



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Hierarchie potřeb u vybrané věkové skupiny pacientů
s paraplegií**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Michaela Švarcová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Neugebauer

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich 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 (1. 6. 2020)

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Janu Neugebauerovi za odborné vedení, cenné rady, trpělivost, podporu, za čas, který mi věnoval. Děkuji také všem informantům, kteří byli ochotni poskytnout mi informace na empirickou část výzkumu.

Hierarchie potřeb u vybrané věkové skupiny pacientů s paraplegií

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat hierarchii potřeb u pacientů s paraplegií. V souvislosti s tímto cílem byly vytvořeny čtyři výzkumné otázky, které zněly: „Jak se změnila hierarchie potřeb před a po paraplegií?“, „Jaké potřeby jsou pro pacienta s paraplegií prioritní?“, „Jaká je náročnost plnění potřeb pacientům s paraplegií v ošetrovatelství?“, „Jaké potřeby se nejhůře uspokojují pacientům s paraplegií – z pohledu ošetrovatelského personálu?“

Práce je rozdělena do dvou částí – teoretická část, v které se věnuji k definování teoretické základny, o kterou se opírá náš výzkum a část empirickou. Empirická část této práce byla zpracována za pomoci kvalitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno za pomoci polostrukturovaného rozhovoru. Podklad pro provedení rozhovoru s pacienty s paraplegií (Příloha 1) se skládal z 31 otázek, podklad pro provedení rozhovoru se sestrami (Příloha 2) se skládá z 27 otázek. Otázky byly v případě potřeby rozšířeny o další podotázky. Jednotlivé otázky byly zaměřené na potřeby pacienta jak z pohledu samotného pacienta, tak z pohledu sester, které s pacienty s paraplegií pracují. Otázky byly dále zaměřené na fyziologické potřeby, na potřeby bezpečí a jistoty, potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti, potřeby uznání a úcty a potřeby seberealizace. Výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů s paraplegií a 6 sester, které pracují s pacienty s paraplegií. Jednotlivé rozhovory byly dále zpracovány metodou otevřeného kódování, technikou „tužka-papír“

Výsledky výzkumného šetření jsou pro lepší přehlednost řazeny do kategorií a podkategorií. Pacienti s paraplegií, i sestry, které pracují s pacienty s paraplegií mají vlastní kategorie i podkategorie. Tyto jednotlivé kategorie popisují potřeby u paraplegických pacientů jak z pohledu samotného pacienta, tak sester, které s pacienty s paraplegií pracují v co nejširších souvislostech. Výsledky práce mapují potřeby pacienta s paraplegií. Je vytvořena pyramida potřeb, kterou si každý z pacientů sám sestavil, a pyramida potřeb, která byla sestavena sestrami, podle toho, jak sestry vidí potřeby pacienta s paraplegií. Z toho vyplynulo, že každý pacient sice má svoji pyramidu trochu jinak sestavenou, ale pro všechny je stejné to, že se jim nejvíce změnil celý život, stali se závislími na druhých a měli omezenou soběstačnost. Výsledky práce mohou sloužit jako podklad pro další možné studie v tomto zaměření.

Klíčová slova:

Hierarchie potřeb; potřeby; pacient s paraplegií; sestra

Hierarchy of needs in a selected age group of paraplegic patients

Abstract

The aim of this bachelor thesis was to map the hierarchy of needs in patients with paraplegia. In connection with this goal, four research questions were created: „How has the hierarchy of needs changed before and after paraplegia?“; „What needs are a priority for a patient with paraplegia?“; „What is the difficulty of meeting the needs of patients with paraplegia in nursing?“; „What needs are best met by patients with paraplegia – from the point of view of nursing staff?“

The work is limited to two parts – the theoretical part, in which I focus on definition of the theoretical basis, on which our research is based, and the empirical part. The empirical part of this work was processed with the help of a qualitative research survey, which was carried out with the help of a semi-structured interview. The basis for the interview with patients with paraplegia (attachment 1) consisted of 31 questions, the basis for the interview with nurses (attachment 2) consisted of 27 questions. The questions have been expanded with additional sub-questions, if necessary. The individual questions focused on the needs of the patient both from the perspective of the patient himself and from the perspective of the nurses who work with patients with paraplegia. The questions further focused on physiological needs, the needs of safety and security, the need for love, acceptance and belonging, the need for recognition and respect, and the need for self-realization. The research group consisted of 5 patients with paraplegia and 6 nurses who work with patients with paraplegia. Individual interviews were further processed by the method of open coding, the „pencil-paper“ technique.

The results of the research survey are classified into categories and subcategories for better clarity. Patients with paraplegia, as well as nurses who work with patients with paraplegia, have their own categories and subcategories. These individual categories describe the needs of paraplegic patients, both from the perspective of the patient himself and the nurses, who work with patients with paraplegia in the broadest possible context. The results map of needs of a patient with paraplegia. A pyramid of needs is created, which each patient has assembled himself, and a pyramid of needs, which has been assembled by the nurses, according to how the nurses see the needs of the patient with paraplegia. As a result, each patient has a slightly different pyramid structure, but

the same is true for everyone that their entire lives have changed the most, they have become dependent on others and have limited self-sufficiency. The results of the work can serve as a basis for further possible studies in this field.

Keywords

Hierarchy of needs; needs; patient with paraplegia; nurse

Obsah

1. Úvod	10
2. Současný stav	11
2.1. Páteř.....	11
2.2. Mícha.....	11
2.3. Řízení hybnosti	12
2.4. Etiologie poranění páteře a míchy.....	13
2.4.1. Poranění páteře.....	13
2.4.2. Diagnostika a léčba	14
2.4.3. Poranění míchy	15
2.4.4. Fáze poranění míchy	16
2.4.5. Co dělat po poranění páteře a míchy.....	17
2.5. Paraplegie	18
2.5.1. Vysoká paraplegie.....	19
2.5.2. Nízká paraplegie	20
2.6. Paraplegie a ošetrovatelská péče.....	20
2.6.1. Ošetrovatelství	20
2.6.2. Ošetrovatelská péče o pacienty s paraplegií	21
2.6.3. Spinální jednotky	22
2.6.4. Ošetrovatelská péče o dekubity	23
2.7. Pacient s paraplegií a jeho potřeby.....	23
2.7.1. Potřeby.....	23
2.8. Potřeby a jejich plnění u paraplegického pacienta.....	25
2.8.1. Potřeba dýchání.....	25
2.8.2. Potřeba výživy	26
2.8.3. Potřeba vylučování.....	27
2.8.4. Potřeba čistoty.....	28

2.8.5.	Potřeba spánku	28
2.8.6.	Potřeba být bez bolesti	28
2.8.7.	Potřeba sexuality	29
3.	Cíl práce a výzkumné otázky	31
3.1.	Cíl práce.....	31
3.2.	Výzkumné otázky.....	31
4.	Metodika	32
4.1.	Použité metody.....	32
4.2.	Charakteristika výzkumného souboru	33
4.3.	Kategorizace a příprava interpretace	33
5.	Výsledky výzkumného šetření	35
5.1.	Struktura výzkumného souboru	35
5.2.	Kategorizace výsledků výzkumného šetření	37
5.2.1.	Kategorizace pacienta s paraplegií.....	37
5.2.2.	Kategorizace zdravotních sester	54
6.	Diskuse.....	68
7.	Závěr	74
8.	Seznam použitých zdrojů	76
9.	Seznam diagramů a tabulek	80
10.	Přílohy.....	81
11.	Seznam použitých zkratk.....	89

1. Úvod

Stačí jeden okamžik a všechno je jinak. Nejčastějším vznikem paraplegie jsou dopravní nehody, skoky do mělké vody, úrazy při sportu. Z plného zdraví, kdy člověku přijde úplně normální ráno vstát z postele, dojít si na toaletu a nasnídat se, vyčistit zuby, obléknou se a dojít do zaměstnání, se najednou stane člověk, který už po zbytek života bude upoutaný na kolečkové křeslo a nějakou dobu závislý na pomoci druhých. Stačí jeden okamžik nedávání si pozor, srandy v opilosti, riskování a všechno je jinak.

Paraplegie je onemocnění, při kterém má člověk poškozenou míchu a s míchou spojené reflexy. Nejčastěji k tomu dochází při úrazu, kdy je poškozena páteř. Následuje ztráta citlivosti a ochrnutí svalů pod úrovní poškození. S tímto stavem přichází i řada jiných komplikací.

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila z toho důvodu, protože jsem se do této doby s lidmi s paraplegií moc nesešla. Pár jsem jich potkala na ulici, v obchodech, ale nikdy jsem s nimi nepřišla do přímého kontaktu. Toto téma jsem si zvolila proto, abych nahlédla do života vozíčkářů, zjistila, jaký život žijí a jak ho žijí, jaký je život na kolečkovém křesle a pokud mi to dovolí, ráda si poslechnu jejich životní příběh.

Teoretická část mé bakalářské práce je nejdříve zaměřena na anatomii páteře a míchy, a na jejich poranění, diagnostiku a léčbu, první pomoc. Dále je v teoretické části popsána paraplegie, která je rozdělena na vysokou a nízkou paraplegii. Poté je popsána obecně ošetrovatelská péče a ošetrovatelská péče o paraplegického pacienta, hlavně péče o dekubity. Jako poslední jsou zde popsány potřeby, které jsou rozdělené podle Abrahama Maslowa, poté jsou popsány hlavní potřeby paraplegického pacienta.

Výzkumná část mé bakalářské práce je zaměřena na potřeby paraplegického pacienta, jak z pohledu samotného pacienta, tak z pohledu sester, které s pacienty s paraplegií pracují. Nejdříve je práce zaměřena na základní údaje o pacientovi a sestře, jak dlouho je pacient postižen, z jakého důvodu. Poté na potřeby obecně, jako například, která z nich se po úrazu uspokojovala nejlépe nebo nejhůře. U sestry zjišťujeme, jak dlouho s pacienty s paraplegií pracuje, délku praxe, a také potřeby obecně. Zaměřuje se na fyziologické potřeby, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby lásky, přijetí a sounáležitosti, na potřeby seberealizace a na potřeby úcty.

2. Současný stav

2.1. Páteř

Páteř, latinsky *columna vertebralis*, se po našem narození skládá z 33 až 34 obratlů. Během našeho života a vývoje, se některé obratle vlivem srůstu stávají nepohyblivými celky (Merkunová, Orel, 2008). Podle autorů Cramer a Darby (2005) má páteř tři důležité úkoly:

1. Tvoří statickou oporu pro celé tělo
2. Chrání míchu
3. Zajišťuje pohyb trupu

Páteř je tvořena sedmi krčními obratli značenými jako C_1 až C_7 , dvanácti hrudními obratli Th_1 až Th_{12} , pěti bederními obratli L_1 až L_5 . Dále pak pěti křížovými obratli, které se značí jako S_1 až S_5 . Tyto obratle tvoří kost křížovou, která byla vytvořena jejich srůstem. Poslední část páteře tvoří 4-5 kostrčních obratlů CO_1 až CO_4 , tvoří kostrč, ta je spojená s kostí křížovou (Čihák, 2016).

Obratle jsou tvořeny tělem, obloukem (oblouky obratlů dohromady tvoří páteřní kanál, zde se nachází mícha), a sedmi výběžky. Velikost výběžků i těl je dána podle toho, v jaké části páteře se nachází (Merkunová, Orel, 2008). Páteř je zakřivena v předozadní a lehce v čelní rovině, zakřivení pomáhá udržet pevnost a pružnost. Dvě lordózy (v krční a bederní oblasti) a dvě kyfózy (v hrudní a křížové oblasti) zaručují páteři pevnost. Autorka Nejedlá (2015) ve své knize uvádí, že takto postavená páteř je sedmnáctkrát pevnější, než kdyby byla tvořena obloukem (Nejedlá, 2015). Pohyb obratlů hlavně v bederní a krční oblasti je zajištěn obratlovými klouby a meziobratlovými ploténky, které jsou elastické. Ovšem s přibývajícím věkem člověka svoji elasticitu ztrácejí, a i s obratli se oplošťují (etiologie – například osteoporóza – řídnutí kostí). Typickým projevem ztráty elasticity a oploštění je snížení výšky u starší populace (Cramer, Darby, 2017). Obratle jsou chráněny vazy a svaly (Merkunová, Orel, 2008).

2.2. Mícha

Mícha, latinsky *medulla spinalis*, přímo navazuje na prodlouženou míchu v mozkovém kmeni a vede od velkého týlního otvoru (*foramen magnum*) k druhému bedernímu

obratli (*conus medullaris*) (Grubb, Pasvankas, 2019). Celkově je dlouhá přibližně 40–50 cm a spolu s mozkem tvoří Centrální nervovou soustavu (Seidl, Obenberger, 2015). Je široká asi jako palec, váží přibližně 35 gramů a své místo má v páteřním kanále, kde je chráněna páteřními obratli.

Páteřní mícha se skládá z pěti oddílů:

- C₁ až C₈ se nazývá oddíl krční neboli cervikální a má osm krčních segmentů.
- Th₁ až Th₁₂ se nazývá oddílem hrudním neboli torakálním a tvoří ho dvanáct hrudních segmentů.
- Bederní neboli lumbální oddíl se nazývá L₁ až L₅ a je tvořen pěti lumbálními segmenty.
- S₁ až S₅ – oddíl křížový neboli sakrální a je tvořen pěti křížovými segmenty.
- Poslední segment se nazývá kostrční – kokcygeální, ten je tvořen jedním kostrčním segmentem a značí se jako Co₁.

(Merkunová, Orel, 2008)

Z každého segmentu míchy vystupují určitá nervová vlákna, vpředu jsou vlákna motorická a autonomní a vzadu jsou vlákna senzitivní (Merkunová, Orel, 2008). V embryonálním stádiu zaplňuje mícha celý páteřní kanál (Seidl, 2008). Během našeho vývoje se mícha vyvíjí podstatně pomaleji než páteř (Dungl a kolektiv, 2014). Po našem narození dosahuje mícha k třetímu bedernímu obratli (Seidl, 2008).

2.3. Řízení hybnosti

U člověka na řízení hybnosti spolupracuje celá centrální nervová soustava, začíná v mozkové kůře a končí u páteřní míchy. Základním prvkem hybnosti je svalový tonus, který je zajištěn fungováním páteřní míchy (Friedlová, 2007). Svalové napětí, které je důležité k pohybové akci zajišťuje Gama-systém a Golgiho svalové vřetenko (to je přítomno ve všech svalech, nejvíce ve svalech, kterými ovládáme jemnou motoriku). První impuls, který zahajuje pohyb přichází z pyramidové dráhy (tam jsou dráhy descendentní – ty tvoří hlavní motorickou dráhu, při jejímž poškození se poškodí hybnost na polovinu těla). Zajištění polohy a výchozí pozici pro pohyb zajišťuje extrapyramidový systém (ten se podílí na svalovém tonu. Je vývojově starší než

pyramidový systém). Na hybnosti se také podílí mozeček, který našemu tělu pomáhá s koordinací a zpřesňuje pohyb (Seidl, 2008). U pacientů, u kterých je hybnost porušena díky porušení míchy, dochází buď k částečné ztrátě hybnosti (paréza) nebo k úplné ztrátě hybnosti (plegie) končetin (Jelínková, 2014).

2.4. Etiologie poranění páteře a míchy

Poranění míchy úzce souvisí s poraněním páteře, neboť jedna z možných komplikací poranění páteře je právě poranění míchy, také označováno jako *transverzální míšní léze*. Míšní léze nastává zhruba u 15 % ze všech úrazů páteře a projevy poranění závisí na rozsahu a lokalizaci postiženého segmentu (Bartůněk, Jurásková, 2016).

2.4.1. Poranění páteře

Páteř si můžeme poškodit buď izolovaně, nebo sdruženě, v tomto případě dochází k poškození dalších orgánů. K poškození páteře může dojít při nekomplikovaném úrazu (nejčastěji distorze krční páteře) přes nepříliš závažné zlomeniny (nejčastěji zlomeniny trnových nebo příčných výběžků) až po závažné poškození, kdy může dojít k postižení obratlů (zlomeniny obratlových těl, oblouků nebo výběžků), meziobratlových plotének, vazivových poškození nebo poškození míchy. Ze všech úrazů se u 3-5 % jedná o úrazy páteře. V knize od Miroslava Hirta (2011) je uvedeno, že u 42 % úrazů se jedná o úrazy krční páteře, hrudní páteř je poraněna u 30 % případů úrazu, a u 28 % se jedná o poranění páteře bederní. Jen u 20 % případů se vyskytne etážové poranění (kdy je poraněno více úseků páteře). K poranění páteře dochází nejčastěji při silničních nehodách, pádech, při sportovních aktivitách – například skoky do mělké vody, skok padákem. Nejvíce se setkáváme s poraněním krční páteře v oblasti C₁-C₂ a C₄-C₇. Neurologické problémy (poškození míchy, míšních kořenů) se vyskytují u 15-40 % poranění. (Hirt, 2011).

Mezi základní mechanismy poranění páteře patří:

- Stlačení neboli komprese – k tomu dochází při pádu na natažené končetiny, dochází ke kompresní zlomenině obratlů nebo vyhřeznutí ploténky.
- Ohnutí neboli hyperflexe – k tomu dochází při prudkém ohybu, kdy svaly nestihnou vyrovnat protitahem.

- Hyperextenze krku – k tomu dochází nejčastěji při dopravních nehodách, kdy hlava udělá prudký pohyb dopředu a prudký pohyb zpět.

(Kelnarová, Toufarová, et al, 2013)

Máme dva základní mechanismy úrazu páteře, jsou to přímý a nepřímý. U nepřímého mechanismu dochází k porušení obratlů, měkkých tkání a míchy. Úder, přejetí, kopnutí, dále bodné, sečné a střelné rány do páteře můžeme zařadit do mechanismů přímých úrazů, vyskytují se ale méně, a to v oblasti většinou thorakolumbální (Kelnarová, Toufarová, et al, 2013).

Pokud srovnáme zlomeninu páteře a zlomeninu jiné dlouhé kosti, u páteře nám hrozí poškození páteřního kanálu a míchy. U zlomenin je velice důležité, jak je kost kvalitní, u osob s vyšším věkem, kde kost už nedosahuje takové kvality, může dojít ke zlomenině při daleko menším náporu na kost než u zdravého jedince. Mohou se vyskytovat i patologické zlomeniny, to se nejvíce děje při metastázích do páteřních kostí (Hirt, 2011).

2.4.2. Diagnostika a léčba

Diagnostiku můžeme rozdělit na:

- Anamnézu a klinické vyšetření: velmi důležité údaje jsou o mechanismu a okolnostech vzniku úrazu. Dále jsou velice důležité informace o prodělaných operacích páteře a jiných traumatech souvisejících s páteří. Při celkovém vyšetření hledáme možné hematomy a oděrky na hlavě, nebo způsobené bezpečnostním pásem, tyto drobná poranění nám mohou přinést důležité informace o vzniku poranění hlavně u pacientů v bezvědomí. Rozhodující roli v tom, abychom mohli potvrdit poranění páteře má lokální nález. Při vyšetření pohledem můžeme vidět deformity nebo hematomy, případně otevřená poranění. Pohmatem vyšetřujeme plynulost zadní části zad pacienta, někdy můžeme objevit bolestivý spasmus. Před vyšetřením pohyblivosti páteře je nutné provést RTG vyšetření. U pacientů v bezvědomí je RTG páteře indikováno vždy.
- Neurologické vyšetření: Toto vyšetření pomáhá odhalit míšní lézi. Vyšetřujeme motoriku, fyziologické a patologické reflexy a citlivost na krku, trupu a končetinách. Největším příznakem porušené hybnosti je svalová slabost, která

se projevuje jako omezení jemné motoriky, nebo paréza - kdy je snížena svalová síla, nebo plegie - kdy vymizí aktivní pohyb. Při míšní lézi se objevuje ztráta citlivosti a ztráta volního pohybu pod místem léze. Může se objevit míšní šok, který odeznívá po několika hodinách až 6 týdnech, projevuje se kompletním útlumem míšní i reflexní činnosti.

- Zobrazovací metody: zobrazovací metody jsou hlavními metodami pro diagnostiku a terapii. Důležité je rentgenové vyšetření. Dalšími možnostmi jsou CT a MR vyšetření. Funkční skiagrafické vyšetření dokáže odhalit i skryté poranění., proto je zahrnováno do předoperačního plánování, ale i do pooperačního ledování a vyhodnocení.

(Dungl, 2014)

Mezi léčbu řadíme imobilizaci, ta spočívá v tom, že nemocnému nasadíme krční límec, nebo položíme na vakuovou matraci, spine-board, scoop-board, hlavním účelem je položit pacienta na pevné podložce tak, abychom předešli následnému poškození míchy při převozu. Další možností léčby je léčba konzervativní, kterou si vybíráme u úrazů bez neurologických změn a u nedislokovaných zlomenin. Antiedematozní léčba spočívá v tom, že podáváme do patnácti minut po úrazu metylprednisolon 30 mg/kg do žíly. Poté pak 5,4 mg/kg kontinuálně během 23 hodin. Operační léčbu volíme u úrazů s neurologickým postižením, u nestabilních zlomenin, u vysunutí úlomků kosti do páteřního kanálu, dále pak u stlačení více než 1/3 obratle. U operačních přístupů se využívají vnitřní stabilizační systémy, stabilizační dlahy, které slouží k napravení, k odlehčení páteřního kanálu (Žvák, et.al., 2006)

2.4.3. Poranění míchy

Nyní žijeme v době, která je pokroková ve všech oblastech, tedy i v medicíně. Lékařská věda pokročila natolik, že s poškozením míchy můžeme vést plnohodnotný, produktivní a smysluplný život po mnoho let. Přibližně kolem 40 % lidí, utrpělo poranění páteře okolo čtyřicátého roku věku. Okolo dvaceti a více let, si poranilo páteř přibližně 25 % lidí (Cristian, 2012). Poškození míchy řadíme mezi nejzávažnější komplikace při poranění páteře. Při míšním poškození následují funkční poruchy. Poranění míchy rozdělujeme na primární a sekundární, dále pak na neúplné a úplné přerušování míchy. Primární poškození nastává při vykloubení obratlů, při tříštivých nebo nestabilních

zlomeninách obratlů. Primární poškození se může projevit jako komoce míchy – je vratný stav, nejedná se o trvalé poškození. Dále pak kontuze míchy – jedná se většinou o vratný stav, objevuje se přechodné poškození, může být ovlivněno sekundárním poškozením. Komprese míchy je většinou nevratná, může nastat bezprostředně nebo jako sekundární příznak hematomu nebo luxace (Kelnarová, et al, 2013).

Sekundární poškození míchy způsobují tyto faktory, například míšní edém, posttraumatická ischemie, hypotenze, nestabilní kostní struktury. V první fázi sekundárního poškození nastává ischemie míchy, poté nastává znovuoobnovení průtoku krví poškozenou míšní částí (Kelnarová, et.al, 2013).

Poškození míchy v lumbální části má za příčinu paralýzu dolních končetin, pacient má problém s ovládním močového měchýře a objevují se sexuální problémy. Pokud dojde k poranění v hrudní části míchy pacient hůře ovládá dýchání a nemůže použít horní končetiny. Při porušení míchy v oblasti krku, v cervikální části má pacient problém s ovládním celého těla, je od krku dolů ochrnutý (Schwarzová, 2016).

Paraparéza – nastává při poranění segmentu L₄ až S₂. Člověk s paraparézou si vystačí bez vozíku, pohybuje se s pomocí holí, je samostatný doma, i v prostředí mimo dům. Může řídit automobil, pokud si ho upraví tak, aby ho mohl řídit ručně.

Paraplegie – viz kapitola níže.

