ucelená ošetrovatelstvo – rehabilitační péče*. 2. vyd. Brno: NCO NZO. 226 s., ISBN 978-80-7013-504-4

50. WENDSCHE, P., KOČIŠ, J., 2012. *Poranění páteře*. Praha: Galén, 171 str., ISBN 978-80-7262-846-9.
51. WENDSCHE, P., KRÍŽ, J., 2005. *Doporučené postupy péče v akutní fázi po míšním poranění*. Svaz paraplegiků. 21 str., ISBN není uvedeno
52. WENDSCHE, P., VESELÝ, R., 2015. *Traumatologie*. Praha: Galén, 344 str., ISBN 978-80-7492-211-4.
53. ZADÁK, Z., HAVEL E., et al., 2007. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. Praha: Grada, 336 str., ISBN 978-80-247-2099-9.
54. ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J., 2007, *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 232 str., ISBN 978-80-247-2068-5
55. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. 288 str., ISBN 978-80-247-4062-1.

9 Přílohy

9.1. Seznam příloh

Příloha 1 – Mezinárodní standardy pro neurologickou klasifikaci míšního poranění

(Zdroj: Kříž a Hyšperská, 2009)

Příloha 2 – Otázky pro pacienty

(Zdroj vlastní)

Příloha 3 – CD s rozhovory

(Zdroj vlastní)

Příloha 4 – Otázky pro rodinné příslušníky

(Zdroj vlastní)

Příloha 1

MEZINÁRODNÍ STANDARDY PRO NEUROLOGICKOU
KLASIFIKACI MÍŠNÍHO PORANĚNÍ
(ISNCSCI)

Jméno pacienta _____ Ročník _____
Jméno vyšetřujícího _____ Datum vyšetření _____

VPRAVO

MOTORIKA KLÍČOVÉ SVALY

PHK (Pravá horní končetina)

Flexory lokte C5
Extenzory zápěstí C6
Extenzory lokte C7
Flexory prstů C8
Abduktory prstů (malá) T1

PDK (Pravá dolní končetina)

Flexory kyčle L2
Extenzory kolene L3
Dorsiflexory hlezna L4
Dlouhý extenzor palce L5
Plantární flexory hlezna S1

Volní anální kontrakce (ano/ne)

VPRAVO CELKEM (MAXIMUM) (50) (56) (56)

CITLIVOST KLÍČOVÉ BODY

Lehký dotyk (LD) Pichnutí Špendlíkem (PŠ)

T2
T3
T4
T5
T6
T7
T8
T9
T10
T11
T12
L1

VLEVO

MOTORIKA KLÍČOVÉ SVALY

LHK (Levá horní končetina)

Flexory lokte C5
Extenzory zápěstí C6
Extenzory lokte C7
Flexory prstů C8
Abduktory prstů (malá) T1

LDK (Levá dolní končetina)

Flexory kyčle L2
Extenzory kolene L3
Dorziflexory hlezna L4
Dlouhý extenzor palce L5
Plantární flexory hlezna S1

HLuboký anální tlak (ano/ne)

VLEVO CELKEM (MAXIMUM) (50) (56) (56)

● Klíčové body

MOTORICKÁ SUBSKÓRE PHK + LHK = MSHK CELKEM PDK + LDK = MSDK CELKEM PLD + LLD = SSLD CELKEM PPS + LPS = SSPS CELKEM

MAX (25) (25) MAX (25) (25) MAX (56) (56) (112) MAX (56) (56) (112)

NEUROLOGICKÉ ÚROVNĚ 1. SENZITIVNÍ 2. MOTORICKÁ 3. NEUROLOGICKÁ ÚROVEŇ LÉZE (NLI) 4. KOMPLETNÍ NEBO NEKOMPLETNÍ? 5. ROZSAH MÍŠNÍ LÉZE (AIS)

Krokly hodnocení 1-5 na zadní straně

REV 02/13

Hodnocení svalové funkce

- 0 = plegie
 - 1 = palповatelná nebo viditelná kontrakce
 - 2 = aktivní pohyb v plném rozsahu s vyloučením gravitace
 - 3 = aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci
 - 4 = aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a mírnému odporu ve specifické poloze svalů
 - 5 = (normální) aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a přiměřenému odporu, ve specifické poloze svalů
 - 5* = (normální) aktivní pohyb v plném rozsahu proti gravitaci a dostatečnému odporu, který by byl považován za normální, pokud by nebyly přítomny zjevné negativní faktory (t.j. bolest, slabost z nevědomí).
- NT = nestavovatelný (t.j. z důvodů imobilizace, velké bolesti, kvůli kterým nemůže být pacient hodnocen, amputace končetiny nebo kontraktura, omezující rozsah pohybu o více než 50 %).

