



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Harazinová

Vedoucí práce: Mgr. Ivana Chloubová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou 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 kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 10.8. 2022

.....

Bc. Lucie Harazinová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala především vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Ivaně Chloubové, Ph.D., a to za vstřícný přístup a udělené cenné rady. Za ochotu a spolupráci děkuji také všem informantům zapojeným do výzkumného šetření.

Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách

Abstrakt

Cílem této diplomové práce je zmapování role sestry na spinální jednotce, popis spolupráce členů multidisciplinárního týmu na spinální jednotce a popis potřeb zde hospitalizovaných pacientů. Pro splnění těchto cílů bylo stanoveno celkem pět následujících výzkumných otázek: „Jaká je úloha sestry v péči o pacienty na spinální jednotce?“, „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty na spinální jednotce?“, „Jaké je složení multidisciplinárního týmu na spinální jednotce?“, „Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi těmito pracovníky?“ a „Jaké jsou potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce?“.

Teoretická část diplomové práce je koncipována tak, aby čtenáři poskytla komplexní náhled na problematiku míšního poranění. Na samém začátku definuje základní anatomické a fyziologické poměry nervového systému, páteře a míchy. Poranění těchto struktur je předmětem dalších kapitol, které již podrobněji rozebírají příčiny vzniku, příznaky, diagnostiku a možnosti léčby. Dále popisuje rozvoj spinálních jednotek v České republice i zahraničí. Vymezuje také multidisciplinární tým, jehož působení je nedílnou součástí péče o pacienta s míšním poraněním. Kapitola ošetrovatelské péče je věnována oblastem, které u pacientů s míšní lézí vyžadují specifický přístup sester.

Pro empirickou část diplomové práce bylo zvoleno kvalitativní výzkumné šetření. Sběr dat proběhl pomocí polostrukturovaného rozhovoru s třinácti sestrami z vybraných spinálních jednotek. Těm bylo po zjištění identifikačních údajů položeno celkem dvacet devět otázek zaměřených na chod spinální jednotky, charakter poskytované multidisciplinární péče a zkušenosti sester ohledně stavu a potřeb pacientů. Získané informace byly následně přepsány a zpracovány metodou otevřeného kódování s využitím techniky barvení textu.

Pro snazší orientaci ve výsledcích rozhovorů byly vytvořeny čtyři kategorie a sedmnáct podkategorií, které přehledným způsobem prezentují odpovědi na výše uvedené výzkumné otázky.

Bylo zjištěno, že svou roli na spinální jednotce vnímají informanti převážně v roli sestry-ošetrovatelky. Kooperace multidisciplinárního týmu je podmíněna různými

formami verbálního i neverbálního předání informací, kupříkladu v rámci vizit, předání hlášení, provozních schůzí nebo informačních tabulí. Tato spolupráce je většinou sester hodnocena jako efektivní a převážně bezproblémová. Z výsledků dále vyplývá, že potřeby pacientů jsou úzce spjaty s omezením mobility a dlouhodobou hospitalizací. Nejčastěji se tak jedná o potřeby fyziologické a potřebu kontaktu s okolím.

Diplomová práce poukazuje na důležitost multidisciplinárního a citlivého přístupu k pacientům s míšními lézemi, kteří ve svém návratu do každodenního života prožijí mnoho starostí a vypjatých chvil. Výsledky mohou posloužit jako vzdělávací materiál nejen pro studenty zdravotnických oborů, ale i pro samotný zdravotnický personál. Výstupem diplomové práce je manuál pro nově nastupující sestry na spinální jednotky, který si klade za cíl jejich snadnější začlenění a připravenost na nezanedbatelná specifika péče o pacienty s míšním poraněním.

Klíčová slova

Spinální jednotka; míšní poranění; míšní léze; multidisciplinární tým; multidisciplinární péče; role sestry

The role of the nurse in providing multidisciplinary care in spinal units

Abstract

The aim of this master's thesis is to map the role of the nurse in the spinal unit, describe the collaboration of multidisciplinary team members in the spinal unit and describe the needs of the hospitalized patients. To meet these objectives, a total of five following research questions were set: "What is the role of the nurse in the care of patients in the spinal unit?", "What are the specifics of nursing care of patients in the spinal unit?", "What is the composition of the multidisciplinary team in the spinal unit?", "How does the cooperation between these workers take place?" and "What are the needs of patients hospitalized in the spinal unit?".

The theoretical part of the thesis is designed to provide the reader with a comprehensive overview of the issue of spinal cord injury. At the very beginning, it defines the basic anatomical and physiological conditions of the nervous system, spine and spinal cord. Injury of these structures is the subject of other chapters, which discuss the causes, symptoms, diagnosis and treatment options in more detail. It also describes the development of spinal units in the Czech Republic and abroad. It defines a multidisciplinary team, whose work is an integral part of the care of a patient with a spinal cord injury. The nursing care chapter is devoted to areas that require a specific approach by nurses in patients with spinal cord injury.

A qualitative research study was chosen for the empirical part of the thesis. Data collection took place using a semi-structured interview with thirteen nurses from selected spinal units. After finding out their personal information, they were asked a total of twenty-nine questions focused on the functioning of the spinal unit, characteristics of provided multidisciplinary care and the nurses' experience of the patients' condition and needs. The obtained information was subsequently transcribed and processed with the open coding method and colouring text.

For easier orientation in the results of the interviews, four categories and seventeen subcategories were created, which clearly present the answers to the above research questions.

It was found that the informants perceive their role in the spinal unit mainly as a nurse-caregiver. The cooperation of the multidisciplinary team is conditioned by various forms of verbal and non-verbal information exchange, for example during ward rounds, by change-of-shift handoff, operational meetings or information boards. Most of the

nurses rate this cooperation as effective and mostly problem-free. The results also show that the needs of patients are closely related to mobility restrictions and long-term hospitalization. Most often, these are physiological needs and the need for contact with the society.

This master's thesis points out the importance of a multidisciplinary and sensitive approach to patients with a spinal cord injury, who experience many worries and tense moments in their return to everyday life. The results may serve as educational material not just for students of healthcare professions, but also for the medical staff themselves. An output of the thesis is a manual for new nurses on spinal units, which aims to make them easier to integrate and prepare for the significant specifics about the nursing care for patients with spinal cord injuries.

Keywords

Spinal unit; spinal cord injury; spinal cord lesions; multidisciplinary team; multidisciplinary care; the role of a nurse

Obsah

Úvod	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Anatomie a fyziologie	9
1.1.1 Centrální nervový systém.....	9
1.1.2 Páteř.....	10
1.1.3 Mícha.....	10
1.2 Spinální poranění.....	11
1.2.1 Klasifikace spinálních poranění	11
1.2.2 Klinický obraz spinálních poranění.....	12
1.2.3 Psychické dopady spinálního poranění	15
1.2.4 Diagnostika spinálních poranění	15
1.2.5 Léčba spinálních poranění	16
1.3 Vznik a vývoj spinálních jednotek	17
1.3.1 Vývoj spinálních jednotek ve světě.....	17
1.3.2 Vývoj spinálních jednotek v ČR	18
1.4 Multidisciplinární tým.....	19
1.4.1 Multidisciplinární tým a jeho složení.....	19
1.4.2 Role sestry v multidisciplinárním týmu	21
1.4.3 Multidisciplinární přístup u pacientů se spinálním poraněním	22
1.5 Ošetrovatelská péče na spinální jednotce	23
1.5.1 Monitoring fyziologických funkcí.....	23
1.5.2 Péče o dýchací cesty	25
1.5.3 Prevence tromboembolické nemoci	28
1.5.4 Péče o vyprazdňování moči a stolice	29
1.5.5 Hygienická péče	31
1.5.6 Prevence dekubitů	32

1.5.7 Ucelená rehabilitace	33
1.5.8 Péče o psychiku	34
2 Cíle práce a výzkumné otázky	36
2.1 Cíl práce	36
2.2 Výzkumné otázky	36
3 Metodika	37
3.1 Použité metody	37
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	38
4 Výsledky výzkumného šetření	39
4.1 Struktura výzkumného souboru.....	39
5 Diskuse	65
6 Závěr	71
7 Seznam literatury.....	73
8 Seznam příloh.....	86
9 Seznam zkratk	98

Úvod

Poranění míchy je jedním z nejtěžších stavů, a to zejména charakterem svých trvalých následků. Ty zasahují nejen do tělesné schránky člověka, který je ze dne na den odkázán na invalidní vozík, ale zejména do jeho psychiky, kterou hluboce otřásají. Mnohdy stačí okamžik a oblíbené činnosti jsou náhle neproveditelné, oblíbená místa nedosažitelná a mezilidský kontakt je omezen na nemocniční personál a pár nejbližších. Současně se mění veškeré životní jistoty, hodnoty a představy o budoucnosti, a to v oblasti partnerské, rodinné, pracovní i mnoha dalších. Návrat do každodenního života je poté dlouhodobým procesem, který vyžaduje mnoho sil. Těch je zapotřebí nejen k zvládnutí přidružených zdravotních komplikací a všudypřítomných fyzických překážek, ale zejména k přijetí trvalosti svého postižení a změně dosavadního způsobu života.

Důležitou a nelehkou roli v tomto procesu sehrává personál spinální jednotky, na kterou je pacient přeložen po odvrácení život ohrožujících stavů. Poskytovaná péče musí být nejen vysoce profesionální, ale současně také laskavá, chápající a citlivá. Vyžaduje respekt k medicínské problematice míšního poranění, pečlivé dodržování specifických postupů a zásad, ale také pochopení a naplňování pacientovy potřeby někam patřit, být uznávanou a rovnocennou lidskou bytostí. Rozmanitá škála jeho aktuálních i potenciálních problémů vyžaduje kooperaci odborníků z mnoha oborů, kteří společným působením usilují o dosažení co nejvyšší možné kvality života. A pokud žádný jiný, právě tento důvod by měl být hnacím motivem pro rozvoj a udržení efektivní spolupráce všech členů multidisciplinárního týmu.

Téma této diplomové práce jsem si zvolila na základě mého obdivu k personálu spinální jednotky. Ten v rámci své práce odkládá vlastní starosti a ukazuje pacientům, že ačkoli je jejich situace bezesporu náročná, nemusí nutně znamenat konec, ale naopak začátek další kapitoly jejich života. Cílem diplomové práce je zmapovat, jakým způsobem vnímají sestry svou roli na spinální jednotce, popsat spolupráci multidisciplinárního týmu a popsat potřeby hospitalizovaných pacientů.

1 Současný stav

1.1 Anatomie a fyziologie

Nervový systém je komplexní, vysoce specializovaná tkáň zajišťující komunikaci mezi vnějším a vnitřním prostředím (Kohout, 2019). Jeho základní funkcí je příjem informací, jejich zpracování a zajištění odpovědi organismu, čímž se zajišťuje celistvost jeho dějů. Základní stavební a funkční jednotkou nervové soustavy je nervová buňka, označovaná pojmem neuron. V rámci nervového systému se můžeme setkat s rozdílnostmi co se týče velikosti, počtu a tvaru těchto buněk (Čihák, 2016). I přes anatomické, chemické či funkční rozdíly mají však podobný stavební princip: jsou tvořeny tělem a výběžky. Tělo neuronů se skládá z buněčného jádra, Golgiho aparátu, endoplazmatického retikula, mitochondrie a dalších buněčných organel. Výběžky neuronů dělíme na dendrity a axony, přičemž rozdíl mezi nimi je ve směru vedení informací v podobě elektrických impulzů (Orel, 2015). Bohatě větvené dendrity vedou informace dostředivě, tedy do těla neuronu. Axony vedou informace opačně, tedy odstředivě (Dylevský, 2019) a probíhá jimi transport některých látek (Orel, 2015). Většina axonů je kryta tzv. myelinovou pochvou, která se výrazně podílí na přenosu vzruchů (Langmeier a kol., 2009).

Nervový systém lze dělit na centrální nervovou soustavu a periferní nervovou soustavu. Centrální nervová soustava se skládá z hřbetní míchy a mozku, periferní nervová soustava z nervů propojujících CNS s orgány a tkáněmi celého těla (Dokládál, Páč, 2000).

1.1.1 Centrální nervový systém

Centrální nervový systém je nejvýše postaveným řídicím systémem, který svými zásahy ovlivňuje a koordinuje činnost veškerých orgánů v závislosti na potřebách organismu (Langmeier et al., 2020). Skládá se z vývojově starší hřbetní míchy uložené v páteřním kanálu a mladšího, složitějšího mozku v lebeční dutině (Dokládál, Páč, 2000). Ochranný obal mozku a míchy je tvořen třemi mozkovými plenami. Tvrdá plena mozková představuje silný vazivový kryt doléhající na periost lebeční dutiny. Pod tvrdou plenu jsou uloženy dvě měkké pleny, obsahující množství cév (Fiala et al., 2015). Centrální nervový systém vyniká schopnostmi registrace velkého množství informací, rychlostí a přesností jejich zpracování a schopností jejich další analýzy s využitím dat

z paměťových stop. Výstupní informace či povel pro určitý orgán má za cíl udržet v organismu homeostázu za jakékoliv situace. I přes jednotné principy jsou výsledky činnosti CNS u každého jedince odlišné a zcela nezaměnitelné (Trojan, 2003).

1.1.2 Páteř

Páteř plní funkci nosnou, pohybovou a ochrannou vůči nervovým strukturám (Báča et al., 2017). Skládá se z 33-34 obratlů, které jsou jejími základními nosnými komponenty (Dylevský, 2009). Dělí se na jednotlivé anatomické úseky, přičemž rozlišujeme 7 krčních obratlů, 12 hrudních obratlů, 5 bederních obratlů, 5 křížových obratlů spojených v křížovou kost a 4-5 kostrčních obratlů tvořících kostrč (Merkunová, Orel, 2008). Na každém obratli rozeznáváme tělo, oblouk a výběžky (Křivánková, 2020), jejichž velikost se liší v závislosti na oblasti páteře s atypickou stavbou krčních obratlů C1 a C2 (Merkunová, Orel, 2008). Tělo a oblouk společně vytváří ohraničení obratlového otvoru. Spojením otvorů obratlů vzniká páteřní kanál, kterým probíhá mícha (Křivánková, 2020). Pohyblivé spojení obratlů je zajištěno obratlovými klouby a meziobratlovými ploténkami (Merkunová, Orel, 2008). Pružnost a pevnost páteře též podporuje její fyziologické dvojesovité zakřivení (Křivánková, 2019).

1.1.3 Mícha

Mícha je 40-50 cm dlouhý zploštělý provazec uložený v míšním vaku uvnitř páteřního kanálu (Hirt a kol., 2011). V týlním otvoru navazuje na prodlouženou míchu a končí mezi prvním a druhým bederním obratlem, kde se dělí na jednotlivé míšní nervy a vytváří zde svazek tvarově podobný koňskému ohonu (Bartůněk et al., 2016). Rozlišujeme 31 míšních segmentů v zastoupení 8 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 1 kostrčního segmentu (Seidl, 2015). Z jednotlivých segmentů pak otvorem mezi obratli odstupují kořeny jednoho páru míšních nervů, přičemž svazky pro horní a dolní končetiny jsou silnější. Mícha je vodivou strukturou a centrem míšních reflexů (Bartůněk et al., 2016). Je důležitým článkem senzorického a autonomního nervového systému. Spojuje periferní receptory s jejich vyššími centry a rovněž uplatňuje svou vlastní řídicí a integrační činnost. Tu využívá v rámci řízení srdeční aktivity a vazomotorických reakcí, dále také mikce, defekace, erekce, ejakulace, sekrece kožních žláz a žláz s vnitřní sekrecí (Langmeier, 2009).

1.2 Spinální poranění

1.2.1 Klasifikace spinálních poranění

Mezi nejčastější příčiny spinálních poranění patří dopravní nehody, sportovní a pracovní úrazy. Konkrétněji lze hovořit například o pádech z výšky, skocích do mělké vody či skocích z můstku, úrazy způsobené při jezdectví, lyžování, na horských kolech a dalších aktivitách (Kelnarová et al., 2013).

Obecně spinální poranění můžeme dělit na stavy poranění páteře bez poranění míchy, s poraněním míchy a na izolovaný úraz míchy bez poranění páteře (Kelnarová et al., 2013). Univerzální klasifikační schéma pro hodnocení zlomenin páteře neexistuje z důvodu anatomické rozdílnosti jejích jednotlivých úseků. Zjednodušeně se proto rozlišují poranění krční a thorakolumbální páteře (Douša et al., 2021). U horní krční páteře může dojít k poškození atlanto-okcipitálního či atlanto-axiálního skloubení, zlomeninám okcipitálních kondylů, zlomeninám C1, C2 a zlomenině dentu či oblouku C2 (Dědek, 2015).

Na dolní krční a thorakolumbální páteř je hojně využívána AO klasifikace, která zlomeniny dělí do tří základních skupin. Vychází z tzv. dvousloupcové teorie, která páteř na základě odlišné stavby rozděluje na přední a zadní sloupec. U zlomenin typu A dochází ke kompresi předního sloupce s neporušením sloupce zadního, zlomeniny typu B provází postižení obou sloupců s distrakcí jednoho z nich. Zlomeniny typu C jsou kombinací předešlého poranění spolu s rotací či translací, jsou charakteristické svou vysokou nestabilitou a častým výskytem neurologického postižení (Báča et al., 2017). Zlomeniny sakra jsou rozděleny na zlomeniny alární, transforaminální a centrální. Obvykle bývají spojeny se zlomeninami pánevního kruhu typu C se značným krvácením do retroperitonea (Dědek, 2015).

Klasifikace může též vycházet z mechanismu vzniku poranění, kde rozlišujeme poranění rotační, střižná, distrakční, vertikálně kompresivní a flexně extenční (Schneiderová, 2014). Významným faktorem pro následující léčbu je též stabilita či nestabilita zlomeniny, neboť právě nestabilita může patologickým posunem obratlů komprimovat míchu, poškodit míšní nervy či způsobit bolest (Seidl, Vaněčková, 2014).

Míšní poranění obvykle nastává v kombinaci s poraněním páteře (Trojan, 2005). Může být přítomno spolu s dalším tkáňovým či orgánovým postižením, případně v rámci polytraumatu. Izolovaná poranění míchy nebývají častá, vyšší výskyt je u dětí z důvodu větší diskoligamentózní pružnosti a slabšího svalstva podél páteře (Hirt a kol., 2011).

Zajímavou příčinu tohoto poranění uvádí také Dungal a kol. (2014), kdy může být mícha poškozena tlakovou vlnou ze střelného poranění v blízkosti páteře. Netraumatickou příčinou míšního poškození mohou být nádory, krvácení či degenerativní choroby (Šámal et al., 2017). Z anatomického hlediska můžeme dále hovořit o otevřených poraněních míchy, způsobených nejčastěji v rámci kriminální činnosti. Mezi uzavřená poranění míchy řadíme její komoci, kontuzi a kompresi. Z funkčního hlediska rozlišujeme léze kompletní a inkompletní. Inkompletní míšní léze bývají spíše kombinací postižení (Vohánka et al., 2010). Do této oblasti řadíme například Brownův-Séquardův syndrom, centrální míšní syndrom, syndrom přední míchy, či syndrom kaudy (Barash a kol., 2015).

Mícha může být taktéž poraněna primárním či sekundárním způsobem. Primárním způsobem je mícha traumatizována přímo v okamžiku úrazu, sekundárně v rámci autodestrukčních pochodů vzniklých po primárním poranění. Tyto pochody zahrnují především lokální poruchy prokrvení, které mohou nastat v souvislosti s hypotenzí, uvolněním neurotoxických látek či poruchou autoregulace. Zahrnuta je zde však i sekundární komprese míchy (Hirt a kol., 2011).

Základem v klasifikaci jsou Mezinárodní standardy neurologické klasifikace míšního poranění (zkráceně ISNCSCI), dříve nazývané jako ASIA protokol (Kříž et al., 2014). ASIA protokol nahradil dříve používanou Frankelovu škálu a stal se mezinárodním zlatým standardem v hodnocení míšních poranění (Roberts et al., 2017).

Standardy ISNCSCI poskytují na základě vyšetření motorických a senzitivních funkcí hodnocení neurologické léze a jejího rozsahu. Rozsah je vyjádřen na AIS škále v rozmezí AIS A-E, přičemž AIS-A představuje kompletní míšní lézi a AIS-E naopak normální neurologické funkce (Kříž et al., 2014). Další, jednodušší klasifikace popisuje stupeň závislosti jedince ve vztahu k výšce poranění páteře (Šrámková, 2013). Na tomto podkladě je rovněž popsána klasifikace v publikaci Svazu paraplegiků (2004), kde jsou na základě výšky segmentu poranění u stupňů 1-6 stručně vyjádřeny pohybové schopnosti se zaměřením na stabilitu sedu.

1.2.2 Klinický obraz spinálních poranění

Mezi příznaky poukazující na poranění páteře patří bolesti hlavy, šíje a samotné páteře, přičemž poklepem na postiženou oblast může bolest vystřelovat do dalších jejích úseků. Úrazy krční páteře často doprovází závratě a tinnitus. Dalšími projevy jsou hmatné mezery mezi trnovými výběžky, poruchy hybnosti a citlivosti, patologické reflexy a

výpadky motorických a senzitivních funkcí. Stabilní zlomeniny páteře mohou být asymptomatické (Slezáková a kol., 2010).

V případě poranění míchy významnou roli v klinickém obraze sehrává charakter poškození ve vertikální i horizontální rovině, tedy výška postiženého míšního segmentu a rozsah poškození jednotlivých struktur (Hirt a kol., 2011). Poškozen může být celý míšní sloupec či jen jeho část (Wendsche, Kříž, 2005). Při částečném i úplném přerušení je pacient ohrožen rozvojem míšního šoku, zejména při akutní úrazové etiologii. Jeho přítomnost bývá nepříznivým ukazatelem pro další prognózu (Háková, Kříž, 2015), ačkoli někdy charakterem svých projevů může nekompletní lézi mylně prezentovat jako stav úplné míšní léze (Hirt a kol., 2011).

Klinický obraz míšního šoku je provázen areflexií distálně od místa poranění spolu s chabou plegií, poruchou termoregulace, paralytickým ileem, atonií močového měchýře, poruchou činnosti ledvin a změnami v oblasti elektrolytů. Poranění nad Th5 segmentem může v důsledku oddělení sympatických drah od mozkové regulace vést k rozvoji neurogenního šoku s hypotenzí a bradykardií (Ferko et al., 2015). Jedná se o závažný stav, který pacienta ohrožuje sekundárním poškozením míchy až orgánovým selháním a smrtí, pokud není včas rozpoznán (Háková, Kříž, 2015). Doba trvání míšního šoku je individuální. Odeznívá v řádu dnů až týdnů (Doležel, 2004) s nástupem hyperreflexie a spastické obrny. Postupně dochází k úpravě vegetativních reflexů, prvotně bulbokavernózního a análního. Následuje obnova flexorových reflexů, konečná normalizace nervového systému však závisí na výšce míšní léze (Ferko et al., 2015).

V případě transverzální míšní léze je mícha kompletně přerušena (Kolektiv autorů, 2008). Jedná se o ireverzibilní stav. Pod místem poranění zaniká volní hybnost, cití a vegetativní funkce ovlivňující činnost svěračů močového měchýře a konečníku a pohlavní funkce (Ferko et al., 2015). V důsledku přerušení sympatiku dochází ke ztrátě cévního tonu s rozvojem systémové hypotenze. Rovněž je pod místem poranění zhoršená trofika tkání s rizikem výskytu kožních komplikací, zejména dekubitů (Hirt a kol., 2011).

Přerušení míšního segmentu v oblasti C3 a výše má za následek pentaplegii (Šrámková, 2013), tedy ochrnutí horních i dolních končetin spolu s bránicí (Centrum Paraple, 2018). To pro pacienta představuje neschopnost spontánního dýchání a doživotní závislost na umělé plicní ventilaci (Kříž et al., 2019). Pohyb může být zprostředkován elektrickým vozíkem ovládaným ústy, bradou, hlavou či dechem (Centrum Paraple, 2018).

Při poranění v segmentech C4-C8 vzniká tetraplegie, kterou lze dělit na vysokou

a nízkou. Vysoká tetraplegie v oblasti C4-C5 znemožňuje pohyb těla a dolních končetin, současně je přítomna i porucha citlivosti horních končetin a dechové obtíže. U nízké tetraplegie s postižením oblasti C6-C8 je možné zvednout ruce do úrovně ramen (Faltýnková, 2020). K pohybu lze využít elektrický či mechanický vozík (Centrum Paraple, 2018).

Vysoká paraplegie je způsobena poškozením míchy v oblasti Th1-Th6, kdy dochází ke ztrátě pohyblivosti dolních končetin a částečně i pohyblivosti těla. Od hrudi výš je citlivost zachována. U nízké paraplegie v úrovni poranění Th10-L je ztráta pohyblivosti dolních končetin úplná či částečná, částečně může být zachována i jejich citlivost (Faltýnková, 2020). V důsledku poranění křížových segmentů se vyskytují perianální a urogenitální výpadky (Hirt a kol., 2011).

Při nekompletní míšní lézi je postižena pouze část míšního průřezu. V závislosti na horizontální rovině poškození dochází k výskytu typických syndromů (Dungl a kol., 2014). Centrální míšní syndrom je charakteristický závažnějším motorickým deficitem na horních končetinách s různým stupněm poruchy cití pod úrovní léze (Barash a kol., 2015). Přítomny mohou být i poruchy funkce močového měchýře a zaživacího traktu (Douša et al., 2021). Jedná se o nejčastější typ nekompletní míšní léze (Náhlovský, 2006), jehož obvyklou příčinou je hyperextenze krční páteře (Kolektiv autorů, 2008).

Přední míšní syndrom vzniká v důsledku ischemie při přerušení přívodu krve z arteria spinalis anterior. Pod úrovní léze dochází ke ztrátě motoriky s různou úrovní zachování cití. Propriocepce zůstává neporušena (Barash a kol., 2015). Prognóza tohoto syndromu je obecně velmi nepříznivá (Douša et al., 2021).

Výskyt syndromu zadní míchy je poměrně ojedinělý (Náhlovský, 2006). Zadní míšní provazce bývají nejčastěji poškozeny v oblasti krční míchy. Následkem toho dochází k poruchám hlubokého cití a snížení až vymizení šlachových reflexů a snížení svalového napětí. Povrchová citlivost je zachována (Dungl a kol., 2014).

Brownův-Séquardův syndrom vzniká nejčastěji penetrujícím poraněním (Barash a kol., 2015). Jedná se o postižení poloviny míchy. Pod místem léze na zasažené straně vzniká motorická plegie s poruchou hluboké propriocepce (Dungl a kol., 2014) na opačné straně je porušeno termické a algické cití (Douša et al., 2021). Řadí se mezi syndromy s dobrou prognózou (Hirt a kol., 2011).

Výsledkem poranění kaudálního konce míchy je syndrom cauda equina (Barash a kol., 2015). Je charakterizován asymetrickým postižením hybnosti a cití, poruchou sfinkterů, poruchou perianální a perineální citlivosti (Bartůněk et al., 2016).

1.2.3 Psychické dopady spinálního poranění

Poranění míchy patří mezi závažné stavy ponechávající trvalé následky. Ty svými dopady ovlivňují nejen tělesný, ale především psychický stav pacienta, který je během krátké doby nucen kompletně změnit svůj dosavadní životní styl. V důsledku omezené hybnosti a schopnosti sebezpečí dochází ke změnám vztahů na přátelské i partnerské rovině, změnám v žebříčku hodnot, životních postojů, cílů, potřeb a zájmů. Zasažena je i oblast současného zaměstnání, které pacient není schopen nadále vykonávat (Mlýnková, 2017). Adaptace na život po míšním poranění probíhá ve stadiích dle Kübler-Rossové (Šrámková, 2013), mezi které patří šok, agrese, smlouvání, deprese a smíření. Ve fázi šoku je pacient obeznámen se svou diagnózou, které však odmítá uvěřit a popírá ji. Agrese je charakteristická projevy hněvu, kterými se pacient bouří proti nastalé situaci (Plevová et al., 2019). Často své okolí zahrnuje stížnostmi a výčitkami ohledně zdánlivých maličkostí, jako je například málo oslazený čaj. Pacient ošetřujícím osobám závidí dobrý zdravotní stav a jeho chování je hnáno pocity beznaděje, frustrace a nespravedlnosti (Kupka, 2014). Fáze smlouvání může být vyjádřena hledáním způsobů, jak zvítězit nad svou diagnózou – prostřednictvím samoléčby, alternativní medicíny či konexemi u známých lékařů (Adam et al., 2019). Časté je konvertování k víře (Kupka, 2014). Deprese je provázena vtažením do pocitů úzkosti a beznaděje, kdy je pacient apatický či naopak velmi neklidný (Slezáková a kol., 2010). Ačkoli je toto období smutku z hlediska adaptace velmi důležité, v určitých případech vyžaduje podání psychofarmak. Ve fázi smíření dochází k psychické vyrovnanosti, pacient přijímá svůj osud a je ochotný se spoluprací podílet na vlastní léčbě (Kabelka, 2020). Opakem tohoto stavu je zoufalství a rezignace (Kupka, 2014).

Průběh a pořadí těchto fází je individuální. Ovlivňují je povahové rysy pacienta, jeho dřívější zkušenosti a samotný charakter postižení. Zatímco se některé fáze mohou v různé intenzitě opakovat či prolínat, jiné nemusí vůbec nastat (Kupka, 2014). Spolu s pacientem těmito fázemi rovněž prochází i jeho rodina (Tomová, Křivková, 2016).

1.2.4 Diagnostika spinálních poranění

Diagnostika spinálních poranění zahrnuje odběr anamnézy a základní fyzikální vyšetření zaměřené na možná přidružená poranění dle mechanismu vzniku. Z neurologického hlediska se hodnotí stav vědomí pomocí Glasgow Coma Scale a v poloze na zádech také citlivost hlavy, krku, hrudníku, horních i dolních končetin. Mezi

důležité oblasti v rámci vyšetřování citlivosti patří bradavky, mečovitý výběžek hrudní kosti, pupek, třísla, perineum a perianální oblast. Součástí je také vyšetření motorických funkcí s hodnocením svalové síly v jednotlivých oblastech, včetně kontroly volní kontrakce análního svěrače (Kočiš et al., 2012). Ze zobrazovacích metod se využívá nativní rentgenový snímek s boční a předozadní projekcí, při podezření na poranění přechodu krční a hrudní páteře doplněný CT vyšetřením. Při jistém poranění míchy je CT indikováno vždy. Magnetická rezonance je využívána pro upřesnění stavu měkkých tkání a také při klinickém obrazu poranění míchy s neprůkaznými výsledky CT a RTG (Dungl a kol., 2014).

1.2.5 Léčba spinálních poranění

V rámci první pomoci je při jakémkoliv podezření na spinální poranění nutné postupovat tak, jako by jej pacient měl (Schneiderová, 2014). Vhodné prvotní ošetření spolu s šetrným transportem mohou výrazně přispět k dalšímu průběhu pacientova stavu. Je důležité vyhnout se zbytečné manipulaci s postiženým (Slezáková a kol., 2010), případně ji provádět v neutrální poloze páteře s udržení hlavy v mírné trakci. K fixaci krční páteře se využívají krční límce typu Philadelphia či stiffneck (Bartůnek et al., 2016), k transportu páteřní deska, scoop rám nebo vakuová matrace (Kelnarová et al., 2013). Dříve používaný methylprednisolon dnes již není indikován, neboť se neprokázala jeho účinnost v prevenci sekundárního míšního poškození, a naopak převažovaly komplikace spojené s jeho podáním (Hurlbert et al., 2013).