Kvadruplegie – u poškození v segmentu C₈ až Th₁ – pacient je mírně nesoběstačný, má periferní parézu horních končetin, využívá kompenzačních pomůcek a vozík je k jeho pohybu nepostradatelný. Kvadruplegie v segmentu C₆ až C₇ – pacient je nesoběstačný, vozík je nepostradatelný, využívá kompenzační pomůcky. Kvadruplegie v segmentu C₄ – C₅ – je úplně závislý na péči druhých osob, má centrální plegii horních i dolních končetin (Trojan, et al., 2005).

2.4.4. Fáze poranění míchy

Ministerstvo zdravotnictví České republiky uvedlo 18. června roku 2002 Metodické opatření, podle kterého bylo rozděleno období po poškození míchy. Období je rozděleno na 1a), 1b), období 2) a 3).

Období 1a) také nazýváno jako urgentní nebo akutní fáze, nastává zhruba první až druhý týden po poranění, a pacient je hospitalizován na Anesteticko-resuscitačním oddělení nebo na Jednotce intenzivní péče.

Období 1b) nastává druhý až dvanáctý týden po poranění a je nazýváno jako fáze subakutní nebo postakutní, pacient by měl být v této fázi umístěn na Spinální jednotce (ta se v České republice nachází v Praze, Brně, Ostravě a v Liberci).

Druhé období 2) neboli chronická fáze, která trvá přibližně od šestého do šestadvacátého týdne, pacient by tento čas měl trávit na Spinální rehabilitační jednotce, patří sem například Rehabilitační ústav Kladruby, Hrabyně, nebo Hamzova odborná léčebna Luže-Košumberk.

Třetí a poslední období 3) neboli terciární fáze nastává tehdy, pokud pacient potřebuje náležitou péči pro vzniklé komplikace (například dekubity, infekce močových cest, bolesti a další) nebo se u něho vyskytly další akutní stavy či operační zákroky (Jirků, Kyriánová, 2006).

2.4.5. Co dělat po poranění páteře a míchy

Pokud nalezneme pacienta s poškozením míchy (například při dopravní nehodě, kdy nejčastější příznaky poranění míchy jsou porucha hybnosti, nebo porucha citlivosti části těla pod úrovní zranění) musíme nejdříve zkontrolovat fyziologické funkce, ptáme se na hybnost a citlivost končetin. Voláme 155. Pokud k tomu máme prostředky, znehybníme pacientovi krční páteř krčním límcem (krční límec můžeme vyrobit z novin, kdy noviny složíme na výšku krku a převážeme trojcípým šátkem). S pacientem, pokud možno nemanipulujeme, jen v závažných případech, kdy musíme například pacienta vyprostit z nebezpečného místa, provádíme v co největším počtu záchránců. Vyčkáváme příjezdu rychlé záchranné služby, která pacienta převezde do nemocnice. (Bydžovský, 2011).

Co nejdříve po úrazu by měl být poškozený převezen do nemocnice, na oddělení, které se zabývá poškozením páteře a míchy. Tým lékařů (většinou se jedná o tým neurochirurgický nebo spondylochirurgický) rozhoduje, co se bude dít s pacientem dál, rozhoduje o operačním výkonu (Faltýnková, 2004).

V nemocnici dochází za pomoci hodnotících škál ke zhodnocení neurologického a funkčního stavu vývoje po míšním poranění. Vyšetřují se zde motorické a senzitivní

funkce, z kterých se určuje neurologická úroveň léze, to znamená, od jakého míšního segmentu je porušena senzitivní a motorická funkce, dále se určuje rozsah léze. Na rozpoznání rozsahu míšní léze se používá hodnotící škála A-E, kdy A znamená kompletní senzitivní i motorickou lézi, E značí normální funkci jak motorickou, tak senzitivní. Funkční vývoj pacienta je sledován vyšetřením nezávislosti, kdy se sleduje sebeobsluha, mobilita, schopnost ovládnutí svěračů a dýchání. Je provedena akutní magnetická rezonance, dále operační výkon. (Faltýnková, Kříž, 2012). Operaci je nejvhodnější provést do 6 hodin po úrazu. Velice důležitou roli hraje i následná ošetrovatelská péče, která spočívá v pravidelném polohování pacienta (až 2 hodiny), prevenci dekubitů, mobilizační péči a zabránění vzniku kontraktur, v edukaci pacienta a psychosociální podpoře (Bartůnek, Jurásková, et al, 2016).

Poté, co je pacient ve stabilním stavu, překládá se na spinální jednotku, kde podstupuje rehabilitační cvičení, nácvik vyměšování, péče o pokožku, řeší se zde různé komplikace, které v počátku po úrazu pacienta ohrožují. Po nějakém čase je pacient přeložen do specializovaného rehabilitačního ústavu, kde se znovu učí soběstačnosti. Naučit se musí všechny základní věci, které vykonával před úrazem. Další činnost, kterou si musí pacient osvojit je naučit se ovládat vozík ať už mechanický či elektrický. Velkou roli zde hraje okolí, hlavně rodina a blízcí pacienta, od nich je velice důležitá podpora, respekt a akceptování pacienta, důležité je zpětné začlenění mezi sebe (Faltýnková, 2004)

2.5. Paraplegie

Paraplegie označuje buď poškození nebo úplnou ztrátu motorických nebo sensorických funkcí. Týká se to oblasti hrudní, bederní nebo křížové míchy. U paraplegie je zachována činnost a funkce horních končetin. Trup, pánevní orgány a dolní končetiny fungují podle toho, v jakém segmentu je mícha porušena (Bromley, 2006).

Nejčastějším důvodem vzniku paraplegie je úrazová příčina (pády, skoky do vody, nehody v automobilu, na motorce, kole), daleko méně k paraplegii dochází z neúrazové příčiny, ty jsou akutně vzniklé a dochází k nim na podkladě jiného onemocnění (například zánětlivé, degenerativní, nádorové, demytilizační onemocnění) (Šamánková, 2011).

Paraplegie lze rozdělit podle toho, jaký segment je poškozen.

Poškození segmentu $Th_2 - Th_5$ znamená, že pacient, který má poškození v tomto segmentu je zcela závislý na invalidním vozíku.

- Někdy je možná i chůze s přísunem pomocí aparátu na dolních končetinách, ale jinak je zcela nezávislý a samostatný.
- Má zmenšený dechový objem.
- Je možné řízení automobilu, pokud se ovládá horními končetinami.

Poškození segmentu v úrovni $Th_6 - Th_{10}$ znamená, že vozík je pro pacienta nezbytnou součástí,

- Někdy je možná i chůze švihem s dopomocí aparátu na dolních končetinách a s berlemi.
- Člověk je zcela nezávislý.
- Je možné řízení automobilu, pokud se ovládá horními končetinami.

Poškození v oblasti Th_{11} až L_3 značí plnou závislost na invalidním vozíku

- Někdy je možná chůze čtyřdobá (= 1. první berle, 2. druhá berle, 3. postižená končetina, 4. zdravá končetina) nebo chůze švihem (= obě berle, potom švihem obě dolní končetiny) za dopomocí aparátů na dolních končetinách nebo s berlemi.
- Zcela bez závislosti na druhých.
- Řízení automobilu možné, při ovládní horními končetinami.

(Trojan, et. al., 2005)

2.5.1. Vysoká paraplegie

Pokud člověk trpí vysokou paraplegií, znamená to, že jeho mícha je poškozena v horní oblasti, kdy se stane částečně nepohyblivý. Horní část těla je stále částečně pohyblivá. Dolní končetiny jsou zcela nepohyblivé. Citlivost je zachována od hrudi směrem nahoru, na trupu a dolních končetinách se žádné cití neobjevuje. Dýchání a kašláni se

stává částečně omezené. Jedinec je schopen sedět bez opory, dokáže zvedat obě horní končetiny nad hlavu a pohybovat s nimi všemi směry. Ze začátku potřebuje asistenta. (Faltýnková, 2004)

2.5.2. Nízká paraplegie

Pokud člověk trpí nízkou paraplegií, znamená to, že mu částečně nebo úplně ochrnuli dolní končetiny. Mícha je poškozena v dolní části a člověk má cit na břicho směrem nahoru. Někdy je zachována částečná citlivost na dolních končetinách. Jedinec dokáže sedět bez opory, zvedá ruce nad hlavu, to vše zvládá bez pomoci asistenta. (Faltýnková, 2004)

Je jedno jestli člověk trpí vysokou nebo nízkou paraplegií, vždy se objevují problémy s močovým měchýřem a s vyprazdňováním stolice (Faltýnková, 2004).

2.6. Paraplegie a ošetrovatelská péče

2.6.1. Ošetrovatelství

Ošetrovatelství je vědní disciplína, která neustále prochází vývojem. Ošetrovatelství by mělo vyhledávat a uspokojovat biologické, sociální a psychické potřeby nemocného i zdravého člověka. Zaměřuje se hlavně na podporu a udržení zdraví každého člověka nebo na jeho navrácení, dále pomáhá s rozvíjením soběstačnosti, snaží se zmírnit utrpení u nevyléčitelně nemocných a v neposlední řadě zajišťuje klidné umírání a smrt člověka. Ošetrovatelský personál se snaží pomoci nejenom pacientovi, ale i jeho rodině, kterou edukuje, a výrazně se podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetrovatelský personál by měl každému pacientovi poskytovat profesionální ošetrovatelskou péči (Plevová et al, 2018). Ošetrovatelskou péči přijímáme pomocí ošetrovatelského procesu (začátek koncem 20. století). Ošetrovatelský proces má pět kroků, jsou to anamnéza, diagnóza, plán, jeho realizace a hodnocení. Ošetrovatelská péče je organizovaná tak, aby pacienti byli přímo zapojeni do plánování a vykonávání ošetrovatelských výkonů. Mezi ošetřujícím personálem a pacientem by měla být vzájemná interakce (Burda, Šolcová, 2015).

Sestra, která pracuje s pacientem s paraplegií mu poskytuje takovou péči, která má zajistit v co nejkratší možné době nezávislost a soběstačnost pacienta. Ošetrovatelství by mělo uspokojit pacientovi biologické, psychologické, sociální a duchovní potřeby.

Zajištěna by měla být primární, sekundární a následná ošetrovatelská péče - v prevenci, diagnostice, léčbě a rehabilitaci, zajištěna by měla být i sociální a edukační péče. Sestra by měla podporovat i zapojovat pacienta s paraplegií včetně jeho rodiny do procesu uzdravování. Dále by měla zjišťovat pacientovi požadavky na ošetrovatelskou péči a poskytovat ji metodou ošetrovatelského procesu. Důraz by měl být kladen na efektivnost, bezpečnost a kvalitu péče. Sestra poskytuje při svých ošetrovatelských činnostech jen takové ošetrovatelské metody, postupy a techniky, které jsou vědecky ověřené. Edukuje a poskytuje všechny možné informace pacientovi i jeho rodině. Sestra poskytuje pacientovi holistickou péči (Slezáková, 2014).

Holistická péče bere člověka jako celek, vychází z celostního přístupu. Cílem holistické péče je poskytnout pacientovi nejen fyzické potřeby ale i psychické, sociální a spirituální. Pokud ošetrovatelský tým bere ohled na biologické, psychické, sociální i duchovní potřeby je schopný poskytnout pacientovi vysoce odpovídající holistickou péči. Holistická péče by se měla poskytnout všem pacientům (Kolektiv autorů, 2008).

2.6.2. Ošetrovatelská péče o pacienty s paraplegií

Pacient trpící paraplegií vyžaduje vysoce specializovanou péči ihned po poranění, někdy i po zbytek svého života. Potřebuje pomoci hlavně s péčí o pokožku a s uvolněním tlaku, který je na pokožku vyvíjen, dále s péčí o svůj zevnějšek, s péčí o vylučovací systém, s plicní hygienou. Ošetrující personál pomáhá s péčí jak pacientovi, tak jeho rodině a rozvíjí jejich znalosti i dovednosti, od jeho úplné závislosti na druhých k jeho postupné nezávislosti s ohledem na jeho poškození (Sisto et al, 2009).

Nejčastější péče u paraplegického pacienta je péče o jeho dýchání, vyprazdňování moče a stolice, výživu, hygienu, spánek, bolest, a dekubity (Jirků, Kyriánová, 2005). Nejdůležitější je komunikace a spolupráce mezi ošetrujícím personálem (hlavně lékař a sestra, po určité době fyzioterapeut) a pacientem. V knize od autorky Slezákové (2014) jsou intervence péče sestaveny takto:

- Pokud je pacient v akutní fázi, je nejdůležitější vhodné polohování. Důležitá je prevence dekubitů, k čemuž patří antidekubitární pomůcky, hygiena a masáže.
- Dbát na pravidelné vyprazdňování, nezadržovat moč ani stolicí.

- Dodržovat pitný režim – dbát na pacientovu hydrataci, úprava stravy, vhodné stolování při občerstvování.
- V neposlední řadě autorka zmiňuje dobrý a kvalitní spánek.
- Důležité je zkoušet si nácvik každodenního běžného života.

(Slezáková, 2014)

2.6.3. Spinální jednotky

Na spinální jednotku jsou umístěny pacienti po poškození míchy. Jako první (v 1 až 2 týdnu) v akutním stádiu jsou pacienti umístěny na spondylochirurgii, kde je proveden urgentní operační výkon. Pokud se u pacienta neobjevují žádné kardiopulmonální potíže je přeložen na spinální jednotku. (Faltýnková, Kříž, 2012). Na spinální jednotku přicházejí pacienti v subakutním stádiu, někdy i ve stadiu chronickým. V České republice se nachází celkem čtyři spinální jednotky, jsou v FN Praze, FN Brně, FN Liberci a FN Ostravě (Šamánková, 2011). Zde je pacientovi poskytnuta všestranná ošetrovatelská, lékařská, rehabilitační a psychologická péče. Je zde hrozba různých zdravotních komplikací, které se musí řešit, volí se zde správná medikace, režimy vyprazdňování a močení. (Faltýnková, Kříž, 2012). Poté jsou pacienti překládáni na rehabilitaci, kde se učí žít v domácím prostředí. Na standartním oddělení je hospitalizace pacientů po poškození míchy složitější, na většině oddělení nejsou bezbariérové pokoje, personál nezná péči o pacienty s takovým typem poškození. Pacient je v péči širokého multidisciplinárního týmu, který se skládá z lékaře, sestry, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a psychologa. (Šamánková, 2011).

Práce sestry na spinální jednotce: každý výkon co sestra u pacienta provede, musí být zapsán do ošetrovatelské dokumentace. Nejdůležitější je komplexní ošetrovatelská péče pro každého pacienta. Sestra se stará o polohování, dýchací cesty, příjem potravy, močení a vyprazdňování, osobní hygienu pacienta, o spánek, bolest (Wendsche, Kříž, 2005). Sestra také pravidelně sleduje fyziologické funkce, aplikuje léky, provádí péči o rány, pečuje o psychiku a zajišťuje komunikaci s pacientem. Komplexní ošetrovatelská péče se bude v průběhu měnit, sestra by ji měla nastavit tak, aby co nejvíce podporovala pacienta v soběstačnosti (Kapounová, 2007).

2.6.4. Ošetrovatelská péče o dekubity

Dekubitus neboli proleženina je místo, kde dochází k poškození kůže a měkkých tkání, důvodem je dlouhé sezení nebo ležení na lůžku, když se pacient nepohybuje a je pořád na jednom místě.

Fyziologicky nedokážeme ležet nebo sedět dlouho na jednom místě – začneme se pohybovat, přetáčet se. Lidé s paraplegií jsou omezeni tím, že nemusí cítit nepohodlí, vydrží sedět dlouho a neuvědomují si, že by měli svoji polohu změnit (Faltýnková, 2004). Nejčastěji se proleženiny vyskytují na sakru, hýždích, bocích, kolenou, patách, na týlu hlavy.

Dekubit poznáme tak, že se začne měnit barva kůže – je začervenala, pokud pacienta přetočíme například na druhý bok, a zatížíme jinou stranu jeho těla, kůže se může vrátit zpět do původního stavu – proto je velice důležité polohování pacienta. Pokud barva kůže bude stále červená, je to varování. Pokud nezměníme sílu tlaku na místo, kde se začíná tvořit dekubit, vznikne puchýř, který může poškodit další hlubší tkáň, i kost (Jirků, Kyriánová, 2006).

Mezi prevence dekubitů zařazujeme vhodné polohování vleže i vsedě v pravidelných intervalech, pacient by měl dodržovat pravidelnou hygienickou péči, měl by nosit volný oděv, bavlněné prádlo, které ho nikde nedře a neškrtí. Pacient by si měl osvojit režim vyprazdňování, není vhodné, aby docházelo k únikům moči, nebo aby pacient byl znečištěn stolicí – to vše dráždí pokožku a zvyšuje se riziko vzniku dekubitů. Je velice důležité, aby si sám pacient kontroloval místa, která jsou ohrožena vznikem dekubitu (Mrůzek, 2005).

2.7. Pacient s paraplegií a jeho potřeby

2.7.1. Potřeby

Potřeba je, když máme pocit nedostatku. Je pro nás většinou životně důležitá. Potřeba je prožívána subjektivně, při nedostatku prožíváme strádání, nelibosti, napětí. Potřebou se, ale může stát i něco, co vnímáme objektivně, něco, co nám může i ublížit (například kouření, alkohol). Abychom docílili životních podmínek, které jsou pro nás vhodné, pomáhají nám právě potřeby. Pokud máme nějakou potřebu, snažíme se jí uspokojit, tím že dochází k uspokojení potřeby, jsme spokojeni i my (Výrost, 2008).

Lidské potřeby jsou seřazeny od těch pro nás a pro život nejvíce důležitých, až po ty neméně důležité. Každá potřeba má pro každého člověka jiný význam, každý prioritně uspokojuje jinou potřebu a jiným způsobem (Vágnerová, 2017). Nejvíce známá je hierarchie potřeb dle amerického psychologa Abrahama Herolda Maslowa, ten seřadil potřeby do pyramidy v pořadí: fyziologické potřeby, potřeba jistoty a bezpečí, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba ocenění a úcty, potřeba seberealizace (Výrost, 2008).

1. Fyziologické potřeby – tyto potřeby zajišťují našemu organismu přežití. Zařadit sem můžeme například žízeň, hlad, potřeba vzduchu, vyprazdňování, potřebu spánku, potřebu být bez bolesti, sexuální potřeby. V době nemoci mají tyto potřeby přednost před potřebami vyššími.
2. Potřeba jistoty a bezpečí – tato potřeba vystoupí do popředí v případě, kdy se ocitneme v ohrožení, potřebujeme ochranu a dostat se do bezpečí. Touto potřebou vyjadřujeme touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, klidu a soběstačnosti.
3. Potřeba sounáležitosti a lásky – neboli společenské potřeby. Patří sem přátelství, dobré rodinné vztahy, partnerské vztahy. Vyjadřuje potřebu někoho milovat a sám být milován, a potřebu někam patřit. Hlavně v době opuštění, osamocení vystupuje do popředí.
4. Potřeba ocenění a úcty – potřebujeme slyšet uznání, pochvalu, mít zdravou sebeúctu a nějaký status. Hlavně při ztrátě respektu od druhých, nebo při ztrátě důvěry vystupuje tato potřeba do popředí.
5. Potřeba seberealizace a seberozvoje – snažíme se rozvíjet své schopnosti a ukázat jaký jsme člověk, snaha stát se nejlepším člověkem.

(Mlýnková, 2010)

Onemocnění člověka vždy nějakým způsobem ovlivní, změní jeho psychický stav, a mění i potřeby nemocného. Nemocný může trpět onemocněním akutním, chronickým nebo mu nemoc způsobí trvalé následky (amputace, paraplegie). Existuje několik faktorů, které rozhodují o změnách pacienta, jeho psychického stavu a potřeb.

Prostředí hraje velkou roli. Záleží na tom, v jakém prostředí nemocný žije, byl vychováván. Jestli je zvyklý na horší podmínky, a zda umí žít s bolestí.

Zkušenosti, které doposud nemocný s chorobou a léčbou má, zkušenosti se zdravotnickým zařízením, jak byl pacient spokojený, jak se choval k nemocnému personálu.

Věk – u dospělých lidí je důležité, aby nebyli kvůli nemoci vyřazeni ze společnosti, potřebují vědět, že si udrží svůj společenský status a nepřijdou například o práci, o přátele (u paraplegického pacienta se toto stát může, pokud nemocný potřebuje ke své práci dolní končetiny). Děti změny nemoci snášejí lépe, změně se přizpůsobí.

Dalším faktorem je *temperament člověka* (například choleric a flegmatik – každý nemoc a změnu, která s ní souvisí, přijme jinak), dále inteligence, pohled na zdraví a nemoc, vzdělání (Kelnarová, Matějková, 2014).

2.8. Potřeby a jejich plnění u paraplegického pacienta

2.8.1. Potřeba dýchání

Pacienti jsou přesunuti na spinální jednotku z jednotky intenzivní péče, kde byli napojeni na plicní ventilaci, nyní dýchají sami, někdy pacient může mít ještě tracheostomii (vyžaduje odsávání). Pacienta může vyděsit přesun, změna místa hospitalizace a personál, pacient může mít díky tomuto dechovou tíseň. Je na personálu, aby pacientovi připravili příjemné prostředí. Pokud se u pacienta objevují problémy s dýcháním je dobrá dechová rehabilitace (Šamánková, 2011). Ta by měla být součástí každého tělesného cvičení. Využívá se hlavně v situacích, kdy je snižená plicní ventilace (imobilizace pacienta), pacient se tím naučí správného reflexu dýchání (Kapounová, 2007). Dále je velmi nápomocné polohování, pomoc při vykašlávání, to pomáhá zamezit dalším dýchacím problémům (Šamánková, 2011).

Intervence:

- Monitoruj fyziologické funkce pacienta.
- Monitoruj saturaci tkání kyslíkem u pacienta.
- Sleduj barvu kůže a koncových částí (konečky prstů, nos) u pacienta.
- Uč pacienta, jak správně dýchat – jak dýchat, kvalita a námaha při dýchání.
- Nastav pacientovi lůžko tak, aby se mu dobře dýchalo.
- Zvol vhodný způsob oxygenoterapie – dle ordinace lékaře.

- Sleduj vykašlávání u pacienta (množství, barvu, vazkost hlenu, příměsí).

(Slezáková, 2014)

2.8.2. Potřeba výživy

Funkce trávicího ústrojí je pro pacienta velice důležitá. Doplnuje energii a pomáhá látkám, které jsou důležité pro obnovu, stavbu a funkci celého našeho organismu. Po přijetí pacienta sestra zjišťuje pacientovo nutriční skóre, zjišťuje tělesný hmotnostní index (BMI). U pacientů, kteří se nacházejí v akutním stádiu, se může objevit nižší hodnota albuminu a celkové bílkoviny. Následkem je horší regenerace organismu a delší hojení ran, tito pacienti hodně trpí nechutenstvím. Důležitý je vhodný výběr pacientovi stravy, často doplňujeme doplňkovou výživou, například nutridrinky. Pacient s paraplegií může hýbat horními končetinami, takže potřeba výživy není tak moc narušená jako například u tetraplegiků, ti musejí využívat speciálních pomůcek (Šamánková, 2011).

Pacienti s poškozenou míchou by měli přijímat pestrou stravu. Pacient by měl jíst velkou škálu potravin, které jsou bohaté na vlákniny, ta se nachází v ovoci a zelenině, rýži, fazolích a žitné mouce. Vláknina je velkým pomocníkem při vyprazdňování, protože změkčuje stolicí. Dále by měl pacient jíst dostatek ovoce a zeleniny, hlavně pacienti s nadváhou by měli omezit cukry a tuky. Vhodné je vypít okolo 3 litrů tekutin za den. Tekutiny udržují čistý močový měchýř a snižují riziko močových infekcí, pomáhají při vyprazdňování tak, že změkčují stolicí. Pacient by měl vypít také mléko (okolo 600 ml/den, větší množství by mohlo škodit ledvinám) které slouží jako zásoba proteinů, vitamínů a minerálů. Alkohol je nevhodný, protože zvyšuje potřebu vylučování moče a způsobit následnou dehydrataci (Faltýnková, 2004).