Hodnocení citlivosti

- 0 = chybí
- 1 = alterovaná, buď snížená / oslabená citlivost nebo hypersenzitivita
- 2 = normální
- NT = nestavovatelná

Funkce nekličových svalů (nepovinné)

Mohou být použity k určení motorické úrovně k odlišení AIS B proti C

Pohyb	Kořenová úroveň
Rameno: flexe, extenze, abdukce, addukce, vnitřní a vnější rotace	C5
Loket: supinace	C6
Loket: pronace	C6
Zápěstí: flexe	C7
Prsty: flexe v proximálním kloubu, extenze	C7
Palce: flexe, extenze a abdukce v rovině palce	C8
Prsty: flexe v MCP kloubu	C8
Palce: opozice, abdukce a addukce kolmo k dlaní	T1
Prsty: abdukce ukazováku	L2
Kyčel: addukce	L2
Kyčel: zevnitřní rotace	L3
Kyčel: extenze, abdukce, vnitřní rotace	L4
Koleno: flexe	L4
Kotník: inverze a everze	
Prst: MP a IP extenze	
Hallux a prst: DIP a PIP: flexe a abdukce	L5
Hallux: abdukce	S1

Rozsah míšň léze (AIS)

- A = kompletní** Žádná zachovaná senzitivní ani motorická funkce v sakrálních segmentech S4-S5
- B = senzitivní nekompletní** Zachována senzitivní, ale nikoliv motorická funkce pod neurologickou úrovní včetně sakrálních segmentů S4-S5 (lehký dotyk, pichnutí špendlíkem v S4-S5 nebo hluboký anální tlak) a žádná motorická funkce není zachována více než tři úrovně pod motorickou úrovní na žádné straně těla
- C = motoricky nekompletní** Motorická funkce je zachována pod neurologickou úrovní léze* a více než polovina klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze má stupeň svalové síly menší než 3 (stupeň 0-2)
- D = motoricky nekompletní** Motorická funkce je zachována pod neurologickou úrovní léze** a polovina nebo více klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze má stupeň svalové síly 3 a více
- E = normální** Jestliže je citlivost a motorická funkce testována podle ISNCSCI označena jako normální ve všech segmentech a pacient měl původně deficit, poté je AIS E. Ten kdo nemá míšň poranění, nebude podle AIS hodnocen.

*Aby byl jedinec označen stupněm C nebo D, L1, motoricky nekompletní stav musí mít buď (1) volní kontrakci análního svěrače nebo (2) zachování citlivosti v sakrálních segmentech a udržení motorické funkce více než tři úrovně pod motorickou úrovní pro danou stranu těla. Mezinárodní standardy v současném období dovolují při určení motoricky nekompletního stavu (AIS B proti C) i hodnocení funkce ostatních svalů více než tři úrovně pod motorickou úrovní.

Poznámka: Při hodnocení rozsahu zachování motorické funkce pod úrovní i je pro rozlišení mezi AIS B a C používána motorická úroveň na každé straně, i když k rozlišení mezi AIS B a D stačí jenom na jedné straně. Mezinárodní standardy v současnosti neumožňují při určení motoricky nekompletního stavu (AIS B proti C) i hodnocení funkce ostatních svalů více než tři úrovně pod motorickou úrovní.

Mezinárodní standardy pro neurologickou
klasifikaci míšň poranění (ISNCSCI)

Kroky v klasifikaci

K určení klasifikace jedinců s poraněním míchy je doporučeno následující postup.