Konzervativní postup při terapii poraněné páteře se volí u pacientů s jednoduchými traumaty, která nejsou provázena dislokací a neurologickým postižením (Žák, 2006). Oblast krční páteře lze zajistit měkkými či tvrdými imobilizačními límci (Douša et al., 2021) a haló fixací, jejíž čelenka pevně fixuje hlavu a spojuje ji s vestou na hrudníku. Vesta může být umělohmotná či sádrová (Slezáková et al., 2012). Pro přechod thorakolumbální páteře je využíván Jewettův korzet, mnohdy i za účelem doléčení v pooperačním období. Mezi prostředky používané v léčbě trakcí patří haló čelenka, Crutchfieldova svorka a Kirschnerova skeletální trakce za kondyly femuru (Douša et al., 2021).

Operační řešení je bezpodmínečně voleno v případě existující neurologické léze a její progresi, jakožto i u akutně nestabilních, otevřených a hrubě dislokovaných poranění. Cílem je zajištění stability páteře, návrat či udržení neurologických funkcí a komfort

pacienta s možností včasného zahájení rehabilitace (Dungl a kol., 2014). Za tímto účelem se provádí operační repozice, dekomprese a stabilizace pomocí dlah s využitím předního či zadního přístupu (Žák, 2006). Repozicí rozumíme obnovení tvaru obratle či obnovení fyziologického postavení obratlů. Stabilizaci, která má v udržení repozice rozhodující roli, zajišťuje vpravení implantátu s následným pevným zhojením (Douša et al., 2021).

V případě míšního poranění léčba obnovující poškozené funkce není v současné době možná. Nemocniční péče je tedy zaměřena především na výše zmíněnou dekompresi a stabilizaci páteře a prevenci sekundárního míšního poškození (Hejčl et al., 2015). Tyto výkony jsou prováděny na specializovaných spondylochirurgických pracovištích (Bartůněk et al., 2016). Včasná dekomprese má pro osud pacienta zásadní význam, proto by operace měla proběhnout v co nejkratším intervalu po zajištění vitálních funkcí (Dungl a kol., 2014).

Po operačním výkonu je kompenzovaný pacient následně přijat na spinální jednotku. Zde je lékařská péče zaměřena na farmakoterapii, prevenci a léčbu časných komplikací a zajištění alternativních způsobů vyprazdňování moči a stolice. Multidisciplinární přístup doplňuje kvalitní ošetrovatelská, rehabilitační a psychologická péče. V období dvou až tří měsíců je pacient dále přeložen na spinální rehabilitační jednotku, odkud je po několikaměsíční intenzivní rehabilitaci propuštěn do domácího prostředí (Kříž, 2013).

1.3 Vznik a vývoj spinálních jednotek

1.3.1 Vývoj spinálních jednotek ve světě

Vznik spinálních jednotek se datuje ke konci 19. století. Zakladatelem první spinální jednotky v tehdy německém městě Königshütte byl Wilhelm Wagner. Motivem k jejímu založení byla léčba horníků poraněných v důsledku zasypaní. V rámci prevence otlaků a urologických infekcí bylo náplní péče pravidelné polohování pacientů a derivace moči. Tato jednotka zanikla po Wagnerově smrti v roce 1900. Následovníkem jeho principů byl Emil Theodor Kocher léčící pacienty ve švýcarském Bernu. Učebnice vydané Wagnerem a Kocherem se staly základem léčby spinálních poranění během první světové války (Weiner, Silver, 2014). Při té vyšlo najevo mnoho nedostatků plynoucích zejména z neexistujícího třídění pacientů a jejich hromadného přijímání do vojenských nemocnic. V důsledku toho se všechny válčící strany začaly specializovat na léčbu

břišních ran, ortopedické a plastické operace a léčbu poranění páteře (Silver, 2005). V Anglii, Francii a Německu byla spinální poranění léčena na zřízených spinálních jednotkách. I přes péči specialistů a systematický přístup k léčbě byla míra mortality velmi vysoká. Po válce byly tyto spinální jednotky uzavřeny (Weiner, Silver, 2014).

Znovuotevření spinálních jednotek v Anglii přišlo spolu s druhou světovou válkou. Vzhledem k nedostatku proškoleného ošetrovatelského personálu, chybějícímu vybavení a absenci zájmu lékařů byla úroveň péče velmi špatná (Weiner, Silver, 2014). Tuto situaci změnil až Guttman, lékař nemocnice Stoke-Mandevill, který převzal zodpovědnost za všechny aspekty péče o pacienty (Silver, Weiner, 2012). Jeho inspirací byl Donald Munro (Guttman, 1976), který je často přezdíván jako „otec paraplegie“. Vynikal svým zájmem o pacienty s míšními lézích, pro které chtěl zajistit komplexní péči v biologické, psychologické a sociální oblasti včetně rehabilitace a začlenění do společnosti. V roce 1936 založil v Bostonu první americkou spinální jednotku (Silver, 2005).

Stejně jako Munro, i Guttman byl svou spinální jednotkou vzorem pro budoucí centra. Velká Británie, Asie, země Evropy a britského společenství modelovala svá centra po vzoru Stoke-Mandevill (Silver, 2005).

Jednou ze zemí, kterou Guttman v rámci svých cest navštívil, byla Austrálie. Zde proběhlo setkání se Sirem Georgem Bedbrookem, který byl podobného smýšlení. Přijal výzvu vytvořit první spinální jednotku v Austrálii, kam po otevření v roce 1954 přilákal mnoho talentovaných pracovníků (Bedbrook, 1985). Bedbrook také podnikal mnoho zahraničních cest, při kterých podporoval úsilí lékařů zakládajících jednotky na Novém Zélandu, v Austrálii, Asii a Africe. Snaha tohoto dynamického vizionáře ovlivnila všechny, kteří se v těchto částech světa s pacienty s míšními lézích setkávali (Donovan, 1994).

1.3.2 Vývoj spinálních jednotek v ČR

Cílem spinálního programu v České republice je zajištění komplexní péče o pacienty s míšními lézích. Jeho součástí je 14 traumacenter pro akutní péči, 4 spinální jednotky pro postakutní péči a rehabilitační centra pro zdravotně stabilizované pacienty (Faltýnková, 2013). Historie spinálního programu u nás nesahá daleko. První myšlenky o založení tzv. spinálních center prosazoval prof. Beneš už mezi 50.-60. lety minulého století, nesetkal se však s úspěchem. Pokroky v centralizaci péče o pacienty s míšními lézích přišly až o několik desetiletí později po pádu komunistického režimu. Začalo se

diskutovat o organizačním uspořádání center tak, jak to již dříve prof. Beneš předkládal. První spinální jednotka byla vybudována v roce 1992 v Brně zásluhou prof. Wendscheho (Kříž, 2013). O rok později vznikl Spinální program ČR podporující rozvoj dalších specializovaných pracovišť. Tento program byl schválen usnesením vlády České republiky č. 493/93 a stal se součástí Národního plánu opatření pro snížení důsledků zdravotního postižení (Wendsche a kol., 2009). Významný vliv na realizaci Spinálního programu mělo založení České spondylochirurgické společnosti v roce 1999. Její členové apelovali na Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny s požadavkem navýšení počtu spinálních lůžek. Na základě toho byla stanovenou komisí vybrána zařízení pro vytvoření nových spinálních a spinálních rehabilitačních jednotek. V roce 2002 byla uvedena v provoz spinální jednotka v Ostravě, o rok později spinální jednotka v Liberci. Jako poslední specializované pracoviště byla v roce 2004 otevřena spinální jednotka ve Fakultní nemocnici Motol. Vznikla tím síť pracovišť s definovanými spádovými regiony pro zajištění komplexní péče pacientům s míšním postižením. Tato pracoviště vzájemně spolupracují s cílem dosáhnout u osob po poškození míchy co nejlepší možné kvality života (Kříž, 2013).

1.4 Multidisciplinární tým

1.4.1 Multidisciplinární tým a jeho složení

„Optimálně fungující tým můžeme definovat jako malou skupinu lidí s doplňujícími se schopnostmi a dovednostmi, kteří společným postupem a pomocí jasně definovaných úkolů směřují k cíli, za jehož plnění jsou společně odpovědní“ (Stýblo et al., 2005).

V rámci zdravotnického zařízení se můžeme setkat s pojmy zdravotnický a ošetrovatelský tým. Zdravotnický tým čítá lékaře, sestry, fyzioterapeuty, nutriční terapeuty, ošetrovatele, sanitáře a další pracovníky, jejichž společným úsilím je návrat pacientova zdraví, zmírnění jeho obtíží či utrpení. Ošetrovatelský tým je součástí týmu zdravotnického a zaměřuje se na poskytování komplexní ošetrovatelské péče. Tu zajišťují sestry různého stupně odborného vzdělání, ošetrovatelky a sanitárky (Kelnarová a kol., 2015).

Multidisciplinární tým lze definovat jako skupinu zdravotnických pracovníků různých profesí a oborů (Taberna et al., 2020). Společně pečují o pacientův zdravotní stav se zaměřením na obtíže spadající do jejich specializace (Boháček, 2020). Poskytování

péče je dosaženo na základě vzájemného sdílení zkušeností a dovedností, otevřené komunikace, společného rozhodování a koordinovaného jednání (Nancarrow et al., 2013). Konkrétní složení týmu se odvíjí od řešené situace a potřeb pacienta (Bártlová, 2013).

Koncept multidisciplinární péče se v České republice začal prosazovat až ke konci minulého století. V současnosti je běžně realizován napříč mnoha pracovišti, s modifikacemi závislými na konkrétním druhu zdravotnické organizace (Bártlová, 2013). Jeho uplatnění je výhodné nejen pro pacienty, ale pro i zaměstnance a samotnou organizaci (Nancarrow et al., 2013).

Pro pacienty je tím umožněna návaznost péče s identifikací a naplněním individuálních potřeb (Rosen et al., 2005), z čehož vyplývá vyšší kvalita péče a spokojenost příjemce (Nancarrow et al., 2013). Zaměstnanec si svou roli v týmu upevňuje vlastní profesionální identitu (Gendron et al., 2016). Pocit sounáležitosti a prospěšnosti v týmu se pak pozitivně odráží na pracovní motivaci (Venglářová a kol., 2011).

Zdravotnická zařízení s funkčními multidisciplinárními týmy vykazují sníženou délku hospitalizace a úmrtnosti pacientů (Schmitt, 2001), jakožto i sníženou fluktuaci a absenci zaměstnanců. To umožňuje úsporu finančních i lidských zdrojů (Nancarrow et al., 2013).

Mezi předpoklady pro efektivní spolupráci a dobrou atmosféru v multidisciplinárním týmu patří vybrané osobnostní rysy zúčastněných pracovníků. Člen týmu by měl být empatický, pokorný, mít respekt k sobě i okolí, být otevřený a schopný práce v týmu, nepodceňovat další odbornosti a mít zájem o jejich pochopení. Mimo to by měli členové dosahovat i profesionálních kvalit ve smyslu získané odbornosti a kompetencí k výkonu činnosti, dodržování etických kodexů a profesionálního přístupu (Hrdá, 2018).

Jednání týmu by mělo být koordinované a zcela podřízené vytyčenému cíli, jehož dosažení je úspěchem pro všechny členy (Hayes, 2005). Každý jednotlivec zde má svou specifickou roli. Členové musí být schopni poskytovat relevantní informace v procesu plánování péče a intervencí, jakožto i adekvátně delegovat jednotlivé úkoly a zodpovědnost za ně (Kuzníková a kol., 2011). Vzájemná spolupráce by měla přinášet členům uspokojení a vytvářet skupinovou identitu, kdy tým funguje jako jednotný celek. Na vytvoření této soudržnosti se zásadně podílí efektivní komunikace (Kolajová, 2006). Pro rozvoj týmu a navození pocitu bezpečí je důležité, aby měl každý člen možnost říct svůj názor a byl k jeho vyjádření podněcován, bez odmítnutí či bezdůvodného

usměrňování (Hrdá, 2018). Použitá kritika by měla být výhradně konstruktivní a vhodně načasovaná (Osvaldová, 2007).

Problematickým jevem v multidisciplinárním týmu mohou být střety jednotlivých oborů. Příčinou bývá subjektivní vnímání určitých oborů jako nadřazenějších, a naopak degradace profesí či oborů jiného zaměření. Tyto konflikty negativně ovlivňují až znemožňují vzájemnou spolupráci. Zmatek může též způsobit nejistota v postavení a kompetencích některých členů, zejména nelékařských zdravotnických pracovníků, s ohledem na nově vznikající specializace (Bártlová, 2013). Zdrojem dalších neshod pak mohou být například povahové rozdíly, odlišná očekávání, informační zkreslení či různorodé hodnocení a přístup k určité situaci (Bedrnová a kol., 2007). Je však důležité podotknout, že konflikty jsou přirozenou součástí každého pracoviště a jejich výskyt nelze zcela potlačit (Bártlová, 2013). Svým působením nemusí být vždy škodlivé, při efektivním řešení nabízí opětovný náhled a posouzení problému s utužením interpersonálních vztahů (DeVito, 2008).

1.4.2 Role sestry v multidisciplinárním týmu

Povolání sestry prošlo za dobu své existence množstvím změn. Ty přímo souvisejí s rozvojem samotného ošetřovatelství vlivem technického zdokonalení a nových myšlenek (Plevová a kol., 2018). V čase se taktéž formovaly i profesní role sestry, které dnes s ohledem na rozmanitost povolání nelze jednoznačně definovat. Mezi základní patří role ošetřovatelky, komunikátorky, poradkyně, advokátky, výzkumnice, manažerky, edukátorky, nositelky změn a týmové hráčky, přičemž se v literatuře můžeme setkat s různými modifikacemi této struktury (Špirudová, 2015). Poznání vlastní role umožňuje sestře zdárný výkon povolání, ve kterém se rigorózně neváže na stanovená pravidla, zároveň je však neuváženě neporušuje (Bártlová, 2005). Identifikace s profesní rolí probíhá v rámci profesionální adaptace. Ta je považována za úspěšnou, jsou-li přítomny tři důležité znaky: sociocentrismus, univerzalizmus a emocionální neutralita (Mellanová, 2017).

Transformace zdravotní péče ovlivnila i roli sester v multidisciplinárním týmu. Vstříc jejich samostatné činnosti vychází nejen zákonné úpravy, ale také vysokoškolské vzdělávání přinášející nové kompetence. Odborně vzdělaná sestra zaujímá v multidisciplinárním týmu nenahraditelné místo a pracuje v součinnosti s jeho ostatními členy. Zejména spolupráce sestry s lékařem se významně podílí na atmosféře pracoviště,

proto je tento vztah předmětem zvýšeného zájmu z hlediska výzkumu (Bártlová, 2013). Důvodem je fakt, že ačkoli mezi většinou lékařů a sester probíhá fungující spolupráce, narušovat ji může celá řada problémů. Část z nich může vyplývat z povahových rozdílů jednotlivců. Mezi další patří nedostatek respektu k ošetrovatelské profesi ze strany lékařů a vnímání sester jako pomocných, zcela podřízených pracovníků. Sestry mohou konfliktně reagovat v důsledku stresu souvisejícího s pracovním vytížením a neutěšenou personální situací. Stres časem přerůstá v syndrom vyhoření s množstvím nepříjemných následků, které se odráží ve snížené pracovní výkonnosti, potažmo i kvalitě poskytované péče. Jedná se o aktuální problematiku, kterou je třeba se zabývat (Bártlová, Chloubová, 2009). Týmový přístup je základem kvalitní péče o pacienta a nedodržení tohoto konceptu vede k izolované práci jednotlivců v rámci vlastního oboru (Bártlová, 2013).

1.4.3 Multidisciplinární přístup u pacientů se spinálním poraněním

Spolupráce lékařů, nelékařských profesí a sociálních pracovníků se uplatňuje v průběhu celého procesu léčby pacienta s míšním poraněním (Horáková, Sixtová, 2017). Působení multidisciplinárního týmu začíná již v akutní fázi, pokračuje k rehabilitaci až následnému zapojení jedince zpět do společnosti. Vychází ze skutečnosti, že žádná jednotlivá lékařská disciplína nemůže kompletně pokrýt péči o lidské zdraví. Týmová péče jako taková je považována za klíčový prvek v poskytování vysoce kvalitní péče o pacienty (Marshall, Hasnan, 2015). Pozitiva plynoucí z využití multidisciplinárního přístupu u pacientů s poraněním míchy zahrnují zkrácení doby hospitalizace a lepší funkční výsledky pacienta (Alizo et al., 2017).

Spinální jednotka je jedním z oddělení, pro které je poskytování multidisciplinární péče charakteristické. Péči o pacienta zde vede a koordinuje rehabilitační lékař spolu s neurologem. Předoperační přípravy probíhají ve spolupráci s anesteziologem, samotné operace zajišťují spondylochirurgové, v případě výskytu pozdních komplikací ortopedi či plastičtí chirurgové. Důležitá je také péče urologa, který po odeznění míšního šoku stanoví urologický režim na základě zjištěné poruchy močových cest. Na pacientově rehabilitaci a rozvoji soběstačnosti pracuje tým fyzioterapeutů a ergoterapeut. Součástí týmu je také psycholog, internista a v neposlední řadě sestry, které by měly mít znalosti ze všech uvedených oborů (Jirků, 2006). Na každém spinálním pracovišti s pacientem a jeho rodinou spolupracují také zdravotně sociální a sociální pracovníci. V domácím prostředí pak zastávají důležitou roli neziskové organizace, poskytující zejména sociální

služby (Horáková, Sixtová, 2017). Pro zajištění kvalitní péče o pacienta je zásadní efektivní spolupráce všech zúčastněných odborníků (Jirků, 2006).

Důsledky míšní léze však nejsou devastující pouze pro pacienta, vliv mají také na jeho nejbližší a celou společnost, která jej obklopuje. Tíže psychosociálních dopadů míšního poranění se projevuje v průběhu celé zdravotnické péče (Gajraj-Singh, 2011). Působí tedy i na ošetrující personál, který u pacienta zajišťuje dopomoc v oblasti oblékání, mobilizace, stravování, vyprazdňování a dalšími činnostech (Conti et al., 2016). Pro udržení kvalitní péče je nezbytná pracovní spokojenost a udržení pohodové atmosféry v multidisciplinárním týmu. Tomu může management dosáhnout zavedením vhodných copingových strategií pro zvládání stresu, které pomohou identifikovat případné problémy a včas nalézt jejich řešení (Cominetti et al., 2013).

1.5 Ošetrovatelská péče na spinální jednotce

1.5.1 Monitoring fyziologických funkcí

Monitoring fyziologických funkcí je denní činností každého zdravotnického pracovníka (Plevová, Kachlová, 2022). Zahrnuje měření a zaznamenávání fyziologických funkcí pacienta ve stanovených intervalech a odběry biologického materiálu. Zjištěné významné výkyvy hodnot sestra hlásí lékaři, přičemž hledá a usuzuje důvody jejich vzniku (Ševčík et al., 2014). Mezi základní sledované hodnoty patří krevní tlak, srdeční frekvence a rytmus, dechová frekvence, tělesná teplota, saturace hemoglobinu kyslíkem a diuréza (Bartůněk et al., 2016).

Dechovou frekvenci je možné sledovat několika způsoby. Mimo samotné pohyby hrudníku lze pozorovat změny elektrického odporu při dechových exkurzích pomocí elektrod pro snímání EKG. Tato metoda je však považována za poměrně nepřesnou a u ventilovaných pacientů je preferováno měření samotným dýchacím přístrojem. Fyziologicky se frekvence pohybuje mezi 12-16 dechy za minutu. Dýchací přístroj současně umožňuje monitoraci dalších parametrů jako je dechový objem, minutová ventilace, frakce kyslíku a tlaky v dýchacích cestách (Bartůněk et al., 2016).

Základní metodou v monitoraci kardiovaskulárního systému je snímání křivky EKG. Ta nám umožňuje kontrolu srdeční frekvence a rytmu, detekci abnormalit a sledování účinků podaných léčiv. Standardně je využíváno tří nebo pětisvodového EKG, důležité je správné umístění příslušných svodů na těle pacienta (Kapounová, 2020).

Tepová frekvence může být dále zjištěna prostřednictvím palpáce tepny, poslechem pomocí fonendoskopu, pulzní oxymetrií a digitálním tonometrem. Normální hodnota u dospělého člověka činí 60-90 tepů za minutu. Neinvazivní měření krevního tlaku lze provést auskultační či oscilační metodou. Auskultační metoda spočívá v nasazení manžety rtuťového tonometru, načež pomocí fonendoskopu posloucháme tzv. Korotkovovy fenomény (Jelínková, 2020). Oscilační metoda představuje měření krevního tlaku pomocí digitálního tonometru. Za fyziologickou je považována hodnota 120/80 mm Hg (Vytejková et al., 2013).

Invazivní monitorování krevního tlaku zahrnuje měření arteriálního tlaku, centrálního žilního tlaku a monitoraci tlaku v a. pulmonalis. Arteriální tlak je základní součástí hemodynamické monitorace u pacientů s velkými krevními ztrátami, hemodynamickou nestabilitou, po rozsáhlých operacích a aplikovanými vazoaktivními látkami. Předpokladem měření je zavedení arteriálního katétru (Kapounová, 2020). Hodnota centrálního žilního tlaku nám poskytuje informace o výkonnosti pravého srdce a náplni krevního řečiště (Vytejková et al., 2013). K jeho zjištění je nutné zavedení katétru periferním či centrálním žilním systémem do oblasti horní duté žíly. V současné době je preferováno jeho kontinuální měření nad intermitentním. Normální hodnota je v rozmezí 0-8 mm Hg nebo 3-11 cm H₂O v případě využití vodního sloupce. Tlak v a. pulmonalis je zajištěn zavedením Swan-Ganzova katétru cestou centrálního žilního systému. Umožňuje měření tlaku v a. pulmonalis a tzv. tlaku v zaklínění, odběr smíšené žilní krve, monitoraci tělesné teploty a srdečního výdeje. Střední hodnota tlaku v a. pulmonalis se pohybuje mezi 10-18 mm Hg, u tlaku v zaklínění je běžnou hodnotou 2-12 mm Hg (Ševčík et al., 2014).

O saturaci hemoglobinu kyslíkem vypovídá pulzní oxymetrie. Jedná se o základní neinvazivní metodu v rámci monitorace respiračního systému, která je využívána napříč standardními i intenzivními odděleními. Informuje nás o případné hypoxémii a tepové frekvenci pacienta. Saturační čidlo má podobu klipového nebo silikonového senzoru, který je umístěn na prst či ušní lalůček. Toto čidlo vyzařuje světelné paprsky různé vlnové délky. Principem metody je rozdílná absorpce světla okysličeným a neokysličeným hemoglobinem. Ideální hodnota SpO₂ je 95-100 % (Vytejková et al., 2013).

Monitorace tělesné teploty nám poskytuje údaje o stavu tkáňové perfuze (Ševčík et al., 2014). Její hodnotu lze získat invazivním měřením pomocí čidla, které je součástí permanentního močového katétru nebo Swan-Ganzova katétru. Rozšířenější je neinvazivní měření pomocí digitálního teploměru nebo čidlem na povrchu těla

(Kapounová, 2020). Volba metody a frekvence měření se odvíjí od stavu pacienta. Hodnota normotermie se pohybuje v rozmezí 36-37 °C (Ševčík et al., 2014).

Pojem diuréza představuje průměrný výdej moči za 24 hodin, který u dospělého člověka činí zhruba 1 400 ml. Množství moči je proměnlivé a závisí na řadě faktorů, jako je množství přijatých tekutin, okolní teplota, tělesná aktivita či průjmy a zvracení (Špinar a kol., 2013). Sledování diurézy má význam pro posouzení bilance tekutin a hydratace pacienta, odráží funkci ledvin a další problémy v tvorbě moči. V intenzivní péči je snaha o vyšší obrát tekutin, zejména v případě podávání nefrotoxických léků (Rozsypal et al., 2013). Předpokladem pro hodnocení diurézy je zavedený močový katétr napojený na sběrný sáček. Diuréza je následně měřena každou hodinu a za normální je považována hodnota 1,5 ml/kg/hod (Ševčík et al., 2014).

1.5.2 Péče o dýchací cesty

Pacienti s poraněním v míšním segmentu C3 a výše jsou v důsledku ochrnutí bránice doživotně odkázáni na umělou plicní ventilaci (Kříž et al., 2019). Ta prostřednictvím plicního ventilátoru podporuje či zcela nahrazuje proces výměny plynů mezi plicními sklípky a vnějším prostředím. Využívána je v případech patologické funkce plic, hrudní stěny či dýchacího svalstva s cílem dosáhnout adekvátní oxygenace a dechových parametrů (Šálková a kol., 2021). Pro její poskytnutí je nezbytné zajištění dýchacích cest prostřednictvím endotracheální intubace či tracheostomie (Tomová, Křivková, 2016). K tomu sestra připravuje potřebné pomůcky a asistuje lékaři během výkonu. Po zavedení intubace nafukuje těsnící manžetu a invazivní vstup řádně fixuje. Asistuje také u napojení ventilátoru, jehož okruh skládá a v průběhu ventilační terapie pravidelně vyměňuje (Streitová, Zoubková a kol., 2015). Interval výměny se odvíjí od doporučení výrobce, u nejpoužívanějších jednorázových okruhů se pohybuje mezi 5-7 dny. Sestavení okruhu provádí sterilním způsobem, zatímco druhá sestra zajišťuje oxygenaci pacienta samorozpínacím dýchacím vakem připojeným na kyslík. Jednocestné okruhy určené pro dlouhodobou ventilační terapii lze ponechat až 30 dní, součástí však musí být antimikrobiální filtr měněný každých 12-24 hodin (Kapounová, 2020). Dále sestra monitoruje životní funkce a ventilační parametry, podává medikaci dle ordinace lékaře a provádí opatření předcházející ventilátorové pneumonii (Streitová, Zoubková a kol., 2015). Mezi ta patří důsledná hygiena rukou a zajištění polohy pacienta v mírném polosedu (Barash a kol., 2015).

Jak již bylo zmíněno, předpokladem pro poskytnutí ventilační terapie je zajištění dýchacích cest pomocí intubace či tracheostomie (Tomová, Křivková, 2016). Endotracheální intubace spočívá v zavedení tracheální rourky s těsnící manžetou do průdušnice, a to přístupem z ústní či nosní dutiny (Kurucová, 2008). Jedná se o neúčinnější způsob zajištění dýchacích cest (Míxa et al., 2021). V praxi je nejčastěji využíván typ orotracheální, jehož indikace i provedení spadá do kompetencí lékařů. Při stavu komplikovaném vývojovými vadami či poraněním v oblasti obličeje a krku je možná intubace s využitím fibroskopické kontroly. Tracheální intubace umožňuje odsávání hlenů z dolních cest dýchacích a přesnou kontrolu dechového objemu (Šálková a kol., 2021). Doba zavedení endotracheální kanyly nepřesahuje 14 dní (Kočová a kol., 2017).

V rámci ošetrovatelské péče je povinností sestry každých 6-12 hodin pomocí manometru kontrolovat tlak v obturační manžetě a řádně jej dokumentovat. Ideální hodnota tlaku se pohybuje v rozmezí 20-25 mm Hg, vyšší hodnoty představují riziko nekrózy průdušnice (Streitová, Zoubková a kol., 2015). V případě potřeby sestra tlak koriguje. Pokud tak nelze učinit a snížení vysoké hodnoty je spojeno s únikem vzduchu, informuje lékaře a provede záznam do dokumentace. Dále dbá na průchodnost a správnou polohu endotracheální rourky. Zvýšená ostražitost je potřeba během polohování a rehabilitace, kdy může snadno dojít k jejímu posunu až extubaci. Dle zvyklosti oddělení v pravidelných intervalech polohuje rourku mezi ústními koutky, aby zabránila podrážení sliznice až vzniku dekubitu (Kapounová, 2020). Proti zalomení či skousnutí endotracheální rourky lze využít protiskusové bloky či ústní vzduchovod zavedený v její blízkosti. Zhodnocení správného zavedení lze provést pohledem na symetričnost dechových pohybů a poslechem šelestů, následné dlouhodobé udržení polohy je podmíněno řádnou fixací. K té se využívají pruhy náplasti či pevné textilie, případně jiné speciální pomůcky (Málek a kol., 2011). Úkolem sestry je výměna této fixace minimálně 2x denně a kdykoliv v případě potřeby (Kapounová, 2020).

Pro zajištění dýchacích cest u dlouhodobé plicní ventilace je indikována tracheostomie (Kočová a kol., 2017). Stejně jako endotracheální intubace, i tato metoda je považována za spolehlivou a bezpečnou. Spočívá v umělém vyústění průdušnice na povrch těla, kdy výměnu plynů umožňuje tracheostomická kanyla (Tomová, Křivková, 2016). Její zavedení lze provést dvěma způsoby, upřednostňovanou formou je punkční dilatační tracheostomie s využitím speciální jehly a dilatátorů. V případě deformit či obezity se přistupuje k operačnímu vstří, které je z hlediska možných komplikací

rizikovější (Kočová a kol., 2017). Na základě materiálu rozlišujeme kanyly kovové a plastové. Využití kovových kanyl je dnes spíše ojedinělé, uplatnění mohou mít u spontánně ventilujících pacientů po totální laryngektomii. Nejsou vybaveny obturační manžetou, tudíž je nelze využít pro účely poskytnutí umělé plicní ventilace (Tomová, Křivková, 2016). Jejich užití je též spojeno s vyšším rizikem dekubitů průdušnice. Jsou proto nahrazovány šetrnějšími plastovými kanyly. Ty jsou dostupné v provedení s obturační manžetou i bez (Nováková, 2011).

Péče o tracheostomickou kanylu zahrnuje zajištění její průchodnosti, minimalizaci rizika dekanylace, péči o okolí tracheostomie a ochranu pacienta před respiračními infekcemi (Vytejková et al., 2013). V prvních dnech po zavedení tracheostomické kanyly sestra důsledně kontroluje známky krvácení a obtékání sputa do jejího okolí. Právě přítomnost hlenu může signalizovat netěsnost kanyly, způsobenou její nesprávnou velikostí či velkou ránou. Následkem toho je pokožka ohrožena macerací (Bartůnek et al., 2016).

Převaz je prováděn 2x denně za aseptických podmínek. Před jeho zahájením sestra nejprve odsaje pacienta, následně odstraní původní krytí (Kapounová, 2020). Po dezinfekci a očištění okolí je pod tracheostomickou kanylu dle zvyklosti oddělení obvykle vložen nastřížený mulový čtverec (Veverková a kol., 2019). V případě výskytu kožních komplikací lze využít speciálních krycí materiály, například antiseptické obvazy, hydrogelové obvazy či materiály s obsahem aktivního uhlí (Kapounová, 2020).

Velký důraz je kladen na správnou fixaci, jejíž výměna je součástí každého převazu. Použit lze mulové obinadlo, tkanici nebo speciální fixační pásek (Bartůnek et al., 2016). Přílišné utažení ohrožuje pacienta porušením kožní integrity, nedostatečné nežádoucí dislokací kanyly. U pacientů s citlivou pokožkou je fixace po celé délce vypodložena mulovými čtverci (Kapounová, 2020).