Intervence:

- Podávej pacientovi stravu 5x denně v pravidelných časových intervalech.
- Dbej na to, aby pacient jedl pomalu, nevykonával při jídle žádnou jinou činnost a pořádně stravu rozkousal.
- Zařid' pacientovi takovou stravu, která odpovídá jeho zdravotnímu stavu.

- Dbej na dostatečný příjem bílkovin (živočišné i rostlinné), ovoce a zeleniny (zdroj vitamínů a minerálních látek).
- Dbej na pitný režim pacienta.
- Edukuj pacienta o tom, že by se neměl stravovat ve fast foodech, pít alkohol.
- Domluv pacientovi nutričního terapeuta.

(Faltýnková, 2012)

2.8.3. Potřeba vylučování

Tato potřeba patří mezi potřeby základní a velmi důležité. K uspokojení této potřeby u paraplegických pacientů vede dlouhá cesta, někteří ji sami nezvládnou a potřebují nemocniční pomoc. U všech pacientů, kteří mají porušenou míchu je nutné zajistit pravidelné vyprazdňování stolice. Pacient dostává (většinou každý třetí den) na podporu vyprazdňování čípek, po kterém je vyprazdňování snazší, dostavit by se mělo do jedné hodiny od podání, je velmi důležité domluvit se s pacientem na době podání, zajišťujeme intimitu, není vhodné podávat čípek například v době návštěv.

Pacient se nejdříve vyprazdňuje na lůžku, za nějaký čas je možné vyprazdňování na toaletě za pomoci druhé osoby kvůli přesunu. Pokud se pacient nevyprázdní, je mu podáno klyzma, může dojít i k manuálnímu vybavení stolice. Nemocniční personál by měl zajistit pacientovu intimitu (Šamánková, 2011).

Pacient s poškozenou míchou ztratí pocit nucení na močení. Pacienti se musejí znovu naučit, jak se vyprázdnit, pokud se to nenaučí, bude jim moč sama unikat. Důležité je se naučit, jak vyprázdnit celý močový měchýř, jinak se u pacienta budou objevovat uroinfekce (Faltýnková, 2004). Pacientovi může být zaveden *permanентní močový katétr*, ten se zavádí hlavně u žen, u mužů je nebezpečí vzniku dekubitů.

Epicystostomie je další variantou vyprázdnění moči, hadička na jejímž konci je sběrný sáček je zavedena přes břišní stěnu do močového měchýře, tento způsob je používán více u mužů.

Urinální kondom, ten se navléká u mužů na penis, na konci má sběrný sáček, díky tomu, že v močovém měchýři není cizí těleso, tento způsob snižuje možnost močové infekce. Další možností, jak zvýšit uspokojení potřeby vylučování, je *metoda vyklepávání*, kdy si

pacient poklepává na oblast močového měchýře střídavě s jemným tlakem dlaní na tuto oblast, to se střídá do doby, než se močení zastaví, moč přestane téct. Tento způsob vyprazdňování není vhodný u každého pacienta, musí dojít ke konzultaci s urologickým lékařem (Šamánková, 2011).

2.8.4. Potřeba čistoty

Potřeba být čistý je jednou z hlavních biologických potřeb. Podle toho se pacient může cítit spokojen či nespokojen, mít dobrou náladu. Pokud je člověk nemocný, změní se jeho nároky na hygienickou péči. Člověk, který se stane paraplegikem se stává méně obratným a pohyblivým, takže se mu hygiena provádí hůře. Při hygieně celého těla je důležité pacienta celého prohlédnout, zjistit jaký je stav jeho pokožky, genitálie musíme neustále udržovat v suchu a v teple. Koupel by se měla pro pacienta stát odpočinkem a příjemnou chvílí, neměl by se kvůli tomu cítit nervózní, ve stresu (důležité je dodržovat intimitu). Hygiena by měla probíhat plánovaně, pacient by měl mít vymezený dostatek času, k dispozici jsou sestry nebo ošetřovatelé (sanitáři). Hlavní úlohu při hygieně má ergoterapeut nebo fyzioterapeut, který s pacientem nacvičuje nejdříve přesuny do sprchy, učí ho samostatnosti (Šamánková, 2011).

2.8.5. Potřeba spánku

Abychom si zachovali tělesné, i duševní zdraví je důležité mít dostatek odpočinku i spánku. Spánek náš organismus ochraňuje a regeneruje. Tato potřeba je u každého z nás individuální, velice závisí na věku nemocného, na aktivitě, kterou jedinec za den vykonával, na stavu organismu. Pacienti by měli být každou noc, každé tři hodiny polohováni.

Nespavost patří mezi jednu z nejvíce narušených potřeb, na kterou si pacienti stěžují, může za to narušená pohoda nemocného například stresem, obavami, nedostatkem soukromí a intimity. V nemoci je poptávka na odpočinek a spánek vyšší, než má zdraví člověk, je nutné tuto potřebu respektovat (Šamánková, 2011).

2.8.6. Potřeba být bez bolesti

Bolest je vždy, pokud nemocný sděluje, že bolest pociťuje (je to pocit subjektivní). Skoro každé onemocnění je provázeno nějakou bolestí, bolest pomáhá lékařům zjistit diagnózu, lékař se vyptává pacienta, kde a co ho bolí (Šamánková, 2011). I pacient

s poškozením míchy má bolesti v místě poranění, které se u něj mohou objevovat týdně až měsíce, někdo může mít i bolesti dlouhodobé. Bolest většinou začíná v době poranění, a trvá několik měsíců až roků po poranění. Bolest může mít různé důvody, může to být kvůli poraněným šlachám, zlomeným kostem nebo poškozením zádových svalů (Faltýnková, Kříž, 2004). Na spinální jednotce pacienti často trpí bolestí hlavně v místě, kde probíhala operace, na ramenních kloubech, pokud pacient zaujímá polohu na boku a další.

Pacient, který trpí bolestí je více ve stresu a zhoršuje se jeho spolupráce s personálem (například při cvičení). Je důležité pacienta pravidelně polohovat, podkládat mu končetiny, podávat po domluvě s lékařem analgetika (Šamánková, 2011).

Prevence bolesti – intervence:

- Udržuj pacienta v sedu i lehu ve správné pozici.
- Předcházej proleženinám – polohuj pacienta.
- Dbej na to, aby se pacient naučil ovládat svůj močový měchýř a stolicí.
- Kontroluj spasmusy a předcházej kontrakturám.

Léčba bolesti – intervence:

- Podpoř pacienta a nabídni mu svou pomoc.
- Vymýšlej pro pacienta takové aktivity, aby na bolest nemyslel.
- Dbej na to, aby se pacient naučil ovládat svůj močový měchýř a stolicí.
- Podávej léky na bolest dle ordinace lékaře.

(Faltýnková, Kříž, 2004)

2.8.7. *Potřeba sexuality*

Paraplegičtí pacienti kvůli svému ochrnutí trpí často sníženým sebevědomím a sebehodnocením co se týče sexuality. Potýkají se se studem a obavami svůj sexuální život znovu obnovit. Často se potýkají s depresí, která závažně působí na partnerské vztahy a sexualitu. Ochrnutí jednoho z partnerů je pro vztah velká a těžká zkouška (Šrámková, 2013).

Sex patří mezi základní lidské potřeby, touha po sexuálním uspokojení je pro člověka přirozená. Každého paraplegického pacienta zajímá, jak to bude s jeho sexuálním životem po poškození míchy (Courtois, Charvier, 2015). Co nejdříve by si měl o tomto problému s pacientem s paraplegií promluvit lékař, dobré je, když pacient zjistí nějaké informace a může si promluvit se zkušenějším plegikem a co nejdříve začít problémy řešit. U mužů, kteří mají míchu poškozenou v horní oblasti tedy krční nebo vyšší hrudní míchu nad Th₁₂, se může vyskytovat psychogenní nebo reflexní erekce, ale mívají problémy s ejakulací. U mužů, kteří mají poškozenou míchu v dolní oblasti, jsou problémy s erekcí i s ejakulací. Poruchy erekce lze řešit například: medikamentózně (Viagra), intrakavernózními injekcemi do penisu s podpůrnými látkami, vakuovou pumpou, penilní protézou nebo implantací stimulátoru do páteřního kanálu. Problémy ejakulace lze řešit odběrem spermatu a jeho následným zmražením, a to buď operačním způsobem odběru nebo elektroejakulací nebo vibrostimulací. U žen se objevuje snížená chuť na sex kvůli pocitu, že nejsou dost atraktivní a přitažlivé, mívají také poruchu citlivosti. Menstruace se u žen obnoví zhruba za dva měsíce od poškození míchy, otěhotnět žena může stejně jako před poškozením míchy. Všechno záleží na kompletnosti poškození míchy ale i na dalších faktorech. I přes to, že se objevují problémy, které se dají většinou vyřešit, má paraplegický pacient – muž i žena předpoklady stát se dobrým rodičem jako lidé bez tělesného postižení (Faltýnková, 2012).

3. Cíl práce a výzkumné otázky

3.1. Cíl práce

Zmapovat hierarchii potřeb u pacienta s paraplegií.

3.2. Výzkumné otázky

1. Jak se změnila hierarchie potřeb před paraplegií a při paraplegii?
2. Jaké potřeby jsou pro pacienta s paraplegií prioritní?
3. Jaká je náročnost plnění potřeb pacientů s paraplegií v ošetrovatelství?
4. Jaké potřeby se nejhůře uspokojí pacientům s paraplegií – z pohledu ošetrovatelského personálu?

4. Metodika

4.1. Použité metody

Výzkumná část této bakalářské práce byla zpracována prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Samotný sběr dat byl zhotoven pomocí techniky polostrukturového rozhovoru s pacienty s paraplegií (příloha 1) a se všeobecnými sestrami (příloha 2), které pracují s pacienty s paraplegií. Rozhovor pro pacienty obsahoval 31 otázek. Rozhovor se zdravotními sestrami obsahoval 27 otázek. Některé otázky byly rozšířené o podotázky. V úvodu každého rozhovoru byly zjišťovány základní informace, jako je pohlaví, věk, vzdělání, u paraplegického pacienta byla zjišťována délka postižení, délka hospitalizace a nynější zaměstnání, u zdravotní sestry byla zjišťována délka praxe a oddělení výkonu práce.

Výzkum probíhal s pacienty, kteří navštěvují Centrum Paraple. Výzkum se zdravotními sestrami probíhal se sestrami, které pracují na Rehabilitačním oddělení, na oddělení Následné péče, v organizaci Fénix, na Spondylochirurgické JIP a na Plastické chirurgii JIP. Výzkumné šetření probíhalo v období měsíce dubna 2020.

Výzkumné šetření probíhalo po souhlasu pacientů s paraplegií a hlavní sestrou v rámci jednotlivých zařízení a nemocnic. Jednotlivé rozhovory se uskutečnily po předchozí telefonické domluvě. Rozhovor byl veden mezi tazatelem a dotazovaným, bez účasti dalších osob. Na začátku každého rozhovoru se tazatel představil. Tazatel dále představil svou bakalářskou práci, její název a cíl, a další podrobnosti výzkumu. Všichni dotazovaní byli ubezpečeni o jejich anonymitě, dále o tom, že všechny informace od dotazovaných budou zpracovány jen pro účel této bakalářské práce. Každý dotazovaný věděl o možnosti rozhovor kdykoliv ukončit nebo na kteroukoliv otázku neodpovídat. Před začátkem rozhovoru byl každý dotazovaný požádán o možnost pořídit si zvukový záznam. Byly zhotoveny i písemné záznamy. Délka každého rozhovoru byla přibližně 30 minut. Nahrané rozhovory byly posléze převedeny do písemné formy. Přepisy rozhovorů byly zpracovány metodou otevřeného kódování, za pomoci techniky „papír-tužka“.

4.2. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 5 pacientů s paraplegií (viz tabulka 1) a 6 zdravotních sester (viz tabulka 2). Vzorek pacientů byl vybrán na podkladě několika kritérií. Prvním kritériem bylo, aby se jednalo o pacienta s paraplegií ve věku od 20 do 45 let. Druhým kritériem bylo, aby pacienti byli hospitalizováni 5 a více dnů. Vzorek zdravotních sester byl vybrán podle toho, zda aktuálně pracují nebo dříve pracovaly s pacienty s paraplegií. Výzkum byl prováděn v nemocnici v Jihočeském, Plzeňském kraji a Praze, dále pak s pacienty s paraplegií v Plzeňském kraji. Jednotliví informanti jsou z důvodu anonymity dále označováni jako P1-P5 (P = pacient) a S1-S6 (S = sestra).

4.3. Kategorizace a příprava interpretace

V této části práce jsou prezentovány výsledky získané v procesu rozhovorů s pacienty s paraplegií. Pro lepší přehlednost jsou výsledky sestaveny do kategorií a podkategorií.

Diagram 1 :Stručný přehled všech kategorií u pacienta s paraplegií:

- Kategorie 1 – základní informace o paraplegii pacienta
 - Podkategorie 1 – jak dlouho a z jakého důvodu je pacient paraplegikem
 - Podkategorie 2 – pobyt na spinální a rehabilitační jednotce
 - Podkategorie 3 – co se nejvíce změnilo
 - Podkategorie 4 – potřeby
- Kategorie 2 – fyziologické potřeby
 - Podkategorie 1 – rekonstrukce, bezbariérové vstupy
 - Podkategorie 2 – sexuální potřeba
- Kategorie 3 – potřeba bezpečí a jistoty
 - Podkategorie 1 – opora rodiny a partnera, postavení se k nové situaci
 - Podkategorie 2 – bezpečí na vozíku
- Kategorie 4 – potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti
 - Podkategorie 1 - podpora rodinou, přáteli, partnerkou
- Kategorie 5 – potřeba uznání a úcty
 - Podkategorie 1 – pracovní uznání
- Kategorie 6 – potřeba seberealizace
 - Podkategorie 1 – volný čas a sport na vozíku
 - Podkategorie 2 - zaměstnání

- Podkategorie 3 – spokojenost sám se sebou

Zdroj: vlastní

Diagram 2: Stručný přehled všech kategorií u zdravotních sester:

- Kategorie 1 – základní informace o sestře
 - Podkategorie 1 – délka praxe s pacienty s paraplegií
 - Podkategorie 2 – nejčastější důvody vzniku paraplegie
 - Podkategorie 3 – jak pacientovi pomáháte s vyrovnáním
 - Podkategorie 4 – ošetrovatelská péče
 - Podkategorie 5 – potřeby
- Kategorie 2 – fyziologické potřeby
 - Podkategorie 1 – sexuální potřeba
- Kategorie 3 – potřeba bezpečí a jistoty
 - Podkategorie 1 – bezpečí na vozíku
- Kategorie 4 – potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti
 - Podkategorie 1 – podpora pacienta s paraplegií rodinou, partnerkou
- Kategorie 5 – potřeba uznání a úcty
 - Podkategorie 1 – zájmy, zaměstnání pacienta
- Kategorie 6 – potřeba seberealizace
 - Podkategorie 1 – reakce pacienta na zjištění že je paraplegik
 - Podkategorie 2 – sport na vozíku, zájmy pacienta
- Kategorie 7 – pyramida potřeb

Zdroj: vlastní

5. Výsledky výzkumného šetření

5.1. Struktura výzkumného souboru

Tabulka 1 - Struktura výzkumného souboru

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka postižení	Délka hospitalizace	Povolání
P1	Muž	45	Vysokoškolské - pedagogika	18 let	2 měsíce	Učitel
P2	Muž	36	Odborné učiliště - automechanik	9 let	8 měsíců	Nezaměstnaný
P3	Muž	36	Odborné učiliště – kuchař/číšník	18 let	6 měsíců	OSVČ
P4	Muž	43	Odborné učiliště – zedník	4 roky	12 měsíců	OSVČ
P5	Muž	32	Středoškolské – ekonomika a podnikání	7 let	5 měsíců	Prodavač

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1 poskytuje základní informace o jednotlivých informantech. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 5 mužů s věkem v rozmezí od 32 let do 45 let. Délka postižení se pohybuje mezi 4 roky až 18 let. Délka hospitalizace je od 2 měsíců až 12 měsíců. Většina dotazovaných má vystudované odborné učiliště s různým zaměřením, jeden dotazovaný má střední školu, jeden vysokoškolské vzdělání. Většina dotazovaných nevykonává povolání, která vystudovali.

Tabulka 2 - Struktura výzkumného souboru

	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Délka praxe	Oddělení
S1	Žena	66 let	Vysokoškolské – fyzioterapeut	40 let	Následná péče
S2	Žena	36 let	Vysokoškolské – všeobecná sestra	7 let	Organizace Fokus
S3	Žena	45 let	Středoškolské	5 let	Rehabilitační oddělení
S4	Žena	28 let	Vyšší odborné – všeobecná sestra	6 let	Spondylochirurgická JIP
S5	Žena	50 let	Vysokoškolské - fyzioterapeut	20 let	Denní stacionář
S6	Žena	28 let	Vysokoškolské – všeobecná sestra	4 roky	Plastická chirurgie JIP

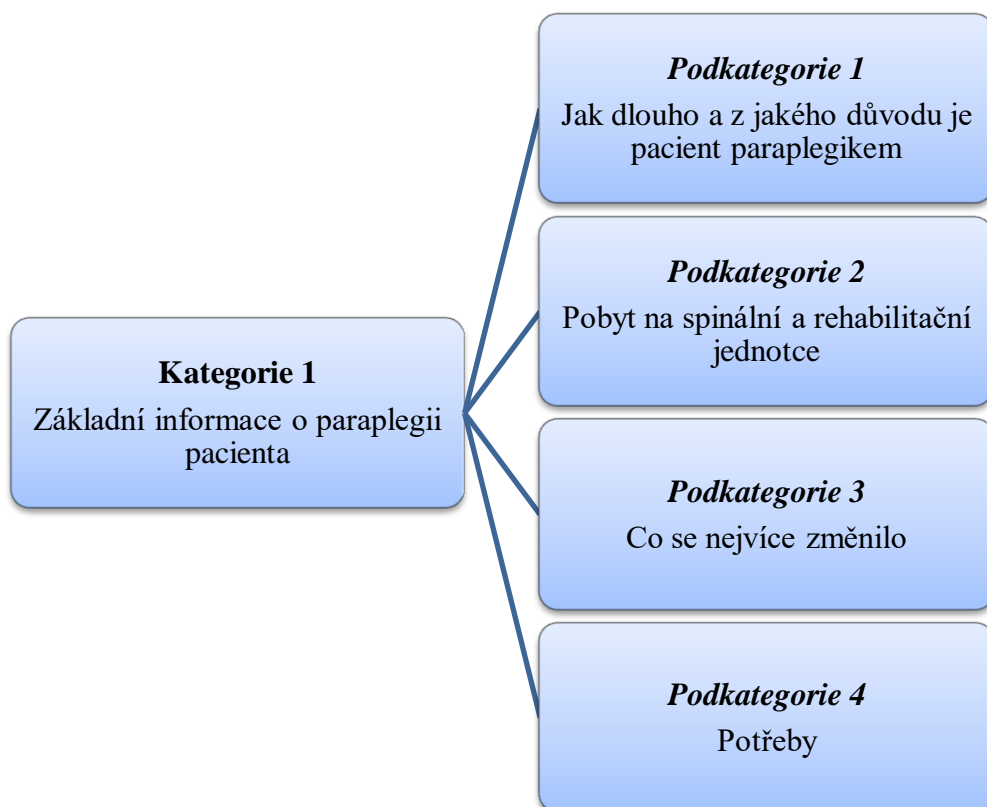
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 2 poskytuje základní informace o všech informantech. Výzkumného šetření se zúčastnili 6 žen ve věku od 28 let do 66 let. Čtyři z dotazovaných jsou vysokoškolsky vzdělání – dvě fyzioterapeutky a dvě všeobecné sestry. Jedna z dotazovaných má vyšší odborné vzdělání – všeobecná sestra. Jedna dotazovaná má středoškolské vzdělání. Délka praxe u dotazovaných se pohybuje od 4 let do 40 let. Jedna z dotazovaných vykonává své povolání na rehabilitačním oddělení, další v organizaci Fokus, jedna z dotazovaných na oddělení následné péče, jedna dotazovaná na spondylochirurgické JIP a jedna z dotazovaných v denním stacionáři, poslední z dotazovaných na plastické chirurgii JIP.

5.2. Kategorizace výsledků výzkumného šetření

5.2.1. Kategorizace pacienta s paraplegií

Diagram 1 - Kategorie 1: Základní informace o paraplegii pacienta



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 1. Základní informace o paraplegii pacienta

Tato kategorie se zaměřuje na základní informace, které se týkají paraplegického pacienta, nastiňují důvod vzniku paraplegie u pacienta, pobyt pacienta v nemocničním zařízení, co se nejvíce po poškození míchy změnilo a vše co se týká obecně potřeb.

Podkategorie 1.1 Jak dlouho a z jakého důvodu je pacient paraplegikem

Všichni informanti (P1, P2, P3, P4, P5) se shodli na tom, že se stali paraplegickými pacienty kvůli úrazu. Z P1 se stal paraplegický pacient, když měl úraz při sportu, kdy dodává „měl jsem úraz při sportu, lyžovali jsme s kamarády, poté co mě převezli do nemocnice mě operovali, ale operace se nepovedla, takže jsem vlastně ochrnl až v nemocnici po operaci. Možná kdyby se to povedlo, skončil bych jinak, jo, měl bych asi

parézu a chodil špatně, ale chodil bych“. P2 a P3 měli podobné příčiny vzniku poškození míchy, oba spadli z velké výšky. P2 se stal paraplegickým pacientem kvůli skoku do mělké vody, dodává *„už je to 9 let, ale já si to pamatuju jako včera. Byli jsme s klukama na lomu, hecovali se, kdo skočí ze skály, měli jsme v sobě pár piv, skočil jsem, nebyl jsem žádnéj srágora, sice jsem v tý době měl mít už rozum, ale asi jsem ho nechal doma, skočil jsem a následky si nesu do teď“.* P3 spadl z druhého patra budovy, říká *„byl jsem v práci, stál jsem na lešení a najednou jsem byl pod ním, spadl jsem přímo na záda“.* P4 a P5 měli stejný důvod toho, proč se stali paraplegickými pacienty, bylo to kvůli dopravní nehodě, P4 říká *„jel jsem z dlouhý šichty, a asi jsem usnul, pak jsem se probudil až v nemocnici, nerad na to vzpomínám“.* P5 říká *„měl jsem nehodu na motorce, byl jsem zrovna na dovolený, motorka a já, spal jsem pod širákem, byla to moc hezká dovolená, když jsem se vracel domů, narvalo to do mě auto, nedalo mi přednost, mamka měla narozeniny tak jsem chvátal domů a vzal to tou rychlejší cestou. Pořád si říkám, jestli by se to stalo, kdybych jel tou cestou, co vždycky“.* Délka paraplegie je u P1 a P3 stejná, oba jsou ochrnuti 18 let. U ostatních (P2, P4 a P5) se doba liší. P2 je ochrnut 9 let, P4 4 roky a P5 7 let.