1. **Určete senzitivní úroveň pro pravou a levou stranu.**
Senzitivní úroveň je nejvyšší intaktní dermatom pro pichnutí špendlíkem i lehký dotyk.
2. **Určete motorickou úroveň pro pravou a levou stranu.**
Je definována nejvyšším stupněm svalové síly klíčového svalů hodnocených alespoň stupněm 3 (v poloze na zádech, píchání svalová síla klíčových svalů reprezentovaných segmentů nad touto úrovní je hodnocena jako intaktní (stupněm 5)).
Poznámka: v oblastech, kde není myotom pro testování, je předpokládána stejná motorická úroveň jako senzitivní, jestliže testovaná motorická funkce nad touto úrovní je také normální.
3. **Určete neurologickou úroveň léze (NLI).**
Vztahuje se k nejzávažnějšímu míšňmu segmentu s intaktní citlivostí a antigravitací (3 nebo více) svalovou silou, přičemž ročník je normální (intaktní) senzitivní a motorická funkce.
NLI je nejranější ze senzitivních a motorických úrovní určených v krocích 1 a 2.
4. **Určete, zda je poranění kompletní nebo nekompletní.**
(t.j. chybí nebo je zachována funkce v sakrálních segmentech)
Jestliže volní anální kontrakce = NE a citlivost ve všech S4-S5 = 0 a hluboký anální tlak = NE, pak je poranění kompletní. Jinak je poranění nekompletní.
5. **Určete stupeň rozsahu míšň léze (AIS):**
Je poranění kompletní? Jestliže ANO, AIS=A a zjistíte zónu částečného zachování funkce (nejvyšší dermatom nebo myotom na každé straně s jakoukoliv zachovanou funkcí).
Je poranění motoricky kompletní? Jestliže ANO, AIS=B (NE = volní anální kontrakce nebo motorická funkce více než tři úrovně pod motorickou úrovní na dané straně u senzitivně nekompletního pacienta).
Je nejméně polovina (polovina nebo více) klíčových svalů pod neurologickou úrovní léze na stupni 3 a více?
NE ↓ AIS=C
ANO ↓ AIS=D

Jestliže je senzitivní a motorická funkce ve všech segmentech normální, AIS=E.
Poznámka: AIS E je používáno v dlouhodobém sledování, kdy u jedince s dokumentovanou míšň lézí dříve k úpravě neurologického stavu. Jestliže není při úrovním testování nalezen žádný deficit, je jedinec neurologicky intaktní, AIS není aplikována.

Příloha 2

Otázky pro pacienty:

1. Jak došlo k Vašemu poranění páteře?
2. Jak probíhala hospitalizace?
3. Na jakých odděleních jste byl/a hospitalizována?
4. Jak jste se vyrovnával/a s vědomím, že je pravděpodobné, že nikdy nebudete chodit?
5. Řekli Vám někdy lékaři přímo, že nebudete chodit?
6. Jak se k Vám chovaly sestry, byly spíše odtažité a nechtěly s Vámi komunikovat, nebo naopak?
7. Jak probíhala hospitalizace v rehabilitačním centru?
8. Co vše spočívalo v péči personálu o Vás?
9. Jak jste vnímal/a personál?
10. Co vše jste se v centru naučil/a?
11. Jaké informace jste dostal/a před odchodem domů?
12. Byly pro Vás informace dostačující?
13. Jaká byla péče v domácím prostředí?
14. Probíhala domácí péče podle Vašich představ, nebo některé činnosti chyběly?

Příloha 4

Otázky pro rodinné příslušníky:

1. Jak jste se vyrovnával/a s vědomím, že Vaše dítě již možná nebude chodit?
2. Jaký byl přístup personálu k Vám i pacientovi z Vašeho pohledu?
3. Jak probíhalo prvních pár týdnů? Co vše Vám lékař a personál sdělil?
4. Měl/a jste možnost být přítomna u nějaké ošetrovatelské péče? U jaké?
5. Nabídly Vám někdy sestry, abyste šel/šla s nimi?
6. Když jste požádal/a o možnost být přítomen/přítomna u nějaké ošetrovatelské péče, vyhověli Vám, nebo ne?
7. Učili Vás některým ošetrovatelským činnostem?
8. Jaká byla spolupráce s personálem?
9. Jak probíhala péče v domácím prostředí?
10. Požádali jste někdy agenturu domácí péče o pomoc?
11. Myslíte si, že pacient dostal dostatek informací před odchodem do domácí péče?
12. Myslíte si, že byl pacient připraven na domácí péči?
13. Poskytl Vám personál odpovědi na Vaše otázky?
14. Podal Vám personál informace k péči automaticky nebo na Vaši otázku?
15. Měli jste možnost někde prokonzultovat, jak pečovat o pacienta doma?