I zde je potřebná kontrola tlaku v obturační manžetě pomocí manometru, a to 2x denně s případnou úpravou nevyhovující hodnoty. Ta se v závislosti na velikosti kanyly ideálně pohybuje mezi 20-36 torry. Nemožnost snížení vysokého tlaku z důvodu slyšitelného úniku vzduchu sestra hlásí lékaři a zaznamenává do dokumentace (Kapounová, 2020).

Výměnu tracheostomické kanyly indikuje a provádí lékař za asistence sestry. Prvotní výměna probíhá kolem 10. dne od zavedení, další obvykle 1x týdně (Vytejková et al., 2013). Rozhodující je však její funkčnost a stav nemocného, a tak se můžeme setkat s kratšími i delšími intervaly. V některých případech zůstává po první výměně kanyla až

do jejího odstranění. Během výměny tracheostomické kanyly je důležité mít připravené pomůcky k urgentní intubaci (Bartůněk et al., 2016). Dekanylace je možná v případě spontánní ventilace a tolerance uzavření kanyly do 24 hodin (Streitová, Zoubková a kol., 2015).

Součástí péče o dýchací cesty u pacientů s tracheální rourkou i tracheostomickou kanylou je pravidelné odsávání. To slouží k odstranění nahromaděného sputa, které takto zajištěný pacient nemůže spontánně odkašlat (Kapounová, 2020). Odsávání lze provést otevřeným či uzavřeným systémem. Otevřený systém vyžaduje odpojení pacienta od okruhu ventilátoru. Využívá jednorázových sterilních katétrů, kterými je manipulováno sterilní pinzetou či sterilními rukavicemi (Bartůněk et al., 2016). U uzavřeného systému není rozpojení ventilačního okruhu potřeba. Katétr je zabudován přímo v něm a lze jej opakovaně používat dle doporučení výrobce od 24-72 hodin. Výhodou je eliminace úniku infekčního aerosolu do okolí a časová úspora plynoucí z jeho stálé připravenosti (Šamánková a kol., 2011). Četnost odsávání se přizpůsobuje stavu pacienta. Pro toho se jedná o nepříjemný výkon, proto by měl být proveden rychle a šetrně zároveň (Kapounová, 2020).

Důležitým faktorem v péči o ventilovaného pacienta je též zvlhčení a ohřátí vdechované směsi, čímž nahrazujeme funkci horních dýchacích cest. Dostatečné zvlhčení je prevencí rozvoje plicních komplikací plynoucích z retence zhuštěného sputa. (Veverková a kol., 2019).

U spontánně ventilujících pacientů je péče o dýchací cesty poskytována na základě existující poruchy polykání či neefektivního odkašlávání. Zahrnuje i péči o dutinu ústní s cílem zamezit jejímu vysychání, ke kterému v případě otevřených úst dochází již po půl hodině. Následkem toho může dojít ke vzniku krust a trhlín, které pro pacienta představují riziko infekce. Průchodnost dýchacích cest a současně prevenci plicních komplikací zajišťuje orální či nazofaryngeální odsávání. Umožňuje také kolekci sputa pro účely jeho dalšího vyšetření (Bartůněk et al., 2016).

1.5.3 Prevence tromboembolické nemoci

Pacienti s míšním poraněním patří do skupiny s vysokým rizikem rozvoje tromboembolické nemoci (dále jen „TEN“). Incidence této komplikace je zde až 3x vyšší oproti pacientům hospitalizovaných z jiných důvodů (Markandaya et al., 2012). Součástí tromboembolické nemoci je hluboká žilní trombóza, jejíž akutní komplikací je

embolizace do plic (Souček a kol., 2019). Ta je nadále hlavní příčinou úmrtí pacientů s míšní lézí a je proto důležitá řádná prevence (Markandaya et al., 2012). Nejvíce ohroženi jsou pacienti v prvních týdnech po úraze (Kříž, Hyšperská, 2009).

Projevy TEN se liší dle místa obstrukce, od lehkých až po příznaky plicního infarktu s vykašláváním narůžovělého sputa a tvorbou výpotku (Janíková, Zeleníková, 2013). V případě neurologického deficitu bývá trombózou postižena paretická končetina. Pacienti s míšním poraněním jsou indikováni k aplikaci nízkomolekulárního heparinu (Kříž et al., 2019). Ten sestra aplikuje dle ordinace lékaře a provádí záznam do dokumentace (Slezáková a kol., 2019). Mezi další preventivní opatření patří kompresivní bandáže dolních končetin. K jejich provedení používá sestra elastická obinadla, která kruhovou či klasovou metodou vede pod kolena, případně až do třísel. V průběhu dne kontroluje účinnost bandáží a barvu konečků prstů. V současnosti jsou bandáže častěji nahrazovány kompresivními punčochami (Dingová Šliková et al., 2018).

V prevenci TEN se dále uplatňuje adekvátní hydratace, sestra tedy upozorní pacienta na nutnost zvýšeného pitného režimu a kontroluje jeho dodržování (Šafránková, Nejedlá, 2006). Dle ordinace lékaře lze tekutiny hradit i parenterálně (Veverková a kol., 2019). V neposlední řadě má na prevenci TEN podíl pohybová aktivita. Sestra informuje a motivuje pacienta, aby dle svých možností procvičoval zdravé i postižené končetiny (Slezáková a kol., 2019).

1.5.4 Péče o vyprazdňování moči a stolice

V akutní fázi míšního šoku dochází nezávisle na výšce poranění k retenci moči, jejíž odvod je zajištěn prostřednictvím permanentního močového katétru. Je vhodné jej co nejdříve nahradit adekvátní alternativou pro snížení rizika opakovaných uroinfekcí, vzniku striktury či dekubitu močové trubice. Způsob evakuace moči závisí na klinickém stavu pacienta s ohledem na poruchy hybnosti horních končetin včetně jemné motoriky. Využito může být epicystostomie či čisté intermitentní katetrizace. V případě, že způsob derivace moči nelze změnit, je doporučeno využívat silikonové močové katétry velikostí 14 Ch či 16 Ch (Havlová, 2017). Spontánní mikce bývá zřídka umožněna u inkompletních míšních lézí, a to za předpokladu postmikčního rezidua menšího než 50 ml. Kontraindikována je během poskytování intenzivní péče vzhledem k nutnosti sledování bilance tekutin (Doležel, 2004).

Epicystostomie představuje suprapubickou drenáž močových cest přes stěnu

břišní, kdy je moč odváděna katétre do výpustného sběrného sáčku. Její zavedení je vyloučeno v případě existující malignity močového měchýře, u koagulopatie či operačních výkonů v oblasti pánve. Punkci močového měchýře provádí lékař, místo je následně ošetřeno a kryto sterilními čtverci. Během každodenních převazů se sleduje případné krvácení. Po jeho ústupu je možné frekvenci převazů prodloužit využitím polopropustné fólie, která zároveň umožňuje vizuální kontrolu daného místa (Dingová Šliková et al., 2018).

Intermitentní katetrizace je charakterizována opakovaným zaváděním močového katétru do močové trubice za účelem vyprázdnění močového měchýře. Lze ji dělit na sterilní intermitentní katetrizaci, čistou intermitentní katetrizaci a tzv. non-touch techniku. Sterilní intermitentní katetrizace je nejčastěji realizována v nemocničním zařízení pomocí sterilního katétru, sterilního lubrikačního gelu a sterilních rukavic či nástrojů (Vytejšková et al., 2013). Čistá intermitentní katetrizace, známá také jako „čikování“ je nesterilní metodou používanou v domácím prostředí. Jejímu postupu se pacient, případně rodinný příslušník, učí již za hospitalizace pod vedením sestry (Šamánková a kol., 2011). Katetrizaci zde předchází hygiena rukou a genitálu pomocí vody a mýdla, s následným zavedením sterilního či nesterilního vydezinfikovaného katétru. Intervaly katetrizace jsou pacientovi nastaveny individuálně (Kapounová, 2020). Odvíjí se od pitného režimu. Všeobecně doporučená frekvence je každé 3 hodiny s vymočeným objemem 300-400 ml moči (Šamánková a kol., 2011). Non-touch technika je bezdotykovou metodou, při které pacient používá vždy nový sterilní katétr takovým způsobem, aniž by se nedotkl jeho zaváděné části. Riziko infekce se při této technice snižuje také pravidelnou dezinfekcí ústí močové trubice a představuje tak kompromis mezi již zmíněnými možnostmi (Vytejšková et al., 2013).

Muži mohou dále využít urinálního kondomu, který hadičkou odvádí moč do sběrného sáčku. Malé množství pacientů může se souhlasem urologa vyprazdňovat moč pomocí vyklepávání močového měchýře s následným jemným tlakem dlaní (Šamánková a kol., 2011). Tento postup však nezaručuje úplné vyprázdnění močového měchýře a pojí se s vznikem hemoroidů a hernií, proto není dlouhodobě doporučován (Kapounová, 2020).

V průběhu míšního šoku dochází též ke stagnaci peristaltiky a hromadění stolice ve střevech. Podávání rektálních čípků zde nemá významný efekt. Jejich použitím se pouze usnadňuje manuální vybavení stolice z rektální ampule s pokračujícím městnáním ve vyšších oddílech střev. Jediným účinným řešením je aplikace klysmatu, a to denně či

každý druhý den (Sutorý, Wendsche, 2009). Po odeznění míšního šoku začíná pacient se střevní rehabilitací a nácvikem pravidelného vyprazdňování. To lze podpořit aplikací bisacodylových čípků, které opět pomáhají vyprazdňovat pouze obsah ampule (Faltýnková, 2012). Důležitým faktorem je pravidelný pitný režim a přechod na vysokozbytkovou dietu s přidavkem vlákniny. Konzistenci stolice lze regulovat podáváním laxativ (Sutorý, Wendsche, 2009). Následkem poranění vzniká spastická či areflexní střevní dysfunkce. Spastická střevní porucha je charakterizována znemožněním volní kontroly zevního svěrače. K nácviku defekace je zapotřebí vnějších podnětů, mezi které patří bisacodylové čípky, miniklyzma a mechanické podráždění svěrače prsty. Cílem je měkká stolice odcházející minimálně 1x za 3 dny. U areflexní střevní poruchy je stolice pomalou peristaltikou nadměrně vysoušena a může tak způsobovat obstipaci (Faltýnková, 2012). K zamezení inkontinence na podkladě atonického zevního svěrače je zpočátku třeba 2x denně vybavovat stolicí digitálně a následně stlačit břišní stěnu pro zajištění úplného vyprázdnění (Faltýnková, 2015).

Vyprazdňování stolice u paraplegiků probíhá na bezbariérové toaletě. Využívá se gravitačního vlivu, který lze podpořit stoličkou pod nohami a tlakem na břišní stěnu. Defekace tetraplegiků probíhá na toaletním vozíku nad toaletou, eventuálně přímo na individuálně upravené toaletní míse (Faltýnková, 2015).

1.5.5 Hygienická péče

Hygienická péče u pacientů s míšní lézí se zásadně neliší od postupů prováděných na lůžkách intenzivní péče. Je prováděna minimálně 2x denně a dále individuálně dle potřeby (Grus, 2020). Průběh se odvíjí od pacientovy soběstačnosti. Částečně soběstační pacienti provádí hygienu na lůžku vsedě nebo se spuštěnými dolními končetinami, případně v koupelně či sprše, kam jsou transportováni pomocí sedačky. Úkolem sestry je příprava pomůcek s přednostním využitím pacientových osobních prostředků, ochrana pacienta před pádem, zajištění soukromí, kontrola pečlivosti hygieny a případná dopomoc. Nedílnou součástí je též zhodnocení a ošetření predilekčních míst a výměna ložního prádla (Kapounová, 2020). Hygienu nesoběstačných pacientů probíhá na lůžku či v pojízdné vaně. Vyžaduje spolupráci nejméně dvou členů ošetrovatelského týmu a zahrnuje omytí celého těla včetně genitálu, péči o vlasy, nehty, kůži, dutinu ústní a výměnu ložního prádla (Kelnarová, 2015). Před samotným zahájením hygieny sestra dle ordinace lékaře aplikuje sedaci, relaxaci či zvyšuje FiO_2 , zkontroluje tlak v obturační

manžetě u tracheostomické nebo endotracheální kanyly a odsaje hlen z dýchacích cest. V průběhu celé hygieny kontroluje vitální funkce pacienta a pružně na ně reaguje. K omývání se využívají jednorázové žínky, které se po omytí jednotlivých částí těla mění za nové (Kapounová, 2020). Je třeba pečlivé vysušení meziprstních prostorů a velkých kožních záhybů jakožto prevence vzniku plísní a opruzenin. Pokožka je následně promazána hydratačním krémem či mlékem. U obézních pacientů s velkými kožními záhyby lze preventivně využít ochranné pasty a zásypy (Kelnarová, 2015). V rámci hygieny se současně hodnotí a ošetřují veškeré invazivní vstupy a operační rány (Grus, 2020). Sestra kontroluje vhodnou délku a polohu tracheostomické a endotracheální kanyly, močového katétru, nasogastrické sondy, drénů, infuzní linky a dýchacího okruhu, mění fixace a veškeré zjištěné abnormality hlásí lékaři. Po dokončení hygieny vydezinfikuje použité pomůcky a plochy a provádí záznam do ošetřovatelské dokumentace (Kapounová, 2020).

1.5.6 Prevence dekubitů

Dekubitus lze definovat jako defekt pokožky nebo tkáně vzniklý působením tlaku či tření (Pokorná, Mrázová, 2012). Dochází zde k lokální poruše prokrvení s následnou hypoxií a poškozením buněk (Mlýnková, 2016). Klinický obraz je rozličný, od přetrvávajícího zarudnutí až po hluboké defekty postihující svaly, šlachy a kosti (Pokorná, Mrázová, 2012). Typický je výskyt na tzv. predilekčních místech, kde není kost dostatečně izolována vrstvou tuku a svalů, například v oblasti loktů, lopatek či kosti křížové (Vytejková et al., 2013).

Na vzniku dekubitu se podílí i celá řada rizikových faktorů, které lze rozdělit na vnější a vnitřní (Míkula, Müllerová, 2008). Mezi vnější faktory patří přímý tlak, tření, působení střížných sil a vlhkost. Vnitřními faktory jsou stupeň mobility pacienta, věk, tělesná hmotnost, stav nutrice, užívané léky a další onemocnění, zejména diabetes mellitus. K hodnocení rizika vzniku dekubitů je využíváno hodnotících škál, přičemž nejpoužívanější na našem území je škála dle Nortonové (Mlýnková, 2016).

Z hlediska prevence je důležitá každodenní kontrola stavu pokožky a její hygiena pomocí vhodných čistících přípravků. Po šetrném usušení lze k ošetření využít hydratační a ochranné krémy (Veverková, 2019). Prokrvení predilekčních míst mohou podpořit jemné masáže, které jsou kontraindikovány u již existujících dekubitů (Mlýnková, 2016). V případě inkontinence je pacient zajištěn jednorázovými pomůckami, které zpětně

nepropouští vlhkost (Kapounová, 2020). Základem ošetrovatelské péče je též dokonalá úprava pacientova lůžka bez nerovností, zbytků jídla a dalších nežádoucích vlivů (Mlýnková, 2016).

Nejúčinnějším preventivním opatřením je pravidelné polohování pacienta, kterým se zkracuje interval působení tlaku na riziková místa. Frekvence se odvíjí od zdravotního stavu pacienta, a to v rozmezí 20 minut až 4 hodin (Mlýnková, 2016). V nočních hodinách je vhodné intervaly prodloužit pro zajištění kvalitnějšího odpočinku pacienta (Burda, Šolcová, 2015). Změnu polohy sestra vždy řádně zaznamená do dokumentace (Mlýnková, 2016). Během manipulace s pacientem by nemělo docházet ke zbytečnému tření (Veverková, 2019). V současné době je na výběr velké množství polohovacích pomůcek z různých materiálů. Ideální jsou voděodolné a paropropustné, a to pro snadnou omyvatelnost a eliminaci nadměrného pocení pacienta (Dobšaba a kol., 2021). Jedná se například o válce, polštáře, bedničky a abdukční klíny, které slouží k zajištění vhodné polohy pacienta. Využít lze i polohovatelných částí lůžka (Kelnarová a kol., 2015). K dispozici jsou také antidekubitní matrace, které se umísťují na standardní matrace anebo je přímo nahrazují (Vytejčková et al., 2011).

Dalším krokem preventivní strategie je spolupráce s nutričním specialistou, na základě které se určí nutriční potřeby daného pacienta (Veverková a kol., 2019). Strava by měla být obohacena o bílkoviny, vitamíny a minerály. Při nedostatečném perorálním příjmu lze bílkoviny doplnit formou tzv. sippingu, tedy tekuté výživy (Kapounová, 2020). Důležitý je dostatečný pitný režim, a to zejména u seniorů z důvodu vyhasnutí pocitu žízně. Během péče o pacienta je prováděna bilance tekutin (Mlýnková, 2016).

Nedílnou součástí prevence dekubitů je také individualizovaná rehabilitace a snaha o normalizaci celkového stavu prostřednictvím lékařské péče. Nezlepšení zdravotního stavu, včetně stavu nutrice, mají za následek výrazné snížení efektivity všech ostatních opatření (Veverková a kol., 2019).

1.5.7 Ucelená rehabilitace

Rehabilitace pacientů s míšní lézí je zahájena bezprostředně po úraze, pokračuje v průběhu celé hospitalizace a následně i v domácím prostředí. Zpočátku je zaměřena zejména na podporu dechových funkcí a minimalizaci pooperačních bolestí. Cílem léčebné rehabilitace v akutní, subakutní i chronické fázi je snaha o maximální obnovu poškozených funkcí, maximální využití zachovalých funkcí a vytvoření kompenzačních

mechanismů pro co nejvyšší možnou kvalitu života (Kříž, Chvostová, 2009). Úspěšnost rehabilitace ovlivňuje řada faktorů, jako je výška a rozsah léze, celkový stav pacienta s přidruženými úrazy, chorobami a komplikacemi, věk, ale také jeho osobnost, psychika a zázemí (Kříž, Faltýnková, 2012).

Do rehabilitačního procesu se zapojuje především rehabilitační ošetřovatelství, fyzioterapie a ergoterapie. Rehabilitační ošetřovatelství spadá do kompetencí sester, po ústavní léčbě přebírají jejich úlohu sestry v domácí péči, rodinní příslušníci a osobní asistenti. Hlavní činnosti tvoří pravidelné polohování pacienta, péče o kůži a dýchací cesty u vysokých krčních lézí, prevence proleženin a nácvik přesunů pacienta (Kříž, Faltýnková, 2012). Fyzioterapie je zaměřena na diagnostiku a terapii funkčních poruch pohybového systému s cílem obnovení a zachování jeho optimálních funkcí (Sládková, 2021). Soustředí se na ovlivnění spasticity a rozvoj zbytkového motorického potenciálu, udržení stability v sedu, nácvik pohyblivosti na lůžku či ve vozíku, vertikalizaci a další činnosti. Z konkrétních metod fyzioterapie se uplatňuje například Bobath koncept, Vojtova metoda, bazální programy a podprogramy. Zahrnuty mohou být i pomůcky jako míče, válce a labilní plochy, z přístrojů MOTomed či Lokomat (Kříž, Faltýnková, 2012). Hlavním úkolem ergoterapie je dosáhnout u pacienta co nejvyšší úrovně soběstačnosti prostřednictvím nácviku každodenních aktivit, nácviku mobility, přesunů a vytvoření funkčního náhradního úchopu (Wendsche, 2009). Ergoterapeut se podílí také na poradenství v oblasti úpravy oblečení a úpravy domova pro zajištění bezbariérovosti. Spolu s fyzioterapeutem pomáhá s výběrem vhodného vozíku a vhodného antidekubitního polštáře, společně pak kontrolují a korigují pacientovu pozici na vozíku (Kříž, Faltýnková, 2012).

Dlouhodobá rehabilitace s pravidelným cvičením pod dohledem fyzioterapeuta by měla být součástí životního stylu každé osoby s prodělaným míšním poraněním. Podílí se na dalším rozvoji soběstačnosti jedince a na prevenci negativních důsledků ochrnutí, jako jsou otoky, zkracování svalů či nadměrná spasticita. Využít lze i opakovaných rehabilitačních pobytů či rekondičních cvičení pro spinální pacienty (Kříž, Faltýnková, 2012).

1.5.8 Péče o psychiku

Významnou úlohu u pacienta s míšní lézí sehrává péče o jeho psychické potřeby. Pacientem s míšní lézí je často mladý člověk s mnohými plány ohledně své budoucnosti,

pro kterého je přijetí nové životní situace velmi náročné. Počáteční optimismus a motivaci může snadno vystřídat zklamání, zejména pokud zlepšení nepostupuje dle pacientových představ a zároveň se objevují nové, dosud nepoznané zdravotní problémy (Římovská, 2019). Prožívání negativních emocí je však v prvních měsících běžnou reakcí na trauma a intenzita těchto pocitů se časem snižuje. Je důležité, aby pacient získal dostatek informací ohledně svého stavu, akceptoval své pocity a měl možnost je sdílet, zůstal fyzicky i psychicky aktivní a rozhodl se pokračovat v životě i s míšním poraněním. Neméně důležitá je také podpora rodiny a přátel, která pro pacienta představuje přijetí do komunity (Svaz paraplegiků, 2004).

Součástí léčebného týmu na spinální a rehabilitační jednotce je psycholog, který pacientovi i jeho blízkým pomáhá akceptovat skutečnost vzniklého postižení a usnadňuje dlouhodobou adaptaci na změněný zdravotní stav. Motivuje k přijetí svého těla a hledání nových životních hodnot tak, aby postižení nebylo trvalým středobodem pozornosti pacienta (Kříž, Faltýnková, 2012). Individuálním přístupem pomáhá zvládat strach, deprese a potíže v interpersonálních vztazích (Římovská, 2019). Psychologická péče může probíhat prostřednictvím individuálních terapií, skupinových terapií, tréninkem psychosociálních dovedností, nácvikem sebeprosazení a podporou v sebepojetí (Novosad, 2009).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zmapovat roli sestry na spinální jednotce.

Cíl 2: Popsat spolupráci zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu při péči o pacienty hospitalizované na spinální jednotce.

Cíl 3: Popsat potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č.1: Jaká je úloha sestry v péči o pacienty na spinální jednotce?

Výzkumná otázka č.2: Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty na spinální jednotce?

Výzkumná otázka č.3: Jaké je složení multidisciplinárního týmu na spinální jednotce?

Výzkumná otázka č.4: Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi těmito pracovníky?

Výzkumná otázka č.5: Jaké jsou potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce?

3 Metodika

3.1 Použité metody

Empirická část mé diplomové práce byla zpracována kvalitativní výzkumnou metodou. Sběr dat byl proveden s využitím polostrukturovaného rozhovoru, jehož podklad je součástí přílohy č. 1. Výzkumné šetření proběhlo na přelomu června a července roku 2022. Účastnilo se ho celkem 13 sester, z toho 9 všeobecných sester a 4 praktické sestry. Praktické sestry byly do výzkumného souboru zařazeny z důvodu obtížné spolupráce s vybranými pracovišti, která neumožnila zahrnutí dostatečného množství všeobecných sester.

Místem konání byly vybrané spinální jednotky České republiky, přičemž byl získán souhlas s výzkumem od osob odpovídajících za ošetrovatelskou péči v daném zdravotnickém zařízení. Dva rozhovory proběhly mimo zdravotnické zařízení ve volném čase dotazovaných sester.

Rozhovory byly uskutečněny v rámci osobního setkání a v případě dvou sester prostřednictvím videohovoru. Na začátku každého rozhovoru byly sestry dotázány, zda souhlasí s pořízením zvukového záznamu. Každý účastník výzkumného šetření byl ujistěn o zachování anonymity. Rozhovory byly vedeny individuálně a jejich průměrná délka činila zhruba 30 minut. Úvod zahrnoval zjištění identifikačních údajů, které tvořil věk, nejvyšší dosažené vzdělání, absolvované kvalifikační či certifikované kurzy, současná pracovní pozice, doba současného zaměstnání a celková doba praxe. Následovalo celkem 29 otevřených i uzavřených otázek, které byly zaměřeny na organizaci spinální jednotky, specifika péče o pacienta s míšní lézí, oblast multidisciplinární péče a potřeby hospitalizovaných pacientů.

V rámci organizace spinální jednotky byl zjišťován denní chod oddělení, personální obsazenost směn, počet přidělených pacientů a informace o nejčastějších činnostech sestry. Dotazy směřovaly také k tomu, aby sestry vysvětlily specifika svého pracoviště a vyjádřily roli, kterou zde zastávají, popsaly stav a věkové rozmezí pacientů, nejčastější příčiny vzniku míšní léze, průměrnou délku hospitalizace a následnou návaznost péče. Dále také využívané skórovací systémy, metody měření vitálních funkcí a způsoby, kterými stanovují ošetrovatelské diagnózy. V rámci rozhovorů sestry také upřesnily charakter poskytované multidisciplinární péče, přičemž vyjádřily názor na její kvalitu a efektivitu. V neposlední řadě přiblížily potřeby pacientů s míšní lézí, včetně možností sloužících k jejich naplnění.

Výsledky rozhovorů byly doslovně přepsány, vytištěny a dále zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou barvení textu. Na základě toho byly stanoveny 4 kategorie a 17 podkategorií.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvoří celkem 13 sester, z toho 9 všeobecných sester a 4 praktické sestry. Jediným kritériem pro jejich výběr bylo zaměstnání na spinální jednotce v době výzkumného šetření. Výzkumné šetření probíhalo na vybraných spinálních jednotkách napříč Českou republikou, a to vždy se souhlasem příslušného zdravotnického zařízení. Kontakt byl zprostředkován po domluvě s vedoucími pracovníky daného oddělení. Dvě sestry byly osloveny prostřednictvím skupin sdružujících zdravotníky na sociálních sítích.

Z důvodu zachování anonymity nejsou upřesněna konkrétní pracoviště a informanti budou dále označováni pouze jako S1-S13.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Struktura výzkumného souboru

Tab. 1: Základní identifikační údaje

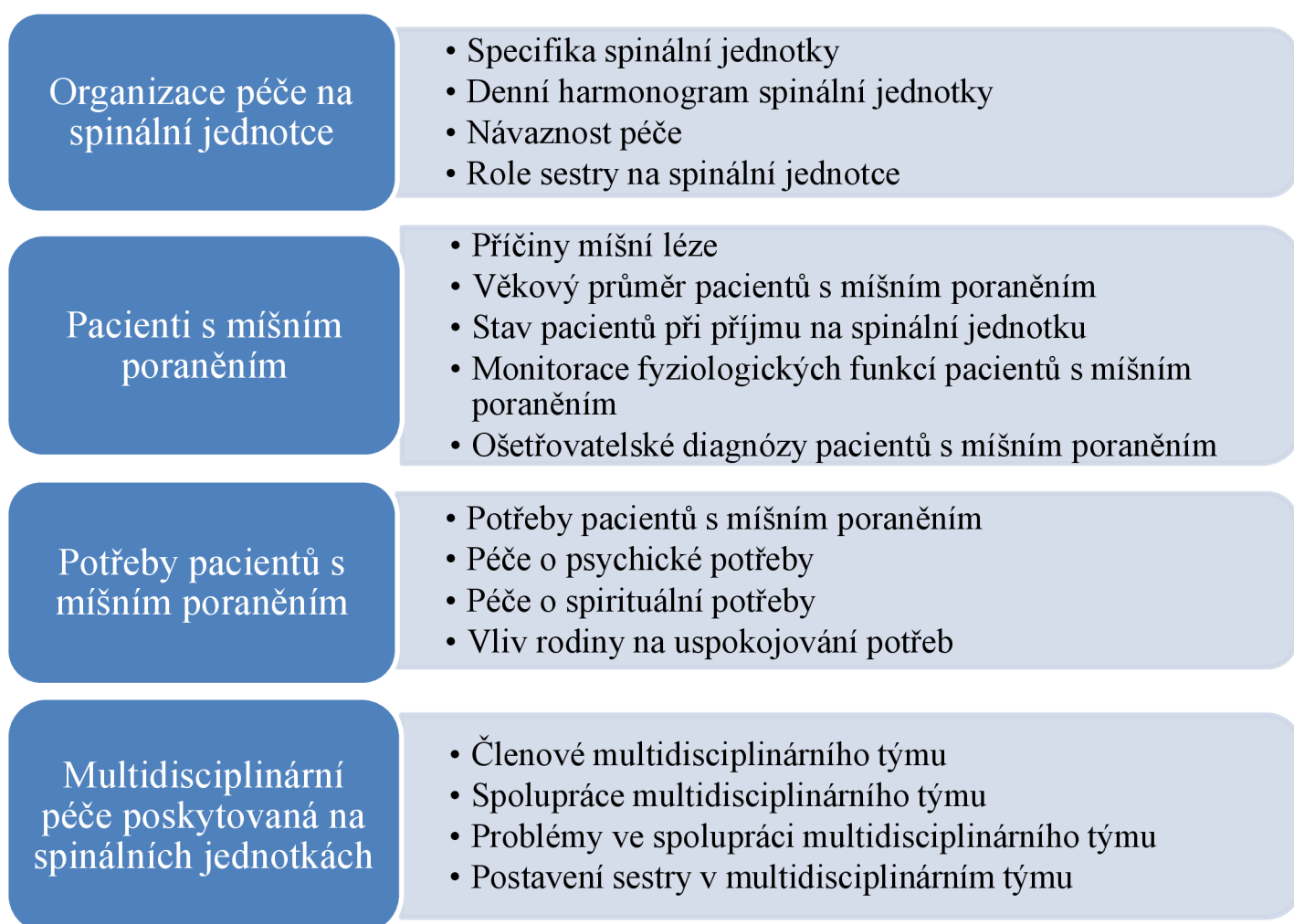
Označení sestry (S)	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Absolvované kvalifikační/certifikované kurzy	Současná pracovní pozice	Doba současného zaměstnání	Celková doba praxe
S1	Žena	37 let	VŠ	Hojení ran, katetrizace močového měchýře u muže	Všeobecná sestra	14 let	14 let
S2	Žena	28 let	VOŠ	Žádné	Všeobecná sestra	1 rok	4 roky
S3	Muž	24 let	SZŠ	Žádné	Praktická sestra	2 roky	4 roky
S4	Žena	41 let	SZŠ	Žádné	Praktická sestra	6 let	8 let
S5	Muž	23 let	SZŠ	Žádné	Praktická sestra	2 měsíce	3 roky
S6	Žena	46 let	VOŠ	Žádné	Všeobecná sestra	2 měsíce	26 let
S7	Žena	40 let	VŠ	Rehabilitační ošetřovatelství, katetrizace močového měchýře u muže, ČIAK, hojení ran	Všeobecná sestra	18 let	21 let
S8	Žena	35 let	SZŠ	Katetrizace močového měchýře u muže, hojení ran, stomie	Všeobecná sestra	16 let	16 let
S9	Žena	24 let	VŠ	Žádné	Všeobecná sestra	2 roky	2 roky
S10	Žena	26 let	SZŠ	Katetrizace močového měchýře u muže, péče o dekubity, hojení ran	Praktická sestra	6 let	6 let
S11	Muž	29 let	VŠ	ČIAK, stomie, péče o dekubity, péče o invazivní vstupy, polohování	Všeobecná sestra	8 let	8 let
S12	Žena	35 let	SZŠ	Mentoring, katetrizace močového měchýře u muže	Všeobecná sestra	15 let	15 let
S13	Žena	35 let	SZŠ	Katetrizace močového měchýře u muže, hojení ran	Všeobecná sestra	16 let	16 let

Zdroj: vlastní výzkum

Pro zpřehlednění základních údajů o sestrách byla vytvořena tabulka. Výzkumný soubor tvořilo celkem 10 žen a 3 muži. Délka jejich zaměstnání na spinální jednotce se pohybuje v rozmezí od 2 měsíců do 18 let, délka celkové praxe ve zdravotnictví pak od 2 do 26 let. Nejvyšší dosažené vzdělání 7 sester bylo získáno na střední zdravotnické škole, u 2 sester na vyšší odborné škole a zbylé 4 sestry jej získaly na vysoké škole.