Podkategorie 1.2 Pobyt na spinální a rehabilitační jednotce

Každý z pacientů (P1, P2, P3, P4, P5) strávil nějakou dobu na spinální i rehabilitační jednotce. P1 uvádí *„V nemocnici to bylo hrozný, byl hodně znát rozdíl pacient - personál, člověk neměl moc práv, nebyla tam vůbec žádná důstojnost. V rehabilitačním ústavu to byl posun k lepšímu. Hodně věcí jsem se tam naučil dělat sám, sice jsem se oblékal hodinu, ale zvládl jsem to sám a nebyl vázán na nikoho jiného. Celkově jsem tam byl krátce, přijel jsem začátkem října a na Vánoce jsem byl už doma, pak jsem tam byl od ledna do půlky února, takže jsem tam byl necelé tři měsíce s přerušením na 14 dní. Tam jsem se zlepšil asi nejvíc, přijížděl jsem jako ležící pacient, který se nebyl ani schopný posadit a odjížděl jsem jako paraplegik na vozíku. Ale myslím, že to byl více přirozený vývoj toho mého úrazu než zásluha rehabilitace, ergoterapie a fyzioterapie. Tyhle věci mi v té době přišly dost odfláknutý, když řeknu příklad, měl jsem fyzioterapeutku, která na mě měla asi hodinu, z toho mi 10 minut protahovala nohy a 20 minut jsme hráli piškvorky“.* Na dotaz, zda si myslí, že je teď situace jiná P1 odpovídá *„nevím, snad ano, od té doby jsem nikde nebyl a ani jsi to nezjišťoval“* a dál dodává *„byl jsem na pokoji s lidma, kteří na tom byli podstatně lépe než já, to pro mě byla motivace, chtěl jsem na sobě pracovat, podle mě to byl záměr personálu, aby mě to*

motivovalo“. P2 vidí situaci pobytu spíše opačně než P1, říká „*když jsem byl na spinální jednotce, tak jsem tam zaznamenal hodně velký pokrok, potom, co jsem byl převezen, do rehabilitačního centra se stav spíše udržoval, taky jsem se hodně zlepšil, ale na tak jako na spinální jednotce, tam byl posun vpřed fakt velkej“.* P3 říká „*na spinální jednotku si moc nepamatuju, brzo po úrazu jsem byl v rehabilitačním centru, kde to bylo supr, byl jsem tu půl roku, všude byli samí profesionálové, kteří mě naučili přijmout vozík a to, že jsem se stal paraplegikem, hodně mi pomohli po psychické stránce“.* P4 uvádí „*nejdřív jsem se dostal vrtulníkem do nemocnice v Klatovech, na to nemám příjemné vzpomínky a nechci o tom ani mluvit, potom, když jsem byl na spinální jednotce, bylo vidět, že jsem se dostal do rukou odborníků, kteří vědí, jak se mnou pracovat, potkal jsem tady hodně milých, ochotných lidí, kterým dlužím svoje díky. V rehabilitačním centru mě naučili si zvyknout, že už zůstanu na vozíku, viděl jsem tady hodně jiných pacientů, kteří na tom byli líp, byli to šikovní kluci, tak jsem si řek, že to taky zvládnou. V rehabilitačním centru se mi líbilo asi nejvíce“.* P5 má na spinální jednotku i rehabilitační centrum dobré vzpomínky, říká „*na spinální jednotce to bylo v pohodě, bylo tam hodně mladých sestřiček, který se furt usmívaly, tak jsem aspoň tolik nemyslel na to, jak jsem dopad. Doktoři byli esa, bylo vidět, že každé ví, co dělá. V rehabilitačním centru to bylo obdobný, našel jsem si tady mezi ostatníma pacientama hodně známých a někteří zůstali i kamarádi, se kterýma se čas od času sejdem. Mám na to příjemné vzpomínky. Hodně mi pomohli po psychické stránce, možná i kvůli nim jsem se tak rychle naučil přijmout vozík, jsem s ním v pohodě“.* Každý z pacientů prožil léčbu (na spinální a rehabilitační jednotce) různou dobu. P1 celkem 2 měsíce, P2 8 měsíců, P3 6 měsíců, P4 až 1 rok a P5 5 měsíců.

Podkategorie 1.3 Co se nejvíce změnilo

Všichni (P1, P2, P3, P4, P5) se shodli na odpovědi, že se změnilo všechno. P1 dodává „*celý můj život se od základu změnil, už jsem se nemohl postavit na nohy, dělat věci co jsem dělal dřív, co mě bavilo a naplňovali, změnil se můj vztah se ženou, odešli někteří kamarádi a přišli jiní, postupně jsem se učil a začal jsem dělat jiné věci, které mě naplňují a baví. Našel jsem si ženu jinou. Po tom, co jsem se dozvěděl, co se mi stalo to bylo hrozný, učil jsem se vše od znova, ale naučil jsem se to, pořád nacházím něco, co bych měl ještě doladit, ale už to zvládám. Myslím, že první roky jsou nejhorší, ale pak si člověk začne zvykat, pořád si říkám, že se to zkrátka mělo stát, tak se to stalo“.* P2 se také přiklání k odpovědi, že se změnilo vše, říká „*pro mě se změnilo absolutně všechno,*

největší změnu jsem pocítil v soběstačnosti, už jsem nebyl samostatný a nezvládl si udělat všechno sám, to pro mě bylo nejhorší“. P3 „změnilo se absolutně všechno, nejvíce to, že jsem přestal chodit, nemohl jsem dělat věci, co jsem dělal dřív, svou práci, která mě hodně bavila a v který jsem byl dobřej, a koničky. Musel jsem se znova naučit dojít si na záchod, ze začátku to bylo pěkně těžký. Jediný, co se asi nezměnilo, bylo to, že jsem si zvládl sám vyčistit zuby“. I P4 souhlasí s odpovědí, že nastala změna ve všem, dodává „změnilo se všechno, celý svět, od základu!“ P5 uvádí „začátky byly hodně těžký, ale myslím, že je to jen a jen o psychice člověka, jak se přijme a má rád. Mně hodně pomohli s psychikou už v nemocnici ale i v rehabilitačním centru. Ale vždycky sem byl kluk, kterej si s něčím moc neláme hlavu a přijímá nové výzvy s úsměvem. Tak jsem se naučil brát i tohle jako výzvu, kterou musím zvládnout. Začal jsem posilovat, to mi hodně pomohlo. Samozřejmě začátky byly pekelně těžký, ale všechno se dá zvládnout, když chcete hlavně vy sám, a máte podporu od okolí. Beru to tak jak to je“.

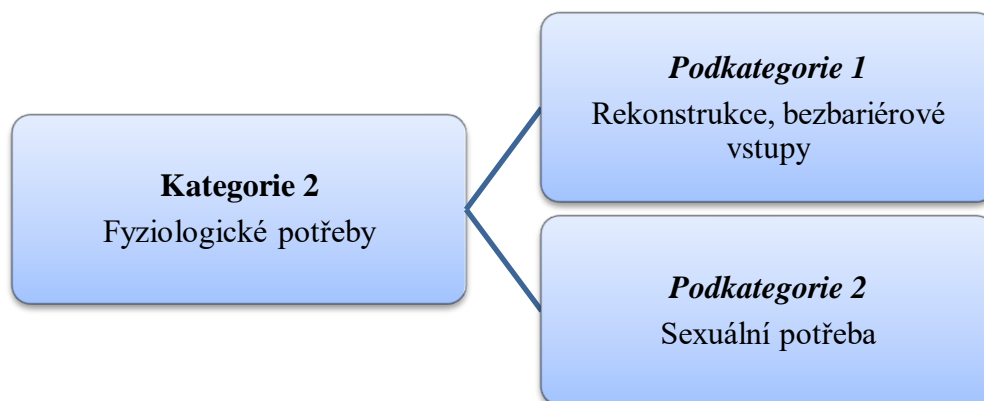
Podkategorie 1.4 Potřeby

Odpověď na otázku, která z 5 potřeb podle Abrahama Maslowa se změnila s poškozením míchy nejvíce pacienti P1, P2, P3 a P5 odpověděli fyziologické potřeby. P2 ještě dodává potřebu seberealizace. P4 si myslí, že se nejvíce změnila potřeba seberealizace. P1 k tomu dodává „Určitě se nejvíce změnila potřeba fyziologická, učíte se všechno zvládat od začátku, musíte se naučit znovu najíst, napít, dojít si na záchod, ze začátku jsem měl problém i s dýcháním“. P2 se nelíbilo, že „člověk najednou zjistí, že je ve spoustě běžných věcí odkázán na někoho druhýho, na jeho pomoc, za mě se určitě nejvíce změnila fyziologická potřeba“. P4 říká „pro mě byla asi nejtěžší potřeba seberealizace, ze začátku jsem měl problém i s hýbáním rukama, bál jsem se, že už to tak zůstane a já nebudu moct dělat práci a věci co chci“. Potřeba, ve které pacienti nepostřehli žádnou změnu je skoro u každého jiná, jen P4 a P5 se shodli na tom, že je to potřeba lásky a sounáležitosti. P1 říká „Určitě jsem postřehl změnu ve všech potřebách, byla to velká změna, která sice neprobíhala najednou, ale probíhala postupně, asi mi zůstala potřeba zvědavosti, byl jsem hodně zvědaví předtím a jsem i teď“. P2 udává, že „žádnou změnu jsem nepostřehl v potřebě uznání a úcty, tu mám od cizích lidí i mých blízkých pořád, teda aspoň doufám“. P3 říká „je to asi potřeba seberealizace, měl jsem a mám se pořád rád, snažím se dělat vše, co chci“. Pro P5 byla potřebou, ve které nenastala žádná změna, také potřeba seberealizace, dodává „vždy jsem věděl, že to zvládnou“. Na otázku, jaká potřeba byla prioritní po úraze a která potřeba je pro pacienta

prioritní teď pacienti odpověděli: P1 „*jak už jsem říkal ze začátku to byly ty fyziologické potřeby, byl jsem jako dítě, které se všechno učí znovu. Když bych měl odpovědět co je pro mě prioritní teď tak nevím, myslím, že mám snad všechny potřeby dostatečně uspokojené, fyziologické potřeby zvládám, občas s dopomocí manželky, potřebu bezpečí a jistoty mám také naplněnou, lásky mám dostatek od mého okolí, uznání si myslím, že mám také, a seberealizuji se pořád*“. P2 říká „*pro mě bylo nejdříve prioritní se postarat sám o sebe, naučit se samostatnosti, v tomto se pořád učím, nyní je pro mě prioritní založení rodiny, s manželkou jsme se rozhodli, že chceme dítě, tak se snažíme*“. P3 nejvíce chyběla volnost, říká „*chyběla mi volnost, nemohl jsem se věnovat oblíbeným koníčkům, práci, chtěl jsem docílit toho, abych byl na vozíku samostatný, uměl ho perfektně ovládat a ject na výlet, někam, kam se mi zachce. Teď je pro mě důležité uznání a úcta, v práci jsem se setkal a vlastně i zaměstnal několik nových kolegů, kterým úcta ke mně chybí. Chci to změnit*“. P4 říká „*po úraze pro mě byla prioritní potřeba tělesná, musel jsem se hodně věci naučit znovu, jsem dost prchlivý a chci všechno umět hned, takže občas, když něco nešlo, byl křik a mlácení s věcma, ostatní si semnou docela užili. Teď je pro mě prioritní potřeba seberealizace, musím si zvyknout, že už z vozíku nevstanu, musím se naučit přijmout vozík, jako součást sebe*“. P5 říká „*po úrazu pro mě bylo nejdůležitější naučit se uspokojovat fyziologické potřeby, abych se mohl spolehnout sám na sebe, a ne na cizí, nebo pomoc rodiny, při tom jsem se vždycky cítil trapně. Nyní je pro mě důležitá potřeba lásky, chtěl bych si najít nějakou babu, která semnou bude celej zbytek života!*“ Na otázku, zda pacienti navštěvují nějaké společenské skupiny pro vozíčkáře, kde o svých problémech mohou hovořit a zda jim ve skupině poradili, jak uspokojovat své potřeby odpověděli, že ano P1, P4. Občas Centrum Paraple navštěvuje P2 a P5. Nikdy žádnou skupinu nenavštívil P3. P1 odpověděl „*navštěvuji sportovní klub vozíčkářů a někdy Centrum Paraple, ale tam spíš jezdím kvůli tomu, že tam mám nějaké povinnosti. Hodně mi pomohli ostatní paraplegici, ale i v nemocnici a rehabilitaci, hodně jsem se dozvěděl v Centru Paraple, ale hlavně od ostatních pacientů, nyní jsem ve fázi, kdy se ostatní obracejí s dotazy na mě*“. P2 říká „*pravidelně nic nenavštěvuju, sem tak zajedu do Centra Paraple, potřeby mi poradili uspokojovat ve špitále, pak i v rehabilitačním centru, informace mi dalo i Centrum Paraple*“. P3 ovšem říká „*Nikdy jsem nic nenavštěvoval, nebyl jsem ani v Parapleti, hodně mi pomohli v rehabilitačním centru a pak jsem si poradil tak nějak sám. Velkou oporou mi byla přítelkyně a rodiče*“. P4 si naopak vše chválí „*jo jezdím do Centra Paraple, moc mi to tam pomáhá, pomohli mi i s tím, jak uspokojovat potřeby, jsou tam moc hodní, našel jsem si mezi chlapama*

pár kamarádů, ty mi taky dali nějaké rady“. P5 se sem tam v nějaké skupině zastaví, říká „*když mám cestu kolem, zastavím se tam, docela rád, ale pravidlem to není, na druhou stranu mi moc pomohli a dali informace“*

Diagram 2 - Kategorie 2: Fyziologické potřeby



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 2. Fyziologické potřeby

Tato kategorie se zabývá fyziologickými potřebami a je rozčleněna na dvě podkategorie. První podkategorií jsou bezbariérové vstupy a rekonstrukce bydlení. Druhá podkategorie se týká sexuálních potřeb.

Podkategorie 2.1 Rekonstrukce, bezbariérové vstupy

Každý člověk, který je upoután na vozík se někdy setkal s problémem bezbariérových vstupů, aby si mohl uspokojit své fyziologické potřeby, a to jak u sebe doma, tak i v jeho okolí. P1 a P2 bydlí v bytě. P1 uvádí „*Svůj byt jsem zrekonstruovat musel, ze začátku jsme bydleli v jednom bytě, kde byl výtah a celkem slušně to tam vypadalo, takže jsme museli opravit jen základy, hlavně koupelnu, manželka mi v kuchyni přeskládala věci do dolních šuplat a skříněk, po několika letech jsme se odstěhovali do jiného bytu, který se musel rekonstruovat hodně. Co se týká bezbariérových vstupů mimo domov, myslím, že to nikdy nebylo dobrý a ani teď to není žádná sláva, vždycky se nějaký problém objeví“.* P2 má podobnou zkušenost, říká „*ano rekonstruovali jsme, předtím jsme bydleli s manželkou v paneláku v 8 patře, to samozřejmě dál nešlo, byt*

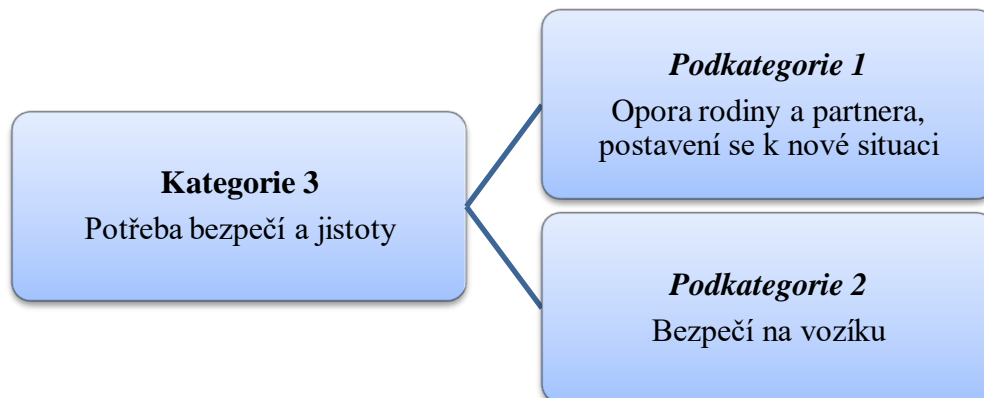
jsme prodali a koupili si jiný v přízemí. Museli jsme udělat pár změn, hlavně jsme zvětšovali futra u dveří do koupelny, záchod a ložnice. Hledali jsme takový byt, kde by těch úprav mělo být co nejméně, máme spojený obývací s kuchyní, velkou koupelnu a záchod. Nový byt jsme si přizpůsobili tak, aby mi vyhovoval. Problémy s bezbariérovými vstupy jinde jsem měl a stále mám, ale jezdím jen do ověřených míst, kde vím, co mě čeká a kde na žádný problém snad nenarazím“. P3, P4 a P5 bydlí v domku. P3 říká „měl jsem štěstí, v době úrazu jsem bydlel s rodičema v domě, kde jsem se jen přestěhoval z patra do přízemí, dům byl skoro bezbariérový. Asi po půl roce jsem šel bydlet s přítelkyní, postavili jsme si dům, který je komplet bezbariérový. Ze začátku jsem měl problém i s bezbariérovými vstupy mimo domov, nyní je to lepší, dříve se to asi tak moc neřešilo, měl jsem problém se dostat do restaurací, na různé památky, třeba hrady, ale docela rychle jsem se naučil vozík ovládat v rehabilitačním centru, takže to pak nebyl zas takový problém“. P4 také bydlí v domku, říká „v té době co se to stalo, jsme měli se ženou skoro postaveno, chybělo jen pár věcí. Moje žena vždy chtěla jen přízemní domek, já chtěl patrový, naštěstí jsme to udělali tak jak chtěla ona, domek je dostavený, proběhlo pár úprav, jako třeba, že jsme odstranili vanu a místo ní pořídili velký, prostorný sprchový kout se všema madlama a vším co potřebuju. Se vstupy někde jinde mám problém pořád“. P5, který bydlí také v domku dodává „bydlel jsem a stále bydlím s našima na vesnici. Mají barák s velkou zahradou. Do domu, ale vedou 3 schody, to byl velký problém, táta mě vždycky tahal nahoru. Nakonec jsme to vyřešili tak, že mi na zahradě postavili takovou chatu, kde bydlím a mám tam snad všechno, na co si vzpomenu a potřebuju, udělal to pro mě táta a jeho kumpáni z vesnice. Já trochu pomáhal. Na zahradě mi udělali takovej chodníček, po kterém jezdím, na trávě mi to nešlo. Bezbariérové vstupy mimo domov zas takovej problém nebyly. Bydlím na vesnici, nakupuji si v krámku, kde pracuji, takže to mám dva v jednom, a do hospůdky žádné schody nevedou“.

Podkategorie 2.2 Sexuální potřeba

Na otázku, jak je to se sexuálním uspokojením a potřebou se někteří z dotazovaných styděli odpovídat, ale i tak žádný z nich neodmítl a něco k tomuto tématu řekl. Na otázku: mluvili s vámi v nemocničním zařízení o tom, jak to bude s potřebou sexuálního uspokojení P1 odpověděl „moc ne, na spinální jednotce sice byla specialista, ale zrovna byla na mateřské dovolené, v nemocnici jsem tohle neřešil, spíš mě zajímalo, jestli se přetočím z boku na bok a nadechnu se, na pokoji jsem byl s lidmi důchodového

věku, takže jsem to nemohl řešit ani s nimi“. P2 se říká „moc se mnou o tom nikdo nemluvil, trochu mi k tomu něco nastínili, ale jinak moc ne“. P3 si chválí rehabilitační centrum, říká „v rehabilitačním centru o tom byla nějaká přednáška, jinak o tom semnou nikdo nemluvil“. S P3 se shoduje P4, říká „ano, mluvil o tom se mnou doktor, v rehabilitačním centru jsme měli nějaký seminář, snažil jsem se o tom mluvit s ostatními pacientama“. P5 doplňuje „myslím, že se všude o tom trochu zmínili, moc mě to zajímalo, ale styděl jsem se na to kohokoliv zeptat, čekal jsem, až s tím začnou sami a něco se dozvím, no něco málo jsem se dozvěděl“. Všichni pacienti (P1, P2, P3, P4) až na P5 se shodli v tom, že v tomto směru měli problémy, a že se s problémy stále setkávají, P5 říká „popravdě nevím, od té doby jsem žádnou holku neměl, jednou jsem příležitost měl, ale vycouvala z toho, čekám na tu pravou“. Na otázku, zda měli v sexuálním životě podporu partnerky P1 odpověděl „v té době jsem partnerku vystřídal, takže nejdřív jo, pak ne, partnerka se se mnou rozešla, pak zas jo, našel jsem si jinou, teď si myslím, že mám plnou podporu“. P2 říká „ano, moje žena se mnou měla a má velkou trpělivost, jsem rád za to, že ji mám“. P4 souhlasí a říká „ano měl jsem podporu, moje žena byla velmi trpělivá“. P5 dodává „jak jsem řekl, neměl jsem od úrazu žádnou zkušenost, ale věřím, že až to jednou přijde, bude to se ženou, která mě bude mít ráda a bude mě podporovat“. Na otázku, zda pacienti měli strach z intimního života odpovídá P1, P2, P4, že ano. P1 říká „určitě ano, nevěděl jsem, co mě čeká“. P2 říká „ano měl, hodně jsem nad tím vždy přemýšlel, styděl jsem se na to zeptat, nechtěl jsem o tom mluvit ani doma, bál jsem se toho, že mě žena opustí, nakonec to dopadlo tak, že se snažíme o miminko“. P4 dodává „mám strach pořád, jsem vždy dost nervózní“. P3 má na tuto otázku úplně jiný názor, než ostatní říká „Vůbec, snažil jsem se na to nemyslet a neřešit to, tak jasně, byl jsem zvědavý asi jako každý chlap. Ale prostě jsem se to snažil neřešit, a když k tomu došlo, tak se to stalo a bylo to celkem dobrý, teda chci říct, že to nějak šlo“. P5 jako jediný neměl od úrazu žádný tělesný kontakt, přesto říká „jakože jo, mám strach, hlavně se bojím, abych se neshodil, ale tak o tom to asi není a já to zbytečně řeším, prostě jak jsem řekl, až to přijde, bude to s někým, koho mám rád a kdo má rád mě, jo, asi budu nervózní, ale bát se snad nebudu, myslím, že je to hodně o psychice“.

Diagram 3 - Kategorie 3: Potřeba bezpečí a jistoty



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 3. Potřeba bezpečí a jistoty

Tato kategorie se zabývá potřebami bezpečí a jistoty. Je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie je opora rodiny a partnera, postavení se k nové situaci. Druhá podkategorie je bezpečí na vozíku.