4.2 Kategorizace získaných dat

Schéma 1: Přehled kategorií a podkategorií



Tato část diplomové práce je věnována výsledkům, kterých bylo dosaženo prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Pro snazší orientaci byla získaná data zpracována metodou otevřeného kódování. Jejich analýze následovalo rozřazení do kategorií a podkategorií, které jsou graficky znázorněny ve výše přiloženém schématu.

Kategorie 1 – Organizace péče na spinální jednotce

Tato kategorie je členěna do čtyř podkategorií. První z nich popisuje, jakým způsobem informanti vnímají specifika vlastního pracoviště. Druhá podkategorie se zabývá denním harmonogramem spinální jednotky a nejčastěji prováděnými činnostmi. Zahrnuje také informace o personálním obsazení služeb a počtu přidělených pacientů. Třetí podkategorie zjišťuje návaznost péče o pacienta s míšním poraněním. Shrnuje, odkud jsou pacienti na spinální jednotku nejčastěji přijati a kam jsou dále překládáni. Ve čtvrté podkategorii se informanti vyjadřují ke své roli sestry na spinální jednotce.

Podkategorie 1.1 – Specifika spinální jednotky

Na otázku, v čem vnímají největší odlišnost svého oddělení, 9 z 13 sester (S1, S2, S4-S6, S9, S10, S12, S13) uvádí pravidelné a důsledné polohování pacientů. Dále 5 sester (S3, S8, S10-S12) jako specifikum považuje samotný stav pacientů spočívající v jejich nepohyblivosti. Vypovídá o tom například S11: *„Jo, to je takový specifikum, že se ty lidi nehejbou. Vim, že na jiných odděleních se třeba taky nehejbou, ale tam jsou ležáci jako takový. Tohle jsou v podstatě třeba čtyřicátníci, ale akorát mají prostě úraz páteře“*. Popisuje také, jakým způsobem se tato skutečnost promítá do praxe studentů: *„Když přijde student nebo studenti na praxi, tak si neuvědoměj, že ty lidi prostě jako nehejbou rukama, nohama. Nechaj jim tam studenej čaj, potažmo teplej čaj. Nebo když ty lidi ledujem, tak po 15 minutách jim to nevezmou – ale oni mají třeba už potom i omrzliny, nedaj jim blízko stoleček, zvonek“*. Sestry S10 a S11 vnímají jako specifikum spinální jednotku jako celek, s ohledem na jejich nízký počet v České republice. Další odpovědi již s nižším zastoupením uvádí rehabilitaci (S1, S2) množství poskytované ošetrovatelské péče (S2, S3), přístup a vztahy s pacienty (S5), smíchaný kolektiv (S5), péči o dekubity a uroinfekce (S6), délku hospitalizace (S8), přípravu pacienta na běžný život (S7), vybavenost oddělení (S9), katetrizaci močového měchýře u mužů sestrami (S10), výživu (S12) a způsob vyprazdňování pacientů (S4).

Oblast vyprazdňování sestry S4 vysvětlila následovně: *„Oni chodí vlastně jakoby co tři dny a většinou tady ty lidi tím, že se sami nevyprázdňují, tak chodí na glycerinový nálevy. Prostě jdou na vanu, tam je jim podá prostě glycerinový nálev a vyprázdňují se“*. Výživu jako specifikum uvedla sestra S12 spolu se zmínkou, že příjem každého pacienta doprovází odběry krve zjišťující hladinu bílkovin, celkové bílkoviny a prealbuminu. Pokud výsledky odběrů nejsou v normě, nasazují bílkovinné přídatky a různé formy sippingu.

Sestra S9 komentuje specifika následovně: „*V tom, že jsme tady vybavení a připravení na to, že ty pacienti nejsou schopní se hýbat. Vlastně všechno tady je uzpůsobené. Na pokoji neleží 3 nebo 6 pacientů, prostě jsou tam jenom 2, aby se tam vešly postele, aby se tam vešly vozičky. Umyvadla jsou níž, tak aby vlastně se tam dostali... Vlastně tady je všechno bezbariérové, takže uzpůsobené všemu. Tomu, aby ty lidi se dokázali zrehabilitovat a nějakým způsobem řadit zpátky do toho běžného života. Což na těch klasických odděleních není a je tam často problém i s polohováním. Což jako si myslím, že je velice smutné. Myslím si, že by polohování zvládli úplně kdekoliv*“. Péči jiných oddělení srovnává i sestra S13: „*Myslím si, že jako to polohování ještě fakt na to, že je 21. století, jako není úplně zažitý. Myslím si, že taková ta opravdu jako péče o ty paraplegiky, kvadruplegiky taky jako... I když jsou třeba přijímány s močovou infekcí, tak většinou, když se dostanou k nám do nemocnice, tak stejně nám je směřujou. I když je to vlastně jejich problém, protože s nima neuměj jako manipulovat*“.

Podkategorie 1.2 – Denní harmonogram spinální jednotky

Z analýzy rozhovorů vyplývá, že chod jednotlivých spinálních jednotek podléhá určitému harmonogramu. Ten je u všech sester velmi podobný, drobné rozdíly se vyskytují pouze v pořadí jednotlivých výkonů. Je předpokládáno opomenutí některých základních činností, které nebyly jmenovány ve všech odpovědích sester.

Příkladem toho může být předání hlášení, kterým při popisu směny začíná celkem 9 sester (S1-S3, S6-S10, S12). Všechny 13 sester se shoduje v ranní toaletě pacientů, kterou sestra S9 popisuje následovně: „*Ve všední dny to funguje tak, že všechny dáme vlastně na pojízdnou vanu, odvezeme do koupelny, vysprchujeme. A o víkendech je to vlastně v laboru na lůžku*“. Koupel pacientů v mobilní vaně udává i sestra S11 s odkazem na skutečnost, že tento způsob ranní hygieny není na všech pracovištích obvyklý. Sestra S12 dodává, že koupel na vaně neprobíhá v případě pooperačního stavu pacienta nebo v případě, kdy mu to neumožňuje jeho celkový zdravotní stav.

Celkem 11 sester (S1-S3, S5-S12) dále uvádí snídani a případnou pomoc s krmením pacientů. Následuje podání ranní medikace (S1-S6, S8-S10, S12). Probíhá ranní vizita, které se na pracovišti S6 účastní pouze staniční sestra. Práci s dokumentací po dokončené vizitě jmenují 3 sestry (S8, S10, S11). Pozornost je věnována také převazům ran (S5, S7, S8, S10, S11, S13), přičemž sestry S8, S10 a S13 upřesnily, že pro tyto účely mají vyčleněnou převazovou sestru.

Mezi další dopolední činnost sestry S3, S4 a S6 řadí již zmíněné vyprazdňování

pacientů. V různém pořadí a zastoupení jsou také jmenovány odběry krve (S2, S5, S11), oblékání pacientů (S7, S9, S13), zápis hlášení a měření teploty (S1), příjem nebo propuštění pacientů (S7), nácvik ČIAK (S7), příprava pacientů k operaci a pomoc s jejich přesunem do vozíku (S11).

Dle 6 sester (S1, S4-S6, S10, S12) na oddělení dále probíhá rehabilitační cvičení pacientů. Z toho pro sestry vyplývá doprovod pacientů na rehabilitaci (S7), pomoc fyzioterapeutům (S3, S7) a vysvlékání pacientů po dokončení rehabilitace (S2). S poledními hodinami se pojí oběd a případná pomoc pacientům (S2-S8, S10, S12) spolu s rozdělením polední medikace (S1, S4, S8, S10, S12).

V průběhu celé směny celkem 9 sester (S1-S6, S8, S11, S12) opakovaně udává polohování. O jeho pravidelnosti po dvou hodinách se konkrétněji vyjádřilo 5 sester (S2, S4-S6, S11). „*Polohujem vlastně co 2 hodiny, tady se to dodržuje docela striktně*“, popisuje sestra S5. V 6 případech (S1-S3, S6, S7, S9) se objevuje také plnění ordinací lékaře, které pro sestru S2 představuje podání infuzí, antibiotik a časovaných léků. Stručněji to shrnuje sestra S9: „*Takže to, co doktoři chtějí, to děláme*“.

Na pracovišti sestry S7 mají pacienti v odpoledních hodinách klid na lůžku. K následné večeři s pomocí dle potřeby se vyjádřilo celkem 6 sester (S2, S6-S8, S10, S12) a pouze 4 sestry (S1, S2, S6, S12) zmínily podání večerní medikace. Směna je zakončena předáním hlášení (S2, S6, S8, S10, S12).

Významně odlišnou náplň směny má pouze sestra S13, která zastává roli převazové sestry. Uvádí: „*Takže já vlastně většinou přijdu na sedmou hodinu, a ještě pomůžu dokoupat lidem. A potom už jsem při vizitě k dispozici paní doktorce, protože dělám převazovou sestru. A potom vlastně si napíšu převazy a jsem holkám k ruce. Co potřebujou napíchnout, přecévkovat, cokoliv prostě potřebujou po mě. Když je tady jedna ošetřovatelka, tak jí pomůžu oblíknout, nebo něco. Podle toho, jak jsou i složitý lidi, no*“.

Rozdíly v rehabilitačním režimu mezi všedními dny a víkendy shodně popisují sestry S10 a S11. „*Liší se to tím, že tady není tolik zdravotního personálu a začíná se v sedm. A lidi se mejou třeba na lůžku na lavorech a nechodí do vany. A i ta rehabilitační péče není jakoby denně, takže třeba dám příklad – v sobotu je to jenom dopoledne, odpoledne volný a neděle je úplně volná. A to samý svátky třeba*“, vysvětluje S11.

Ohledně nejčastější činnosti na oddělení se většina sester (S1-S5, S9-12) shodla na polohování. „*Polohování. To se tady prostě dělá pořád*“, odpovídá S5. Jmenováno bylo také podávání léků (S1, S2, S7, S10, S11) a převazy (S4, S7, S10, S11, S13). V menší míře je dále zastoupeno krmení pacientů (S2, S4, S6), hygienická péče (S6-S8),

plnění ordinací lékaře (S1, S7), péče o pokožku a vyprazdňování (S1), dopomoc při denních činnostech, nácvik ČIAK, motivace pacientů (S7) a práce s dokumentací (S11).

Otázka na personální obsazení služeb přinesla poměrně širokou škálu odpovědí. Nejčastěji se denní směna skládá ze 2 sester (S4, S5-S13). Další varianty zahrnovaly přítomnost 2-3 sester (S1, S2), 3 sestry (S3) nebo 3-4 sestry (S5, S6). Součástí směny na některých pracovištích je také převazová sestra (S8, S9) nebo sestra na ranní směnu (S3, S6). Jmenována je také staniční sestra (S1-S3, S5, S6, S8), vrchní sestra, primář a lékaři (S1).

Z zdravotnických pracovníků je na denní směnu nejčastěji přidělen 1 sanitář spolu se 2 ošetřovatelkami (S8-S13). Dále byli uvedeni 1-2 sanitáři (S1, S2, S5, S6), 2-3 sanitáři (S4) a v případě sestry S7 celkem 4 sanitáři na denní směnu.

Podobně proměnlivé odpovědi se týkaly i noční směny. Největší zastoupení má složení v podobě 2 sester a 1 ošetřovatelky (S5, S6, S8, S9, S11-S13). Možností jsou i samotné 2 sestry (S1), 2-3 sestry (S2-S4, S6), 3 sestry (S5), 2-3 sestry spolu s 1 ošetřovatelkou (S10) nebo 1 sestra a 2 sanitáři (S7).

Výjimkou není ani přítomnost studentů na praxi (S4-S6, S9-S13). „*Studenti k nám chodí, ale není to pravidelné, takže spíš jako tak nárazově se třeba někdo objeví*“, uvádí S9. „*Když nejsou prázdniny, tak většinou choděj a jenom na ranní směnu, kdy teda tý práce je tady víc než odpoledne*“, upřesňuje S11. Sestra S13 odpověď doplňuje tím, že během prázdnin mají studenti zájem o letní brigády.

Na všech pracovištích dochází k přidělení určitého počtu pacientů v rámci směny. Odvíjí se od celkového počtu pacientů (S1, S2, S4, S6, S9, S12), jejich stavu (S2, S6, S11) nebo počtu přítomných sester (S1, S2, S4, S6). To dokazuje odpověď sestry S2: „*Je to rozdělený. Záleží, máme oddělení pro 15 pacientů a záleží, jestli jsou na službě 2 sestry nebo 3 sestry. A pak záleží, jak jsou ty pokoje samozřejmě těžký. Když jsou ve třech, a je ten jeden pokoj, že tam jsou třeba 3 kvadruplegici, tak je samozřejmý, že ta jedna sestra má prostě jen ten jeden pokoj. Protože víc by časově ani jinak nezvládla. Takže záleží i na skladbě toho oddělení*“. Ve většině případů dochází k rozdělení počtu lůžek na polovinu (S1, S2, S8-S13), případně na třetiny (S1, S2). Maximální počty pacientů tak se pohybují v rozmezí 6-8 osob na jednu sestru. To S11 doplňuje komentářem, že pacienty v horším zdravotním stavu by měla mít na starosti starší, zkušenější sestra.

Podkategorie 1.3 – Návaznost péče

Příjem pacienta na spinální jednotku probíhá většinou formou překladu, a to ze

spádových (S5, S8, S11, S12) i nespádových (S11) oblastí. „*Stává se občas, že přijedou i z nespádových částí, že třeba xxx spinálka má plno, tak zavolaj sem*“, vysvětluje S11. V případě chronických pacientů je možný i příjem z vlastních domovů (S1, S13). To S13 popisuje takto: „*Ty chronický choděj většinou z domova no, že čekaj třeba na volný místo. Až se prostě uvolní na to, že je prostě prostor na ně, na nějakou dekubit nebo něco*“. Z konkrétních oddělení je nejčastěji jmenována jednotka intenzivní péče (S3-S11, S13) a ARO (S4, S7, S11, S13). Běžný je však i překlad ze standardních lůžkových oddělení (S7-S9, S13). Sestra S9 uvádí: „*Tak přicházejí buď z JIPu, z intenzivních péčí, někdy i ze standardů. A to je ve chvíli, kdy ten pacient... Vlastně pro něj už je všechno udělané, po té jako strážce toho zajištění jeho primárního zranění, problému a k nám chodí už k rehabilitaci*“. Zmíněna je neurochirurgie (S1, S10, S13), chirurgie (S10, S12), LDN (S4, S6, S12), neurologie, spondylochirurgie (S1) a interní oddělení (S12). Sestra S6 se dle svých slov setkala i s pacienty z diecézních charit.

Všechny sestry shodně uvedly místo následného překladu, kterým je rehabilitační ústav. O jeho volbě sestra S11 vypovídá: „*Většinou je to spádově, protože ty lidi jako moc nevěděj. A pokud se ty lidi o to zajímaj a chtějí jako výslovně třeba do Kladruhu, že tam jsou vyhlášený, že to znaj, tak my jim to jako nezakazujem a volíme to tam. S tím, že teda čekáme samozřejmě na to, že budou mít volný místo*“. Ohledně toho S4 přiznává, že v případě nedostatku míst musí pacienti na spinální jednotce někdy zůstat déle, než je nezbytně nutné. Volbu rehabilitačního ústavu komentuje také S13: „*Buď si to volí ty lidi, nebo se jim trošičku poradí. Když vím, že tady mám dědouška, kterému je 80 let, kterej prostě potřebuje nějaký volnější tempo, tak mu spíš doporučíme ten Košumberk, kterej je menší komplex a prostě tam není takovej frmol. Takže se většinou snažíme i s těma rodinama nebo s nima jako domluvit a říct jim ty výhody, nevýhody*“. Sestry S9 a S10 zmínily také minimální dobu, kterou musí pacient na spinální jednotce před překladem strávit. „*Jsou nějaké podmínky na to, asi i z hlediska nějakých pojišťoven a tak. Že prostě myslím si, že minimálně měsíc tady musí být, nebo musí být třeba nějakou dobu už tady v naší nemocnici, aby vlastně pak mohli dál do rehabilitačního ústavu. A pak to prostě záleží na tom, jak jsou ti lidi připravení. Oni už musí mít nějakou míru soběstačnosti, aby mohli odjet do toho rehabilitačního ústavu. A když jí nemají, tak prostě nemůžou jet a musí tady ještě cvičit a nějakým způsobem se osamostatnit. Pak samozřejmě, když jsou to ty kvadru pacienti, tak tam na tom záleží. Samozřejmě se snažíme udělat maximum, nebo hlavně ta rehabilitace, pro to, aby mohli jet. Ale ve chvíli, kdy už se to zabrzdí na nějakém bodě, tak taky už odjíždějí*“, uvádí S9.

Na doplňující otázku, zda je možnost vynechání rehabilitačního ústavu s propuštěním do domácího prostředí, odpovídá S11 následovně: „*Ty akutní lidi vesměs ne, protože v tom rehabilitačním ústavu je ještě naučej jakoby dál, jak se svým tělem pracovat. Maj tam i větší možnost tý rehabilitace, a hlavně tam by jim měli i zařídit svůj invalidní vozejk. My tady máme nějaký erární, ale jakoby od nás odjížděj bez kompenzačních pomůcek. Takže tam by jim měli zařídit svůj vlastní vozejk, svůj vlastní podsedák, potažmo pokud by to byl kvadruplegik, tak svoje vlastní pomůcky na sebesycení, na oblíkání a tak dál*“. Možnost propuštění do vlastních domovů však připouští sestry S3, S4, S6 a S12. Dle sestry S12 se jedná o chronické pacienty, kteří mají nárok na rekondiční pobyt zhruba 1x ročně. „*Když maj na to nárok, tak můžou taky, ale většinou jdou domů od nás ty chronici*“, udává. Překlad je dle S3 a S6 možný také na oddělení následné péče.

Podkategorie 1.4 – Role sestry na spinální jednotce

Samotný pojem „role“ dokázala popsat pouze sestra S1. „*Nějaká funkce možná, každý osoby, kterou by měl splňovat v rámci svého zaměstnání, adekvátně tomu zaměstnání*“, vysvětluje. Celkem 4 sestry (S4, S6, S8, S12) neví, jakým způsobem by vyjádřily svou vlastní roli na spinální jednotce. Ostatní ji popisují nejvíce v rámci své pracovní pozice (S1, S5, S9, S11, S13). Příkladem mohou být následující odpovědi: „*Asi každý má v tom zdravotnickým týmu nějakou pozici, kterou zastává. Jak v rámci toho kolektivu, tak v té pracovní stránce. Jakože v rámci toho kamarádského kolektivu, který tu je a roli z té pracovní pozice*“ (S5) a „*Mám roli všeobecné sestry, takže vlastně funguju jako sestra, plním ordinace lékaře a zároveň mám i ty svoje kompetence, takže vlastně můžu u pacientů měřit vitální funkce a tak dále*“ (S9). Sestra S11 uvádí svou roli jako vedoucího směny s odpovědností za její organizaci. Na doplňující otázku, zda má každá směna stanoveného vedoucího pracovníka, odpovídá: „*Jakoby ono to oficiálně jako není, ale vždycky v tý partě by měl bejt někdo jakoby ten starší a měl by tu směnu jakoby zajišťovat. Protože jsou tady i zdravotní asistenti, nebo jakoby sestry, který jsou praktický, a nemaj teda jakoby to vysokoškolský vzdělání. A správně by jako samy neměly třeba odebírat krev, katetrizovat a tak dále. Takže by to všechno mělo jít jako přes nás a my bychom měli bejt ten dozor odborněj, nebo jak to mám říct*“.

Svou roli sestry dále vnímají v pomoci pacientům a péči o ně (S1, S2, S10). „*Tak moje role jako sestry určitě spočívá v uspokojování potřeb pacienta. V naplnění jejich potřeb od bolesti a tak. V tom podávání těch léků prostě celkově. Sehráváme roli prostě*

tady v péči o pacienta docela velkou“, vypovídá S10. Sestra S1 popisuje svou roli takto: *„Jako doufám právoplatnej člen tady celého kolektivu, jednak a druhak jako personál, kterej pomáhá pacientům“*.

Roli sestry jako prostředníka mezi pacientem a lékařem udává sestra S2: *„Takže já jako sestra, která by měla být pro ty pacienty jako pomoc, případně jako prostředník mezi pacientem a lékařem. Protože ta sestra toho pacienta vidí víc jak ten lékař, takže ten zdravotní stav kolikrát dokáže posoudit, nebo dokáže ten stav popsat líp tomu lékaři“*. Jako pouhé plnění ordinací lékaře by se dala označit odpověď S3: *„Takovej dělník, ten, co plní rozkazy těch nadřízených, těch vyšších“*. O proměnlivosti vlastních rolí se zajímavě vyjádřila sestra S7 následujícím tvrzením: *„Role? No těch jako sestra mám spoustu během pracovní doby, záleží, co v ten daný okamžik chci vykonávat. Moje role je rozmanitá od poskytování péče po učitelku. Takže nejspíš multifunkční“*.

Kategorie 2 – Pacienti s míšním poraněním

Kategorie „Pacienti s míšním poraněním“ je dále členěna do 5 podkategorií. První z nich popisuje, jaké jsou dle sester příčiny vedoucí ke vzniku míšní léze. V druhé podkapitole je přiblížen průměrný věk pacientů, se kterými se sestry setkávají. Třetí podkategorie se zabývá fyzickým i psychickým stavem pacienta při příjmu na spinální jednotku. Uvádí také jejich nejčastější dotazy a související délku hospitalizace. Čtvrtá podkategorie je věnována monitoringu fyziologických funkcí u pacientů s míšním poraněním. Poslední podkategorie jmenuje nejčastější ošetrovatelské diagnózy pacientů, včetně způsobů a hodnotících škál, které k jejich stanovení sestry využívají.

Podkategorie 2.1 – Příčiny míšního poranění

Příčin vedoucích k míšnímu poranění je dle získaných odpovědí skutečně mnoho. Nejčastěji se sestry shodují na jejich vzniku v důsledku autonehod (S1-S3, S5, S6, S9-S13) a onkologických onemocnění (S1, S3, S4, S7-S9, S11-S13). Mezi časté důvody řadí také nehody na motocyklech (S1-S4, S19, S10, S13) a sportovní úrazy (S1-S3, S6, S9, S10, S13). Jmenovitě se pak jedná o úrazy na lyžích (S3, S4, S6, S9, S10), kole (S3, S10, S13), snowboardu (S4), běžkách nebo elektrokoloběžkách (S9). Sestra S10 uvádí: *„Tak v zimě jsou to lyže. Přijde mi, že poslední dobou je to čím dál častější, ty lyžaři. Sezónní to je, a každý rok mi přijde, že je to něco jinýho. Jednou jsou to motorkáři, další rok jsou to čtyřkolkaři, teď to jsou hodně cyklisti. Je to takový, jako že se to hodně střídá, ale každý rok se najde něco. Nějakej nový trend, co se vytyčuje nad ostatní“*.

Sezónní charakter výskytu určitých úrazů potvrdilo 5 sester (S1, S4, S8-S10).

Jediná S9 však upřesňuje: „*Ale dá se říct, že třeba jako i v sezóně se nám tady objeví jeden, dva lidi. Ale musím říct, byla jsem tady hodně na praxích. Takže bych řekla, že jsem to tady viděla nějak v průběhu čtyřech let a nemůžu úplně říct, že by to bylo nějak moc. Jako ty žebříky, když začne být hezky, tak to jako bývá. A motorkáři pak jsou tady hodně často, takže to samozřejmě jako v zimě není. Ale není těch lidí moc*“.

Dalšími příčinami jsou dle sester obecně úrazy (S2, S6-S8, S11, S13) a pády (S1, S2, S9, S11), konkrétněji uvádí skoky do vody (S1, S4, S6, S10, S13) a sebevražedné pokusy (S3-S5, S10, S11). Zastoupena jsou i degenerativní onemocnění (S2, S6, S8, S11) a záněty (S7, S11, S12), například spondylodiscitida (S9, S13). Zajímavou odpovědí přispívá S11: „*Vesmíš jsou to teď starý lidi, který jsou polymorbidní. Tu páteř maj nějakým způsobem už pochroumanou, buď jako nějaký osteofyty, nějaká osteoporóza, myelopatie, záněty, nádory. Tak tam potom stačí opravdu minimální úraz teda, kterej by se normálně řešil konzervativním postupem*“.

Méně obvyklými příčinami pak může být zakrvácení do míchy v důsledku disekce aorty (S13) nebo jako sekundární komplikace po transplantaci ledvin (S11).

Podkategorie 2.2 – Věkový průměr pacientů s míšním poraněním

Převážná většina sester (S3-S5, S8-S13) uvádí, že se v současné době setkává spíše se staršími pacienty. Zdůrazňují, že věkový průměr pacientů oproti minulosti výrazně narůstá (S3, S4, S8-S13), přičemž sestra S13 tuto skutečnost potvrzuje nedávno zhotovenou statistikou. „*Takovej ten klasickéj spinální pacient, kterej byl před 20 rokama, jakože mladej člověk, kterej skočil do vody nebo kterej se rozsekal v autě, tak není*“, zní přímo slova S11. „*Spíš jako se nám sem teď vracejí ty staří lidé, kteří lezou někam, nebo šplhají někam a spadnou. Anebo se sem znovu vracejí ty už jako chroničtí pacienti, kteří si třeba udělají dekubity nebo už vlastně se u nich objeví přidružené choroby*“, upřesňuje S9.

Sestra S9 nabízí i možné vysvětlení: „*Je to možné, že je to třeba tím, že funguje edukace veřejnosti o skocích do vody, lidé se více pásají, protože i ty moderní auta už prostě na to upozorňují*“. Sestry S12 a S13 přisuzují nárůst věkového průměru celkovému vývoji medicíny a diagnostických metod. „*Opravdu ten věk stoupá právě díky tomu, že ta medicína se stále posouvá a vlastně díky tomu se zachraňují onemocnění, který prostě kdysi se nedaly zachránit*“, uvádí S13. Sestry S3 a S4 se naopak domnívají, že starší pacienti přichází zejména po změně vedoucí lékařky oddělení.

Souvislost ročního období s věkem pacientů uvádí 4 sestry (S1, S2, S6, S8). „*V*

létě většinou mladší a během roku starší“, tvrdí S6. Přítomnost mladších pacientů v letním období potvrzuje i sestra S8. *„Ale zase jsou staříci, kteří lezou na žebříky a očesávají jabloně, takže zase tady máte takovýhle lidi“*, dodává.

Vymezení konkrétní věkové skupiny přineslo poměrně široké rozmezí. *„Já vlastně jsem dělala taky bakalářku na spinální poranění, nebo trošku na spinální tematiku, a právě jsem se ptala i na věkové rozmezí těch pacientů. A vyšlo mi, že největší zastoupení těch pacientů je vlastně mezi 30-50 lety, tam jich opravdu bylo nejvíc. Potom druhá velká skupina byla od 50 let nahoru a těch mladých je opravdu málo“*, popisuje S9. Další odpovědi zahrnovaly věk od 18 let a výše (S5), 18-70 let (S7), 40-50 let (S12), 40-60 let (S2, S10), 50-60 let (S8) a 60-70 let (S11). Sestry S5-S7 shodně uvádějí výskyt všech věkových skupin.

Podkategorie 2.3 – Stav pacientů při příjmu na spinální jednotku

Základní charakteristiku pacientů podává S11: *„Takový obecný dělení je, že jsou lidi akutní. Lidi akutní, to znamená, že jsou prostě dva, tři tejdny po úraze páteře s nějakým neurologickým deficitem. Teda paraplegik, kvadruplegik, kvadruparetik a dále. A pak jsou chronický pacienti, který sem teda přichází teda už jako po určitých letech po úraze s nějakým problémem, jako je dekubit, infekce močových cest a tak dále“*. Sestry S5 a S11 shodně uvádí pouze plánované příjmy pacientů. *„Akutní příjmy nemáme. Oni vždycky ví, že přijdou a my taky víme, že přijdou. Takže je to oboustranně, že na to čekáme“*, popisuje S5.

Celkem 4 sestry (S1, S2, S6, S9) vyjádřily závislost stavu pacienta na diagnóze, se kterou přichází. Obecně lépe jsou na tom pacienti s paraplegií (S1, S6, S7, S9, S11), a to především v oblasti sebeobsluhy. Příkladem může být odpověď S1: *„... a ve stavu právě záleží jako na jejich poranění. Takže pokud je u nich potřeba vykonávat veškerý denní činnosti anebo jsou na tom lépe, že když jsou to paraplegici, tak se zvládnou třeba najíst, vyčistit si zuby, takovou tu osobní hygienu zvládnou“*. Potvrzuje to i S11: *„Tam jde o to, že si ten paraplegik jako aspoň zazvoní, nějak se aspoň sám napije, ale ten kvadruplegik nezazvoní“*. Kvadruplegici jsou dle S6 častěji ohroženi rozvojem komplikací. Z tohoto důvodu je zapotřebí jejich zvýšená kontrola v oblasti krevního tlaku a vyprazdňování.

Pacientův stav může rovněž nepříznivě ovlivnit úroveň ošetrovatelské péče, která je mu poskytována před překladem na spinální jednotku (S9, S12). Problematiku popisuje sestra S12 následovně: *„Co se týče mobility, tak většinou přijdou z nějakýho jako*

spádovýho zařízení, takže tam jako s nima moc necvičej a ani úplně nevědí. Na těch JIPech samozřejmě, tak tam řešej jiný, prioritnější věci. A na těch různých chirurgiích a neurochirurgiích standardních, tak ani kolikrát nevěděj, jak s těma lidma pořádně, v těch menších nemocnicích, manipulovat nebo cvičit. Anebo se naopak setkáváme s tím, že je rovnou posaděj na tý posteli. Bez korzetu, bez límce, prostě rovnou šup – zkusíme, jestli to jde“. S9 doplňuje: „Pokud jde o nějakou psychiku, tak jako je to hodně znát, protože na jiných odděleních nejsou úplně zvyklí na pacienty, kteří se nehýbou. Vlastně neuzpůsobují tomu tu péči a ti pacienti opravdu strádají, fyzicky a často i hodně psychicky“.

Oddělení a délka přecházející hospitalizace se dle S3 a S4 odráží také v množství invazivních vstupů. „No taky záleží, odkud jsou přijatí. Někdy jsou prostě už dlouhodobě po nemocnicích, třeba půl roku po nemocnicích, tak třeba nemusí mít žádný vstupy, jenom třeba permanentní močový katétr. Ale taky přijímáme tady třeba z naší JIPky, tak můžou mít i centrální žilní katétr nebo permanentní močový katétr, to je taky různý no“, tvrdí S3. Z invazivních vstupů byl 7 sestrami (S3, S5, S6, S8, S10, S12, S13) konkrétně jmenován permanentní žilní katétr. „S flexilou tak jako že přijedou, většinou když maj třeba nějaký antibiotika. Někdy maj antibiotika a přijedou i bez ní. Takže se musej napichovat tady“, udává S13. S centrálním žilním katétrem se setkávají 4 sestry (S3, S5, S10, S12), přičemž S12 dle svých slov spíše výjimečně. Na pracovišti S10 je ponechán pouze první dva dny po příjmu, v závislosti na ordinované medikaci i déle.

Derivace moči bývá zajištěna prostřednictvím permanentního močového katétru (S3, S5-S7, S10, S12, S13) nebo epicystostomie (S5-S7, S13). Sestra S13 upřesňuje, že epicystostomie nebývá zavedena, pokud se jedná o pacienta v akutní fázi po úrazu. Zmiňuje ji u chronických pacientů, stejně jako možnost čisté intermitentní autokatetrizace. Uvádí také: „Málokdy, řekněme ze dvou, ze tří procent se stane, že přijedou jako se spontánní mikcí. To jako je málokdy, ale to jsou většinou ty paraparézy nebo něco“. Psychický stav pacientů celkem 5 sester (S1, S4, S5, S6, S12) označuje za různorodý. „Pacient od pacienta, někdo to bere úplně v klidu, že je úplně ochrnutý a směje se a nějak se s tím smíří, nebo jako spíš zjistí, že musí teď žít trochu jinak. A někdo je z toho úplně vykořelenej a ztratil už nějakou životní vizi“, popisuje S5. Dle 3 sester (S8, S12, S13) si pacient v počátcích neuvědomuje vlastní stav a jeho budoucí následky. „Co se týče psychickýho stavu, tak většinou jsou ještě v takovým, dá se říct šoku trošku, že ještě úplně nevědí nebo nepřipouštěj si, co to jakoby pro ně bude znamenat do budoucna. Někdy ty následky“, vypovídá S12.

Jako špatný nazvaly psychický stav 2 sestry (S7, S9), a to dle S7 zejména u kvadruplegiků. Sestra S3 uvádí rozvinutý hospitalismus, pokud překladu pacienta na spinální jednotku předcházela dlouhodobá hospitalizace. Se srovnáním psychiky u mužů a žen přichází S13: „*Myslím si, že ty chlapi to snášejí všechno líp než ženy. Ty ženy opravdu jako jsou... Ony dokážou víc přemýšlet o té budoucnosti. A dokážou víc přemejšlet o tom, co se doma děje, protože vlastně většinou to stojí celá ta domácnost na té ženě. A ty jsou takový víc jako vnímavější i na tu bolest a ono to je i všechno se vším. Ta psychika je špatně a je špatně teda i samozřejmě všechno kolem*“. Zlepšení psychického stavu během hospitalizace na spinální jednotce udávají 3 sestry (S1, S6, S9). To S9 přisuzuje připravenosti personálu a celkové pozitivní atmosféře na oddělení. Dle sestry S6 k této změně výrazně přispívají intervence ze strany psychologa, psychiatra a případné nasazení psychofarmak. O nastavené medikační léčbě během příjmu se vyjádřilo celkem 6 sester (S1, S5-S7, S10, S12). „*Některý maj teda už nějakou medikaci. Tady většinou když nemaj, tak nasazujeme nějakou lehkou medikaci, nějakou Citalec nebo Zolofit jakoby všem, aby je to nebrzdilo i stran té rehabilitace. Ale většinou už něco nasazenýho maj*“, uvádí S12. Zhoršení psychického stavu během hospitalizace uvádí S4, a to v návaznosti se zjištěnou nepříznivou prognózou.

Otázky související s prognózou jsou jedny z nejčastějších, které pacienti pokládají (S1, S2, S5-S7, S9, S11, S12). Zajímají se, jestli budou chodit (S7, S9, S11, S12), jestli se to zlepší (S6, S9), jestli se uzdraví (S6) a kdy k tomu dojde (S5, S11). „*Nikdy se neříká, že nikdy nebudou chodit. Protože to člověk nikdy neví, ale to se ptaj*“, uvádí S11. Na to navazuje odpověď S13: „*Protože občas přijedou a vypadá to špatně, že opravdu se nehnou a oni potom nám přijdou sem o berlích. Takže se nedokáže vůbec jako říct, co to tělo udělá nebo neudělá. Dá se to odhadnout, ale nechce se ten doktor úplně splést*“. Dotazy se týkají také návratu to běžného života (S2), například v oblasti zaměstnání (S6, S11), řízení auta nebo budoucího sexuálního života (S11). S11 dále pokračuje: „*Ze začátku, když jsem tady začal pracovat tak jsem vůbec nevěděl, co jim mám říct. A teď si myslím, že jsem docela zběhlej. Mám i nějaký kontakty, vím, co a jak*“. Pacienti chtějí znát také délku hospitalizace na spinální jednotce (S4, S8, S12, S13). „*Což jim člověk nemůže odpovědět, protože zaprvý pořádně neví, co bude a jak na tom úplně jsou. A někdo tady leží – do měsíce je pryč, někdo tady je čtvrt roku, někdo půl*“, uvádí S8. Otázky dále směřují na chod samotného oddělení (S3, S5, S9) co se týče návštěv (S10, S12), fyzioterapie (S3) nebo kouření (S9). Dle sestry S1 chtějí být informováni ohledně medikace, budoucích vyšetření a případných operací. V poslední řadě zjišťují místo

následného překlada (S4) a délku pobytu v něm (S5).

Délka hospitalizace na spinální jednotce dle 7 sester (S1, S3, S4, S6, S7, S10, S12) trvá průměrně 2-3 měsíce. Minimálně měsíční pobyt uvádí sestry S9 a S13. Délka se pak dle S9 odvíjí od rychlosti rehabilitace, dle S13 záleží na celkovém zdravotním stavu. S13 vysvětluje: „*To záleží právě jestli maj nějaký dekubit nebo nějaký přidružený onemocnění. Ale většinou to bývá, když nemaj dekubity a jsou vlastně jakoby ve stabilním stavu už přijatý, tak většinou to bývá 30 dní maximálně. A když teda přijedou s dekubitem nebo todleto, tak už je to třeba kolem 120 dní minimálně*“. Další odpovědi zahrnovaly dobu 1-2 měsíců (S8), 50 dní a více (S2, S5) nebo 3 měsíce (S11).

Podkategorie 2.4 – Monitorace fyziologických funkcí pacientů s míšním poraněním

Sestry se shodují, že na pracovišti ani jedné z dotazovaných neprobíhá invazivní měření vitálních funkcí. Tuto odpověď zakládají na skutečnosti, že jakožto standardní oddělení nedisponují potřebným vybavením. Měření invazivními metodami v minulosti uvádí pouze S13: „*Já tady toho pamatuju hodně, takže jsme tady kdysi měli i ventilátory a takový věci. Takže jsme tady třeba měřili arteriální tlak jako vyloženě přes monitor*“. Spolu s S4 a S12 potvrzuje, že někteří přijatí pacienti mají z předešlého oddělení zavedený arteriální katétr. Ten je však brzy extrahován (S12, S13).

Celkem 11 sester (S1, S2, S4-S6, S8-S13) u vybraných pacientů kontroluje fyziologické funkce skrze monitor vedený na inspekci. „*To jsou ty horší, kterým se třeba jakoby měří tlak 3x denně. A jsou to lidi třeba s tracheostomií nebo ty, který maj centrální, maj tam noradrenalin, jsou třeba čerstvě po operaci – třeba čtrnáct dnů, tři tejdny. Kdy teda se ještě čeká, že by se eventuelně mohlo jakoby něco stát*“, uvádí S11.

Z fyziologických funkcí je konkrétně měřen krevní tlak (S1, S5-S10, S12), puls (S1, S7, S12), křivka EKG (S2, S5, S6), tělesná teplota (S7), dechová frekvence (S5) a saturace hemoglobinu kyslíkem (S1, S7-S10, S12, S13).

Podkategorie 2.5 – Ošetřovatelské diagnózy pacientů s míšním poraněním

Je nutné podotknout, že ačkoli pouze 2 sestry (S8, S11) vyjádřily neznalost přesných názvů ošetřovatelských diagnóz, nesprávných označení bylo jmenováno více. Uvedené diagnózy nebyly nijak upraveny, pouze seřazeny do souvisejících oblastí.

Nejčastěji zastoupenými ošetřovatelskými diagnózami jsou riziko vzniku dekubitu (S2-S4, S6-S13) a riziko vzniku infekce (S2, S3, S5, S6, S8-S13). Riziko infekce dávají 4 sestry (S2, S3, S6, S9) do souvislosti se zavedeným permanentním žilním katétre a 5 sester (S2, S3, S6, S9, S10) s permanentním močovým katétre. „*Takže*

třeba my tady 2x týdně proplachujeme močové měchýře, abychom vlastně předešli nějakému riziku rozvoje té infekce, která stejně se po nějakém čase nejspíš objeví, tomu nejde úplně zabránit“, uvádí S9.

Potenciální diagnózou je dle 5 sester (S2, S4, S7, S10, S13) také riziko pádu. Dále 4 sestry (S1, S2, S7, S11) zmiňují bolest, kterou S7 rozděluje na akutní i chronickou. Ve 3 odpovědích (S2, S6, S7) byla uvedena porucha vyprazdňování moči a stolice, S12 konkrétně jmenuje riziko zácpy. Následuje snížená mobilita (S12), porucha aktivity (S7) a riziko rozvoje tromboembolické nemoci (S3, S7). Dále také porucha polykání (S2), prevence dehydratace (S6) a v souvislosti s diabetiky i riziko nestabilní glykemie (S9). S11 uvádí obecně pouze výživu. Odpovídá: *„Výživa je hrozně důležitá. Pokud člověk není vyživenej, nemá sílu na rehabilitaci, takže to bych asi vypíchnul jako důležitý“*.

Mezi další diagnózy řadí sestry nesoběstačnost či částečnou nesoběstačnost (S2), poruchu soběstačnosti (S7) a sníženou sebekéči (S12). Objevit se může i porucha spánku (S2, S7) nebo porucha integrity kůže (S7). Z oblasti psychiky pak psychická nepohoda (S1), zhoršení psychiky (S11) nebo obecně diskomfort (S12).

Skórovací systémy pro vyhodnocení možných rizik dle 6 sester (S2-S5, S8, S11) nejsou odlišné od těch, které se využívají na jiných standardních odděleních. Na možnou rozdílnost poukazují v případě rehabilitačních pracovníků (S10) a fyzioterapeutů (S3, S11), u kterých S11 jmenuje ASIA protokol a Frankelovu škálu. Celkem 3 sestry (S9, S12, S13) uvádí, že hodnotící škály nevyužívají. Svou odpověď S9 doplňuje tvrzením, že v příjmovém formuláři sice získává informace z rizikových oblastí, ale *„není to formou tady těch nějakých vlastně už předdefinovaných škál“*.

Nejčastěji uváděnou byla škála Nortonové k posouzení rizika vzniku dekubitů (S1-S4, S6-S8, S10, S11). Následuje Barthelův test základních denních činností (S1-S4, S6, S7, S11) a vizuální analogová škála k hodnocení bolesti (S1, S8, S9, S11, S12). Sestry zjišťují také riziko pádu (S1, S3, S7, S10), kde pouze S3 specifikuje Morse Fall Scale. V případě zavedeného permanentního žilního katétru je probíhá hodnocení dle stupnice Maddona (S2, S6, S11). Mezi dalšími sestry uvádí Glasgow Coma Scale, Body Mass Index (S1), nutriční screening (S6, S8) a GUSS test (S6, S7).

Způsob stanovení ošetřovatelských diagnóz S1 stručně popisuje ve zpracování informací získaných od pacienta. Zbytek odpovědí dělí sestry na dvě skupiny. V případě 6 z nich (S2-S7) panuje shoda v tom, že stanovení diagnóz probíhá zadáním informací do počítače. *„Zadáваме to do systému, ono to dokáže samo vyhodnotit. Většinu věcí, něco se tam musí dopsat teda ručně“*, udává S3. *„Takže si sednu, naklikám si to a mám to*

vyřešený. Takže o tom na jednu stranu nemusím ani tolik jako přemýšlet, protože když to vidím před sebou, tak je to pro mě přece jenom snazší“, vyzdvihuje výhody S2. Naopak ostatních 6 sester (S8-S13) uvedlo, že ošetrovatelské diagnózy již nestanovují. „Nestanovujeme ani nevyhodnocujeme, nemáme to vůbec. V celý xxx nemocnici neseepisujeme ošetrovatelský diagnózy“, odpovídá S8. Vizualní kontrolu pacienta následně upřesnily 4 z nich (S9-S12). „Je to na základě pohledu, ale jakoby denně. V našem ošetrovatelském plánu – máme jednodenní ošetrovatelský plány – na druhý straně vždycky jako zaškrtaujeme nebo píšeme, co u toho člověka děláme. Že ho polohujeme, že ho mejeme, že ho oblikáme, že ho musíme krmit, že ho kontrolujeme stran rizika infekce a tak dál. Takže jakoby podle toho my jim dáme takový jakoby nálepky, že teda jako jo, že on je kandidát nebo že je rizikovej v oblasti týdletý a týdletý“, vysvětluje S11. Pro názornou ukázkou přináší S13 nevyplněný ošetrovatelský plán. U permanentního žilního katétru vysvětluje zápis „o tom, jak vypadá okolí, jestli je funkční, nefunkční, jak to vlastně vypadá“. Dále pokračuje: „A tady vlastně máme veškerý ty rizika. Jo, tady je vlastně ta soběstačnost, jestli potřebujou pomoct s oblékáním, jak se koupali, jestli chodili s rehabilitačníma nebo jestli je koupeme my na lůžku, na vaně, všechno tam zaznamenáváme“. Sestra S9 dodává, že kontrola zaznamenaných údajů probíhá dle potřeby i 2x denně, přičemž ke kontrole existujících dekubitů slouží pravidelná fotodokumentace.

Kategorie 3 – Potřeby pacientů s míšním poraněním

Tato kategorie byla rozdělena do 4 podkategorií. První z nich uvádí nejčastější potřeby pacientů s míšním poraněním včetně způsobů jejich zjišťování. Sestry zde také vyjádřily, jaké potřeby na spinální jednotce nelze dostatečně uspokojit. Druhá podkategorie je věnována psychickým potřebám pacienta a možnostem jejich naplnění. Třetí podkategorie se soustředí na uspokojování spirituálních potřeb. Ve čtvrté podkategorii je vysvětleno působení rodiny na pacientovy potřeby.

Podkategorie 3.1 – Potřeby pacientů s míšním poraněním

Nejčastější potřeby pacientů jsou dle 7 sester (S1, S3-S8) fyziologické. Zahrnují oblast stravování (S1, S3-S6), hydratace (S1, S3, S4, S6), vyprazdňování (S1, S8), hygienickou péči (S3) a tišení bolesti (S6, S10). Uvedeno bylo také polohování (S4-S6), pomoc s oblékáním (S4) a přesunem do vozíku (S3).

Psychické potřeby popsal 6 sester (S2, S7, S9-S12), které téměř shodně jmenují kontakt s okolím (S2, S7, S9, S10, S12, S13). „Většinou je to ten kontakt, jakože podle

mě. *Jakože si myslím, že oni jsou rádi, že si s nima člověk popovídá. Že vy se o nich něco dozvíte, oni se zase něco můžou dozvědět o vás*“, uvádí S2. Častěji byl uveden přímo kontakt s rodinou, který byl dle sester S2, S10 a S12 během pandemie koronaviru značně omezen. V dalších potřebách byla vyjádřena motivace (S2), psychická podpora (S10), potřeba informací (S11), potřeba někam patřit (S7) a seberealizace (S12).

Zmíněna byla potřeba kouření (S12, S13), kterou S13 komentuje takto: *„Na jednu stranu to člověk i jako chápe, že prostě mají tu potřebu kouřit. Prostě psychika, kouřili celý život. Takže jako je to takový, jako najít si v tom nějaký takovej ten kompromis. Což se ne vždycky daří“*. Objevuje se také potřeba zdraví v oblasti mobility (S8, S9, S12).

Všechny sestry uvádí, že zjišťování pacientových potřeb vyplývá ze vzájemné komunikace. *„Při vykonávání nějaké činnosti většinou vznikne nezávazná konverzace, a to pacienti zjišťují, co potřebují zjistit. A není to u každé sestry, musí si k nim najít cestu a ta sestřička jim musí být sympatická“*, odpovídá S7. Smíšenou formu ukazatelů potřeb popisuje pouze S2: *„Ono je to všechno dohromady. Verbálně, výrazem tváře, náladama. Ono je to všechno spojený dohromady, že jako je to na nich kolikrát vidět, že jako je něco trápí a mají strach o tom mluvit“*.

V případě potřeby dle většiny sester (S1, S4-S13) pacient použije signalizační zařízení. Pokud mu zdravotní stav neumožňuje jeho stisknutí, často tuto úlohu přebírá jiný pacient ze stejného pokoje (S4-S6, S9-13). *„Většinou je to jakoby uzpůsobené tak, že na tom pokoji je aspoň jeden pacient, co může zazvonit nebo má pohyblivé ruce. Tak zavolá třeba pacientovi, který si zazvonit nemůže“*, vysvětluje S5. Využit lze i signalizační zařízení určené pro kvadruplegiky, které dále popisuje S12: *„Máme zvonky i pro kvadruplegiky, že pokud zvládnou aspoň minimální pohyb rukou, tak maj takový jako že do toho jenom plácnou“*. Alternativní možností je také použití hlasové signalizace (S1, S10, S12), která je aktivována zavoláním pacienta. Dalším způsobem je ponechání otevřených dveří (S1, S8-S13), a to i u pacientů se zavedenou tracheostomií (S8, S10-12). *„V případě, že teda mají tracheostomii, tak si je dáváme na pokoje co nejbliž, necháváme otevřené dveře a pacient je poučený, že má zamlaskat nebo tak, abysme ho prostě slyšeli“*, uvádí S10. Komunikace u pacienta s tracheostomií následně probíhá prostřednictvím psaní (S3), tabulek (S6) nebo kýváním hlavy na položené otázky (S3). Dle sestry S13 u pacientů probíhá brzká výměna tracheostomické kanyly na typ, který umožňuje fonaci.

Z hlediska naplňování potřeb celkem 6 sester (S2, S4, S5, S10, S11, S13) nenapadá žádná, kterou nelze dostatečně uspokojit. Zároveň téměř ve stejném složení (S2,

S4, S10-S13) uvádějí, že se pro pohodlí pacientů snaží dělat maximum. „*Já si myslím, že pokud jako chtěj, tak jde úplně všechno*“, uvádí S11. Za příklad dává dostupné služby kadeřnice, pedikérky a ze strany sanitáře pak holení a úpravu vousů. „*Pro jídlo jim dolů chodíme, když si objednaj, do krámu jim zajdem, když něco potřebujou. Když jde člověk ze směny, tak jim chodí nakoupit, když jim nejezdí rodiny*“, doplňuje výčet S12. Sestra S8 se naopak domnívá, že úplné uspokojení potřeb pacientů je spíše nereálnou záležitostí. Odpovídá: „*Jako převážně všechny se nedají moc uspokojit. Protože mají problémy, že se nemůžou sami vyčůrat, takže jsou převážně na cévce. A když se vytáhne cévka, tak se převážně musí skoro z 90 % všichni cévkovat. Výjimečně sem tam spontánní mikce. Takže uspokojíte málo lidí. Pak jim nefunguje zase stolice, takže se cítí trapně, blbě, že je člověk musí utírat. Myslím si, že úplně uspokojit je v těhlectech jejich potřebách, aby se mohli sami obsloužit, aby na ně člověk nemusel jakoby cizí šahat, aby to zvládali sami, se ani jakoby moc nedá*“.

Zcela naplnit dle S6 nelze potřeba soukromí, a to s ohledem na nemocniční pokoj sdílený s dalšími 3 pacienty. Spolu se sestrou S7 uvádí také omezený společenský kontakt s rodinou. „*Sice se pro pacienty personál na jistou dobu stane takzvanou náhradní rodinou, ale nikdy nemůžeme pacientům dát to, co jim dá jejich rodina*“, tvrdí S7. „*Musí se řídit tím řádem, což si myslím, třeba v těch volných dnech, že by nemuselo být tak přísný*“, vyjadřuje S6 svůj názor s doplněním, že návštěvy jsou povoleny od tří do pěti hodin odpoledne. Pracoviště S10 je ohledně návštěvního řádu shovívavější. „*No, my jsme tady takový, že pokud to nezasahuje do cvičení, tak můžou kdykoliv*“, uvádí.

Nedostatečně uspokojena může být také seberealizace (S7) a v případě upoutání na lůžko potřeba kouření (S12). S1 popisuje, že problémy mohou plynout i z nedostatečné účinnosti analgetik, antidepresiv nebo laxativ. Mezi odpovědi patřila i neuspokojená sexuální potřeba (S3, S9). Ta dala prostor pro vznik doplňující otázky, jakým způsobem se řeší oblast budoucího sexuálního života pacientů s míšni lézí. Sexuologa uvedla pouze S6, a to v kontextu, že jeho služeb již není využíváno. Sestra S10 odpovídá, že sice prostor pro konzultaci je, ale v současné době neví s kým. Pokračuje: „*Ale vím, že jsme tady měli jako rehabilitační, která se tím zabývala. Nevím, jestli ona chodí jako na částečný úvazek. Jestli vyloženě jako se zabývá jako tímhle tím, ale mluvila s těma lidma o týhle stránce. Doporučovala jim různé odborníky, jak to funguje, nefunguje a tak*“. Konkrétnější je pak vyjádření S12: „*Bud' je to v rámci toho psychologa, nebo tady máme i instruktora soběstačnosti, taky našeho bejvalýho pacienta, vozičkáře. Ten si myslím, že to s nima dokáže taky docela jakoby probrat, i ze své zkušenosti. I si myslím, že se asi i těm*

pacientům s ním o tom mluví líp, než když tam prostě nastoupí sestra. No a potom paní staniční, i stran jakoby těch léků nebo tý medicace, kterou oni třeba potom na nějakou podporu potřebují brát, tak to s nima řeší i ona“.

Zapojení staniční sestry a instruktora soběstačnosti potvrzuje S13. Domnívá se také, že tuto problematiku dříve řešil urolog. Sama se v minulosti neangažovala z důvodu neochoty spolupráce mladých pacientů. V současné době téma nepovažuje za příliš aktuální, vzhledem k vyššímu věkovému průměru pacientů. Dle sestry S8 se pacienti naopak zajímají, ale často jim v řešení jejich problémů brání stydlivost. Svými zkušenostmi přispívá i S11: *„Na to mám třeba taky kurz takovej. Nebo jsem si to i sám zjišťoval, co a jak, i s mojí kolegyní ergoterapeutkou. Takže jakoby existuje příručka v podstatě pro kvadruplegiky, paraplegiky, jak jakoby to teda udělat. Jakože ty možnosti jsou, v 21. století ty možnosti jsou prostě neskutečný“.* Dále uvádí, že důvodem zájmu pacientů je především snaha o založení rodiny. *„Jde to, vždycky to jde. Mám kontakt i na různý jakoby specialisty, teďkon jsme dělali i příručku pro naše pacienty, tam je i toto téma jakoby nakouslý. Takže vědej, že se maj buď obrátit na mě, nebo na kolegyni z ergoterapie. A my máme k tomu různý prospekty, máme i kontakty. A můžeme jim říct, co a jak prostě“*, uzavírá téma.

Podkategorie 3.2 – Péče o psychické potřeby

Sestrám byla položena otázka, jakým způsobem jsou na spinální jednotce uspokojovány psychické potřeby pacientů. Za účinnou péči o psychické potřeby shodně uvádí služby psychologa. Rozhovor s ním na pracovištích S3, S4, S8 a S12 probíhá automaticky po přijetí pacienta na oddělení. *„Anebo prostě upozorníme my, když vidíme, že prostě ten pacient nevypadá prostě tak, jak před pár dny“*, doplňuje S4. Skutečnost, že přítomný psycholog je paraplegik, uvádí sestry S9-S13. Sestra S11 se domnívá, že právě tento faktor má podíl na snazším přijetí jeho pomoci a udělovaných rad. *„Vlastně hodně jim říká třeba takový to, co se přesně bude dít, jak se to bude vyvíjet, ten stav a podobně. Kam je možnost právě jet a podobně, co se potom má vyjednat, i po nějakým ukončení“*, doplňuje jeho praktické působení S13.

O psychickou pohodu pacientů se snaží pečovat i samotné sestry (S2, S6, S7, S9, S10, S13). *„Případně i nám se kolikrát jako svěří ti pacienti, když jako vidí, že máme čas. Tak si povídají s náma jako se sestrama, s personálem, se sanitárkama. Takže si myslím, že i jako my jim můžeme částečně pomoci ulevit od toho, co je teď aktuálně tíží“*, udává S2. Své stanovisko vyjádřila i S7: *„Myslím, že když si pacient sám najde někoho z řad*

personálu, kdo je mu milý a má k němu důvěru, je pro něj víc než psycholog“. Případné problémy pacientů dokáže zachytit i instruktor soběstačnosti (S8, S10, S11, S13), který konverzuje s pacienty během společně stráveného času.

Zhoršení psychického stavu doprovází vyšetření konziliárním psychiatrem (S1-S5, S8, S12, S13). Samotná psychofarmaka v medikaci potvrzuje 11 sester (S1-S5, S8-S13). *„Psychofarmaka tady jedou ve velkém, když to jako řeknu. Ty psychofarmaka jsou důležitý, protože ty lidi by se... Ne, že zbláznili, ale musej bejt asi trošku kompenzovaný stran týdletý psychický stránky“*, odpovídá S11. Svě tvrzení doplňuje: *„Všechno se nevyléčí lékama, ale v tý akutní fázi je užíváme, když máme tu možnost“*.

Zajímavé je, že pouze S1 zohledňuje vliv návštěvy rodiny, a to následujícím způsobem: *„Samozřejmě na psychiku jim taky hodně pomáhá návštěva, že jo. Jsou hrozně rádi, když jim někdo přijde na návštěvu. Kdo může do vozíku, tak jedou na kafe, a to se lidi jakoby rapidně prostě zlepši. To jim vždycky dělá hrozně dobře“*. Pracoviště S6 na zlepšení psychiky cílí i skladbou pacientů, které rozděluje tak, aby podobné věkové skupiny sdílely společný pokoj. K naplňování psychických potřeb dle sester může dále přispět návštěva duchovního (S5, S11), využití rádia či televize (S6), rozveselení klauny (S4) nebo návštěva canisterapeutky (S11).

Podkategorie 3.3 - Péče o spirituální potřeby

Téměř všechny sestry (S1-S6, S8-S13) se shodují, že v případě potřeby je k dispozici nemocniční kaplan. Umožněna je dle 2 sester (S6, S12) i návštěva vlastního duchovního, pokud jej pacient má a vyžaduje. Zjišťování zájmu o tyto služby probíhá dle S12 již v rámci příjmové anamnézy pacienta. Ve většině případů přichází na telefonickou žádost (S2, S3, S5, S6, S8, S10, S11, S13), aktivní vyhledávání pacientů samotným kaplanem probíhá pouze na pracovišti S1. Ta popisuje: *„Často sem chodí, kouká, kdo tady leží. Obchází i pokoje, jestli někdo potřebuje, že se sám ptá pacientů, jestli někdo nepotřebuje jeho pomoc“*. Dodává také: *„A pokud vim, tak je možnost osob různého náboženského vyznání. Takže at' se to týká pravoslavných nebo katolíků nebo tak, si myslím si, že si tam každej může vybrat“*. Tuto možnost uvádí jako jediná, další 3 sestry (S3-S5) výběr omezují pouze na křesťanské vyznání. Svůj názor na to vyjadřuje S5: *„Jako myslím si, že zrovna za mě by to chtělo jako třeba víc. Myslím si, že to v tom zdravotnictví není úplně jako rozšířené. Že vlastně může přijít jenom křesťanský člověk možná, to je tak všechno. Jenomže těch náboženství je mnohem víc“*. K zajištění spirituálních potřeb může pomoci i návštěva dostupné kaple (S4, S6, S7, S9-S12), ve

kteře se dle S6 konají mše. Převoz kvadruplegických pacientů do kaple však považuje S11 za nereálný. Dodává: „*Ale vždycky je možnost zajistit mu soukromí a komfort. Takže třeba dám příklad, když třeba odpoledne jdou všichni domů, tak můžu pacienta vyvézt na tělocvičnu. Tam mu zavolat toho kaplana nebo někoho svého blízkého, a tam si teda spolu v klidu prostě nějak pohovoří*“. Časté návštěvy kaplana uvádí pouze sestry S1 a S4. V případě zájmu si dle S4 kaplan přichází povídat s pacienty i každý den. Naopak 7 sester (S2, S3, S8-S10, S12, S13) se s návštěvou kaplana setkalo pouze zřídka nebo nikdy za dobu své praxe. Vypovídá o tom S13: „*Je tady možnost kaplana, ale já jsem to v životě nevyužívala, takže netuším ani kam bych se obrátila. Musela bych si to vyhledat na intranetu nebo něco. Určitě jako si dokážem poradit kam zavolat, ale nikdy jsem to neřešila*“. Podobně se vyjádřila i S7 ohledně návštěv kaple. Uvádí: „*V našem zařízení je k dispozici kaple, ale navštěvovaná je zřídka. Ale každý má spirituální potřeby jiné, každý má své jiné rituály a nemusí být zrovna věřící v Boha*“.

Podkategorie 3.4 – Vliv rodiny na uspokojování potřeb

Většina sester potvrzuje, že rodina má významný podíl na uspokojování pacientových potřeb. Její zapojení hodnotí pouze 4 sestry (S5-S8) jako nedostatečné, dle S13 záleží na konkrétních osobách. Pozitivním vlivem na psychiku pacienta působí už samotnou návštěvou (S1-S5, S9, S10, S12, S13). „*Když má člověk nemocný kolem sebe nějaké blízké, tak se hojí mnohem rychleji bych řekl, i ta psychika je pro to důležitá*“, domnívá se S5. Přiblížit domov mohou pacientovi donáškou oblíbeného jídla (S2, S9, S12) nebo jiných věcí osobní potřeby (S5, S9, S12). Společně trávený čas pak nemusí probíhat pouze v nemocničním pokoji, ale také v rámci areálu (S5, S6, S7, S11) i mimo něj. „*Takže klidně i na různé obídky, večere, zmrzlinky. V létě jsme tenkrát snad pouštěli někoho i do zoologický, když mu přijely děti*“, dává za příklad S13.

V případě zájmu mohou příbuzní dle S5 a S6 o pacienta pečovat poskytnutím koupele, ostříháním nehtů, oholením vousů a dalších úkonů. Na to navazuje edukace v péči o pacienta s míšní lézí, kterou ve svých odpovědích zahrnuje celkem 9 sester. Rodinné příslušníky poučují převážně sestry (S3, S4, S7-S13) a v oblasti manipulace s pacientem také fyzioterapeuti (S4) nebo rehabilitační pracovníci (S11). Zapojeny jsou dle S9 a S11 také sociální pracovníce, které navrhují možné úpravy domácího prostředí.