Podkategorie 3.1 Opora rodiny a partnera, postavení se k nové situaci

Při položení otázky, kdo se stal po ochrnutí pro pacienta největší oporou jasně vévodila rodina, přítelkyně/manželka, rodiče, kamarádi. P1 odpověděl „*Měl jsem asi všeobecnou podporu, ale největší byla asi ta od rodiny*“. I P2 je stejného názoru „*já jsem měl největší podporu v rodině, ale i v kamarádech, kteří do toho vnesli trochu toho ne tak vážného ducha*“. Na tuto otázku má P3 jasnou odpověď, říká „*ze začátku oba dva moji rodiče, u kterých jsem v té době bydlel, můj bratr, který mě nikdy nenechal ve štychu a pak i moje přítelkyně, která je mi oporou do teď*“. P4 odpověděl stručně „*určitě rodina, ta mi byla největší oporou*“. P5 říká „*tak rodina, to byla velká opora, to, co pro mě táta udělal na zahradě bylo něco, pak ale taky kamarádi, kluci mi hodně pomohli, abych to nevzdal a měl sílu dál žít, byla to hodně velká pomoc*“. Další otázkou bylo, jak se k novému handicapu postavila právě rodina, přátelé a známí. Všichni (P1, P2, P3, P4, P5) se nakonec shodli, že dobře. P1 říká „*bezprostředně po tom co se mi to stalo, se mi lidé snažili vyjádřit podporu, ale já jsem si to moc nepřál, nechtěl jsem, aby mě litovali a vyjadřovali něco, co možná není ani pravda. Potřeboval jsem čas pro sebe, abych to*

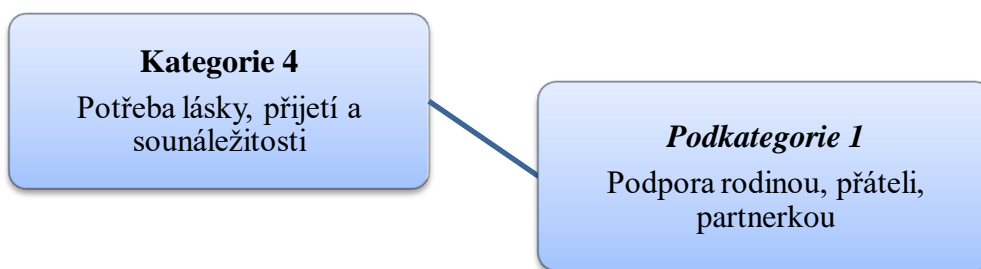
zpracoval. Nejvíce pro mě bylo, když mi moje maminka řekla, abych se přestěhoval zpět k nim na barák, ale jestli ne, tak si můžu dělat, co chci. To, že mi dala šanci a důvěru v to, že se s tím vypořádám sám, to bylo pro mě hodně“. P2 říká „Pro rodinu to bylo horší, zvláště pro mámu, ale přátelé to vzali tak jak to je a nakonec pomohli i rodině se s tím vyrovnat“. Skvělý přístup zažil P3, který říká „úplně supr, snažili se mě ze všech sil podporovat, nebylo na nich vůbec znát, že by se něco změnilo, byli v pohodě“. P4 to vidí takto, říká „rodina dobře, byli mi a jsou velkou oporou, přátelé, no opravdoví přátelé mi ochotně pomáhají, když něco potřebuji, někteří se z mého života po úrazu vytrahli a jiní se objevili“. P5 si myslí toto „ze začátku bylo vidět, jak je to pro všechny doma hrozně těžký, přišlo mi, že pořád čekali na to, že je to přechodný a jednoho dne prostě z křesla vstanu. Hodně se mi snažili pomoci a dělat, že je to v pořádku, vlastně to i říkali, nevím, jak to bylo doopravdy, jestli mě někde potají nelitovali a přitom, když mě viděli nenasadili úsměv, potom co mi táta postavil ten domek, jsem věděl, že už mě přijali takovýho, jakej jsem. Kamarádi se k tomu postavili skvěle“. Všichni (P1, P2, P3, P4 i P5) se shodli na tom, že cítí, že mají od svých blízkých a milovaných osob stoprocentní podporu.

Podkategorie 3.2 Bezpečí na vozíku

Na otázku, zda se cítí na vozíčku v bezpečí mi P1 odpověděl „ano cítím se v bezpečí, tedy většinou ano, jsou teda i situace kdy vozík bezpečnost snižuje, například když je sníh na chodníku a jediné místo, kde můžu projet je silnice, která je frekventovaná“. Další otázkou bylo, za jak dlouho se pacient naučil svůj vozík ovládat, P1 odpověděl „docela rychle, ale i teď se stávají situace, kdy z vozíku třeba nespadnu, například minulou sobotu“. Zazněla i otázka, zda se pacienti setkávají s nabídkou pomoci od druhých lidí a naopak, zda se setkali i s opačnou reakcí – vysmíváním, urážením, odmítnutím pomoci, P1 odpověděl: „s pomocí od cizích se setkávám každou chvíli, lidé jsou velice ochotní mi pomoci, i když o ni nestojím, vždycky se přitom musím trochu pousmát. S opačnou reakcí jsem se nikdy neseťkal“. Stejně otázky byly položeny i P2, ten odpovídal „ze začátku to na vozíku byla fakt dřina, ale už jsme si na sebe docela zvykli, ale učím se pořád“. „Na vozíčku jsem se naučil asi tak za 3 měsíce, ale zručnost se učím stále“. Co se týče nabídky cizí pomoci či její odmítnutí P2 odpovídá „ano, už jsem se s tím setkal, jednou se mě na to dokonce zeptala stará babička s holemi, tak jsem jí musel říct, že je hodná, děkuji, ale ne, myslím, že ji to docela zamrzelo, vždycky mě překvapí, když se mě někdo zeptá, jestli nechci pomoci. S opačnou reakcí jsem se

zatím nesetkal“. P3 odpovídá na otázku, zda se cítí na vozičku v bezpečí a za jak dlouho se ho naučil ovládat, říká „*nyní už určitě ano, ale zažil jsem i několik nehezkyých pádů, kdy jsem se v bezpečí moc necítil, nyní bych řekl, že jsem se s vozíkem sžil. Na vozíku jsem se naučil asi tak za dva měsíce, v Kladrubech byli prostě skvělí*“. Jak je to s nabídkou pomoci od druhých? P3 říká „*ano několikrát, a když náhodou požádám o pomoc já, je mi pomozeno, hodně mi lidé otevírají dveře, s opačnou reakcí jsem se nikdy nesetkal*“. P4 odpovídá „*na elektrickém vozíku se v bezpečí cítím, na mechanickém vozíku ne. Elektronický vozík jsem se naučil ovládat asi tak za týden, na tom mechanickým se učím furt*“. I P4 se setkal s pomocí od druhých lidí, říká „*ano setkávám se s tím stále, lidé jsou ochotní, s opačnou reakcí jsem se nikdy nesetkal a doufám, že ani nesetkám*“. P5 odpovídá „*v bezpečí se asi cítím jak kdy, ale většinou jo, pořád se bojím, že třeba spadnu, nebo že mi někde ujede či podjede, když třeba přelézám. Špatně se mi jezdí na trávě, ale kluci pořád přemýšlejí jak mi ho vytuní, tak uvidíme. Co se týče toho, za jak dlouho jsem se ho naučil ovládat, no byla to doba, nebo aspoň mě to přijde, jsou situace, kdy si pořád nevím rady, a nejradši bych jenom seděl a nic nedělal!*“ a co cizí pomoc? P5 odpovídá „*jo tak jasně, že jsem se s tím setkal, s opačnou reakcí asi ne, jen děti pořád tak koukají*“.

Diagram 4 - Kategorie 4: Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 4. Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti

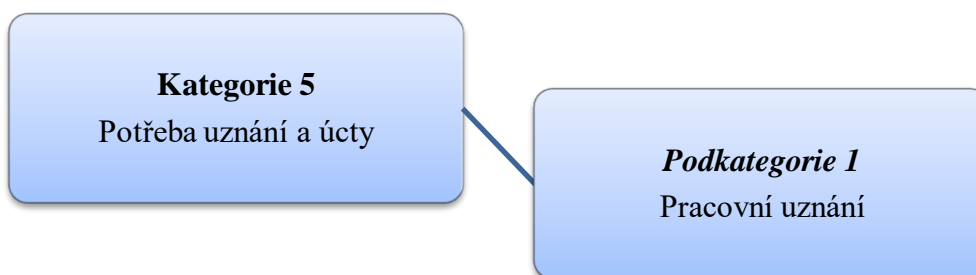
Tato kategorie se zabývá potřebou lásky, přijetí a sounáležitosti. Tato kategorie má jednu podkategorii – podpora rodinou, přáteli a partnerkou.

Podkategorie 4.1 Podpora rodinou, přáteli, partnerkou

Tato problematika byla hodně popsána v kategorii 3, podkategorii 3.1. Pro pacienty (P1, P2, P3, P4, P5) byla nejdůležitější podpora hlavně od rodiny, své partnerky. P1 například řekl „*měl jsem asi všeobecnou podporu, ale největší byla asi ta od rodiny*“

a dále pokračuje „bezprostředně po tom se mi lidé snažili vyjádřit podporu, ale já jsem si to moc nepřál, nechtěl jsem, aby mě litovali a vyjadřovali něco, co možná není ani pravda. Potřeboval jsem čas pro sebe, abych to zpracoval. Nejvíce pro mě byla, když mi moje maminka řekla, abych se přestěhoval zpět k nim na barák, ale jestli ne, tak si můžu dělat, co chci. To že mi dala šanci a důvěru v to, že se s tím vypořádám sám, to bylo pro mě hodně“. P1 cítí stoprocentně podporu od svých blízkých. Při otázce, zda má podporu, co se týká sexuální potřeby, se vyjádřil „v té době jsem partnerku vystřídal, takže nejdřív jo, pak ne, partnerka se se mnou rozešla, pak zas jo, našel jsem si jinou, teď si myslím, že mám plnou podporu“. P2 je stejného názoru, že pro něj byla velkou podporou rodina, ale i přátelé, říká „já jsem měl asi největší podporu v rodině, ale i v kamarádech, kteří do toho vnesli trochu toho ne tak vážného ducha“, dále dodává, že situace, která nastala, byla nejtěžší pro jeho maminku, přátelé se ale zachovali jako přátelé, a nakonec pomohli i rodině. S velkou podporou se P2 setkal i v intimním životě a nyní s manželkou touží po miminku. P3 našel podporu v rodině, ale i ve svém bratrovi, říká „ze začátku to byli oba moji rodiče, u kterých jsem v té době bydlel, můj bratr, který mě nikdy nenechal ve štychu a pak i moje přítelkyně, která je mi oporou do teď“. I po tom, co se stal paraplegikem ho rodina podporovala, na otázku, jak se rodina zachovala, odpovídá „úplně supr, snažili se mě, že všech sil podporovat, nebyla na nich vůbec znát, že by se něco změnilo, byli v pohodě“. P4 i P5 si přístup rodiny a jejich podporu moc chválí P4 říká „určitě rodina, ta mi byla největší oporou“ a P5 se přidává „tak rodina, to byla velká opora, to, co pro mě táta udělal na zahradě bylo něco, pak ale taky kamarádi, kluci mi hodně pomohli, abych to nevzdal a měl sílu dál žít, byla to hodně velká pomoc“. Při rozhovoru se všemi dotazovanými bylo znát, když mluvili o své rodině, partnerce i kamarádech, že mají od všech velkou podporu a jsou milováni.

Diagram 5 - Kategorie 5: Potřeba uznání a úcty



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 5. Potřeba uznání a úcty

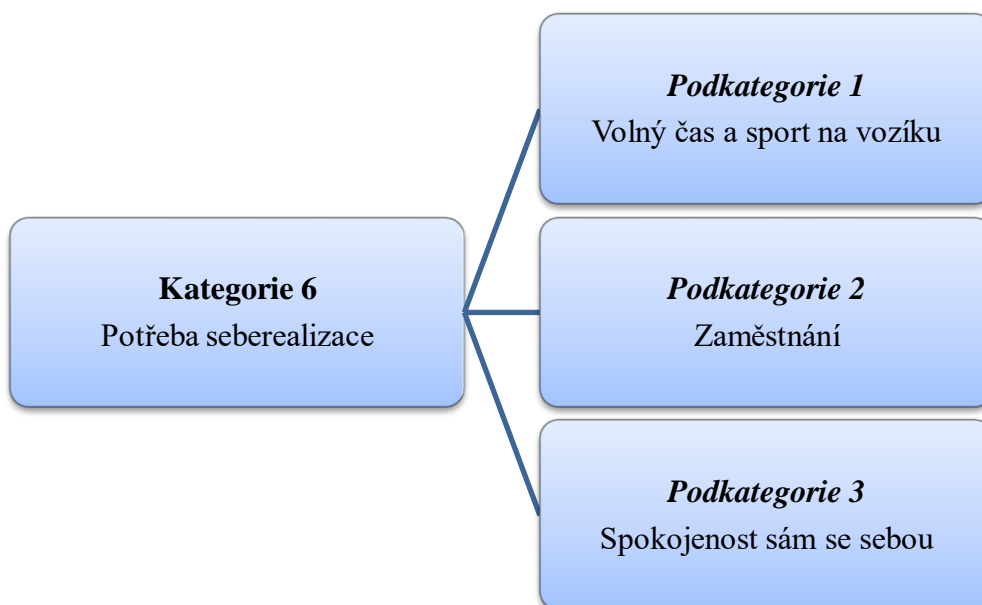
Tato kategorie se zabývá potřebou uznání a úcty. Kategorie je členěna do jedné podkategorie – pracovní uznání.

Podkategorie 5.1 Pracovní uznání

Dotazovaní (P1, P3, P4, P5) mají zaměstnání, P2 dojíždí na občasné vypomáhání do firmy kde pracoval, říká „*dělal jsem automechanika, což teď moc nejde, občas se zajedu podívat za klukama do dílny, po úraze jsem jim začal dělat něco jako sekretářku, šéf mi nabídl dělat pro firmu papíry, vyřizovat, telefonovat se zákazníky, docela mě to bavilo, ale není to ročně se v autě*“ P2 je nezaměstnaný, dojíždí jen na občasné brigády, přesto, když mu byla položena otázka, zda si myslí, že si ho jeho kolegové z bývalé práce, uznávají odpověděl „*já doufám, že ano, přece jenom mě znají už hodně dávno, ještě před úrazem, když jsme spolu všichni pracovali, byli jsme tým, i teď jsou rádi, že jim vypomáhám, myslím, že by mi to jinak nenabízeli, hlavně Honza, teda jako šéf je rád, že se nemusí pořád zabývat papíry*“. P1 se nyní živí jako učitel, na dotaz, zda má v práci uznání odpověděl „*ano, myslím, že ano, mezi kolegy mám i přátele, daří se mi. Naplňuje mě i sportovní klub vozičkářů, kde mám nějaký podíl na činnosti*“. P3 se nyní živí jako osoba samostatně výdělečně činná, jezdí do zahraničí, na otázku o uznání v práci říká „*teď jsem svým pánem a mám uznání sám od sebe, že jsem to takhle zvládl, a mám uznání i od své partnerky, to pro mě taky dost znamená*“. P4 se tato otázka moc nezamlouvá a dlouho nad ní přemýšlí, říká „*měl jsem a pořád mám firmu, kde dělám vedoucího, děláme strojní omítání, dřív jsem jezdil na zakázky i já sám, to si myslím, že jsem měl velký uznání, abych pomohl zaměstnancům, teď vlastně do práce nechodím. Zařizuju a úkoluju zaměstnance, kam a co kde mají dělat, ale to pro*

mě není práce, občas mi přijde, že jsem uznání ztratil“. P5 nyní pracuje jako prodavač, říká „měl jsem vystudovanou střední ekonomickou školu, pak jsem šel na vejšku, tu jsem ale po prvním roce vzdal. Pracoval jsem tak různě. Po úraze mi nabídla naše prodavačka, abych s ní šel prodávat, tak jsem na to kývnul, střídáme se obden, a hodně mě to baví. Uznání si myslím, že mám, hodně jsem v očích hlavně mých rodičů stoupl, když jsem na to kývnul, asi se báli, že už budu jen doma“.

Diagram 6 - Kategorie 6: Potřeba seberealizace



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 6. Potřeba seberealizace

Tato kategorie se zabývá potřebou seberealizace. Kategorie je rozdělena do tří podkategorií. První podkategorie je volný čas a sport na vozíku, druhá podkategorie se zabývá zaměstnáním a třetí podkategorie je o spokojenost pacientů sami se sebou.

Podkategorie 6.1 Volný čas a sport na vozíku

Na otázku, co pacienti dělají ve svém volném čase P1 odpověděl „ve svém volném čase nejraději spím, sportuju a taky jsem začal hrát na piáno, už hraju půl roku“ co se týče sportování, P1 je velice aktivním sportovcem, říká „nejraději hraju stolní tenis, ale taky lyžuji, jezdím na kole, jezdím orientační závody a dříve jsem začal jezdit i na jachtě, na

to ale není teď moc času“. P2 o volném čase říká „*věnuji se s manželkou procházkám, ty mi vždycky vyčistíš hlavu a líp se venku přemýšlí, cestuji, a když je třeba moderuji hasičské soutěže“* co se týká sportování, P2 není tak aktivní jako P1, říká „*sportu se moc nevěnuji, sem tam se projedu na handbiku, a chodíme na ty procházky“.* P3 také tráví svůj volný čas aktivně, na otázku odpověděl „*máme dvě děti, takže se hodně věnuju jim, do mého volného času počítám i práci, jezdím do zahraničí a vozím auta do Česka, taky se řadím mezi tichý blázny, kteří rybaří, hrál jsem za vozičkáře florbal v Českých Budějovicích a zvedám činky. S rodinou hodně cestujeme a chodíme na výlety“.* Sportem se P3 také zabývá, říká „*teď se nejvíc věnuju rybaření a posilování, hrál jsem florbal za vozičkáře“.* P4 o svém volném čase říká „*na seberealizaci u nás ve městě nejsou prostory ani spolky, takže trávím čas na zahradě, nebo doma, kde si čtu nebo se dívám na televizi“.* P4 se zatím žádnému sportu nevěnuje, na otázku odpověděl „*zatím žádný sport nedělám, ale chtěl bych se naučit na handbiku, ale asi se budu bát s ním vyjet ven na silnici, aby mě nikdo nepřejel“.* P5 na otázku o volném čase P5 odpověděl „*svůj volný čas trávím s rodinou a kamarády, taky chodím do krámu do práce, rád si něco přečtu nebo koukáme s tátou na fotbal, občas se jedeme s klukama nebo s našima někam podívat, ale to jak kdy“.* Sportu se P5 také věnuje, říká „*posiluju anebo se jen tak jedu projet někam po okolí“.*

Podkategorie 6.2 Zaměstnání

Skoro všichni (P1, P3, P4, P5) chodí do zaměstnání, P2 je nezaměstnaný, chodí jen občas vypomáhat do své bývalé práce. P1 se nyní živí jako učitel, na otázku, zda kvůli úrazu musel změnit zaměstnání odpověděl „*asi sem nemusel, ale změnil jsem. Měl jsem vystudovanou vysokou školu pedagogickou, ale nedělal jsem to, začal jsem s učením, až nějakou dobu po úraze“* na otázku, zda se zaměstnavatel přizpůsobil tomu, že je nový zaměstnanec na invalidním vozíku, odpověděl P1 „*ano přizpůsobil, ve škole jsou výtahy, učím v takových třídách, kde nejsou schody“.* P2 je nezaměstnaný, má jen občasné brigády, říká „*dělal jsem automechanika, což teď moc nejde, občas se zajedu podívat za klukama do dílny, po úraze jsem jim začal dělat něco jako sekretářku, šéf mi nabídl dělat pro firmu papíry, vyřizovat, telefonovat se zákazníky, docela mě to bavilo, ale není to rochnění se v autě“* a dodává „*občas moderuju hasičské soutěže, to mě baví a trochu si i přivydělám“.* P3 musel kvůli svému novému stavu zaměstnání změnit, na otázku, zda musel změnit zaměstnání odpověděl „*určitě ano, jsem vyučenej kuchař číšník a tím jsem se i živil, jenže pak už to nešlo kvůli vozíku. Zkusil jsem OSVČ,*

daří se mi, jezdím autem do zahraničí a přivážím odsud auta“. Zaměstnavatel se novému stavu P3 nepřizpůsobil, proto musel změnit zaměstnání. P4 říká „no měl jsem a pořád mám firmu, dřív jsem dělal malíře, omítky a tak, teď to dělat nemůžu, mám na to lidi, kteří dělají to, co jsem dřív dělal i já, teď jsem jenom šéf, co rozdává úkoly“, zaměstnavatel je P4 sám sobě, říká „já jsem se nové situaci nepřizpůsobil, musel jsem přestat dělat manuálně“. P5 se nyní živí jako prodavač, práci po úraze musel změnit, říká „měl jsem vystudovanou střední ekonomickou školu, pak jsem šel na vojšku, tu jsem, ale po prvním roce vzdal. Pracoval jsem tak různě. Po úraze mi nabídla naše prodavačka, abych s ní šel prodávat, tak jsem na to kývnul, střídáme se obden, a hodně mě to baví. Uznání si myslím, že mám, hodně jsem v očích hlavně mých rodičů stoupl, když jsem na to kývnul, asi se báli, že už budu jen doma“. A dál dodává „tam, kde jsem byl, než se to stalo, mě docela bavilo, ale dělat jsem to nemohl, tak jsem práci musel změnit“. Další otázka byla, zda pacienta nepostihla po poškození tíživá finanční situace a jestli byl pacientovi finančně nápomocný stát, P1 odpověděl „dostávám invalidní důchod a příspěvek na péči. Jsem schopný si vydělávat, takže se mám dobře“. P2 řekl „ano, od státu jsem dostal příspěvek na přestavbu bezbariérové koupelny, příspěvek na koupi auta a jeho přestavbu na ruční řízení. Tíživá finanční situace mě nezastihla“. P3 odpověděl „tíživá situace zase ne, ale bylo to znát, dříve jsem si vydělával a najednou to nešlo, měl jsem problém si koupit i lepší vozík, od státu jsem dostal akorát invalidní důchod, a to je skoro nic“. P4 se zlobí, říká „ano zasáhla. Stát byl nápomocen až později. Příspěvky jsem dostal, ale na všechno si nejdříve musíte získat peníze sám, až potom vám to stát vrátí, podle mě je to špatně nastavený“. P5 na otázku odpovídá „tíživá situace ne, měl jsem k dispozici pomoc od rodičů, kdyby to bylo nutné, pak jsem začal pracovat tak to docela šlo a jde. Od státu dostávám invalidní důchod“.

Podkategorie 6.3 Spokojenost sám se sebou

Na tuto otázku odpověděli tři z dotazovaných, že ano (P2, P3, P5) a dva z dotazovaných odpověděli, že ne (P1, P4). Ti, co odpověděli ano, se vyjádřili tak, P2 „ano, jsem se sebou spokojený, i když vím, že je pořád co zlepšovat, jsem se sebou spokojený“. P3 říká „jsem stoprocentně spokojený, mám ženu, která mě miluje, dvě zdravé děti, dobrou práci, která mě baví, spoustu přátel, dělám věci, co mě baví, jsem spokojený“. A poslední, kdo je se sebou spokojený je P5, ten řekl „nemyslím si, že když člověk zůstane na vozíku, je to jiný život, jasně ze začátku se to zdá, přestaneš chodit, hodně věcí si neuděláš sám a si odkázaný na někoho jiného, ale potom, když si to srovnáš

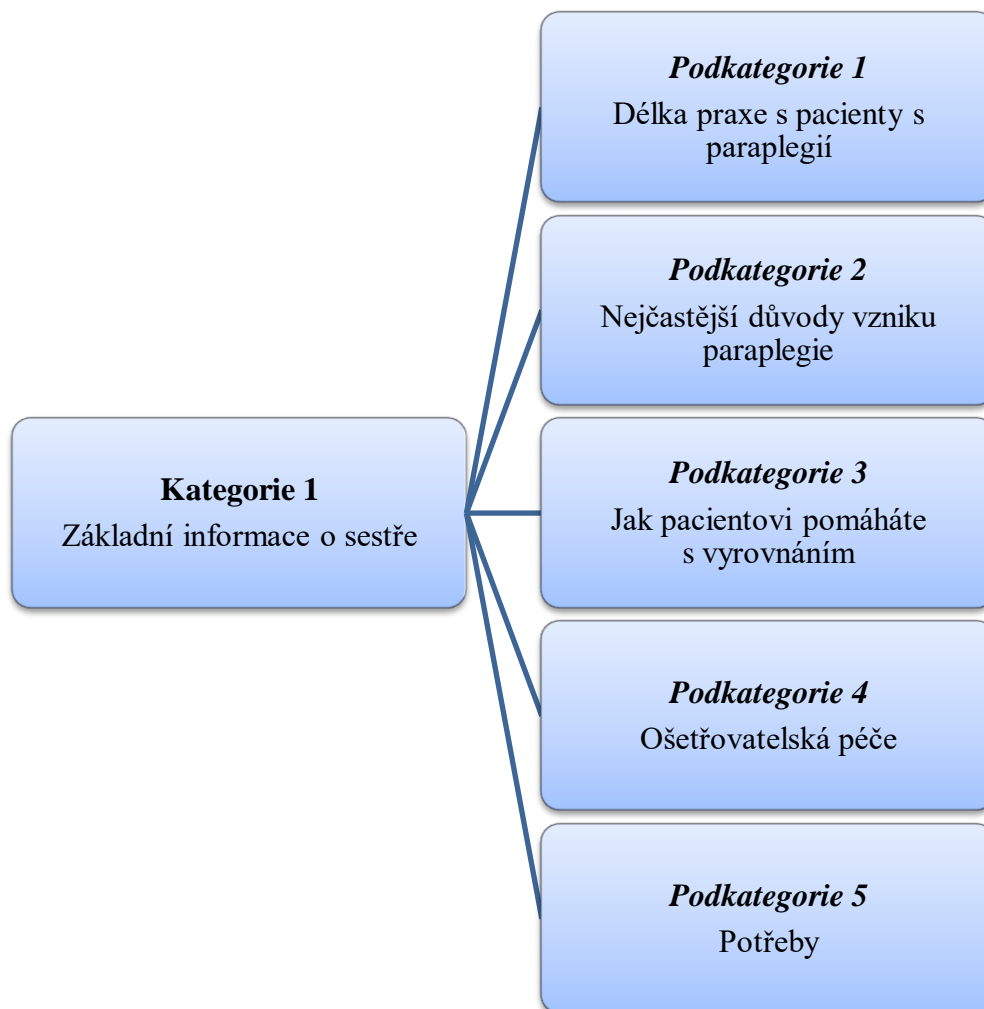
v hlavě, ti začne docházet, že se toho zase, kromě toho kolečkového křesla moc nezměnilo, máš okolo sebe lidi, který tě mají rádi. Já jsem se sebou dost spokojenej, a až se na mě ukáže to posilování, tak budu spokojenej ještě víc“. P1 a P4 se vyjádřili tak, že se sebou spokojeni nejsou, P1 to nevidí tak zle, říká „úplně se sebou spokojený nejsem, ale určitá míra nespokojenosti k životu patří, aby člověka posouvala dál, ale vím i o věcech co jsou třeba zlepšovat“. P4 na otázku odpověděl „nejsem, chci se pořád zlepšovat, pořád potřebuju pomoc od druhých lidí, to se mi moc nelíbí, jsem dost prchlivej a škaředej na ostatní, když mi věci nejdou tak, jak chci. Takže, jak říkám, pořád je co zlepšovat“.