Překážkou v edukaci může být neochota blízkých (S7, S12, S13) a jejich strach (S8, S12, S13). Příklad uvádí S12: „*Je pravda, že se o to teda jakoby snažíme, když tady jsou, tak je trošičku zapojit. Ale spíš se setkáváme s tím, že se jako trošku boje. Že nevědí,*

jak šáhnout, aby neublížili. Takže snažíme se, ale některý teda vyloženě nechťej. Některý zase chťej, ale boje se, je to na nich vidět“. Odmítnutí však může přijít i ze strany samotného pacienta (S8, S13). Sestra S8 uvádí: *„Oni i ty pacienti si myslej, že to není potřeba, že to rozchoděj. Ještě jakoby je to prvotní fáze, kdy oni to ještě nedokážou přijmout“.* Nespolečnosti rodiny se snaží S12 změnit vysvětlením, že tato péče bude potřebná i v domácím prostředí.

Návštěvy rodiny a přátel nemusí být vždy ku prospěchu pacienta, jak uvádí S13. Své stanovisko vysvětluje následovně: *„Třeba se nám občas stává, že tady má jedinec 5-6 návštěv za ten den a už je to strašně moc. Tomu člověku to ubírá i na síle, hlavně to prostě ubližuje pak i tomu druhému. Protože hlavně většinou se stává to, že za ním zrovna nikdo nepřijede“.* Kontraproduktivně dle jejích slov působí i na režim pacienta, který z důvodu návštěvy odmítá polohování, aplikaci čípků a další potřebné činnosti.

Kategorie 4 – Multidisciplinární péče poskytovaná na spinálních jednotkách

Tato kategorie ve 4 podkategoriích přibližuje působení multidisciplinárního týmu na spinálních jednotkách. První podkategorie se zabývá definováním členů multidisciplinárního týmu. Jmenuje také oddělení, která se nejčastěji uplatňují v péči o pacienta s míšním poraněním. Druhá podkategorie přibližuje způsob samotné spolupráce multidisciplinárního týmu. Ve třetí kategorii sestry hodnotí úroveň této spolupráce a uvádí problémy, které ji mohou provázet. V poslední, čtvrté podkategorii sestry vyjadřují, jakým způsobem vnímají vlastní pozici v multidisciplinárním týmu.

Podkategorie 4.1 – Členové multidisciplinárního týmu

Téměř všechny sestry (S1, S2, S4-S13) shodně jmenují lékaře jako členy multidisciplinárního týmu. K zajímavému opomenutí lékařů spinální jednotky dochází v odpovědích S3 a S6, které uvádí pouze lékaře konziliární. Překvapivým výsledkem je také skutečnost, že některé sestry neuvedly vlastní členství v multidisciplinárním týmu. Příčinou může být neznalost tohoto pojmu, jehož vysvětlení bylo požadováno sestrou S4. Nasvědčuje tomu i odpověď S6, která již zmíněné konziliární lékaře uvedla jako jediné členy. I přesto je však pozice sestry druhou nejpočetněji zmiňovanou, a to celkem v 10 odpovědích (S1-S3, S5, S7-S9, S11-S13).

V zastoupení 9 sester je dále jmenován psycholog (S1-S4, S7-S11) a fyzioterapeuti (S1-S5, S7-S9, S13). Rehabilitační pracovníky za členy multidisciplinárního týmu označilo celkem 5 sester (S5, S8, S10-S12), přičemž S11 zmiňuje i občasné návštěvy rehabilitačního lékaře. Nezastupitelnou je také role sociální

pracovnice (S1, S3, S4, S7-S10, S13).

V případě sanitářů se shodlo celkem 8 sester (S1, S2, S5, S7, S9, S11-S13), z nichž 5 jako součást týmu ošetřovatelek (S5, S9, S11-S13). Dalšími členy jsou dle sester také nutriční terapeut (S3, S7, S8), ergoterapeut (S7, S9), instruktor soběstačnosti (S8, S11), canisterapeut (S11, S13) nebo logoped (S3, S8). Sestra S1 ve výčtu členů uvádí i pracovníci úklidu. Netradiční spolupráci s jogínem popisuje S13: „*Pak k nám chodí ještě xxx, to je jogín, on dělá s nima dechovou rehabilitaci. Takže opravdu jako musím říct, že to má efekt, jakože supr*“. Zmiňuje také činnost dobrovolníků, kteří svou návštěvou zpříjemňují dlouhé chvíle osamělým pacientům.

Mezioborová spolupráce v péči o pacienty s míšní lézí je poměrně pestrá. Na otázku, s jakým oddělením probíhá spolupráce nejčastěji, se celkem 7 sester (S3, S4, S6, S9, S10, S11, S13) shoduje na urologickém oddělení. Doplnují, že spolupráce s urology je vyžadována z důvodu provedení urodynamického vyšetření (S4) a případného zavedení epicystostomie (S3, S10, S13). Následně 6 sester (S2-S4, S8-S10) uvádí ortopedické oddělení, odkud dle S2-S4 často probíhá překládání pacientů. Konziliární vyšetření a výkony u pacientů s tracheostomií podmiňuje spolupráce s otorinolaryngology (S3, S4, S10, S13). Anesteziologicko-resuscitační oddělení v rámci předoperačních příprav uvádí sestry S6 a S12.

Spolupráce probíhá také s traumatologií (S4, S9, S10, S13), neurologií (S6, S8, S9), kardiologií (S9, S11, S13), neurochirurgií (S2, S12), spondylochirurgií (S1) psychiatrií, (S6, S8), chirurgií (S2) interní oddělení (S1, S12, S13), infektology (S8, S9) a jednotkami intenzivní péče (S4, S5, S10). V souvislosti s dalšími diagnózami pacienta je jednotlivě uvedena diabetologie (S11), onkologie, dermatologie (S13) a gynekologie (S3). Návaznost zpracování krevních odběrů v laboratořích mikrobiologie, biochemie a hematologie popisuje sestra S1. „*Viceméně si myslím, že není úplně oddělení, se kterým bysme nespolupracovali*“, uzavírá téma S13.

Podkategorie 4.2 – Spolupráce multidisciplinárního týmu

Sestra S7, která i v následujících podkategoriích vyjadřuje celkovou nespokojenost vzájemné spolupráce, stručně popisuje její způsob takto: „*Upřímně řečeno je to dost, že si každý hraje na svém písečku*“. Ostatní sestry (S1-6, S8-S13) se shodují, že spolupráce multidisciplinárního týmu probíhá převážně pomocí slovního předání informací. To může mít formu předání hlášení (S3, S4, S6) nebo ranních vizit (S1, S3, S11, S12). Sestra S12 zmiňuje i dřívější vizity urologů, kteří docházeli zjišťovat potřebné

intervence z jejich strany. Dodatečné informace o stavu pacientů poskytují lékařům přítomné sestry (S2).

Zahrnuta je také ústní domluva s fyzioterapeuty či rehabilitačními pracovníky, a to ohledně cvičení pacientů (S3, S8, S11). „*S tím, že se ptaj, jestli třeba nemaj nějaký antibiotika, nebo prostě nemaj nějaký vyšetření a tak. My samozřejmě řekneme – jo, má třeba rentgen plic, ale třeba v devět – takže oni to musej nějak jakoby pošoupnout*“, uvádí příklad S11. „*Takže je to víceméně o tom, jak kdo komunikuje. Někdo komunikuje míň, někdo víc, ale většinou to funguje*“, doplňuje S13.

Budoucí plány a vize mohou být předmětem provozních schůzí (S10). Jejich účastníci se odlišují dle jednotlivých pracovišť, přičemž mohou mít výhradně lékařský nebo sesterský charakter. Možností je však i propojení obou profesí (S1, S5), jak dokazuje tvrzení S1: „*Každé pondělí, středu a pátek máme takzvaný sedánek s lékaři tady na sesterně a řekneme si, co a jak. V pondělí to bývá po vikend, v pátek před vikendem a ve středu zhruba uprostřed týdne*“. Spolupráci samotných pacientů zohledňuje pouze S1, a to ve vyjádření jejich názoru na služby kaplana či sociální pracovnice.

Předání informací je realizováno také v písemné podobě (S5, S6, S11-S13). Příkladem je předložení řádu oddělení nově přijatým pacientům (S10) a sepsání předávaného hlášení (S6). Využíváno je také informačních tabulí, které sestřám pomáhají s orientací v překladech do rehabilitačního ústavu (S6) a aktuálním rehabilitačním plánem pacientů (S5, S6, S12, S13). Návaznost péče s rehabilitačními pracovníky popisuje S6: „*Spolupracujeme tak, abychom vlastně ty naše aktivity propojili s těma jejich, aby se nečekalo. Prostě navazovalo to na sebe*“. Rehabilitačnímu cvičení je podřízena doba oblékání pacientů, polohování a další činnosti. Potvrzují to sestry S8, S11 a S13, pro které je každý den zhotoven podrobný rozpis.

Podkategorie 4.3 – Problémy ve spolupráci multidisciplinárního týmu

Jako výbornou, dobrou nebo přinejmenším fungující označila vzájemnou spolupráci většina sester (S1-S6, S8, S10-S13). Informantka S10 se vyjadřuje o dobré spolupráci v rámci ošetrovatelského týmu, přičemž vzájemný vztah lékařů a sester by mohl být lepší. Dle S9 je efektivita proměnlivá a závislá na jednotlivých osobách. Uvádí: „*Já si myslím, že je to hodně o lidech. A někdy to jde lépe, někdy hůře. Ale myslím si, že co je nejdůležitější, že pacienti jsou spokojeni a ty nemají pocit, že by to špatně fungovalo*“. Negativní postoj zastává pouze S7. „*Když po ostatních členech nic nechcete, tak jde dobře*“, hodnotí spolupráci na svém pracovišti.

S problémy v oblasti spolupráce se nesetkávají 3 sestry (S2, S5, S8), příležitostně pouze S3. Další 4 sestry zmiňují občasný komunikační šum. „*Ale že by cíleně někdo nějak škodil, to vůbec ne*“, upřesňuje S1. Nedorozumění byla konkrétně jmenována v komunikaci sester s fyzioterapeuty (S4, S6, S7) a rehabilitačními pracovníky (S11). Dle informantky S4 vyplývají z nepředání informace o ukončeném cvičení pacientů, kterému následují intervence sester. V jiných případech mohou být příčinou naopak sestry, které neupozorní rehabilitačního pracovníka na nařízený klidový režim pacienta (S11). Problémy dále vyvstávají z rozdílných názorů těchto stran (S6, S7). S7 uvádí: „*Například když sestra zhodnotí, že by bylo vhodné, kdyby se pacient naučil například oblékat a svlékat či přesouvat na sprchovací židli, aby byl samostatnější, je často odpovídáno, že to nemají ještě v plánu. Takže se často stává, že sestra převezme iniciativu a trénuje s pacientem sama*“. Řešení v případě S6 zahrnuje vzájemnou domluvu s ujasněním cílů.

Příčinou neefektivní spolupráce může být také přístup jednotlivých lékařů (S10-S13). Příkladem může být několikahodinové čekání na příchod konziliárního lékaře, který byl vyžádán pro řešení pacientova problému (S10, S11). Objevuje se také neochota tyto záležitosti řešit, jak uvádí S12: „*Spíš prostě jako mají pocit, že je asi nepotřebujeme a že když bude nějaký problém, tak že se to bude řešit individuálně, no. Tak jako – když bude něco potřeba, tak volejte – ale radši nevolejte*“. S degradujícím chováním lékařů k mladším či nově zaměstnaným sestřím se setkává S13. Uvádí, že v případě vlastní osoby dá lékaři slušně najevo, že se jí nelíbí daný způsob jednání. „*Ale kdo na to má taky odvalu. Já třeba jo, ale jsou kolegyně, který si nedovolej se ani křivě podívat*“, popisuje možný strach z konfrontace. Pokud se tyto situace opakují, na žádost personálu promluví s daným lékařem staniční sestra. Případně jej usměrní jiná kolegyně: „*Takže občas i takhle si jakoby pomůžeme, že prostě jako zakročí ta starší, že teda takhle se sestřičkou mluvit nemusí třeba. Kolikrát jim to dáme slušně najevo, že takhle ne*“.

Celkem 9 sester (S1, S4, S5S8-S13) neví, jakým způsobem by dala posílit vzájemná spolupráce. „*Myslím si, že kdybysme na něco přišli, že už by se to zavedlo*“, odpovídá S13 s opětovnou pochvalou současného stavu. Sestry S4 a S5 si myslí, že by vztahům v kolektivu prospěl teambuilding nebo jiná forma společných aktivit. „*Ale ne úplně jako akce, kde by to jako bylo o alkoholu, ale spíš o něčem jiném*“, doplňuje S5. V souvislosti s fyzioterapeuty S6 udává, že by ocenila společné pracovní „*sedánky*“, během kterých by se upřesnily budoucí plány a vize obou stran. Možné řešení neshod by dle S7 spočívalo ve spolupráci všech členů týmu tak, jak se od nich očekává.

Podkategorie 4.4 – Postavení sestry v multidisciplinárním týmu

Své postavení v multidisciplinárním týmu považují za důležité téměř všechny sestry (S1, S2, S4-S6, S8-S13). Vyplývá to například z následujících odpovědí: „*Považuji ho za zásadní, nejenom teda přímo mě jako mojí osoby, ale sester obecně, protože jsou u toho pacienta nejčastěji a tráví s ním nejvíce času v rámci celé směny. Takže můžou zjistit vlastně jakýkoliv jeho zdravotní stav, jakýkoliv problém a dále informovat lékaře*“ (S5) a „*Sestra je rozhodně důležitá, nebýt sestry, tak není jako nic, ta základní péče. Ale tak všechno spolu spolupracuje, taková harmonie. Někdo dělá tohle a někdo zase to. Každé postavení je důležité, od té uklízečky až po toho lékaře*“ (S5). Sestry S9 a S10 označují sestru hned po lékaři za nejdůležitějšího člena multidisciplinárního týmu. Naopak S3 s použitím škály od 1 do 10 označuje pozici sestry zhruba v polovině. Sestra S7 odpovídá, že se v multidisciplinárním týmu cítí jako „*holka pro všechno*“.

Svou důležitost přisuzují zejména náplni své práce, která pokrývá základní péči o pacienta (S5, S8-S11). Udávají také, že jsou to právě ony, kdo tráví s pacientem nejvíce času (S1, S10, S12). Mnohdy tedy znají stav pacientů lépe než samotný lékař, kterého v této oblasti informují (S2, S6, S12, S13). „*Tak většinou je ta sestra důležitá, protože ten lékař s pacientem není. A my je vlastně informujeme o těch jeho pocitech, o tom, jak reaguje na tu léčbu, že jo*“, dosvědčuje odpověď S6. „*Ale záleží na tom, jak jsou ti lékaři ochotní s váma spolupracovat. A jak vlastně berou v potaz to, co my jim říkáme*“, doplňuje.

Informantkou S8 byl zmíněn i fakt, že sestry často zastávají práci lékařů. Vysvětluje to nepřítomností na oddělení, konkrétní příklad těchto činností nebyl uveden. Sdílnější byla S13, která za příklad uvádí výměnu permanentního močového katétru u mužů. Vzhledem k absolvovanému kvalifikačnímu kurzu tím však nedochází k překračování jejích kompetencí.

5 Diskuse

Pro účely této diplomové práce byly vytyčeny celkem tři hlavní cíle. Zaměřeny byly na zmapování role sestry na spinální jednotce, popis spolupráce zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu při péči o pacienty hospitalizované na spinální jednotce a popis potřeb těchto pacientů. Stanoveno bylo také pět navazujících výzkumných otázek, jejichž zodpovězení poskytuje komplexní náhled na provoz a specifika spinálních jednotek včetně péče o pacienty s míšní lézí. Pro získání potřebných dat bylo využito polostrukturovaných rozhovorů s třinácti sestrami pracujícími na vybraných spinálních jednotkách České republiky. Ze zjišťovaných identifikačních údajů vyplývá, že průměrná délka zaměstnání těchto sester tvoří osm let, průměrný věk činí 32,5 roku a v poměru deseti ku třem převažují ženy.

Náplň polostrukturovaných rozhovorů byla předem připravena tak, aby vedla k zodpovězení výzkumných otázek. První výzkumná otázka zní: „Jaká je úloha sestry v péči o pacienty na spinální jednotce?“. Dle Plevové a kol. (2018) sestry zastávají mnoho rolí, které se promítají ve výchovné, expresivní, ošetrovatelsko-pečovatelské, technické, poradenské, organizační a administrativní oblasti, stejně tak i ve výchově ke zdraví. Obecné vymezení rolí sestry je mnohými autory modifikováno a rozšiřováno. Odvíjí se mimo jiné také od toho, zda sestra vstupuje do interakce s pacientem, lékařem nebo jinými sestrami (Hayes, 2003). Špirudová (2015) ve své knize uvádí, že sestry v současné době plní role ošetrovatelky, poradkyně, komunikátorky, edukátorky, výzkumnice, advokátky, manažerky, týmové hráčky a nositelky změn. Ve starší publikaci Staňkové (2002) se lze setkat i s rolí sestry asistentky, která se podílí na přípravě a asistenci během diagnosticko-terapeutických činností. Výsledky výzkumného šetření ukázaly, že celkem pět informantů vnímá svou roli na pracovišti shodně s vlastním pracovním zařazením, včetně činností, které z něj vyplývají. Významově podobné bylo vyjádření tří informantů, kteří svou roli připisují pomoci a péči o hospitalizované pacienty. Dalo by se tedy říci, že nadpoloviční většina informantů se vnímá v roli sestry ošetrovatelky, samostatně poskytující základní ošetrovatelskou péči (Staňková, 2002). Přímá souvislost role se spinální jednotkou nebyla jmenována. Zajímavá je shoda s výsledky mé bakalářské práce (Harazinová, 2020), kde tuto roli totožně uvedla většina chirurgických sester. Za zmínku stojí také skutečnost, že žádný z oslovených informantů nevyužil přesné terminologie, kterou nahrazoval spíše výčet konkrétních činností. S nepřesností v oblasti rolí se ve své diplomové práci setkala i Drábková (2010), která se zabývala významem identity

v profesi sestry a jejím vlivem na kvalitu péče. Shodně se domníváme, že příčinou může být částečná či úplná neznalost sesterských rolí. Z výsledků její diplomové práce dále vyplývá, že vyšší vzdělání sester má pozitivní vliv na identifikaci s jejich profesí, a tedy i charakterizujícími rolemi. Vliv nejvyššího dosaženého vzdělání se v našem výzkumném šetření dá zvažovat s ohledem na skutečnost, že tři ze čtyř informantů, kteří nedokázali popsat svou roli, absolvovali střední zdravotnickou školu. Rozmanitost rolí dále zohlednila pouze jedna vysokoškolsky vzdělaná sestra.

Druhá výzkumná otázka je následující: „Jaká jsou specifika ošetrovatelské péče o pacienty na spinální jednotce?“ Kříž (2019) uvádí, že právě kvalita a důslednost poskytované ošetrovatelské péče významně přispívá ke snížení pooperačních komplikací a lepším neurologickým i funkčním výsledkům. Nejpočetněji jmenovaným specifíkem bylo pravidelné polohování za účelem zamezení vzniku dekubitů. Ty představují závažnou komplikaci, která může vést až k úmrtí pacienta (Vašíčková et al., 2018). Savic et al (2017) ve své studii upozorňuje na vyšší skóre úmrtnosti osob s míšní lézí oproti obecné populaci, a to z důvodu dekubitů, urologických a respiračních potíží. Je proto potěšujícím výsledkem, že mnoho informantů kladlo důraz na toto preventivní opatření, které bylo současně označeno za nejčastější činnost na oddělení. Specifikum péče bylo také jmenováno v samotném stavu pacientů spočívajícím v jejich omezené mobilitě, dále v množství poskytované ošetrovatelské péče, vyprazdňování pacientů, péče o urologické infekce, katetrizace močového měchýře u mužů sestrami a důraz na správnou výživu pacientů. Domníváme se, že nutnost kvality ošetrovatelské péče spolu s jejím rozsahem vysvětlují, proč se většina dotazovaných informantů ztotožňuje právě s výše uvedenou rolí sestry-ošetrovatelky. V oblasti poskytované péče byl zjištěn rozdíl mezi teoretickou a praktickou částí diplomové práce, a to v oblasti péče o dýchací cesty a invazivního měření vitálních funkcí. Informanti vysvětlili, že jelikož je spinální jednotka standardním oddělením, nevyužívají při své práci umělou plicní ventilaci ani arteriální katetry.

Třetí výzkumná otázka byla v následujícím znění: „Jaké je složení multidisciplinárního týmu na spinální jednotce?“ V průběhu rozhovorů všichni oslovení informanti potvrdili, že péče o pacienty probíhá se zapojením multidisciplinárního týmu. Ten lze definovat jako skupinu zdravotnických pracovníků různých profesí a oborů (Taberna et al., 2020). Koncept multidisciplinární péče se vymyká běžnému hierarchickému systému a je založen na myšlence vzájemné a koordinované spolupráce jednotlivých profesí, které přispívají svými dovednostmi (Matoušek et al., 2009). Společným úsilím pečují o pacientův zdravotní stav se zaměřením na obtíže spadající do

jejich specializace (Boháček, 2020).

Ze členů multidisciplinárního týmu byli nadpoloviční většinou informantů jmenováni lékaři, sestry, psycholog, sociální pracovníci, fyzioterapeuti a sanitáři. V nižším zastoupení se dále objevují ošetrovatelé, rehabilitační pracovníci, ergoterapeut, nutriční terapeut, logoped, canisterapeut a instruktor soběstačnosti. Vévoda a kol. (2013) uvádí, že vzájemná spolupráce odborníků z více oborů umožňuje efektivnější náhled na problémy pacienta.

I v této oblasti se vyskytly drobné vědomostní nedostatky. Během výčtu členů multidisciplinárního týmu dva informanti uvedli pouze konziliární lékaře, s opomenutím lékařů samotné spinální jednotky. Zajímavé také je, že několik sester neuvedlo vlastní participaci v rámci poskytování multidisciplinární péče. Domníváme se, že příčinou může opět být částečná nebo úplná neznalost tohoto pojmu. Nasvědčuje tomu odpověď, ve které byli již zmínění konziliární lékaři uvedeni jako jediní členové. V rámci jiného rozhovoru bylo navíc přímo požadováno objasnění definice multidisciplinárního týmu.

Čtvrtá následující otázka zní: „Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi těmito pracovníky?“ Vzájemná spolupráce lékařů, nelékařských profesí a sociálních pracovníků se uplatňuje v průběhu celého procesu léčby pacienta s míšním poraněním (Horáková, Sixtová, 2017). Působení multidisciplinárního týmu začíná již v akutní fázi, pokračuje k rehabilitaci až následnému zapojení jedince zpět do společnosti (Marshall, Hasnan, 2015). Šamánková a kol. (2011) spolu s Jirků (2006) shodně uvádí, že ke koordinaci harmonogramu na spinální jednotce slouží informačních tabule. Jejich využití ve výzkumném šetření potvrzují pouze čtyři informanti, přičemž se drtivá většina shoduje na ústním předání potřebných informací. K tomu dochází v rámci vizity, provozních porad, předání služby nebo prostou domluvou v průběhu dne. Kelnarová a kol. (2015) potvrzuje, že kvalitní informací o pacientech je důležitou součástí ošetrovatelského procesu k udržení kontinuity poskytované péče. Jako písemnou formu vzájemné spolupráce označují informanti sepsání předaného hlášení, poskytnutí řádu oddělení pacientům, již zmíněné informační tabule nebo písemný rozpis činností poskytnutý rehabilitačními pracovníky či fyzioterapeuty.

Článek Bártlové a Chloubové již v roce 2009 předkládal tvrzení, že vlivem transformace zdravotní péče lze očekávat upevnění role sestry v multidisciplinárním týmu, která se dostává do partnerského postavení. Výsledky našeho výzkumného šetření tato slova potvrzují. Většina dotazovaných sester považuje přítomnost své profese v multidisciplinárním týmu za zásadní, a to zejména z hlediska zajištění základní péče

o pacienta, času stráveného s pacientem a z toho vyplývající znalosti jeho aktuálního stavu. V odpovědích dvou informantů je důležitost sestry stavěna hned za lékaře. Vévoda a kol. (2013) uvádí, že vzájemný vztah lékařů a sester je v posledních letech předmětem zvýšeného zájmu, neboť je důležitým aspektem celkové atmosféry na pracovišti. Problematiku jejich spolupráce v již zmíněném článku popisují i Bártlová a Chloubová, dle kterých se sestry setkávají s nedostatečným respektem ke své profesi a jsou často vnímány jako zcela podřízené pracovnice, které musí dodržovat stanovené příkazy a ordinace. Pozitivním zjištěním našeho výzkumného šetření byla skutečnost, že z celkového počtu třinácti informantů se s občasným degradujícím chováním ze strany lékařů setkává pouze jedna sestra, jejíž pracoviště tento jev netoleruje a usměrňuje. Většina sester ohodnotila spolupráci multidisciplinárního týmu jako uspokojivou, případné problémy vyplývají spíše z komunikačního šumu, rozdílných názorů jednotlivců a neochotného přístupu ze strany konziliárních lékařů.

Poslední, pátá výzkumná otázka zní: „Jaké jsou potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce?“ Kapounová (2020) uvádí, že proměnlivost zdravotního stavu současně mění i rozsah poskytované péče a potřeby hospitalizovaného pacienta, které by měla ošetřující sestra včas zachytit a plně saturovat. Trachtová (2018) vysvětluje, že mezi faktory ovlivňující saturaci potřeb patří nejen samotná nemoc, ale také rozsáhlost poskytovaných výkonů, přičemž po operačních zákrocích je vyšší mírou požadováno naplnění psychických i fyzických potřeb. Vliv na utváření, uspokojování a psychickou odezvu v oblasti potřeb má také samotná individualita člověka, jeho introverze či extroverze, odolnost vůči zátěži a úroveň emoční stability. V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že pacienti nejčastěji vyžadují pomoc v oblasti fyziologických potřeb, které z důvodu omezené mobility nejsou schopni sami naplnit. Zahrnují oblast stravování, hydratace, vyprazdňování, hygienickou péči a tišení bolesti, ale také polohování, pomoc s oblékáním a přesunem do vozíku.

Mimo fyziologické potřeby byly vyjádřeny i potřeby psychické. Ty jsou vyjadřovány pomocí psychických stavů a jevů. Řadíme do nich například potřebu duševní jistoty, vlastní samostatnost a nezávislost, vnitřní pohodu a další (Dušová a kol., 2019). Šamánková a kol. (2011) popisuje, že období dvou až tří měsíců po vzniku míšni léze provází pocity smutku, beznaděje, zoufalství, strachu a frustrace, které provází mnoho základních životních otázek. Plynou ze ztráty kontroly nad vlastním tělem, a tedy nemožnosti uspokojovat vlastní potřeby, omezeného kontaktu s rodinou a současnou přítomností cizích osob a mnoha dalších faktorů. Od informantů zapojených do

výzkumného šetření bylo zjištěno, že dotazy pacientů na spinální jednotce jsou nejčastěji zaměřeny na prognózu. Zajímají se, zda budou chodit, zda se uzdraví a kdy k tomu dojde, zda budou moci pracovat, řídit auto či sexuálně žít. K vyrovnání se trvalostí vlastního stavu potřebují mnoho psychických sil, a především své blízké, jejich pomoc, lásku a vědomí, že v jejich životě mají stále své místo (Šamánková a kol., 2011) Korespondují s tím i zjištěné psychické potřeby pacientů spinální jednotky, mezi které nejčastěji patří kontakt s okolím a zejména rodinnými členy. Byl také potvrzen jejich pozitivní vliv na psychické rozpoložení pacienta. Mezi dalšími potřebami byla vyjádřena motivace, psychická podpora, potřeba informací, potřeba někam patřit, potřeba být zdravý a seberealizovat se.

Dryden et al. (2004) udávají, že pacienti s míšním poraněním jsou oproti běžné populaci více ohroženi rozvojem psychických poruch. Le a Dorstyn (2016) na základě údajů shromážděných ze 17 studií poukazují na problematiku úzkosti, jejíž somatické, emocionální, kognitivní či behaviorální projevy prožívá až 27 % osob s prodělaným míšním poraněním. Péče o psychické potřeby pacienta s míšním poraněním tedy sehrává zásadní úlohu (Římovská, 2019). Na spinální jednotce ji zajišťuje psycholog, přítomné sestry či psychiatr, který v případě potřeby nastavuje farmakologickou léčbu. Velmi pozitivně hodnotíme odpovědi informantů, kteří označili návštěvu pacienta psychologem jako automatickou po přijetí na spinální jednotku. Stejně tak i fakt, že na pracovištích několika informantů je psycholog sám paraplegik, který je na základě vlastních zkušeností dobře informován o problematice míšního poranění včetně psychických jevů, které jej provází. Jeho přítomnost jistě kladně působí i na samotné pacienty s ohledem možné na stádium agrese dle Kübler-Rossové, během kterého prožívají negativní pocity plynoucí z dobrého zdravotního stavu ošetřujících osob (Kupka, 2014).

Obsahem rozhovorů byla i otázka týkající se naplňování spirituálních potřeb pacientů. Těmi jsou dle Majerníkové a kol. (2008) vztah s Bohem, význam vlastního bytí, smysl života, uskutečnění duchovních rituálů, potřeba lásky, naděje a odpuštění. Na spinálních jednotkách je jejich naplnění možné prostřednictvím služeb nemocničního kaplana, vlastního duchovního či návštěvou kaple, zájem pacientů je ale spíše ojedinělý. Zajímavý podnět však přichází ze strany tří informantů, kteří uvedli, že služby duchovního jsou omezeny pouze pro křesťanské vyznání. Domníváme se, že nejen pro samotnou rozmanitost náboženství, ale i s ohledem stoupající migraci obyvatelstva a hospitalizaci pacientů různých kultur by bylo vhodné nabídku v oblasti spirituálních potřeb rozšířit.

Na základě zodpovězených výzkumných otázek zastáváme názor, že stanovené cíle byly v dostatečném rozsahu naplněny. Výstupem diplomové práce je zhotovený manuál, který novým zaměstnancům spinální jednotky usnadní začlenění do jejího provozu prostřednictvím vysvětlením důležitých specifik, který se s tímto oddělením pojí.

6 Závěr

Prvním cílem této diplomové práce s názvem „Role sester při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách“ bylo zmapovat roli sestry na spinální jednotce. Jako druhý cíl bylo stanoveno popsat spolupráci zdravotnických i nezdravotnických pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu při péči o pacienty hospitalizované na spinální jednotce. Posledním, třetím cílem bylo popsat potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce. V návaznosti na stanovené cíle bylo vytyčeno celkem pět výzkumných otázek, které zjišťují úlohu sestry na spinální jednotce, specifika ošetrovatelské péče o pacienty na spinální jednotce, složení multidisciplinárního týmu na spinální jednotce, způsob spolupráce členů tohoto týmu a potřeby pacientů hospitalizovaných na spinální jednotce.

Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že nejvíce sester svou roli na spinální jednotce vnímá v rámci svého pracovního zařazení, ze kterého vyplývají příslušné činnosti a legislativou stanovené kompetence. Navazuje na to druhá nejpočetněji zastoupená role, spočívající v pomoci pacientům a péči o ně. Obecně by se tedy dalo říci, že většina oslovených informantek se na svém pracovišti identifikuje s rolí sestry-ošetrovatelky.

Specifika péče určuje již samotný stav pacientů, kteří se v důsledku míšního poranění potýkají s omezenou mobilitou. Nejdůležitějším aspektem péče je tedy jejich pravidelné a důsledné polohování v rámci prevence vzniku dekubitů. Omezená pohyblivost se odráží i v oblasti potřeb pacientů, které jsou nejčastěji fyziologické. V oblasti psychických potřeb sehraje roli dlouhodobá hospitalizace, která značně omezuje kontakt nemocného s okolím, zejména jeho nejbližšími, po kterém touží. Pro uspokojení veškerých potřeb se nejen sestry, ale celý multidisciplinární tým spinální jednotky snaží dělat maximum. Tento tým se skládá z lékařů, konziliárních lékařů, sester, psychologa, rehabilitačních a sociálních pracovníků, sanitářů a ošetrovatelek. Přirozeným jevem je mírná odlišnost v rámci jednotlivých pracovišť. Dle zvyklostí multidisciplinární tým může doplňovat například ergoterapeut, nutriční terapeut, logoped či instruktor soběstačnosti. Vzájemná spolupráce jednotlivých členů probíhá na základě výměny informací v rámci vizity, předání hlášení, prosté domluvy nebo provozních schůzí. Alternativou je využití informačních tabulí nebo psaná podoba časového harmonogramu činností. Úroveň spolupráce byla převážně označena za uspokojivou a fungující, s žádnými nebo pouze drobnými problémy, povětšinou vyplývajících z komunikačního

šumu. Role sestry v multidisciplinárním týmu je nezastupitelná a svou důležitost si většina z nich plně uvědomuje. Do popředí opět stává poskytování základní péče pacientům, se kterými právě ony tráví nejvíce času a mohou tak již v počátku zachytit jeho problémy. Výzkumné šetření poukázalo na skutečnost, že se pacienti před překladem na spinální jednotku setkávají s nedostatečnou úrovní péče vyplývající z neznalosti jejich specifik. Diplomová práce tedy může posloužit nejen jako vzdělávací materiál pro studenty zdravotnických oborů, ale současně i pro personál působící v klinické praxi. S pacienty po prodělaném míšním poranění se v závislosti na diagnóze lze setkat na jakémkoliv oddělení, je proto nutné znát veškerá specifika, která jejich stav provází. Jen tak může být zajištěna kvalitní ošetrovatelská péče, která bude přínosem pro všechny zúčastněné.

7 Seznam literatury

1. ADAM, Z., KLIMEŠ, J., POUR, L. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-271-2539-5.
2. ALIZO, G. et al., 2017. Multidisciplinary team approach to traumatic spinal cord injuries: a single institution's quality improvement project [online]. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*. **44**, p. 245-250 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1863-9941. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-017-0776-8>
3. BÁČA, V., DŽUPA V., KRBEC, M., 2017. *Diagnostika a léčba nejčastějších osteoporotických zlomenin*. Praha: Karolinum, 76 s. ISBN 978-802-4635-170.
4. BARASH, P.G., CULLEN, B.F., STOELTING, R.K., a kol., 2015. *Klinická anesteziologie: Překlad 6. vydání*. Praha: Grada, 816 s. ISBN 978-80-247-4053-9.
5. BÁRTLOVÁ, S., CHLOUBOVÁ, I., 2009. Postavení sestry v multidisciplinárním týmu [online]. *Kontakt*. **11**(1), s. 252-256 [cit. 2022-01-15] ISSN 1212-4117. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2009/01/42.pdf>
6. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 188 s. ISBN 978-80-247-1197-3.
7. BÁRTLOVÁ, S., 2013. Týmová spolupráce ve zdravotnictví. In: VĚVODA, J. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 40-64. ISBN 978-80-247-4732-3.
8. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ, J. et al., 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
9. BEDBROOK, G.M., 1985. *The Lifetime Care of the Paraplegic Patient*. Melbourne: Churchill Livingstone, 263 p. ISBN 9780443025594.
10. BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. a kol., 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 798 s. ISBN 978-80-726-1169-0.
11. BOHÁČEK, J., 2020. *Sociologie řízení*. Vysoká škola ekonomie a managementu, 144 s. ISBN 978-80-883-3031-8.
12. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl: Pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-9802-8.
13. CENTRUM PARAPLE, 2018. "Život je jízda": sborník příběhů z Životní cesty [online]. Praha: Centrum Paraple, 72 s. [cit. 2021-12-30]. ISBN 978-80-270-

- 4837-3. Dostupné z:
<https://www.paraple.cz/res/archive/019/002195.pdf?seek=1573643990>
14. COMINETTI, L. et al., 2013. Evaluation of Staff's Job Satisfaction in the Spinal Cord Unit in Italy [online]. *The Open Nursing Journal*. **7**, p. 49–56 [cit. 2022-08-04]. ISSN 1874-4346. Dostupné z:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636486/>.
15. CONTI, A. et al., 2016. Informal caregivers' needs on discharge from the spinal cord unit: analysis of perceptions and lived experiences [online]. *Disability and rehabilitation*. **38**(2), p. 1–9 [cit. 2022-08-04]. ISSN 0963-8288. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/profile/Lorenza_Garrino/publication/274723392_Informal_caregivers%27_needs_on_discharge_from_the_spinal_cord_unit_Analysis_of_perceptions_and_lived_experiences/links/55f6ed2708aeba1d9eed9bee/Informal-caregivers-needs-on-dischargefrom-the-spinal-cord-unit-Analysis-of-perceptions-and-lived-experiences.pdf
16. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie*. Třetí, upravené a doplněné vydání. Praha: Grada, 526 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
17. DĚDEK, T., 2015. Poranění páteře a míchy. In: FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, s. 380-390. ISBN 978-80-247-9041-1.
18. DEVITO, J.A., 2008. *Základy mezilidské komunikace: 6. vydání*. Praha: Grada, 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.
19. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L. LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře*. Praha: Grada, 316 s. ISBN 978-80-271-2324-7.
20. DOKLÁDAL, M., PÁČ L., 2000. *ANATOMIE ČLOVĚKA III.: Systém nervový* [online]. Brno: MASARYKOVA UNIVERZITA, fakulta lékařská [cit. 2021-12-01]. Dostupné z:
https://is.muni.cz/el/med/jaro2010/VSAN0232s/SOUSTAVA_NERVOVA-_skripta.pdf
21. DOLEŽEL, J., 2004. Traumatická léze míšni [online]. *Urologie pro praxi*. **2004**(4), s. 146-155 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1803-5299. Dostupné z:
<https://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/04/02.pdf>

22. DONOVAN, W.H., 1994. Operative and nonoperative management of spinal cord injury. A review [online]. *Paraplegia*. **32**(6), p. 375-388 [cit. 2022-06-08]. ISSN: 0031-1758 Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/sc199464>
23. DRYDEN, D.M., SAUNDERS, L.D., ROWE, B.H. et al., 2004. Utilization of health services following spinal cord injury: a 6year follow-up study [online]. *Spinal Cord*. **42**(9), p. 513-525 [cit. 2022-08-03]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15249928/>
24. DOSBABA, F., KŘÍŽOVÁ D., HARTMAN, M. a kol., 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada, 172 s. ISBN 978-80-271-4225-5.
25. DOUŠA, P., PEŠL, T. et al., 2021. *Vybrané kapitoly z ortopedie a traumatologie pro studenty medicíny*. Praha: Karolinum Press, 346 s. ISBN 978-80-246-4828-6.
26. DRÁBKOVÁ, K., 2010. *Význam identity v profesi sestry a jejího vlivu na kvalitu péče*. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
27. DUNGL, P. a kol., 2014. *Ortopedie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
28. DUŠOVÁ, B., a kol., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-271-2788-7.
29. DYLEVSKÝ, I., 2009. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 544 s. ISBN 978-80-247-3240-4.
30. DYLEVSKÝ, I., 2019. *Somatologie: pro předmět Základy anatomie a fyziologie člověka*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-271-2673-6.
31. FALTÝNKOVÁ Z, 2012. *Vše okolo tetraplegie*. Praha: Česká asociace paraplegiků, 59 s. ISBN 978-80-260-5098-8.
32. FALTÝNKOVÁ, Z., 2013. *Průvodce správného výběru vozíku pro spinální pacienty*. Praha: CZEPA, 15 s.
33. FALTÝNKOVÁ, Z., 2015. Strava a vyměšování lidí s poškozenou míchou (2) [online]. *Vozejkov* [cit. 2022-02-24]. Dostupné z: <https://vozejkov.cz/cz/publikace/strava-a-vymesovani-lidi-s-poskozenou-michou-2>
34. FALTÝNKOVÁ, Z., 2020. Poškození míchy [online]. *Česká asociace paraplegiků* [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://czepa.cz/poskozeni-michy/>
35. FERKO, A., ŠUBRT, Z., DĚDEK, T. a kol., 2015. *Chirurgie v kostce*. 2., doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 512 s. ISBN 978-80-247-1005-1.

36. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L., 2015. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Karolinum, 244 s. ISBN 978-802-4626-932.
37. GAJRAJ–SINGH, P., 2011. Psychological impact and the burden of caregivers for persons with spinal cord injury (SCI) living in the community in Fiji [online]. *Spinal Cord*. **49**(8), p. 928–934 [cit. 2022-08-04]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=bce454c5-14c8-4b13-b990-22cf10323546%40sessionmgr104>
38. GENDRON, T.L., WELLEFFORD, E.A. et al., 2016. Teaming as a Mechanism to Promote Professional Identity Development [online]. *Clinical Gerontologist*. **39**(3), s. 252-259 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/287055223_Teaming_as_a_Mechanism_to_Promote_Professional_Identity_Development
39. GRUS, T., 2020. *Ošetrovatelský proces u pacienta s poraněním páteře* [online]. Praha: Vysoká škola zdravotnická [cit. 2022-06-06]. Dostupné z: https://is.vszzdrav.cz/el/vsz/zima2020/VSONCH8587/um/Osetrovatelsky_proces_u_pacienta_s_poranemim_patere.pdf
40. GUTTMANN, L., 1976. *Spinal Cord Injuries, Comprehensive Management and Research*. 2nd edition. London: Blackwell Scientific Publications, 731 p. ISBN 9780632000791.
41. HÁKOVÁ, R., KRŽIŽ, J., 2015. Míšní šok –od patofyziologie ke klinickým projevům [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **2015**(3), s. 263-267 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-3-8/misni-sok-od-patofyziologie-ke-klinickym-projevum-52139>
42. HARAZINOVÁ, L., 2020. *Využití kompetencí sester na chirurgickém oddělení*. České Budějovice. Bakalářská práce. ZSF JU.
43. HAVLOVÁ, K., 2017. DYSFUNKCE MIKCE U PACIENTŮ S POSTTRAUMATICKOU MÍŠNÍ LÉZÍ – ÚLOHA UROLOGA [online]. *Česká urologie*. **21**(2), 129-138 [cit. 2022-02-24]. ISSN 2336-5692. Dostupné z: <https://www.czechurol.cz/pdfs/cur/2017/02/04.pdf>
44. HAYES, N., 2003. *Základy sociální psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 165 s. ISBN 80-717-8763-9.
45. HAYES, N., 2005. *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmů*. Praha: Portál, 192 s. ISBN 80-717-8983-6.

46. HEJČL, A., JENDELOVÁ, P. et al., 2015. Experimentální léčba poranění míchy [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **78/111**(4), s. 377-392 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-4/experimentalni-lecba-poraneni-michy-52732/download?hl=cs>
47. HIRT, M. a kol., 2011. *Tupá poranění: v soudním lékařství*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-7260-8.
48. HORÁKOVÁ, D., SIXTOVÁ, H. 2017. Expertní skupina v sociální oblasti pro osoby s poškozením míchy [online]. In: VAŠÍČKOVÁ, L., MUŽÍK, V. X. *ODBORNÁ KONFERENCE A SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK: 1. – 2. června 2017 Mikulov, hotel Galant*. Brno: MSD, s. 69 [cit. 2022-06-08]. ISBN 978-80-7392-270-2.
49. HRDÁ, K., 2018. *Multidisciplinární tým v akci*. Praha: Domov Sue Ryder, 65 s. ISBN 978-80-907-1900-2.
50. HURLBERT, R.J., HADLEY M.N., WALTERS, B.C. et al., 2013. Pharmacological therapy for acute spinal cord injury [online]. *Neurosurgery*. **72**(2), s. 93-105 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: https://academic.oup.com/neurosurgery/article-abstract/72/suppl_3/93/2557475?redirectedFrom=fulltext
51. JANÍKOVÁ, E., ZELENÍKOVÁ, R., 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-247-4412-4.
52. JELÍNKOVÁ, I., 2020. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-1650-8.
53. JIRKŮ, H., 2006. Multidisciplinární ošetrovatelská péče o pacienty na spinální jednotce [online]. *Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti*. **1**(3), s. 16-18 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1801-0199. Dostupné z: <https://adoc.pub/multidisciplinari-pee.html>
54. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-271-1923-3.
55. KAPOUNOVÁ, G., 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 404 s. ISBN 978-80-271-1550-1.

56. KELNAROVÁ, J., TOUFAROVÁ, J., ČÍKOVÁ, Z. et al., 2013. *První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-8580-6.
57. KELNAROVÁ, J. a kol., 2015. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - I. ročník. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 244 s. ISBN 978-80-247-9856-1.
58. KOČIŠ, J., WENDSCHE, P. et al., 2012. *Poranění páteře*. Praha: Galén, 171 s. ISBN 978-80-7262-846-9.
59. KOČOVÁ, H. a kol., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada, 352 s. ISBN 978-80-247-5705-6.
60. KOHOUT, P., 2019. *Vybrané kapitoly z fyziologie, patofyziologie a klinické medicíny: pro studijní program Nutriční terapeut*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 164 s. ISBN 978-80-7394-727-9.
61. KOLAJOVÁ, L., 2006. *Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků*. Praha: Grada, 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
62. KOLEKTIV AUTORŮ, 2008. *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
63. KŘIVÁNKOVÁ, M., 2019. *Somatologie: pro střední zdravotnické školy. 2.*, doplněné vydání. Praha: Grada, 224 s. ISBN 978-80-271-0695-0.
64. KŘIVÁNKOVÁ, Markéta, 2020. *Somatologie: učebnice pro obor ošetrovatel*. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-271-2467-1.
65. KŘÍŽ, J., FALTÝNKOVÁ, Z., 2012. *Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: Příručka pro praktické lékaře* [online]. Praha: CZEPA, 15 s. [cit. 2022-06-04]. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Lecba_a_rehabilitace_pro_pacienty_s_misni_lezi_CZEPA.pdf
66. KŘÍŽ, J., HYŠPERSKÁ, V., 2009. Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy [online]. *Neurologie pro praxi*. **10**(3), 137-142 [cit. 2022-06-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>
67. KŘÍŽ, J., CHVOSTOVÁ, Š., 2009. Vyšetřovací a rehabilitační postupy u pacientů po míšní lézi [online]. *Neurologie pro praxi*. **10**(3), s. 143-147 [cit. 2022-03-04]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2009/03/05.pdf>

68. KŘÍŽ, J., 2013. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy [online]. *Neurologie pro praxi*. **14**(3), s. 140-143 [cit. 2021-12-28]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>
69. KŘÍŽ, J., HÁKOVÁ, R., HYŠPERSKÁ, V. et al., 2014. Mezinárodní standardy pro neurologickou klasifikaci míšního poranění –revize 2013 [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **2014**(1), s. 77-81 [cit. 2021-12-28]. ISSN: 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2014-1-7/mezinarodni-standardy-pro-neurologickou-klasifikaci-misniho-poraneni-revize-2013-47214>
70. KŘÍŽ, J., et al., 2019. *Poranění míchy: příčiny, důsledky, organizace péče*. Praha: Galén, 532 s. ISBN 978-80-749-2424-8.
71. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
72. KURUCOVÁ, A., 2008. *První pomoc – Pracovní sešit pro studenty SZŠ a zdravotnických lyceí*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-2168-2.
73. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
74. LANGMEIER, M., MAREŠOVÁ D., POKORNÝ J., 2020. Fyziologie centrální nervové soustavy. In: KITTNAR, O. *Lékařská fyziologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, s. 543-586. ISBN 978-80-247-1963-4.
75. LANGMEIER, M., 2009. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-7024-6.
76. LE, J., DORSTYN, D., 2016. Anxiety prevalence following spinal cord injury: a meta-analysis [online]. *Spinal Cord*. **54**, p. 570-578 [cit. 2022-08-03]. ISSN: 1476-5624. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/sc201615>
77. MAJERNÍKOVÁ, L., JAKABOVIČOVÁ, A., 2008. Saturácia spirituálnych potrieb u onkologického pacienta [online]. *Onkologická péče*. **8**, s. 22-24 [cit. 2022-08-03]. ISSN 1802-7407. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/312292992_SATURACIA_SPIRITU_ALNYCH_POTRIEB_U_ONKOLOGICKEHO_PACIENTA
78. MÁLEK, J. a kol., 2011. *Praktická anesteziologie*. Praha: Grada, 188 s. ISBN 978-80-247-3642-6.

79. MARSHALL, R., HASNAN, N., 2015. Team Based Care. In: CHHABRA, H.S. *ISCoS Textbook on Comprehensive management of Spinal Cord Injuries*. New Delhi: Wolters Kluwer India Pvt, p. 414-422. ISBN 9351294404.
80. MARKANDAYA, M., STEIN, D., MENAKER, J., 2012. Acute Treatment Options for Spinal Cord Injury [online]. *Current Treatment Options in Neurology*. **14**(2), s. 175-187 [cit. 2022-06-07]. ISSN 1092-8480. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11940-011-0162-5>
81. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ J., KODYMOVÁ, P., 2009. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 352 s. ISBN 978-80-736-7818-0.
82. MELLANOVÁ, A., 2017. *Psychosociální problematika v ošetrovatelské profesi*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-271-9948-8.
83. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Praha: Grada, 304 s. ISBN 978-80-247-1521-6.
84. MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. *Prevence dekubitů*. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.
85. MIXA, V., HEINIGE P., VOTRUBA, V., 2021. *Dětská přednemocniční a urgentní péče: Druhé, přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 640 s. ISBN 978-80-271-3088-7.
86. MLÝNKOVÁ, J., 2016. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání*. Praha: Grada, 260 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
87. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost. 2. doplněné vydání*. Praha: Grada, 300 s. ISBN 978-80-271-9915-0.
88. NÁHLOVSKÝ, J., 2006. *Neurochirurgie*. Praha: Galén, 606 s. ISBN 80-726-2319-2.
89. NANCARROW, S.A., BOOTH, A., ARISS, S. et al., 2013. Ten principles of good interdisciplinary team work [online]. *Human Resources for Health*. **2013**(19) [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-19#citeas>
90. NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Ošetrovatelství ve vybraných oborech: dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie*. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-247-3422-4.
91. OREL, M., 2015. *Nervové buňky a jejich svět*. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-5070-5.

92. OSVALDOVÁ, I., 2007. Lékař a sestra jako tým. *Sestra a lékař v praxi*. 6(3-4), s. 43. ISSN 1335-9444.
93. PLEVOVÁ, I., 2018. *Ošetrovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-271-2327-8.
94. PLEVOVÁ, I. a kol., 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-2863-1.
95. PLEVOVÁ, I., KACHLOVÁ, M., 2022. *Postupy v ošetrovatelské péči 1: Základní fyzikální vyšetření sestrou, měření fyziologických funkcí*. Praha: Grada, 160 s. ISBN 978-80-271-3032-0.
96. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-7961-4.
97. POKORNÁ, A., DOLANOVÁ, D., ŠTROMBACHOVÁ, V. et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 978-80-271-0720-9.
98. ROBERTS, T.T., LEONARD G.R., CEPELA, D., 2017. Classifications In Brief: American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale [online]. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 5(475), p.1499-1504 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5384910/>
99. ROSEN, A., CALLALY, T., 2005. Interdisciplinary team work and leadership: issues for psychiatrists [online]. *Australasian Psychiatry*. 13(3), s. 234-240 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16174195/>
100. ROZSYPAL, H., HOLUB M., KOSÁKOVÁ, M., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*. Praha: Karolinum, 396 s. ISBN 978-80-246-2197-5.
101. ŘÍMOVSKÁ, Z., 2019. Psychosociální potřeby pacientů na spinální jednotce. *Ošetrovatelské perspektivy* [online]. 2(1), s. 59-68 [cit. 2022-06-06]. Opava: Slezská univerzita v Opavě. ISBN 2571-0702. Dostupné z: <https://osp.slu.cz/contents/osp/2019/01.pdf>
102. SAVIC, G., DEVIVO, M.J., FRANKEL, M.A. et al., 2017. Causes of death after traumatic spinal cord injury—a 70-year British study [online]. *Spinal Cord*. 55, p. 891–897 [cit. 2022-08-02]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/sc201764>
103. SEIDL, Z., 2015. *Neurologie pro studium i praxi. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-9656-7.

104. SEIDL, Z., VANĚČKOVÁ, M., 2014. *Diagnostická radiologie: Neuroradiologie*. Praha: Grada, 532 s. ISBN 978-80-247-9426-6.
105. SCHMITT, M.H., 2001. Collaboration improves the quality of care: methodological challenges and evidence from US health care research [online]. *Journal of Interprofessional Care*. **15**(1), s. 47-66 [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11705070/>
106. SCHNEIDEROVÁ, M., 2014. *Perioperační péče*. Praha: Grada, 368 s. ISBN 978-80-247-4414-8.
107. SILVER, J.R., 2005. *History of the Treatment of Spinal Injuries*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 297 s. ISBN 0-306-48032-8.
108. SILVER, J.R., WEINER, M.F., 2012. George Riddoch: the man who found Ludwig Guttmann [online]. *Spinal Cord*. **50**(2), p. 88-93 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/sc2011117>
109. SLÁDKOVÁ, P., 2021. *Sociální a pracovní rehabilitace*. Praha: Karolinum, 102 s. ISBN 978-80-246-4986-3.
110. SLÁMOVÁ, L., 2014. Prevence a řešení respiračních komplikací u pacientů s míšní lézí z pohledu fyzioterapeuta [online] [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.akutne.cz/res/publikace/57-respira-ka-mikulov.pdf>
111. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
112. SLEZÁKOVÁ, L., a kol., 2019. *Ošetrovatelství v chirurgii I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 276 s. ISBN 978-80-271-2861-7.
113. SOUČEK, M., SVAČINA, P. a kol., 2019. *Vnitřní lékařství v kostce*. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
114. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra – reprezentant profese*. 1. vyd. Brno: IDV PZ. 78 s. ISBN 80-7013-368-6
115. STEJSKAL, L. a kol., 2006. *Intraoperační stimulační monitorace v neurochirurgii*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-6337-8.
116. STREITOVÁ, D., ZOUBKOVÁ, R. a kol., 2015. *Septické stavy v intenzivní péči: ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 164 s. ISBN 978-80-247-9932-2.
117. STÝBLO, J., URBAN, J., VYSOKAJOVÁ, M., 2005. *Personalistika 2006*. Praha: ASPI Publishing, 771 s. ISBN 80-735-7148-X.

118. SUTORÝ, M., WENDSCHE, P., 2009. Péče o vyměšování moči a stolice u pacientů s transverzální míšní lézí [online]. *Neurologie pro praxi*. **10**(3), s. 160-164 [cit. 2022-02-24]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2009/03/07.pdf>
119. SVAZ PARAPLEGIKŮ, 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 83 s. ISBN 80-239-5555-1.
120. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. *Interní ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
121. ŠÁLKOVÁ, J. a kol., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-0844-2.
122. ŠÁMAL, F., OUZKÝ, M., HANINEC, P., 2017. Míšní léze z pohledu neurochirurga [online]. *Neurologie pro praxi*. **2017**(18(6)), s. 386-388 [cit. 2021-12-28]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/06/06.pdf>
123. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-7350-6.
124. ŠEVČÍK, P. et al., 2014. *Intenzivní medicína*. Třetí, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 1195 s. ISBN 978-80-749-2066-0.
125. ŠPINAR, J., LUDKA, O. a kol., 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 336 s. ISBN 978-80-247-8375-8.
126. ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetřovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-9964-3.
127. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-8596-7.
128. TABERNA, M., MONCAYO, F.G., JANÉ-SALAS, E. et al., 2020. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care [online]. *Frontiers in Oncology*. **2020**(10) [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100151/>
129. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ, J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-9540-4.

130. TROJAN, S., 2003. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada, 771 s. ISBN 978-80-247-0512-5.
131. TROJAN, S., 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 237 s. ISBN 978-80-247-1296-3.
132. VAŠÍČKOVÁ, L., MAŠEK, M., SIEGLOVÁ, J., 2018. Dekubity u pacientů spinální ambulance celoživotní péče FN Brno 2013-2016 [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. **81**(1), s. 38-42 [cit. 2022-08-02]. ISSN: 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2018-supplementum-1/dekubity-u-pa-cientu-spinalni-ambulance-celozivotni-pece-fn-brno-2013-2016-106682>
133. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.
134. VEVERKOVÁ, E. a kol., 2019. *Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II*. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-271-2677-4.
135. VOHÁŇKA, S., SMRČKA, M. et al., 2010. Úrazy CNS. In: BEDNAŘÍK, J., AMBLER Z., RŮŽIČKA E., a kol. *Klinická neurologie: Část speciální*. Praha: Triton, s. 233-282. ISBN 978-80-7387-389-9.
136. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ P. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.
137. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část*. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-8468-7.
138. WENDSCHE, P., KŘÍŽ, J., 2005. Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy [online]. *Svaz paraplegiků* [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf.
139. WEINER, M., SILVER, J.R., 2014. The Origins of the Treatment of Traumatic Spinal Injuries [online]. *European Neurology*. **72**, s. 363-369 [cit. 2022-06-08] ISSN 1421-9913. Dostupné z: <https://www.karger.com/Article/Pdf/365287>

140. WENDSCHE, P. a kol., 2009. *Poranění míchy – ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 226 s. ISBN 978-80-7013-504-4.
141. ŽÁK, I., 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. Praha: Grada, 207 s. ISBN 978-80-247-1347-2.

8 Seznam příloh

Příloha č.1 Podklad pro polostrukturované rozhovory

Příloha č.2 Manuál pro nově nastupující sestry

Příloha č.1 Podklad pro polostrukturované rozhovory (vlastní zdroj)

Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami

Identifikační údaje

- Pohlaví:
- Věk:
- Nejvyšší dosažené vzdělání:
- Absolvované kvalifikační kurzy:
- Současná pracovní pozice:
- Doba současného zaměstnání:
- Celková doba praxe:

Vlastní rozhovor

1. Jakým způsobem probíhá denní chod na Vašem oddělení?
2. Jak rozumíte pojmu role a jak byste vyjádřil/a svou roli na oddělení?
3. Co je Vaší nejčastější činností na oddělení?
4. Kolik pacientů máte na starosti během směny?
5. Jaký je počet zaměstnanců na denní a noční směnu?
6. Jaký je obvyklý stav Vašich pacientů při příjmu?
7. Jaké je věkové rozmezí pacientů na Vašem oddělení?
8. Jaké nejčastější příčiny vedou ke vzniku spinálního poranění u Vašich pacientů?
9. Jaká je průměrná délka hospitalizace Vašich pacientů?
10. Jaké invazivní a neinvazivní metody využíváte k monitoraci vitálních funkcí?
11. Jaké skórovací systémy využíváte?
12. Jaká jsou dle Vás hlavní specifika Vašeho oddělení, v čem se nejvíce odlišuje od ostatních?
13. Probíhá péče o Vaše pacienty se zapojením multidisciplinárního týmu? Kdo jsou jeho členy?
14. Jak vnímáte své postavení v rámci multidisciplinárního týmu?
15. Jakým způsobem probíhá spolupráce multidisciplinárního týmu?
16. Jak hodnotíte kvalitu a efektivitu spolupráce v multidisciplinárním týmu?
17. Je něco, co by dle Vašeho názoru mohlo zkvalitnit efektivitu multidisciplinárního týmu?

18. Vyskytují se v rámci multidisciplinárního týmu problémy? Pokud ano, uveďte, v jaké oblasti a proč.
19. S jakými dalšími pracovníky a odděleními nejčastěji spolupracujete?
20. Jaká je návaznost péče o Vaše pacienty? Odkud přicházejí a kam jsou dále překládáni?
21. Jaké jsou nejčastější ošetřovatelské diagnózy pacientů na Vašem oddělení?
22. Na základě čeho stanovujete ošetřovatelské diagnózy u Vašich pacientů?
23. Jaké jsou nejčastější potřeby Vašich pacientů?
24. Jakým způsobem dávají tyto potřeby najevo?
25. Jsou potřeby, které dle Vás na Vašem oddělení nelze dostatečně uspokojit? Pokud ano, jaké?
26. Jaké jsou nejčastější dotazy pacientů?
27. Jakým způsobem jsou na Vašem oddělení uspokojovány psychické potřeby?
28. Jakým způsobem jsou na Vašem oddělení uspokojovány spirituální potřeby?
29. Je do uspokojování pacientových potřeb zapojena i rodina? Pokud ano, jak?

Příloha č.2 Manuál pro nově nastupující sestry

PÉČE O PACIENTY S **MÍŠNÍ LÉZÍ** NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

Vážená sestro,
jmenuji se Lucie Horazinová a do rukou se Vám dostal manuál, který je výstupním materiálem mé diplomové práce na téma „Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách“. Jeho cílem je poskytnout Vám základní informace o poškození míchy, spinálních jednotkách a specifických oblastech péče o pacienta s míšní lézí.

Péče o pacienty s míšní lézí je rozsáhlým tématem, které nelze zcela popsat v rámci několika stran. Považujte tedy tento manuál jako základní přehled, který Vám může být inspirací a návodem v začátcích Vaší klinické praxe na spinální jednotce. Nástin celé problematiky lze najít v mé diplomové práci, jakožto i v doporučené literatuře, která je uvedena pod vybranými oblastmi.



PÉČE O PACIENTY S **MÍŠNÍ LÉZÍ** NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

MÍCHA

- Mícha je 40-50 cm dlouhý zploštělý provazec uložený v míšním vaku uvnitř páteřního kanálu.
- V týlním otvoru navazuje na prodlouženou míchu a končí mezi prvním a druhým bederním obratlem.
- Je vodivou strukturou o centrem míšních reflexů.
- Podílí se na řízení srdeční aktivity a vazomotorických reakcí, mikci, defekaci, erekci, ejakulaci, sekreci kožních žláz a žláz s vnitřní sekrecí.
- Rozlišujeme 31 míšních segmentů - 8 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových a 1 kostrční segment.