Kategorie 7. Pyramida potřeb

Tato kategorie nemá žádnou podkategorii. Poslední otázkou v mém rozhovoru bylo, aby každý z dotazovaných sestavil svou pyramidu potřeb, kdy na základně budou potřeby, které jsou pro něj ty nejdůležitější, směrem k vrcholu jsou ty méně potřebné. Pyramida je sestavena z pohledu pacienta, jak se na svou situaci a potřeby dívá teď, v aktuálním čase. (viz. Příloha 3)

5.2.2. Kategorizace zdravotních sester

Diagram 7 - Kategorie 1: Základní informace o sestře



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 1. Základní informace o sestře

Kategorie základní informace o sestře je rozdělena na 5 podkategorií. Tato kategorie se zabývá tím, jak dlouho sestra pracuje s paraplegickými pacienty, s jakými nejčastějšími důvody vzniku paraplegie se sestra setkává, jaká je pomoc pro pacienta od sester, aby se s novou situací vyrovnal, je zde popsána ošetrovatelská péče, poslední podkategorií jsou potřeby.

Podkategorie 1.1 Délka praxe s pacienty s paraplegií

Každá z dotazovaných (S1, S2, S3, S4, S5, S6) pracuje s pacienty s paraplegií. S1 pracuje na oddělení následné péče, S2 pracuje v organizaci Fokus, S3 vykonává své povolání na rehabilitačním oddělení, S4 pracuje na spondylochirurgické JIP, S5 v denním stacionáři a poslední z dotazovaných pracuje na plastické chirurgické JIP. Dotazovaným byla položena otázka, jak dlouho pracují s pacienty s paraplegií a jak dlouho pracují na příslušném pracovišti, kde nyní vykonávají svou práci, S1 odpověděla „s pacienty s paraplegií se setkávám průběžně celý život. Na oddělení následné péče jsem letos 40 let“. S2 na otázku odpověděla „dřív jsem se s pacienty s paraplegií moc neselekávala, bylo to možná tak 1 až 2x, nyní pracuji v organizaci Fokus už sedmým rokem a sedmým rokem se s pacienty s paraplegií setkávám“. S3 říká „já dělám na rehabilitačním oddělení 5 let, s pacienty s paraplegií jsem se setkala i na minulém pracovišti, ale nyní se s nimi setkávám více“. S4 vykonává své povolání na spondylochirurgické JIP na otázku odpověděla „s paraplegiky jsem se poprvé setkala po dobu studia na střední škole. Na klinice spondylochirurgie FN Motol pracuji od února 2015, je to klinika zaměřená na páteř a nemoci s ní spojené – vrozené vady, jako třeba skolióza, degenerační a zánětlivé onemocnění, a taky poúrazové stavy, často spojené s trvalými následky jako para/kvadruparéza, para/kvadruplegie. Setkala jsem se taky i s tetraparézou. Blízce spolupracujeme se Spinální jednotkou FN Motol“. S5 na otázku odpověděla takto „pracuji v denním stacionáři už 12 let, máme tady i paraplegiky, do té doby, než jsem tady začala pracovat jsem moc zkušeností s nimi neměla“. S6 pracuje s paraplegickými pacienty 4 rokem, říká „s paraplegiky pracuji 4 roky od té doby, co jsem začala dělat na plastické chirurgii“.

Podkategorie 1.2 Nejčastější důvody vzniku paraplegie

Dotazovaným byla položena otázka, s jakými nejčastějšími důvody vzniku paraplegie u pacientů se setkávají u nich na oddělení. Všechny dotazované (S1, S2, S3, S4, S5, S6) se shodly na tom, že nejčastějšími důvody vzniku jsou úrazy. S1 odpověděla „nejčastěji úrazy, hlavně dopravní nehody.“ S2 byla stejného názoru, říká „nejčastěji asi úrazy jakéhokoliv typu“. I S3 odpověděla „nejčastějšími důvody jsou určitě úrazy.“ S4 říká „nejčastější důvody jsou úrazy – při sportu, pak to jsou nehody – auto/motonehody, pády v ebrietě, pak onkologické nemoci, a nakonec zánětlivé nemoci takzvané discitidy.“ S5 odpověděla „určitě úrazy a vrozené vady“. I S6 se shodla na tom, že

nejčastějšími důvody vzniku jsou úrazy, odpověděla „pád z výšky, úraz, autonehoda, skoky do vody a sebevražda.“

Podkategorie 1.3 Jak pacientovi pomáháte s vyrovnáním

Na tuto otázku S1 odpověděla „existuje spousta organizací, které sdružují podobně postižené, my zprostředkujeme psychologa, psychiatra, snažíme se pacienta naučit vše, co bude potřebovat k životu, včetně kontaktů na sociální odbor, kde poradí s administrativou a finančními problémy.“ S2 říká „dodržujeme terapii, hodně pracujeme s rodinou i s kontakty z pacientova okolí, snažíme se, aby pacient co nejrychleji pochopil svou novou situaci a naučil se s ní žít“. S3 na otázku odpověděla „u pacienta se snažíme dělat psychohygienu, terapii, používáme kompenzační pomůcky“. S4 říká „nejdůležitější pro pacienta je v tomto období seberealizace, a aktivizace do běžných činností. Tak například: jednoduchý úkon jako je čištění zubů. Já vím, že ten kartáček neudrží, on to ví taky, tak mu kartáček připevním k ruce, dám mu na něj pastu, na druhou ruku mu připevním prodloužený brčko s vodou, kterým si může vyplachovat pusu. Nechám ho, ať se s tím trápí sám, a já mu jen asistuji s emitkou, aby měl kde vyplivovat, a dávám pozor, aby neaspiroval. Je to těžký, jak pro mě, tak i pro pacienta. Neumíte si ani představit kolik nadávek u toho uslyšíte. Ale nakonec se mu to povede a on je na sebe hrdý a zas se mu vrátí naděje, že když se bude fakt hodně snažit, tak toho časem zvládne mnohem víc. Co se týče psychické stránky, pacient musí být pořád nějak zaměstnaný, aby neměl čas upadnout do deprese“. S5 odpověděla „snažíme se pacienta co nejrychleji vrátit zpět do běžného života“. S6 na otázku odpověděla „u nás pacienti využívají především sociální sítě a telefony pro spojení s rodinou (pokud jsou z velké dálky nebo je zákaz návštěv). Existují i různé spolky jako je například Paraple, které pacienti využívají především pro společné výlety a vzájemnou podporu“.

Podkategorie 1.4 Ošetrovatelská péče

Dotazovaným byla položena otázka, jak poskytují pacientům s paraplegií ošetrovatelskou péči, S1 odpověděla „ráno se začíná klasicky hygienou, pak jsou rozdány léky dle ordinace lékaře, pořád se ptáme, zda pacient něco nepotřebuje, péče probíhá skoro stejným způsobem jako u nepostiženého pacienta, akorát s přihlédnutím na jeho postižení, u nás je poskytována také fyzioterapie a ergoterapie“. S2 odpověděla „ošetrovatelská péče je vždy plánovaná, je poskytována komplexní ošetrovatelská péče,

dáváme si práci s tím, jak s pacientem budeme během péče komunikovat, abychom ho nějak nerozladili, dodržujeme terapii“. S3 říká „poskytujeme takovou péči, aby byl pacient schopný se co nejrychleji vrátit do běžného života, během péče ho i edukujeme, učíme činnostem, zajišťujeme mu kontakt s okolím a rodinou, kterou taky edukujeme, provádíme prvky bazální stimulace“. S4 na otázku odpověděla „provádíme komplexní ošetrovatelskou péči: hygiena, příjem stravy, vyprazdňování, polohování, seberealizaci a aktivizaci, převazy operačních ran a tak dál. Každý pacient je individuální a podle toho tvoříme ošetrovatelský plán. Když pacient odmítá jíst, zabezpečíme dlouhodobý nebo krátkodobý invazivní vstup (PICC, MIDLINE, CŽK, PEG, NGS) na příjem potravy – jak enterální, tak parenterální. Na vyprazdňování zavedeme buď PMK nebo epicystomii. Zabezpečíme dechovou rehabilitaci, polohování s antidekubitárními pomůckami jsou samozřejmostí. to opravdu záleží na konkrétním pacientovi. S5 říká „poskytujeme celostní ošetrovatelskou péči, dbáme na to, aby pacienti nebyli proležení, podporujeme je v jejich zájmech a rozvíjíme seberealizaci“. S6 souhlasí s tím, že ošetrovatelská péče je komplexní, odpověděla „záleží v jakém stavu pacienta přijímáme. Nejčastěji jsou to pacienti v septickém stavu s četnými komplikacemi, proto je ošetrovatelská péče komplexní, asistence při všech činnostech“.

Podkategorie 1.5 Potřeby

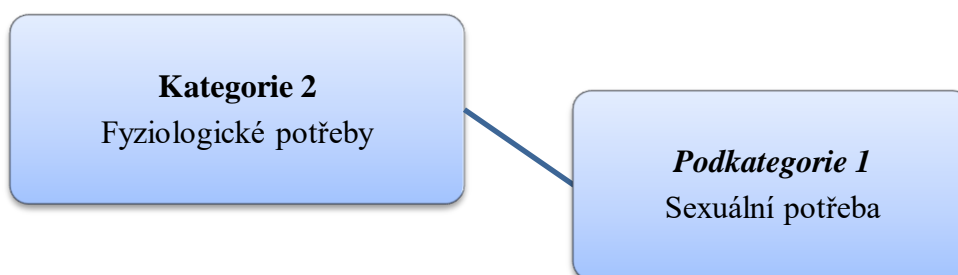
Dotazovaným bylo položeno několik otázek, co se týká potřeb, první otázkou bylo, jak sestry uspokojují pacientovi potřeby u nich na oddělení S1 říká „ošetrovatelskou péči zajišťuje přímá ošetrovatelská péče, rehabilitaci fyzioterapeut, ergoterapii ergoterapeut, pomoc s těžkým pacientem sanitáři. Každý má v plnění potřeb nějakou roli“. S2 odpověděla „podle jeho přání, někdy i přání rodiny, pokud s tím pacient souhlasí“. S3 říká „pacienta podporujeme v soběstačnosti, aby byl schopen si své potřeby co nejvíce uspokojit sám“. S4 na tuto otázku odpověděla „snažíme se pacientovi potřeby uspokojovat podle jeho přání, a přitom ho vedeme k soběstačnosti“. I S5 se shodla s S4 a S2, říká „snažíme se dodržet pacientovi požadavky na jeho potřeby“. S6 říká „snažíme se, aby měl pacient uspokojeny všechny základní bio-psycho-sociální potřeby. S pacientem je vždy nejdůležitější komunikace, podle toho, pokud je to v našich silách a máme k tomu prostředky vyřešíme vše, co si pacient přeje nebo co vyzorujeme z ošetrovatelské péče“. Další otázkou bylo, jaké potřeby se nejhůře uspokojují u pacientů s paraplegií S1 na tuto otázku odpověděla „určitě nereálné sny“. S2 říká „určitě sebeúcta, která souvisí například s hygienou“. S3

odpověděla „soběstačnost, někdy pacienti nedokážou pochopit, proč nezvládají věci, které jim předtím přišli jako banální“. S4 to vidí takto „asi komfort. Do úrazu byl pacient zvyklí lehnout si a uložit se v posteli sám, a teď je odkázaný na nás. V prvních dnech po úrazu, je hrozně těžký pacienta nepolohovat, nemůže si najít polohu, která by mu vyhovovala. Je těžké najít kompromis, který by vyhovoval pacientovi a který by plnil kritéria, aby pacient neměl dekubity. K tomu má spasmus a pro nás je fyzicky náročné s těmi spasmus „bojovat“. A když už ten kompromis najdeme, a pacient je spokojen, tak uběhnou 3 hodiny a musíme polohovat znovu, a tím začíná celý boj od znova. Takže je to z extrému do extrému, buď vydrží jen 30 minut, anebo se s námi hádá, že ho máme nechat bejt, minimálně od půlnoci do rána. Je to začarovaný kruh, a to už empatie musí bokem a začíná „krutovláda““. S5 odpovídá „nejtěžší je určitě práce s trpělivostí“. S6 to vidí takto „řekla bych, že nejvíce jsou opomíjené sexuální potřeby. Vzhledem k omezenému prostorovému řešení některých JIP pracovištích je splnění těchto potřeb nereálné“. Další otázkou, která byla dotazovaným položena bylo, jaká je náročnost při plnění potřeb pacientům s paraplegií, S1 odpověděla „velká, je to hlavně psychická zátěž jak pro pacienta, tak pro nás, ošetrující personál“. S2 říká „je to hodně individuální“. S3 odpověděla „náročnost je hodně velká“. S4 říká „náročnost plnění potřeb je velmi náročná, nejen pro nás, ale i pro samotného pacienta“. S5 odpověděla „velká, od 1 do 10 je to jasná 10“. S6 na otázku odpověděla „opět záleží na stavu pacienta. Pokud k nám přichází pacient v septickém stavu, tak je práce velice náročná. Pokud pacient přichází pouze k řešení chirurgického zákroku bez dalších komplikací je uspokojování při předoperačních dnech méně náročná než v pooperačních dnech“. Další otázkou bylo, co musí pacient s paraplegií zvládnout, aby uspokojil své základní životní potřeby, S1 odpověděla „všechny úkony, které spadají do ADL v rámci postižení“. S2 říká „pacient musí hlavně přijmout novou životní situaci, pak vše půjde snadněji“. S3 se shodla s S2, říká „v první řadě se musí smířit s životní situací“. S4 odpověděla „v rámci lůžka musí být samostatný. Sám se otáčet, sedat si, umýt se, najíst a napít se, když nemá epicystomii, musí se umět sám vycévkovat. Na tohle všechno jsou speciálně upravené pomůcky a rehabilitační pracovníci ho učí, jak je používat“. P5 říká „pacient musí hlavně zvládat svou psychickou stránku“. S6 na tuto otázku odpověděla „především komunikaci, pacient se nesmí bát říct, co potřebuje. A jako základ považují techniku přesunutí z postele na invalidní vozík a zpět“. Následovala další otázka, která se dotazovala na to, jak pacient přehodnotí svůj žebříček potřeb poté, co se stal paraplegikem, S1 odpověděla „někdo velmi, jiní mají stále nereálné sny a cíle, které si

nedají vymluvit a stále je odkládají na až...“. S2 říká „většinou mluví o tom, jak si více vážit zdraví“. S3 říká „je to velice individuální, závisí na psychice a celkové nátuře každého pacienta“. S4 na otázku odpověděla „když se pacient stane paraplegikem, převrátí se mu celý svět. Tak je jedno jaké priority měl před úrazem, po úrazu má jediný cíl, a to být soběstačný“. S5 se shoduje s S3, říká „musí se přizpůsobit nové situaci, je to velmi individuální“. S6 říká „bohužel, na tuto otázku nedokážu odpovědět, prosím spíše se zeptejte pacientů s paraplegií. Podle mého názoru bych řekla, že na prvním místě po vzniku úrazu radí potřebu jistoty“. Další otázkou bylo jaká potřeba je pro pacienta nejtěžší na uspokojení, S1 říká „určitě jistota od druhého. Citová podpora od partnera. Obvykle to nějaký čas jde, potom vyhoří a vzdají to“. S2 říká „nejtěžší je přizpůsobení se“. S3 odpověděla „myslím, že nejtěžší je hygiena a vyprazdňování, potom partnerské vztahy“. S4 říká „já myslím, že sociální. Je to běh na dlouhou trať, než se pacient dostane z nemocnice a rehabilitačního zařízení. Když je doma, tak fyzické potřeby už umí zvládat, ale vrátit se do sociálního života, aby ho společnost brala jako plnohodnotného člověka, kterým byl před úrazem, to je další výzva, kterou musí zvládnout“. S5 odpověděla „za mě je to určitě uznání a úcta“. S6 na otázku odpověděla „opět se opakují, pokud jsou to potřeby v nemocničním zařízení, tak to jsou určité sexuální potřeby, pokud by to měli být potřeby uspokojování v běžném životě, tak asi závislost na okolí, vybírání si pouze místa s bezbariérovým přístupem“. Předposlední otázka, která se týká obecně potřeb a byla dotazovaným položena byla, po jaké době si myslí, že je pacient s paraplegií schopný si uspokojovat své potřeby sám, skoro všechny dotazované se shodly na tom, že je to velice individuální, S1 říká „někdo nikdy, někdo brzo. Záleží na výši léze, zachovalých funkcích, vůli a psychické odolnosti, podpoře okolí, sehnání asistenta, konkrétním ergonomickým parametrům domova“. S2 na otázku odpověděla „myslím, že je to celoživotní proces, v kterém se pacient pořád učí“. S3 řekla „je to velice individuální, záleží na každém pacientovi, na jeho vůli a chtíči“. S4 souhlasí s S3, že je to velice individuální, odpověděla „To je hrozně individuální, něco mezi 2 měsíci až 1 rokem. Cca po 2 až 3 měsících se pacient naučí uspokojovat své základní biologické potřeby. Od 4 měsíce do 1 roku se učí vrátit se do sociálního života, což zahrnuje psychickou i emoční přípravu“. I S5 souhlasí s tím, že je to individuální, doplňuje „je to individuální, ale řekla bych, že okolo 1 roku“. S6 odpověděla „u každého je to individuální, někdo se s touto diagnózou smiřuje i celý život“. Poslední otázkou bylo, jestli jsou pro „čerstvého“ paraplegického pacienta těžší uspokojovat základní fyziologické potřeby nebo potřeby spojené s psychikou (například potřeba

seberealizace, sebeúcty, lásky), S1 odpověděla „určitě psychika, i když výjimka jako ve všem se najde“. I S2 se shodla s S1, říká „určitě potřeby spojené s psychikou“. S3 odpovídá stručně, říká „psychické potřeby“. S4 odpověděla „pacient nejdříve řeší základní fyziologické potřeby, psychické se učí naplnit až poté, co zvládne ty fyziologické“. S5 si myslí toto, říká „ze začátku určitě ty fyziologické, většinu z nich se učí od znova“. S6 odpověděla „je to stejně těžké“.

Diagram 8 - Kategorie 2: Fyziologické potřeby



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 2. Fyziologické potřeby

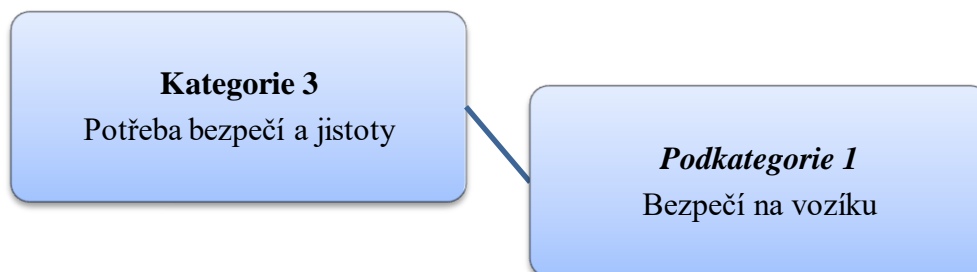
V této kategorii jsou zkoumány fyziologické potřeby pacienta s paraplegií z pohledu sestry. Kategorie má jednu podkategorii – sexuální potřeba.

Podkategorie 2.1 – sexuální potřeba

Dotazovaným byla nejdříve položena otázka, jaká fyziologická potřeba je nejtěžší na uspokojení. Všechny dotazované (S1, S2, S3, S4, S5, S6) se shodly na tom, že je to potřeba sexuální, S3 doplnila „sex a vylučování“, S4 k tomu také řekla „samocévkování, to je dost náročné u mužů i u žen“, a S5 k tomu doplnila „myslím, že sexuální potřeba, pak ještě hygiena a vylučování“. Dotazovaným byla položena otázka, zda se u nich v zařízení poskytuje poradenství nebo pomoc, která by se týkala uspokojování sexuální potřeby, a pokud ano, zda informace poskytují i rodině pacienta, S1 odpověděla „poradenství jsme schopni zprostředkovat, základní informace pacient samozřejmě dostane od terapeuta, specialisté odpovídají na otázky jak pacientovi, tak jeho rodině“. S2 říká „ano, jsme schopni odpovědět na všechny dotazy, které pacienta zajímají, poradenství jsme schopni poskytnout i jeho rodině“. S3 říká „jen okrajově, dotazy od pacienta i jeho rodiny odkazujeme na odborníky“. S4 odpovídá „sexuální asistentku nemáme, jestli se ptáte na toto (smích). Ale jak jsem řekla na začátku, blízce

spolupracujeme se Spinální jednotkou FN Motol, a tam jsou rehabilitační pracovníci, kteří se zaměřují na edukaci pacienta v týchle oblasti a pokud vím, je to zaměřené nejenom na pacienta, ale i na jeho partnerku“. S5 na tuto otázku odpověděla „odkazujeme spíše na odborníky, ale proškolení v základních informacích, co se týká rodiny pacienta je to v mezích našich možností“. S6 dodává „ne, ale pacient si o těchto problémech může kdykoliv promluvit s kýmkoliv z personálu, rodinu posíláme za specialisty v tomto problému“. Další otázkou bylo, zda se pacient stydí o tomto tématu hovořit, S1 odpověděla „dnes už ne, naštěstí. Dříve se styděli, jako by to bylo postiženým zapovězené téma“. S2 má na tuto otázku jiný názor, říká „záleží, jak moc naléhavý problém to je, ale většinou ano“. S3 má jasnou odpověď, říká „ano většinou ano, a když už to chtějí řešit, ptají se spíše spolupacientů se stejným problémem, nebo personálu stejného pohlaví, spíše se stydí muži, než ženy“. S4 to vidí jinak, říká „nestydí se, hlavně muži se na to ptají pořád dokola a každého zdravotníka, kterého potkají“. S5 odpovídá „občas, je to individuální“. S6 na tuto otázku odpověděla „ano stydí se“.

Diagram 9 - Kategorie 3: Potřeba bezpečí a jistoty



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 3. Potřeba bezpečí a jistoty

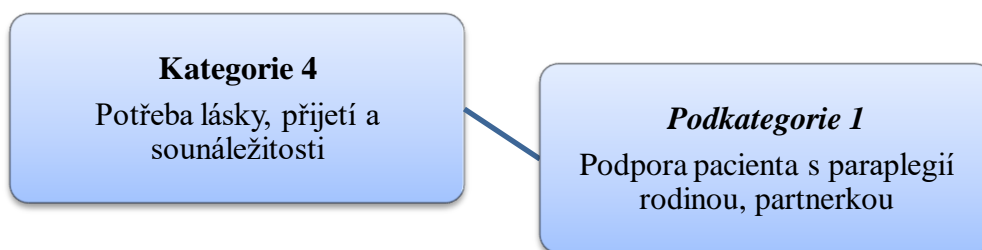
Tato kategorie se zabývá potřebou bezpečí a jistoty. Kategorie má jednu podkategorii, která se týká bezpečí na vozíku.

Podkategorie 3.1 Bezpečí na vozíku

Dotazovaným byla položena otázka, zda si myslí, že se pacient s paraplegií cítí na vozíčku v bezpečí, všechny dotazované (S1, S2, S3, S4, S5, S6) se shodly na tom, že ano. S1 na tuto otázku odpověděla „pokud je vozík dobře vybrán, je vyvážené těžiště a pokud umí pacient s vozíkem zacházet, tak si myslím, že potom ano, cítí se v bezpečí.“

Zase záleží na každém pacientovi, jak to má v hlavě srovnané, pokud má zájem vozíček ovládat“. S2 říká „myslím si, že ano, záleží ale na situaci, terénu, a ostatních okolnostech“. I S3 souhlasí s tím, že ano, říká „myslím si, že většina ano“. S4 odpovídá stručně, říká „myslím, že ano“. S4 říká „pokud má správně vozíček vybrán, pacient je dobře poučen a naučen, jak s vozíkem manipulovat, pak ano. Záleží také na tom, v jaké kondici je pacient a zda má vozík manuální nebo elektronický“. S6 odpověděla „ano, myslím, že většina pacientů se cítí v bezpečí“.

Diagram 10 - Kategorie 4: Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti



Zdroj: vlastní výzkum

Podkategorie 4. Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti

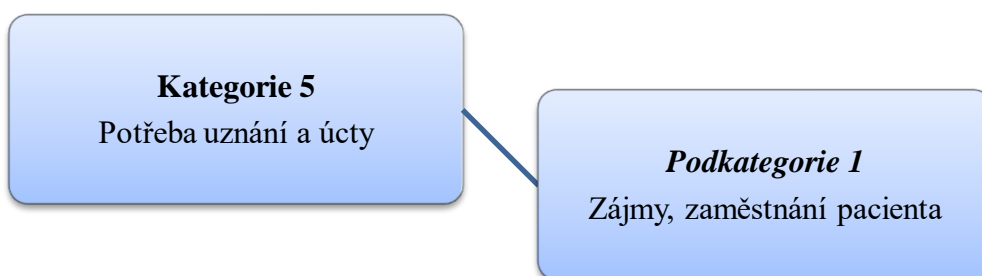
Tato kategorie se zabývá potřebami lásky, přijetí a sounáležitosti. Kategorie má jednu podkategorii, která pojednává o podpoře pacienta s paraplegií rodinou, partnerkou.

Podkategorie 4.1 Podpora pacienta s paraplegií rodinou, partnerem

Dotazovaným byla položena otázka, kdo je pro pacienta po poškození největší oporou. Všechny dotazované se vesměs shodly na tom, že je to rodina a zdravotnický personál. S1 na otázku odpověděla „jednoznačně je to partner, když partnerství funguje je pacientovi maximální oporou. Poté je to zbytek rodiny“. S2 na otázku odpověděla „ti nejbližší, často to jsou i zdravotničtí pracovníci, kteří se s pacientem setkávají jako první, co nastala pro něj nová situace, často se setkávám s tím, že je to jiný pacient se stejným osudem. Taky samozřejmě rodina“. S3 říká „určitě rodina a partner, ale i personál, někdy se setkáváme s tím, že se pacient uzavře sám do sebe a žádnou oporu nepřijímá“. S4 na otázku odpověděla „pro dítě jsou to určitě rodiče. Ale pro dospělého pacienta, jsme největší oporou my, personál, protože první dny pacient odmítá návštěvy, aby ho jeho milovaní neviděli v tak „ubohém“ stavu. Až za pár dní dostane odvalu

a dovolí návštěvu jednomu člověku. Ale tohle samozřejmě neplatí u všech pacientů, ale u většiny ano“. S5 říká „rodina, přátelé, ale taky pečovatelé“. S6 odpověděla „rodina, pacientova partnerka, zdravotnický personál a kamarádi, u každého je to různé“.

Diagram 11 - Kategorie 5: Potřeba uznání a úcty



Zdroj: vlastní výzkum

Kategorie 5. Potřeba uznání a úcty

Tato kategorie se zabývá potřebou uznání a úcty. Kategorie je rozdělena na jednu podkategorii, která se zabývá zájmy a zaměstnáním pacienta s paraplegií.

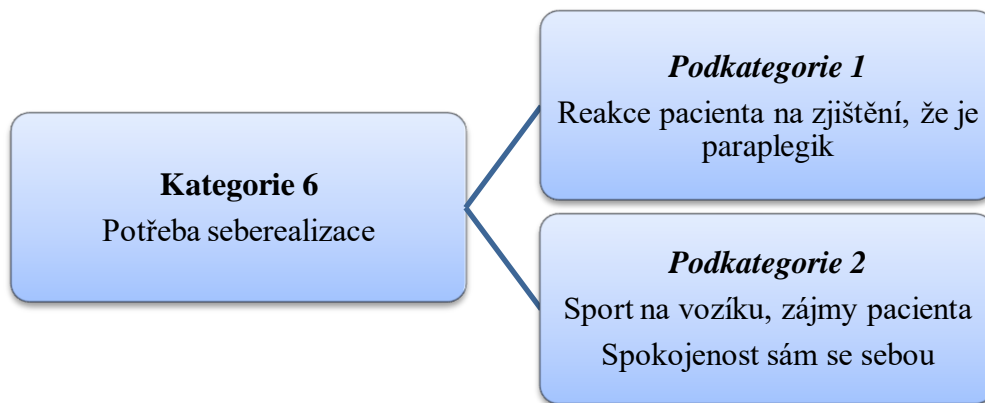
Podkategorie 5.1 Zájmy, zaměstnání pacienta

Dotazovaným byla položena otázka, jak nejčastěji tráví volný čas lidé na kolečkovém křesle, S1 říká „těch úplně aktivní je méně, záleží i na věku pacienta. Aktivity ovlivňují koníčky, dosažené vzdělání, podpora okolí. Těch faktorů je hodně. Měli jsme třeba klienta s vysokou lézí, jehož cílem bylo, se samostatně dopravit na vozíku za kamarády do hospody na pivo. Jiný vozičkář poslal manželku do práce a staral se o děti. Také máme v péči vozičkáře, který až po ztrátě hybnosti našel partnerku, má s ní dceru, o kterou se aktivně stará a jezdí přednášet po celé republice problematiku drog. Jiný paraplegik má svoji firmu, kterou úspěšně řídí. Pak máme jednoho, který citově vydírá své blízké. Může si třeba kávu udělat sám, ale když mu to někdo navrhne, reaguje – nemáte mě rádi, nejraději byste mě dali do ústavu a ani blbý kafe mi nikdo neudělá. Tohle byl, ale protiva i před tím. Někdy mi to připadá, jako by se člověk stal tak trochu svojí karikaturou. Špatné vlastnosti se prohloubí a dobré zůstanou, pokud člověk nějaké měl. Další otázka byla, zda sestry podporují pacienty ve svých zájmech, S1 říká „samozřejmě. Vymýšlíme, jak upravit domácí prostředí, dopravu a ostatní technické věci. Sháníme jim kontakty. Jeden vozičkář měl sjednaný pobyt v Parapleti v Praze, ale VZP cestu nehradí, tak ho tam odvezly fyzioterapeutky, které se o něj staraly. Mezi námi

a tímto pacientem je dlouhodobé přátelství“. S2 říká „volný část pacienti tráví hlavně venkovními aktivitami s rodinou nebo s pečovatelem“. A dodává „sepisujeme každému pacientovi individuální plán a snažíme se vymýšlet nové aktivity“. S3 říká „pacienti tráví čas různě, závisí to třeba i na věku a na stavu pacienta, u nás se každého pacienta snažíme v jeho zájmech podpořit“. S4 na otázku odpovídá „nevím, u nás na oddělení jsou pacienti upoutaní na lůžko, sedat si můžou až cca po 3 až 6 týdnech, záleží na druhu operace a v které části páteře byl úraz. Když si můžou sedat, přestěhujeme je na Spinální jednotku a tam mají pevně daný program cvičení zaměřený na seberealizaci“. A dodává „pacienty se snažíme podporovat v jejich zájmech, povídáme si, co například dělal před tím, než měl úraz a co by chtěl dělat, až se uzdraví“. S5 odpověděla „pacienti nejvíce svého volného času tráví s rodinou, my se je snažíme podporovat v jejich zájmech“. S6 na otázky odpověděla „nejčastěji se jedná o výlety, vaření, sport, malování keramika, rukodělné výrobky a další“. Na druhou otázku S6 odpověděla „ano, snažíme se je podporovat“.

Zdroj: vlastní výzkum

Diagram 12 - Kategorie 6: Potřeba seberealizace



Kategorie 6. Potřeba seberealizace

Tato kategorie je zaměřena na potřebu seberealizace. Kategorie je rozdělena do dvou podkategorií. První podkategorie se zabývá reakcemi pacienta na to, když zjistí, že je paraplegik. Druhá podkategorie se zabývá sportováním na vozíčku.

Podkategorie 6.1 Reakce pacienta na zjištění, že je paraplegik

Dotazovaným byla položena otázka, s jakými nejčastějšími reakcemi se setkávají, když pacient zjistí, že se z něho stal paraplegik. S1 odpověděla „*nejdříve se ptají proč právě já? Hledají viníky, někdy se objevuje i víra v to, že to není napořád, setkáváme se s obviňováním ze špatné nebo nedostatečné rehabilitace, u někoho se později dostaví smíření se se stavem, u někoho začne nová etapa života. Jeden pacient mi řekl, že nebýt úrazu, nesetkal by se se spoustou skvělých lidí, nenavázal by přátelství se stejně postiženými a nezačal by třeba sportovat*“. S2 říká „*nejčastěji se strachem z toho, že mu končí život, vzniká závislost na jiných osobách, a nastává špatný psychický stav*“. S3 odpovídá „*hodně se setkáváme s depresí a úzkostí*“. S4 odpověděla „*tím, že pracuji na akutní JIP, pacienti jsou k nám transportováni bezprostředně hned po úrazu, následně jsou odvezeni na operační sál, a vlastně až po operaci se dozvíme, do jaký míry je páteř a mícha poškozená. Pacient je v tomto období hlavně vyděšený, ale pořád plný naděje, že všechno bude v pořádku a on se zas bude moct postavit na vlastní nohy a vrátit se do normálního života. Je to takový období popírání, u někoho to trvá pár dní, u někoho i pár týdnů. V dalším období pacientovi dohází, že už to nikdy nebude jako dřív, a začíná období obviňování a sebelítosti a s tím je spojená taky arogance a agrese pacienta a odmítání jakýkoliv pomoci, ze strany zdravotníků, ale taky rodiny. Pacient jako by rezignoval*“. S5 na otázku odpověděla „*nejčastěji se pacient uzavírá sám do sebe*“. S6 vidí situaci z jiného úhlu „*k nám chodí paraplegici, kteří jsou již delší dobu upoutáni na invalidní vozík, takže jsou se svou diagnózou smíření. Přijímáme pacienty hlavně k chirurgickému řešení chronických ran – dekubitů*“.

Podkategorie 6.2 Sport na vozíku

První otázkou bylo, jak nejčastěji pacienti s paraplegií uspokojují svou potřebu seberealizace a sebeúcty, druhá otázka byla, jak často se sestry setkávají s tím, že pacient začne dělat nějaký sport. S1 na otázky odpověděla „*najdou si aktivity, které zvládají, nebo, které dříve dělali a neměli na ně čas, sdružují se s podobně postiženými, využívají služeb psychologa*“, na druhou otázku S1 odpověděla „*hodně často, udržuje je to v kondici a jako u zdravého vyplavuje endorfiny, pokud pacient sportoval před, snaží se i po*“. S2 na první otázku odpověděla „*důležité je si neplánovat věci, činnosti, které jsou nereálné, pak to může být cokoliv*“ a na druhou otázku S2 říká „*velmi často, ale záleží na každém pacientovi, hlavně mladí pacienti sportují*“. S3 říká „*v první řadě*“.

musí mít chuť potřebu seberealizace a sebeúcty uspokojit,“ a dodává „s tím, že pacienti začnou dělat nějaký sport se setkávám minimálně“. S4 na otázky odpověděla „pacienti, kteří nedokážou ovládat tělo, začnou ovládat mysl. Zažila jsem různé pacienty: před úrazem to byli sportovci, inženýři, po úrazu začali studovat, psát knihy, točit edukační videa, studovat jazyky a třeba se z nich stali tlumočníci“, na druhou otázku S4 odpověděla „málokdy, jak jsem říkala, pacienti s paraplegií se spíše zaměří na svoji mysl, i když byli předtím třeba sportovci“. S5 na otázky řekla „například sportovními výkony, nebo tím, že pomáhají druhým“ a doplňuje „ano, občas se setkávám s tím, že pacienti začnou sportovat“. Poslední z dotazovaných S6 odpovídá „pacienti, kteří jsou již dlouhou dobu upoutáni na vozík většinou změni práci v nějakou administrativní činnost nebo rukodělnou činnost. Je hodně pacientů, kteří jsou ve vedoucích pozicích firem a onemocnění je na seberealizaci nijak nepoznamenalo, právě naopak. Chtějí v životě dokázat daleko víc.“ Na druhou otázku S6 odpověděla „občas se najdou pacienti, kteří se věnují sportovním aktivitám, převažuje spíše posilování, lukostřelba, střelba“.

Kategorie 7. Pyramida potřeb

V této kategorii se zabýváme potřebami. Kategorie není rozdělena na žádnou podkategorii. Jako první byla dotazovaným položena otázka, jak si myslí, že se změnila hierarchie potřeb před a po úrazu a jaké potřeby jsou pro pacienta nejdůležitější po tom, co se stal paraplegikem. Následně je vytvořena pyramida potřeb, podle toho, jak sestra vidí hierarchii potřeb u pacienta s paraplegií. (viz. Příloha 4) Na otázku S1 odpověděla „dříve to byl více pasivní nemocný, který byl, pokud to bylo v možnostech rodiny opečováván. Nebo umístěn někam. S rozvojem možností a technických pomůcek a internetu je to stále aktivnější, stále více lidí je doma a péči nepotřebují. Vůle dokáže hodně. Výše léze normálně limituje to, co člověk sám zvládne. Máme ale pacienty, kteří by některé činnosti vlastně díky postižení neměli zvládnout, ale reálně to dělají“ a S1 dodává „nejdůležitější je cit a nastínění perspektivy. Neslibovat nemožné, být prostě fér, i když to někdy není lehké. Čekáním na zázrak ztratí část fyzicky, kontaktů i dovedností. Hned pracovat. Lékař ví, zda je přerušení částečné nebo úplné a tomu podřídit léčbu“. S2 na první otázku odpověděla „v hierarchii před a po není zase takový rozdíl“ na druhou otázku S2 odpověděla „být co nejvíce soběstačný a mít k sobě někoho blízkého“. S3 si myslí o první otázce toto „člověk si více uvědomí základní fyziologické potřeby“ a dále S3 pokračuje „nejdůležitější je psychické zdraví a vztahy

v rodině“. S4 říká „je jedno jaké potřeby měl člověk předtím, než se stal paraplegikem, úrazem se mu převrátí celý svět a vznikají potřeby nové, tvoří se nová hierarchie“, a dále pokračuje s druhou otázkou „nejdůležitější jsou fyziologické potřeby“. S5 říká „nevidím v hierarchii před a po žádný rozdíl, možná minimální“, na druhou otázku S5 odpověděla „potřeba seberealizace, sebeúcty, ale i bezpečí a jistota“. Poslední z dotazovaných na první položenou otázku odpověděla „nemůžu posoudit, přijímáme pacienty většinou po dlouhé době po úrazu. Ale řekla bych, že před úrazem převažovaly spíše fyziologické potřeby, po úraze potřeby jistoty a sebeúcty, seberealizace“, a S6 pokračuje s druhou otázkou „potřeby jistoty, psychické a fyziologické potřeby“. (viz. Příloha 4)

6. Diskuse

Cílem mé bakalářské práce bylo zmapovat hierarchii potřeb u pacienta s paraplegií. Pro empirickou část práce byly stanoveny celkem čtyři výzkumné otázky. První otázka zněla „**Jak se změnila hierarchie potřeb před paraplegií a při paraplegii?**“ Pokud je člověk zdravý, uspokojuje si své základní potřeby sám, aniž by potřeboval k ruce druhého člověka. Pokud člověk onemocní, je na ošetrovatelském a zdravotnickém týmu, aby uspokojoval pacientovi potřeby. Hierarchie potřeb se mění v průběhu onemocnění, některé zcela zmizí, jiné se zase objeví (Šamánková, 2011). Tím, že se pacient stane paraplegikem změní se stav tělesný i duševní, je to tím, že následky jsou trvalé a změní člověku život, člověk začne jinak nahlížet na životní bytí a změní se i jeho hierarchie potřeb (Mlýnková, 2017). S1 si o tom myslí „*dříve to byl více pasivní nemocný, který byl, pokud to bylo v možnostech rodiny opečováván. Nebo umístěn někde. S rozvojem možností a technických pomůcek a internetu je to stále aktivnější, stále více lidí je doma a péči nepotřebují. Vůle dokáže hodně. Výše léze normálně limituje to, co člověk sám zvládne. Máme, ale pacienty, kteří by některé činnosti vlastně díky postižení neměli zvládnout, ale reálně to dělají*“. S2 a S5 mají na hierarchii potřeb stejný názor, S2 „*v hierarchii před a po není zas takový rozdíl*“, S5 „*nevidím v hierarchii před a po žádný rozdíl, možná minimální*“. S3 si myslí, že se nejvíce změní potřeby fyziologické, člověk si uvědomí jejich váhu a důležitost „*člověk si více uvědomí základní fyziologické potřeby*“. S4 má jiný názor, myslí si, že s novou situací pacienta se tvoří zcela nová hierarchie potřeb „*je jedno jaké potřeby měl člověk předtím, než se stal paraplegikem, úrazem se mu převrátí celý svět a vznikají potřeby nové, tvoří se nová hierarchie*“. S6 nepracuje s pacienty s paraplegií ihned po úraze, ale po nějaké době od úrazu, myslí si, že jsou pro pacienta nejdůležitější po úraze potřeby seberealizace, kdežto před úrazem to byly potřeby fyziologické „*nemůžu posoudit, přijímáme pacienty většinou po dlouhé době po úraze. Ale řekla bych, že před úrazem převažovaly spíše fyziologické potřeby, po úraze potřeby jistoty a sebeúcty, seberealizace*“. Svatošová (2012) ve své knize píše, že České zdravotnictví, patří mezi špičku, ale má jeden velký handicap. Co se týká potřeb zajímají se naši zdravotníci spíše o potřeby tělesné, nikoli o ty ostatní, ty se jich netýkají (Svatošová, 2012). Pacienti si vytvořili vlastní hierarchie potřeb. Pro P1 jsou nyní nejdůležitější fyziologické potřeby a nejméně důležité potřeba bezpečí a jistoty „*dříve, ještě před úrazem pro mě byla nejdůležitější úcta a láska*“. Pro P2 a P4 je nejdůležitější potřeba bezpečí a jistoty, nejméně důležité jsou pro pacienta fyziologické

potřeby „před úrazem jsem měl hierarchii potřeb skoro stejnou, akorát na prvním místě byla seberealizace a láska“. Pro P4 je nejméně důležitá potřeba uznání „uznání je důležité, ale člověk ho zas tolik nepotřebuje, hierarchie se pro mě před a po moc nezměnila“. Pro P3 a P5 je nejvíce důležitá potřeba seberealizace, nejméně důležitá jsou pro P3 fyziologické potřeby „nejtěžší pro mě bylo, se je naučit, v tomto období byly nejvíce důležité potřeby. Ted', když to tak nějak zvládám, pro mě nejsou zas tak moc důležité jako třeba potřeby seberealizace, úcty, lásky“. Pro P5 je nejméně důležitá potřeba bezpečí a jistoty. Uspokojování potřeb souvisí s kvalitou života, protože každý pacient má kvalitu života jinou, jsou i potřeby a jejich hierarchie velice individuální (Marková, 2010).

Abychom mohli zmapovat hierarchii potřeb, byla položena další výzkumná otázka, zněla „**Jaké potřeby jsou pro pacienta s paraplegií prioritní?**“ Prioritní potřeby pacienta vyplývají z jeho nemoci a zdravotních obtíží (Ptáček, 2011). P1 říká, že nejdříve pro něj byli nejdůležitější fyziologické potřeby, nyní si myslí, že má uspokojené všechno dostatečně „ze začátku to byly ty fyziologické potřeby, byl jsem jako dítě, které se všechno učí znovu. Když bych měl odpovědět na to, co je pro mě prioritní ted', tak nevím, myslím, že mám snad všechny potřeby dostatečně uspokojené, fyziologické potřeby zvládám, občas s dopomocí manželky, potřebu bezpečí a jistoty mám také naplněnou, lásky mám dostatek od mého okolí, uznání si myslím, že mám také, a seberealizuji se pořád“, podle pyramidy, kterou P1 sestavil, vyplývá, že jsou pro něj na prvním místě potřeby fyziologické. Pro P2 bylo nejdůležitější naučit se samostatnosti, aby mohl dělat věci, které ho baví, nyní se snaží o nového člena jejich rodiny „pro mě bylo nejdříve prioritní se postarat sám o sebe, naučit se samostatnosti, v tomto případě se pořád učím, nyní je pro mě prioritní založení rodiny, s manželkou jsme se rozhodli, že chceme dítě, tak se snažíme“. Podle pyramidy je pro P2 na prvním místě v hierarchii potřeb potřeba bezpečí a jistoty. Pro P3 je nejdůležitější potřeba seberealizace, říká „chyběla mi volnost, nemohl jsem se věnovat oblíbeným koníčkům, práci, chtěl jsem docílit toho, abych byl na vozíku samostatný, uměl ho perfektně ovládat a jet na výlet, někam, kam se mi zachce. Ted' je pro mě důležité uznání a úcta, v práci jsem se setkal a vlastně i zaměstnal několik kolegů, kterým úcta ke mně chybí. Chci to změnit“. Pro P4 byly nejdříve nejvíce důležité fyziologické potřeby, nyní se soustředí na svou seberealizaci „po úraze pro mě byla prioritní potřeba tělesná, musel jsem se hodně věcí naučit znovu, jsem dost prchlivý a chci všechno umět hned, takže

občas, když něco nešlo, byl křik a mlácení s věcmi, ostatní si se mnou docela užili. Ted' je pro mě prioritní potřeba seberealizace, musím si zvyknout, že už z vozíku nevstanu, musím se naučit přijmout vozík, jako součást sebe“. Podle sestavené pyramidy potřeb je pro P4 nejdůležitější potřeba bezpečí a jistoty. Pro P5 bylo ze začátku hlavní naučit se uspokojovat fyziologické potřeby, nyní se snaží najít lásku „po úrazu pro mě bylo nejdůležitější naučit se uspokojovat fyziologické potřeby, abych se mohl spolehnout sám na sebe a ne na cizí, nebo pomoc rodiny, při tom jsem se vždycky cítil trapně. Nyní je pro mě důležitá potřeba lásky, chtěl bych si najít nějakou babu, která se mnou bude celý zbytek života!“. Podle hierarchie potřeb je u něj na prvním místě potřeba seberealizace. Podle mého názoru je pro pacienta v prvních chvílích prioritní přijmout fakt, že se stal paraplegikem, poté se naučit uspokojovat fyziologické potřeby, které jsou v začátcích opravdu náročné a zároveň pracovat na své seberealizaci. Pro pacienta je důležitá rodina, jejich láska a podpora. Tři sestry (S1, S2, S3) si myslí, že ze začátku jsou pro pacienta těžší uspokojovat potřeby, které jsou nějakým způsobem spojené s psychikou, Dvě ze sester (S4, S5) si myslí, že jsou pro pacienta těžší uspokojit fyziologické potřeby a poslední sestra (S6) si myslí, že je to stejně těžké, potřeby jsou vyvážené. Podle S1 je pro pacienta prioritní, co se týče potřeb, abychom jsme k němu byli upřímní a jednali fér a hlavně neslibovali nemožné „nejdůležitější je cit a nastínění perspektivy. Neslibovat nemožné, být prostě fér, i když to někdy není lehké. Čekáním na zázrak ztratí část fyzicky, kontaktů i dovedností. Hned pracovat. Lékař ví, zda je přerušeni částečné nebo úplné a tomu podřídí léčbu“. Vesměs všechny sestry se shodly v tom, že jsou pro pacienta prioritní a nejdůležitější potřeby seberealizace, samostatnosti a fyziologické potřeby, ale také potřeby bezpečí. S2 si myslí, že je pro pacienta prioritní být co nejvíce soběstačný a mít k sobě někoho blízkého, kdo pomůže a podrží. S3 si myslí, že je nejdůležitější psychické zdraví a vztahy v rodině. S4 se domnívá, že nejdůležitější jsou fyziologické potřeby. S5 si myslí, že prioritní potřeby jsou potřeby seberealizace a sebeúcty, ale také bezpečí a jistoty. S6 si myslí, že prioritní je potřeba jistoty, ale také psychologické a fyziologické potřeby. Zacharová (2017) má na věc takový názor. Jednotlivé potřeby a jejich priorita závisí na osobnosti pacienta, na druhu onemocnění, na informovanosti, na okolí (lékaři, sestry, rodina). Pro pacienta je velice důležitá potřeba být zase zdravý, tlumit nebo zmírnit bolest, potřeba udržet si funkce a příprava na funkce nové (Zacharová, 2017).