MÍŠNÍ POŠKOZENÍ

- Mezi nejčastější příčiny míšních poranění patří dopravní nehody, sportovní a pracovní úrazy.
- Míšní poranění obvykle nastává v kombinaci s poraněním páteře.
- Může být přítomno spolu s dalším tkáňovým či orgánovým postižením, případně v rámci polytraumatu.
- Z anatomického hlediska můžeme dále hovořit o otevřených poraněních míchy, způsobených nejčastěji v rámci kriminální činnosti. Mezi uzavřená poranění míchy řadíme její komoci, kontuzi a kompresi.
- Z funkčního hlediska rozlišujeme léze kompletní a inkompletní.
- Netraumatickou příčinou míšního poškození mohou být nádory, krvácení či degenerativní choroby.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

KLINICKÝ OBRAZ

- Klinický obraz míšní léze je určen výškou postiženého míšního segmentu a rozsahem jeho poškození.
- Vysoká tetraplegie (C4-C5) → není možný pohyb těla a dolních končetin, porucha citlivosti horních končetin, dechové obtíže.
- Nízká tetraplegie (C6-C8) → umožňuje zvednout ruce na úroveň ramen.
- Vysoká paraplegie (Th1-Th6) → ztráta pohyblivosti dolních končetin a částečně i těla, od hrudi výš je citlivost zachována.
- Nízká paraplegie (Th10-L) → úplná/částečná ztráta pohyblivosti dolních končetin, částečně může být zachována i jejich citlivost, perianální a urogenitální výpady.
- Při nekompletní míšní lézi je postižena pouze část míšního průřezu. V závislosti na horizontální rovině poškození dochází k výskytu typických syndromů, nejčastěji k centrálnímu míšnímu syndromu.

DIAGNOSTIKA

- Zahrnuje odběr anamnézy a fyzikální vyšetření na zjištění přidružených poranění.
- Neurologické vyšetření → Glasgow Coma Scale, vyšetření citlivosti a motorických funkcí s hodnocením svalové síly.
- Ze zobrazovacích metod se využívá nativní rentgenový snímek s boční a předozadní projekcí, při podezření na poranění přechodu krční a hrudní páteře doplněný CT vyšetřením. Při jistém poranění míchy je CT indikováno vždy.
- Magnetická rezonance je využívána pro upřesnění stavu měkkých tkání a také při klinickém obrazu poranění míchy s neprůkaznými výsledky CT a RTG.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

LÉČBA

- V případě poranění páteře s neurologickou lézí je nutné operační řešení, které se provádí na specializovaných spondylochirurgických pracovištích.
- Cílem je zajištění stability páteře, návrat či udržení neurologických funkcí a komfort pacienta s možností včasného zahájení rehabilitace.
- Za tímto účelem se provádí operační repozice, dekomprese a stabilizace pomocí dlah s využitím předního či zadního přístupu.
- Léčba obnovující poškozené funkce není v současné době možná.
- Nemocniční péče je tedy zaměřena především na výše zmíněnou dekompresi a stabilizaci páteře a prevenci sekundárního míšního poškození.
- Po operačním výkonu je kompenzovaný pacient přeložen na spinální jednotku.

SPINÁLNÍ JEDNOTKY

- Spinální jednotky jsou vysoce specializovaná pracoviště poskytující ucelenou a komplexní péči pacientům s míšní lézí.
- V České republice v současné době fungují 4 spinální jednotky - V Liberci, Ostravě-Parubě, Brně a Praze při FN Motol.
- Lékařská péče se zde zaměřuje na farmakoterapii, prevenci a léčbu časných komplikací a zajištění alternativních způsobů vyprazdňování moči a stolice.
- Celý proces léčby probíhá se zapojením multidisciplinárního týmu.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- HIRT, M. a kol., 2011. Tupá poranění: v soudním lékařství. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-7260-8.
DUNGL, P. a kol., 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM

- Multidisciplinární tým lze definovat jako skupinu zdravotnických pracovníků různých profesí o oborů.
- Společně pečují o pacientův zdravotní stav se zaměřením na obtíže, na které se specializují.
- Tato vzájemná spolupráce se uplatňuje v průběhu celého procesu léčby pacienta s míšním poraněním.
- Předpokladem pro její úspěšnost je schopnost práce v týmu, empatie, pokora, otevřenost a respekt k sobě i ostatním členům.
- Týmová péče je klíčovým prvkem v poskytování vysoce kvalitní péče o pacienty.

ČLENOVÉ MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

- Členy multidisciplinárního týmu na spinální jednotky jsou zejména lékaři, psycholog, sestry, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, rehabilitační pracovníci, sanitáři a ošetrovatelky.
- Dle zvyklostí pracoviště může být členem i ergoterapeut, logoped, nutriční terapeut, instruktor soběstačnosti a další.

SPOLUPRÁCE MULTIDISCIPLINÁRNÍHO TÝMU

- K zajištění kvalitní spolupráce multidisciplinárního týmu je nezbytná efektivní komunikace.
- Spolupráce jednotlivých členů multidisciplinárního týmu probíhá různými způsoby.
- K předání informací dochází nejčastěji v rámci vizit, předání hlášení, domlouvou v průběhu dne, na provozních schůzích či s využitím informačních tabulí.

DOPORUČENÁ LITERATURA

JIRKŮ, H., 2006. Multidisciplinární ošetrovatelská péče o pacienty na spinální jednotce [online]. Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti. 1(3), s. 16-18 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1801-0199.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

Následující část tohoto informačního materiálu je věnována ošetrovatelské péči o pacienty s míšním poraněním. Zohledňuje její specifické oblasti spolu s nejčastějšími riziky a současně nabízí základní rady a doporučení pro praxi.

RIZIKO VZNIKU DEKUBITU

- Dekubitus lze definovat jako defekt pokožky nebo tkáně vzniklý působením tlaku či tření.
- Představuje závažnou komplikaci, která může vést až k úmrtí pacienta.
- Klinický obraz je rozličný, od přetrvávajícího zarudnutí až po hluboké defekty postihující svaly, šlachy a kosti.
- Typický je výskyt na tzv. **predilekčních místech**, kde není kost dostatečně izolována vrstvou tuku a svalů, například v oblasti **loktů, lopatek** či **kosti křížové**.
- Osoby s míšním poraněním mají vyšší skóre úmrtnosti oproti běžné populaci, a to mimo jiné i v důsledku dekubitů.

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

- Každodenní kontrola stavu pokožky.
- Pečlivá hygiena pokožky vhodnými čistícími přípravky, s šetrným usušením a ošetřením hydratačními či ochrannými krémy.
- Jemná masáž predilekčních míst (NE u již vzniklých dekubitů).
- Dokonalá úprava pacientova lůžka bez nerovností, zbytků jídla a dalších nežádoucích vlivů.
- Dostatečný pitný režim o dobrý stav nutrice.
- **NEJÚČINNĚJŠÍ PREVENCE = PRAVIDELNÉ POLOHOVÁNÍ** bez zbytečného tření a s využitím vhodných polohovacích pomůcek.

DOPORUČENÁ LITERATURA

MIKULA, J., MÜLLEROVÁ, N., 2008. Prevence dekubitů. Praha: Grada, 96 s. ISBN 978-80-247-2043-2.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

VYPRAZDŇOVÁNÍ MOČI

- V akutní fázi míšního šoku dochází nezávisle na výšce poranění k retenci moči, jejíž odvod je zajištěn prostřednictvím permanentního močového katétru.
- Je vhodné jej co nejdříve nahradit adekvátní alternativou pro snížení rizika opakovaných uroinfekcí, vzniku striktury či dekubitu močové trubice.
- Způsob evakuace moči závisí na klinickém stavu pacienta s ohledem na poruchy hybnosti horních končetin včetně jemné motoriky.
- Využito může být epicystostomie či čisté intermitentní katetrizace.
- Spontánní mikce bývá zřídka umožněna u inkompletních míšních lézí.

INTERMITENTNÍ KATETRIZACE

- **Intermitentní katetrizace** je charakterizována opakovaným zaváděním močového katétru do močové trubice za účelem vyprázdnění močového měchýře. Lze ji dělit na sterilní intermitentní katetrizaci a čistou intermitentní katetrizaci.
- Sterilní intermitentní katetrizace je prováděna v nemocničním prostředí s pomocí sterilního katétru, sterilního lubrikačního gelu a sterilních rukavic či nástrojů.
- Čistá intermitentní katetrizace, známá také jako „čikování“ je nesterilní metodou používanou v domácím prostředí. Jejím postupem se pacient, případně rodinný příslušník, učí již za hospitalizace pod vedením sestry.

DOPORUČENÁ LITERATURA

VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-8468-7.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

EPICYSTOSTOMIE

- Epicystostomie představuje suprapubicickou drenáž močových cest přes stěnu břišní, kdy je moč odváděna katétre do výpustného sběrného sáčku.
- Její zavedení je vyloučeno v případě existující malignity močového měchýře, u koagulopatie či operačních výkonů v oblasti pářeve.
- Punkci močového měchýře provádí lékař.

ZÁSADY PÉČE O EPICYSTOSTOMII

- K nově zavedené epicystostomii je třeba přistupovat stejně jako k operační ráně → aseptický převaz každých 24 hodin s kontrolou místa vpichu.
- Později lze četnost převazů snížit využitím polopropustné fólie, která umožňuje zrakovou kontrolu místa vpichu.
- Každý vstup do systému je třeba provést aseptickým způsobem za použití ochranných rukavic.
- K odběru vzorku moči lze využít port umístěný na hadičce sběrného sáčku.
- Je také třeba zajistit dostatečný pitný režim pacienta, pravidelné vypouštění obsahu sběrného sáčku, průchodnost a funkčnost drénu.

DALŠÍ MOŽNOSTI

- Muži mohou dále využít urinální kondom, který hadičkou odvádí moč do sběrného sáčku.
- Malé množství pacientů může se souhlasem urologa vyprazdňovat moč pomocí vyklepávání močového měchýře s následným jemným tlakem dlaní.
- Tento postup však nezaručuje úplné vyprázdnění močového měchýře a pojí se s vznikem hemoroidů a hernií, proto není dlouhodobě doporučován.

DOPORUČENÁ LITERATURA

HAVLOVÁ, K., 2017. DYSFUNKCE MIKCE U PACIENTŮ S POSTTRAUMATICKOU MÍŠNÍ LÉZÍ - ÚLOHA UROLOGA [online]. Česká urologie. 21(2), 129-138 [cit. 2022-02-24]. ISSN 2336-5692. Dostupné z: <https://www.czechurolog.cz/pdfs/cur/2017/02/04.pdf>

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

VYPRAZDŇOVÁNÍ STOLICE

- V průběhu míšního šoku dochází ke stagnaci peristaltiky a hromadění stolice ve střevech.
- Jediným účinným řešením je aplikace klysmatu, a to denně či každý druhý den.
- Po odeznění míšního šoku začíná pacient se střevní rehabilitací a nácvikem pravidelného vyprazdňování.
- Důležitým faktorem je pravidelný pitný režim a přechod na vysokozbytkovou dietu s přidávkem vlákniny.
- Cílem je měkká stolice odcházející minimálně 1x za 3 dny.
- Její konzistenci lze regulovat podáním laxativ.

TROMBOEMBOLICKÁ NEMOC

- Pacienti s míšním poraněním patří do skupiny s vysokým rizikem rozvoje tromboembolické nemoci.
- Incidence této komplikace je zde až 3x vyšší oproti pacientům hospitalizovaných z jiných důvodů.
- Součástí tromboembolické nemoci je hluboká žilní trombóza, jejíž akutní komplikací je embolizace do plic → hlavní příčina úmrtí pacientů s míšní lézí.
- Nejvíce ohroženi jsou pacienti v prvních týdnech po úraze.
- V případě neurologického deficitu bývá trombózou postižena paretická končetina.

PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ

- Aplikace nízkomolekulárního heparinu dle ordinace lékaře.
- Kompresivní bandáže dolních končetin s průběžnou kontrolou jejich účinnosti během dne a hodnocením barvy konečků prstů.
- Zajištění adekvátní hydratace pacienta
- Důležitým preventivním opatřením je pohybová aktivita. Je tedy zapotřebí pacienta motivovat k procvičování zdravých i postižených končetin.

PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

PÉČE O DÝCHACÍ CESTY

- V důsledku míšního poranění je často negativně ovlivněn respirační systém.
- Čím vyšší je úroveň poškozeného míšního segmentu, tím častější je vznik dechových obtíží.
- Pacienti s poškozeným krčním míšním segmentem mají často přechodně zavedenou tracheostomii.
- Tracheostomie spočívá v umělém vyústění průdušnice na povrch těla, kdy výměnu plynů umožňuje tracheostomická kanyla.

ZÁSADY PÉČE O TRACHEOSTOMII

- V prvních dnech po zavedení tracheostomické kanyly je třeba kontrolovat známky krvácení a obtékání sputa do okolí.
- Převoz je prováděn 2x denně za aseptických podmínek.
- Před jeho zahájením je nutné odsání sputa.
- Po odstranění původního krytí se provede dezinfekce a očištění okolí.
- Dle zvyklosti oddělení se pod tracheostomickou kanylu obvykle vkládá nastřížený mulový čtverec.
- Velký důraz je kladen na správnou fixaci. K té lze využít mulové obinadlo, tkanici nebo speciální fixační pásek.
- Přílišné utažení fixace může způsobit narušení kožní integrity, nedostatečné nežádoucí dislokaci kanyly.
- Důležitá je kontrola tlaku v obturační manžetě pomocí manometru, a to nejméně 2x denně. Ideální hodnota tlaku se v závislosti na velikosti kanyly pohybuje mezi 20-36 torrů.
- Je třeba dbát také na zajištění průchodnosti tracheostomické kanyly, minimalizaci rizika dekanylace, péči o okolí a ochranu pacienta před respiračními infekcemi.

DOPORUČENÁ LITERATURA

KAPOUNOVÁ, G., 2020. Ošetřovatelství v intenzivní péči. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 404 s. ISBN 978-80-271-1550-1.

PÉČE O PACIENTY S **MÍŠNÍ LÉZÍ** NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

PSYCHICKÝ STAV PACIENTŮ

- Poranění míchy patří mezi závažné stavy ponechávající trvalé následky. Ty svými dopady ovlivňují nejen tělesný, ale především psychický stav pacienta, mění jeho životní postoje, cíle, zájmy a žebříček hodnot.
- Adaptace na život po míšním poranění probíhá ve stadiích dle Kübler-Rossově.

FÁZE DLE KÜBLER-ROSSOVÉ

1. Šok - pacient je obeznámen se svou diagnózou, ale odmítá jí uvěřit a popírá ji.
 2. Agrese - je charakteristická projevy hněvu a častými výčitky vůči okolí, kterému pacient závidí dobrý zdravotní stav.
 3. Smlouvání - může být vyjádřena hledáním způsobů, jak zvítězit nad svou diagnózou, např. prostřednictvím samoléčby, alternativní medicíny či konexemi u známých lékařů. Časté je také konvertování k víře.
 4. Deprese - je provázena vtažením do pocitů úzkosti a beznaděje, kdy je pacient apatický či naopak velmi neklidný.
 5. Smíření - dochází k psychické vyrovnanosti, pacient přijímá svůj osud a je ochotný se spoluprací podílet na vlastní léčbě. Opakem tohoto stavu je rezignace.
- Průběh a pořadí těchto fází je individuální. Zatímco se některé fáze mohou v různé intenzitě opakovat či prolínat, jiné nemusí vůbec nastat.
 - Spolu s pacientem těmito fázemi rovněž prochází i jeho rodina

DOPORUČENÁ LITERATURA
KUPKA, M., 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.

PÉČE O PACIENTY S **MÍŠNÍ LÉZÍ** NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

PÉČE O PSYCHICKÝ STAV PACIENTŮ

- Součástí multidisciplinárního týmu je již zmíněný psycholog. Ten pacientovi i jeho blízkým pomáhá akceptovat skutečnost vzniklého postižení a usnadňuje dlouhodobou adaptaci na změněný zdravotní stav.
- Při zhoršení psychického stavu probíhá konziliární vyšetření psychiatrem, který v případě potřeby nastaví adekvátní farmakoterapii.
- Pečovat o psychický stav pacientů mohou i samotné sestry prostřednictvím aktivního naslouchání.

PÉČE O PSYCHICKÝ STAV OŠETŘUJÍCÍHO PERSONÁLU

- Důsledky míšní léze nejsou devastující pouze pro pacienta, vliv mají také na jeho nejbližší a celou společnost, která jej obklopuje.
- Tíže psychosociálních dopadů míšního poranění se projevuje v průběhu celé zdravotnické péče.
- Působí tedy i na ošetřující personál, který u pacienta zajišťuje dopomoc v oblasti oblékání, mobilizace, stravování, vyprazdňování a dalšími činnostech.
- Klíčová je prevence syndromu vyhoření!



PÉČE O PACIENTY S
MÍŠNÍ LÉZÍ
NA SPINÁLNÍ JEDNOTCE

PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

- Myslet na své vlastní potřeby a rezervy sil.
- Nepřebírat povinnosti ostatních.
- V případě velkého množství práce v krátkém časovém limitu přeorganizovat své povinnosti anebo požádat o pomoc.
- Nebát se změn a přijímat je jako nové výzvy.
- Zamezit stereotypu například obměnou pracovních postupů, u kterých je tato změna možná.
- Udržet si realistický přístup a neočekávat nespílitelné.
- Připustit si, že ne vždy půjde podle přesného plánu.
- Dodržovat zdravé a jasně vymezené hranice ve vztahu k pacientům.
- Budovat přátelské vztahy na pracovišti, neizolovat se od ostatních kolegů.

PŘÍKLADY JEDNODUCHÝCH METOD RELAXACE

- Relaxace pohybem a sportem. Pozitivní vliv se zvyšuje, pokud jsou tyto aktivity vykonávány v přírodě.
- Ventilace negativních emocí rozhovorem s blízkou osobou či psychologem k snížení napětí.
- Imaginace založená na představování si příjemných podnětů.
- Meditace
- Relaxace prostřednictvím smyslů - s využitím masáže či automasáže, chutného jídla či tekutin, hudby, vůní a příjemnými zrakovými podněty, například uměním.

DOPORUČENÁ LITERATURA

- KŘÍVOHLAVÝ, J., 2010. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KŘÍVOHLAVÝ, J., 2012. Hořet, ale nevyhořet. 2., přepracované vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 176 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- CUNGI, CH., LIMOUSIN, S., 2005. Relaxace v každodenním životě. Praha: Portál, 160 s. ISBN 80-7178-948-8.

POUŽITÉ ZDROJE

1. ADAM, Z., KLIMEŠ, J., POJR, L. et al., 2019. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-271-2539-5.
2. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a netékařských zdravotnických oborů, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
3. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ D., HECZKOVÁ, J. et al., 2016. Vybrané kapitoly z intenzivní péče. Praha: Grada, 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.
4. BOHÁČEK, J., 2020. Sociologie řízení. Vysoká škola ekonomie a managementu, 144 s. ISBN 978-80-863-3031-8.
5. CONTI, A. et al., 2016. Informal caregivers' needs on discharge from the spinal cord unit: analysis of perceptions and lived experiences [online]. Disability and rehabilitation, 38(2), p. 1-9 [cit. 2022-08-04]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Lorenza_Garrino/publication/274723392_Informal_care_givers%27_needs_on_discharge_from_the_spinal_cord_unit_Analysis_of_perceptions_and_lived_experiences/links/55f6ed2708aeba1d9eed9bee/Informal-caregivers-needs-on-discharge-from-the-spinal-cord-unit-Analysis-of-perceptions-and-lived-experiences.pdf
6. CUNGI, CH., LIMOUSIN, S., 2005. Relaxace v každodenním životě. Praha: Portál, 160 s. ISBN 80-7178-948-8.
7. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L. LIDICKÁ, L., 2018. Zákklady ošetrovatelství a ošetrovatelských postupů: pro zdravotnické záchranáře. Praha: Grada, 316 s. ISBN 978-80-271-2324-7.
8. DOLEŽEL, J., 2004. Traumatická léze míšni [online]. Urologie pro praxi, 2004(4), s. 146-155 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/uro/2004/04/02.pdf>
9. DUNGL, P. a kol., 2014. Ortopedie. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
10. FALTÝNKOVÁ Z., 2012. Vše okolo tetraplegie. Praha: Česká asociace paraplegiků, 59 s. ISBN 978-80-260-5098-8.
11. FALTÝNKOVÁ, Z., 2020. Poškození míchy [online]. Česká asociace paraplegiků [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://czepa.cz/poskozeni-michy/>
12. GAJRAJ-SINGH, P., 2011. Psychological impact and the burden of caregivers for persons with spinal cord injury (SCI) living in the community in Fiji [online]. Spinal Cord, 49(8), p. 928-934 [cit. 2022-08-04]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=bce454c5-14c8-4b13-b990-22c1f0323546%40sessionmgr104>
13. HARAZINOVÁ, L., 2022. Role sestry při poskytování multidisciplinární péče na spinálních jednotkách. České Budějovice. Diplomová práce. ZSF JU.
14. HAVLOVÁ, K., 2017. DYSFUNKCE MIKCE U PACIENTŮ S POSTTRAUMATICKOU MÍŠNÍ LÉZÍ - ÚLOHA UROLOGA [online]. Česká urologie, 21(2), 129-138 [cit. 2022-02-24]. ISSN 2336-5692. Dostupné z: <https://www.czechuroi.cz/pdfs/cur/2017/02/04.pdf>

POUŽITÉ ZDROJE

15. HEJČL, A., JENDELOVÁ, P. et al., 2015. Experimentální léčba poranění míchy [online]. Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. 78/111[4], s. 377-392 [cit. 2021-12-30]. ISSN 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csn.eu/casopisy/cesko-slovensko-neurologie/2015-4/experimentalni-lecba-poraneni-michy-52732/download?hl=cs>
16. HIRT, M. a kol., 2011. Tupá poranění: v soudním lékařství. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-7260-8.
17. HORÁKOVÁ, D., SIXTOVÁ, H., 2017. Expertní skupina v sociální oblasti pro osoby s poškozením míchy [online]. In: VAŠIČKOVÁ, L., MUŽÍK, V. X. ODBORNÁ KONFERENCE A SETKÁNÍ SPINÁLNÍCH JEDNOTEK: 1. – 2. června 2017 Mikulov, hotel Galant. Brno: MSD, s. 69 [cit. 2022-04-08]. ISBN 978-80-7392-270-2.
18. HRDÁ, K., 2018. Multidisciplinární tým v akci. Praha: Domov Sue Ryder, 65 s. ISBN 978-80-907-1900-2.
19. JIRKŮ, H., 2006. Multidisciplinární ošetrovatelská péče o pacienty na spinální jednotce [online]. Multidisciplinární péče: Časopis pro pracovníky a studenty působící ve zdravotní a sociální oblasti. 1[3], s. 16-18 [cit. 2022-06-08]. ISSN 1801-0199. Dostupné z: <https://odoc.pub/multidisciplinari-pee.html>
20. KABELKA, L., 2020. Nemocné rozhovory: Komunikace a narativní terapie s nevléčitelnými nemocnými pacienty a jejich blízkými. Praha: Grada, 240 s. ISBN 978-80-271-1923-3.
21. KALLWASS, A., 2007. Syndrom vyhoření: v práci a osobním životě. Praha: Portál, 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
22. KAPOUNOVÁ, G., 2020. Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 404 s. ISBN 978-80-271-1550-1.
23. KELNAROVÁ, J. a kol., 2015. Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 244 s. ISBN 978-80-247-9856-1.
24. KELNAROVÁ, J., TOUFAROVÁ, J., ČÍKOVÁ, Z. et al., 2013. První pomoc II: Pro studenty zdravotnických oborů. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-8580-6.
25. KOČIŠ, J., WENDSCHE, P. et al., 2012. Poranění páteře. Praha: Galén, 171 s. ISBN 978-80-7262-846-9.
26. KOLAJOVÁ, L., 2006. Týmová spolupráce: jak efektivně vést tým pro dosažení nejlepších výsledků. Praha: Grada, 105 s. ISBN 80-247-1764-6.
27. KRÍŽ, J., 2013. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy [online]. Neurologie pro praxi. 14[3], s. 140-143 [cit. 2021-12-26]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2013/03/07.pdf>
28. KRÍŽ, J., 2010. Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu. Praha: Grada, 119 s. ISBN 978-80-247-3149-0.
29. KRÍŽ, J., 2012. Hořet, ale nevyhořet. 2., přepracované vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 176 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

POUŽITÉ ZDROJE

30. KRÍŽ, J., HLINKOVÁ, Z., 2014. Respirační komplikace u pacientů po poškození míchy a jejich řešení na spinální jednotce FN Motol [online]. Rehabilitace a fyzikální lékařství. 2014[7], s. 16-20 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/rehabilitace-fyzikolni-lekarstvi/2014-1/respiracni-komplikace-u-pacientu-po-poskozeni-michy-a-jejich-resi-ni-na-spinalni-jednotce-fn-motol-49505>
31. KRÍŽ, J., HYŠPERSKÁ, V., 2009. Rizikové stavy u pacientů v chronické fázi po poškození míchy [online]. Neurologie pro praxi. 10[3], 137-142 [cit. 2022-06-07]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2009/03/03.pdf>
32. KRÍŽ, J., FALTÝNKOVÁ, Z., 2012. Léčba a rehabilitace pacientů s míšní lézí: Příručka pro praktické lékaře [online]. Praha: CZEPA, 15 s. [cit. 2022-06-04]. Dostupné z: https://czepa.cz/wp-content/uploads/2020/01/Lecba_a_rehabilitace_pro_pacienty_s_misni_lezi_CZEPA.pdf
33. KUPKA, M., 2014. Psychosociální aspekty paliativní péče. Praha: Grada, 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
34. LANGMEIER, M., 2009. Základy lékařské fyziologie. Praha: Grada, 320 s. ISBN 978-80-247-7024-6.
35. MARKANDAYA, M., STEIN, D., MENAKER, J., 2012. Acute Treatment Options for Spinal Cord Injury [online]. Current Treatment Options in Neurology. 14[2], s. 175-187 [cit. 2022-06-07]. ISSN 1092-8480. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11940-011-0162-5>
36. MARSHALL, R., HASNAN, N., 2015. Team Based Care. In: CHHABRA, H.S. ISCoS Textbook on Comprehensive management of Spinal Cord Injuries. New Delhi: Wolters Kluwer India Pvt, p. 414-422. ISBN 9351294404.
37. MLÝNKOVÁ, J., 2016. Pečovatelské učebnice pro obor sociální činnost. 2., doplněné vydání. Praha: Grada, 260 s. ISBN 978-80-271-0131-3.
38. NÁHLOVSKÝ, J., 2006. Neurochirurgie. Praha: Galén, 606 s. ISBN 80-726-2319-2.
39. PETERKOVÁ, M., 2014. Kurz duševní rovnováhy: Zbavte se stresu, napětí a úzkosti. Praha: Portál, 120 s. ISBN 978-80-262-0585-2.
40. PLEVOVÁ, I. a kol., 2019. Ošetrovatelství II. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-271-2863-1.
41. POKORNÁ, A., MRÁZOVÁ, R., 2012. Kompendium hojení ran pro sestry. Praha: Grada, 200 s. ISBN 978-80-247-7961-4.
42. POSCHKAMP, T., 2013. Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence. Brno: Edika, 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
43. ŠAVIC, G., DEVIVO, M.J., FRANKEL, M.A. et al., 2017. Causes of death after traumatic spinal cord injury—a 70-year British study [online]. Spinal Cord. 55, p. 891-897 [cit. 2022-08-02]. ISSN 1476-5624. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/sc201764>
44. SEIDL, Z., 2015. Neurologie pro studium i praxi. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 384 s. ISBN 978-80-247-9656-7.
45. SCHMIDBAUER, W., 2008. Syndrom pomocníka. Praha: Portál, 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
46. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2010. Ošetrovatelství v chirurgii II. Praha: Grada, 300 s. ISBN 978-80-247-3130-8.
47. SLEZÁKOVÁ, L. a kol., 2017. Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-271-9795-8.

POUŽITÉ ZDROJE

48. SOUČEK, M., SVAČINA, P. a kol., 2019. Vnitřní lékařství v kostce. Praha: Grada, 464 s. ISBN 978-80-271-2289-9.
49. SUTORÝ, M., WENDSCHE, P., 2009. Péče o vyměšování moči a stolice u pacientů s transverzální míšní lézí [online]. *Neurologie pro praxi*. 10(3), s. 160-164 [cit. 2022-02-24]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/neu/2009/03/07.pdf>
50. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M., 2006. Interní ošetrovatelství I. Praha: Grada, 280 s. ISBN 978-80-247-1148-5.
51. ŠAMÁNKOVÁ, M. a kol., 2011. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-7350-6.
52. ŠÁMAL, F., OUZKÝ, M., HANINEC, P., 2017. Míšní léze z pohledu neurochirurgů [online]. *Neurologie pro praxi*. 2017(18(6)), s. 386-388 [cit. 2021-12-28]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2017/06/06.pdf>
53. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba. Praha: Grada, 232 s. ISBN 978-80-247-8596-7.
54. ŠVINGALOVÁ, D., 2006. Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 82 s. ISBN 80-7372-105-8.
55. TABERNA, M., MONCAYO, F.G., JANÉ-SALAS, E. et al., 2020. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care [online]. *Frontiers in Oncology*. 2020(10) [cit. 2022-01-13]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7100151/>
56. TOMOVÁ, Š., KRÍVKOVÁ, J., 2016. Komunikace s pacientem v intenzivní péči. Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-271-9540-4.
57. TROJAN, S., 2005. Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka. Praha: Grada, 237 s. ISBN 978-80-247-1296-3.
58. VAŠIČKOVÁ, L., MAŠEK, M., SIEGLOVÁ, J., 2018. Dekubity u pacientů spinální ambulance celoživotní péče FN Brno 2013-2016 [online]. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 81(1), s. 38-42 [cit. 2022-08-02]. ISSN: 1802-4041. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/cesko-slovensko-neurologie/2018-suplementum-1/dekubity-u-pacientu-spinalni-ambulance-celozivotni-pece-fn-brno-2013-2016-106682>
59. VEVERKOVÁ, E. a kol., 2019. Ošetrovatelské postupy pro zdravotnické záchranáře II. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-271-2677-4.
60. VOHÁŇKA, S., SMRČKA, M. et al., 2010. Úrazy CNS. In: BEDNÁŘÍK, J., AMBLER Z., RŮŽIČKA E., a kol. *Klinická neurologie: Část speciální*. Praha: Triton, s. 233-282. ISBN 978-80-7387-389-9.
61. VYTEJČKOVÁ, R., SEDLÁŘOVÁ, P. et al., 2013. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: Speciální část. Praha: Grada, 288 s. ISBN 978-80-247-8468-7.
62. ŽÁK, I., 2006. Traumatologie ve schématech a RTG obrazech. Praha: Grada, 207 s. ISBN 978-80-247-1347-2.

Tento informační materiál byl vytvořen pomocí grafického editoru VistaCreate, který je současně i zdrojem použitých obrázků.

Zdroj: vlastní

9 Seznam zkratek

AIS škála – American Spinal Injury Association Impairment Scale

AO klasifikace – klasifikace dle Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ASIA – American Spinal Injury Association

CNS – centrální nervová soustava; centrální nervový systém

CT – výpočetní tomografie

ČIAK – čistá intermitentní autokatetrizace

EKG – elektrokardiografie; elektrokardiogram

ISNCSCI – Mezinárodní standardy neurologické klasifikace míšního poranění

JIP – jednotka intenzivní péče

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

RTG – rentgenové záření

SpO₂ – saturace periferní krve kyslíkem

SZŠ – střední zdravotnická škola

TEN – tromboembolická nemoc

VOŠ – vyšší odborná škola

VŠ – vysoká škola