Třetí výzkumná otázka zněla „**Jaká je náročnost plnění potřeb pacientů s paraplegií v ošetrovatelství?**“

Ošetrovatelství je samostatná vědní disciplína, která se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojení biologických, psychických, sociálních potřeb každého nemocného, ale i zdravého člověka v péči o jeho zdraví. Ošetrovatelství se hlavně zajímá o udržení a podporu zdraví, nebo na navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, na zmírňování utrpení u nevléčitelně nemocných a snaží se zajistit klidné umírání a smrt. Ošetrovatelství se také výrazně podílí na prevenci, diagnostice, terapii a rehabilitaci. Ošetrovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám a skupinám, aby uměli samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Učí nemocného sebepečce, edukuje pacientovi blízké, aby uměli poskytnout laickou ošetrovatelskou péči. O nemocné, kteří se o sebe sami nemohou, nechtějí nebo neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetrovatelskou péči. Cílem ošetrovatelství je systematicky a komplexně uspokojovat potřeby člověka s přihlédnutím na individuální kvalitu života, udržet nebo navrátit zdraví, zmírnit fyzické a psychické bolesti v průběhu umírání. Aby ošetrovatelství dosáhlo těchto cílů, musí úzce spolupracovat s nemocným, lékaři, dalšími zdravotnickými pracovníky a jinými odborníky.

(Věstník MZ ČR 9/2004). Všechny sestry se shodly na tom, že náročnost, při plnění potřeb pacientů je velká, nejenom po fyzické, ale i po psychické stránce. Dotazované provádějí komplexní ošetrovatelskou péči. Podle Mlýnkové (2017) paraplegický pacient zvládne činnosti, u kterých zapojuje horní končetiny, neobjevuje se u něj žádný třes a není porušena motorika. Nepotřebují asistenci druhé osoby například při stravování, ale některé činnosti, například příprava jídla jim mohou trvat delší dobu. Pacienti ke své soběstačnosti potřebují úpravy prostoru, ve které žijí, aby se mohli pohodlně a bezpečně pohybovat na vozíku. Například žena na vozíku si dává věci v kuchyni tak, aby na vše dosáhla. Rodina je jí nápomocna a například jídlo v lednici dává do nižších přihrádek, z toho plyne, že s postižením jednoho pacienta v rodině je postižením celého rodinného systému. I v oblasti hygienické péče je pacient soběstačný, potřebuje pomoci jen při přesunu z vozíku do vany a zpět (Mlýnková, 2017). S4 shrnula ošetrovatelskou péči tak, jak by měla vypadat *„provádíme komplexní ošetrovatelskou péči: hygiena, příjem stravy, vyprazdňování, polohování, seberealizaci a aktivizaci, převazy operačních ran a tak dál. Každý pacient je individuální a podle toho tvoříme ošetrovatelský plán. Když pacient odmítá jíst, zabezpečíme dlouhodobý nebo krátkodobý invazivní vstup (PICC,*

MIDLINE, CŽK, PEG, NGS) na příjem potravy – jak enterální, tak parenterální. Na vyprazdňování zavedeme buď PMK nebo epicystomii. Zabezpečíme dechovou rehabilitaci, polohování s antidekubitárními pomůckami jsou samozřejmost, to opravdu záleží na konkrétním pacientovi“.

Čtvrtá výzkumná otázka, která byla položena zněla **„Jaké potřeby se nejhůře uspokojují pacientům s paraplegií – z pohledu ošetřovatelského personálu?“** V Číně byl proveden výzkum na 303 lidí, ve kterém bylo zjištěno, že až u 93 % postižených trpí alespoň jednou neuspokojenou potřebou. Neuspokojené potřeby se týkaly každodenního života, závěrem bylo, že by pečovatelé měli podnikat více kroků, aby pacientovi potřeby naplnili (Chen, Zheng, et al, 2018). Podobný výzkum byl i ve Švýcarsku ve kterém bylo zjištěno, že zdejší systém uspokojuje potřeby svých klientů dobře, jen rehabilitační personál by si měl dávat pozor na specifické a narůstající neuspokojené potřeby. Také bylo zjištěno, že pokud má rodina nižší příjmy, je vyšší pravděpodobnost neuspokojených potřeb (Trezza, Brach, 2019). Každá z dotazovaných sester má na věc jiný názor, každá si myslí a vidí problém v něčem jiném. S1 si myslí, že nejhůře se uspokojují takové potřeby, které jsou spojené s nereálnými sny, s něčím, co pacient nesvede, nebo to zatím nedokáže vzhledem ke svému stavu „určitě nereálné sny“. S2 si myslí, že pacienti se v začátcích hodně stydí „určitě sebeúcta, která souvisí například s hygienou“. S3 odpověděla, že nejhorší je pro pacienta přijmout fakt, že nezvládá věci, které zvládnul předtím „soběstačnost, někdy pacienti nedokážou pochopit, proč nezvládají věci, které jim předtím přišli jako banální“. S4 má na věc jiný názor „asi komfort. Do úrazu byl pacient zvyklý lehnout si a uložit se v posteli sám, a teď je odkázaný na nás. V prvních dnech po úrazu, je hrozně těžký pacienta napolohovat, nemůže si najít polohu, která by mu vyhovovala. Je těžké najít kompromis, který by vyhovoval pacientovi a který by plnil kritéria, aby pacient neměl dekubity. K tomu má spasmy a pro nás je fyzicky náročné s těmi spasmy „bojovat“. A když už ten kompromis najdeme, a pacient je spokojen, tak uběhnou 3 hodiny a musíme polohovat znovu, a tím začíná celý boj od znova. Takže je to z extrému do extrému, buď vydrží jen 30 minut, anebo se s námi hádá, že ho máme nechat být, minimálně od půlnoci do rána. Je to začarovaný kruh, a to už empatie musí bokem a začíná „krutovláda““. S5 odpovídá „nejtěžší je určitě práce s trpělivostí“. S6 si myslí, že nejhůře se uspokojuje sexuální potřeba, kterou má i člověk s paraplegií „řekla bych, že nejvíce jsou opomíjené sexuální potřeby. Vzhledem k omezenému

prostorovému řešení některých JIP pracovišť je splnění těchto potřeb nereálné“. Zdravotní potřeby jedinců s poraněním míchy (SCI) nejsou v rozvojových zemích uspokojeny. Kvalita života těchto jednotlivců není srovnatelná s celosvětovými standardy. Pokles kvality života lze přičíst nedostatku specializovaných rehabilitačních center, nedostatku odborných znalostí v místních nemocnicích a nedostatečnému přístupu k vyhrazeným oddělením SCI v Indii (Gupta, 2019). Podle mého názoru se sice nějaké potřeby u nás uspokojují hůře, některé lépe, ale jsme na tom daleko lépe než například v Indii.

7. Závěr

Tato bakalářská práce s názvem „Hierarchie potřeb u vybrané věkové skupiny pacientů s paraplegií“ se zabývá potřebami u pacientů s paraplegií. Cílem práce bylo zmapovat hierarchii potřeb u pacientů s paraplegií. V návaznosti na tento cíl, byly utvořeny čtyři výzkumné otázky. První otázka byla zaměřena na to, jak se změnila hierarchie potřeb před paraplegií a při paraplegii. Druhá otázka zkoumala potřeby, které jsou pro pacienta s paraplegií prioritní. Třetí otázka se zabývala tím, jaká je náročnost plnění potřeb paraplegického pacienta v ošetrovatelství. Poslední čtvrtá otázka, byla, jaké potřeby se nejhůře uspokojují pacientům s paraplegií a byla věnována hlavně sestřím a ošetrovatelskému personálu.

Ze získaných výsledků vyplynulo, že většina pacientů se postupem času smířila se svým handicapem. Podle dotazovaných se nejvíce po poškození míchy změnilo všechno, nejvíce samostatnost, dotazovaní se stali závislými na druhých, museli se učit věci od začátku. Pacienti si v rámci dotazování sami sestavili svou pyramidu hierarchie potřeb. Z toho se ukázalo, že jako nejdůležitější potřebu dva z dotazovaných zvolili potřebu, bezpečí a jistoty, dva z dotazovaných zvolili potřebu seberealizace a jeden z dotazovaných zvolil fyziologické potřeby. Na druhém místě jako nejvíce důležité potřeby dva z dotazovaných zvolili potřebu seberealizace, jeden z dotazovaných zvolil fyziologické potřeby, další potřebu lásky a bezpečí, a poslední zvolil potřebu uznání a úcty. Na třetím místě v důležitosti potřeb dva z dotazovaných zvolili potřebu uznání a úcty, dva z dotazovaných zvolili potřebu lásky a sounáležitosti a jeden z dotazovaných potřebu seberealizace. Těsně pod vrcholem, kde jsou ty nejméně důležité potřeby, tedy na čtvrtém místě v důležitosti potřeb dva dotazovaní zvolili potřebu lásky a sounáležitosti, jeden z dotazovaných fyziologické potřeby, další fyziologické potřeby a poslední z dotazovaných uvedl potřebu uznání a úcty. Na posledním místě, mezi nejméně důležité potřeby si dva z dotazovaných zvolili potřebu bezpečí a jistoty, dva z dotazovaných fyziologické potřeby a jeden z dotazovaných potřebu uznání a úcty.

Co se týká sester, všechny až na jednu se shodly v tom, že pro pacienta jsou nejdůležitější fyziologické potřeby, kromě jedné, která uvedla potřebu seberealizace. Dvě ze sester uvedly, že změna vnímání potřeb před a potom, co se člověk stal paraplegikem je minimální, a vnímání důležitosti potřeb se nijak nezměnilo, tři z dotazovaných uvedly, že si lidé začnou více vážit fyziologických potřeb a toho, že

dříve byli samostatní. Jedna z dotazovaných si myslí, že je pro člověka nejdůležitější být zase samostatný ve všech potřebách.

Výsledky bakalářské práce mohou sloužit jako podklad pro další možné studie v tomto zaměření.

8. Seznam použitých zdrojů

1. BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., et al. 2016. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1 vydání. Praha: Grada. 752 s. ISBN 978-80-247-4343-1.
2. BROMLEY, I., 2006. *Tetraplegia and paraplegia: A guide for Physiotherapists*. 6. vydání. New York: Elsevier Churchill livingstone. 407 s. ISBN 13-978-0-4431-0180-9.
3. BURDA, P., ŠOLCOVÁ, L., 2015. *Ošetrovatelská péče 1. díl, pro obor ošetrovatel*. 1. vydání. Praha: Grada. 228 s. ISBN 978-80-247-5333-1.
4. BYDŽOVSKÝ, J., 2011. *Předlékařská první pomoc*. 1 vydání. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2334-1.
5. COURTOIS, F., CHARVIER, K., 2015. *Sexual dysfunction in patients with spinal cord lesions. Handb Clin Neurol* [online]. 225-245 [cit. 2019-6-18]. DOI: 10.1016/B978-0-444-63247-0.00013-4. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26003247>.
6. CRAMER, G. D., DARBY, S. A., 2005. *Basic and Clinical Anatomy of the Spine, Spinal Cord, and ANS*. 2. vydání. New York: Elsevier Health Sciences. 672 s. ISBN 978-03-230-7142-0.
7. CRISTIAN, A., 2012. *Living with spinal cord Injury: A wellness approach*. 1. vydání. ReadHowYouWant edition. 272 s. ISBN 978-1458721600.
8. ČIHÁK, R., 2016. *Anatomie 3*. 3. upravené a doplněné vydání. Praha: Grada. 832 s. ISBN 978-80-247-5636-3.
9. DUNGL, P., a kolektiv. 2014. *Ortopedie*. 2. vydání. Praha: Grada. 1192 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
10. FALTÝNKOVÁ, Z., 2004. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků Centrum Paraple. 83 s. ISBN neuvedeno.
11. FALTÝNKOVÁ, Z., 2012. *Desatero moudrého vozičkáře*. Vydala Česká asociace paraplegiků – CZAPA za podpory ministerstva zdravotnictví ČR. 14 s. ISBN neuvedeno.
12. FALTÝNKOVÁ, Z., KŘÍŽ, J., 2012. *Léčba a rehabilitace pro pacienty s míšní lézí*. 1. vydání. Vydala Česká asociace paraplegiků – CZEPA za podpory ministerstva zdravotnictví ČR. 15 s. ISBN neuvedeno.
13. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

14. GRUBB, Scott a George W. PASVANKAS., 2019. *Anatomy and Physiology: Mechanisms of Nociceptive Transmission. Academic Pain Medicine*. Cham: Springer International Publishing. 2019-07-24, s. 1-7. DOI: 10.1007/978-3-030-18005-8_1.
15. GUPTA, N., 2019. *Lack of Adequate Care Post Spinal Cord Injury - A Case Report* [online]. 5 (1):22 [cit. 2020-05-23]. DOI: 10,1038 / s41394-019-0163-2. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32086433/?from_term=paraplegia%2C+unmet+needs&from_pos=4
16. HIRT, M., 2011. *Tupá poranění v soudním lékařství*. 1. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-4194-9.
17. HONZÁTKOVÁ, L., et al. 2018. *Život je jízda, Sborník příběhů z Životní cesty*. 1. vydání. Praha: Centrum Paraple o.p.s. 72 s. ISBN 978-80-270-4837-3.
18. CHEN, S., ZHENG, J., et al. 2018. *Unmet needs of activities of daily living among a community-based sample of disabled elderly people in Eastern. China: a cross-sectional study. BMC Geriatrics* [online]. **18**(1) [cit. 2020-05-23]. DOI: 10.1186/s12877-018-0856-6. ISBN 1471-2318. Dostupné z: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0856-6>.
19. JELÍNKOVÁ, I., 2014. *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*. 1. vydání. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-5093-4.
20. JIRKŮ, H., KYRIÁNOVÁ, A., 2005. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků za podpory MZ ČR. 36 s. ISBN neuvedeno.
21. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetrovatelství i intenzivní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
22. KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ. E., 2014. *Psychologie 2. díl, pro studenty zdravotnických oborů*. 1. vydání. Praha: Grada. 148 s. ISBN 978-80-247-3600-6.
23. KELNAROVÁ, J., TOUFAROVÁ. J., 2013. *První pomoc II. Pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vydání. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-8085-6.
24. KOLEKTIV AUTORŮ., 2008. *Sestra a urgentní stavy*. 1. vydání. Praha: Grada. 549 s. ISBN 978-80-247-2548-2.
25. MARKOVÁ, M., 2010. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
26. MERKUNOVÁ, A., OREL, M., 2008. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 302 s. ISBN 978-80-247-1521-6.

27. MLÝNKOVÁ, J., 2010. *Ošetrovatelství 1 díl. Učebnice pro obor sociální péče – ošetrovatelská činnost*. 1. vydání. Praha: Grada. 276 s. ISBN 978-80-247-3184-1.
28. MLÝNKOVÁ, J., 2017. *Pečovatelství 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost*. 2. doplněné vydání. Praha: Grada. 300 s. ISBN 978-80-271-0132-0.
29. MRŮZEK, M., et al. 2005. *Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacientů po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků. 32 s. ISBN neuvedeno.
30. NEJEDLÁ, M., 2015. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 2. vydání. Praha: Grada. 277 s. ISBN 978-80-247-4449-0.
31. PLEVOVÁ, I., kolektiv, 2018. *Ošetrovatelství I*. 2. vydání. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-271-0888-6.
32. PTÁČEK, R., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
33. SEIDL, Z., 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
34. SEIDL, Z., OBENBERGER, J., 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Grada. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
35. SCHWARZOVÁ, M., LONDONOVÁ, A., 2016. *Neuroimunita, jak udržovat mozek zdravý a mladý*. 1. vydání. Praha: Albatros media. 224 s. ISBN 978-80-265-0539-6.
36. SISTO, S.A., 2009. *Spinal cord injuries Management and Rehabilitation*. 1. vydání. New York: Elsevier Health Sciences. 608 s. ISBN 978-0-323-00699-6.
37. SLEZÁKOVÁ, Z., 2014. *Ošetrovatelství v neurologii*. 1. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN: 978-80-247-4868-9.
38. SVATOŠOVÁ, M., 2012. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?* 1. vydání. Praha: Grada. 112 s. ISBN 978-80-247-4107-9.
39. ŠAMÁNKOVÁ, M., et al. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada. 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
40. ŠRÁMKOVÁ, T., 2013. *Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba*. 1. vydání. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-5896-7.

41. TREZZINI, B., BRACH, M., 2019. *Prevalence of and Factors Associated With Expressed and Unmet Service Needs Reported by Persons With Spinal Cord Injury Living in the Community* [online]. 57 (6) [cit. 2020-05-23]. DOI: 10,1038 / s41393-019-0243-y. Dostupné z: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30696925/?from_term=paraplegie%2C+needs&from_pos=1.
42. TROJAN, S., et. al. 2005. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
43. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie Dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. 1. vydání. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova. 416 s. ISBN 978-80-246-3295-7.
44. Věstník Ministerstva Zdravotnictví České republiky. Vydáno v září 2004. Koncepce ošetřovatelství 9/2004. Částka 9.
45. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., et al. 2008. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. 404 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
46. WENDSCHE, P., KRÍŽ, J., 2005. *Doporučené postupy péče v akutní fázi po poškození míchy* [online]. Praha: Svaz Paraplegiků, [cit. 2020-05-19]. Dostupné z: https://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf
47. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
48. ŽVÁK, I., BROŽÍK, J., et. al. 2006. *Traumatologie ve schématech a RTG obrazech*. 1. vydání. Praha: Grada. 208 s. ISBN 80-247-1347-0

9. Seznam diagramů a tabulek

Diagram 1 – Stručný přehled všech kategorií u pacienta s paraplegií.....	33
Diagram 2 - Stručný přehled všech kategorií u zdravotních sester.....	34
Diagram 3 - Kategorie 1: Základní informace o paraplegii pacienta.....	37
Diagram 4 - Kategorie 2: Fyziologické potřeby	42
Diagram 5 - Kategorie 3: Potřeba bezpečí a jistoty	45
Diagram 6 - Kategorie 4: Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti	47
Diagram 7 - Kategorie 5: Potřeba uznání a úcty.....	49
Diagram 8 - Kategorie 6: Potřeba seberealizace	50
Diagram 9 - Kategorie 1: Základní informace o sestře	54
Diagram 10 - Kategorie 2: Fyziologické potřeby	60
Diagram 11 - Kategorie 3: Potřeba bezpečí a jistoty	61
Diagram 12 - Kategorie 4: Potřeba lásky, přijetí a sounáležitosti	62
Diagram 13 - Kategorie 5: Potřeba uznání a úcty.....	63
Diagram 14 - Kategorie 6: Potřeba seberealizace	64
Tabulka 1 - Struktura výzkumného souboru	35
Tabulka 2 - Struktura výzkumného souboru	36

10. Přílohy

Příloha 1: Podklad pro rozhovor s pacientem s paraplegií

Příloha 2: Podklad pro rozhovor se sestrou

Příloha 3: Pyramidy potřeb sestavené pacienty s paraplegií

Příloha 4: Pyramidy potřeb sestavené sestrami

Příloha 1: Podklad pro rozhovor s pacientem s paraplegií

Základní identifikační údaje:

1. pohlaví
2. věk
3. vzdělání
5. délka postižení
6. délka hospitalizace
7. zaměstnání

Vlastní rozhovor:

Pacient na jakoukoliv otázku, pokud nebude chtít, nemusí odpovídat.

1. Jak dlouho jste upoután na invalidní vozík?
2. Z jakého důvodu se z vás stal paraplegik?
3. Kdo byl pro Vás po poškození míchy největší oporou?
4. Jak se k Vašemu novému handicapu postavila rodina, přátelé, známí?
5. Jaký byl Váš pobyt na iktové / rehabilitační jednotce?
6. Co se nejvíce po poškození míchy změnilo?
7. Máme 5 základních lidských potřeb dle A. Maslowa (potřeba seberealizace, potřeba uznání a úcty, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba bezpečí a jistoty, fyziologické potřeby) jaká z nich se po poškození míchy stala tou nejtěžší na uspokojení a proč?
8. V jaké potřebě jste naopak nepostřehl změnu při uspokojování před a po poškození míchy?
9. Jaká potřeba se stala prioritní na upokojení po úraze?
10. Jaká potřeba je pro Vás prioritní teď?

11. Musel jste kvůli uspokojování fyziologických potřeb nějak zrekonstruovat svůj byt či dům?
12. Měl jste problém s bezbariérovými vstupy mimo domov?
13. Potřeba bezpečí a jistoty – cítíte se na vozíčku v bezpečí?
14. Za jak dlouho jste se naučil svůj vozíček ovládat?
15. Setkal jste se někdy s nabídkou pomoci od cizích lidí?
16. Setkal jste se někdy s opačnou reakcí? Například s vysmíváním, urážením?
17. Cítíte podporu od svých blízkých, milovaných osob?
18. Co děláte ve svém volném čase?
19. Věnujete se nějakému sportu?
20. Navštěvujete nějaké společenské skupiny, sdružení paraplegiků, kde můžete o svých problémech mluvit, diskutovat?
21. Pokud ano, poradili Vám, jak snadněji uspokojovat potřeby?
22. Mluvili s Vámi v nemocničním zařízení o tom, jak to bude s potřebou sexuálního uspokojení?
23. Setkal jste se v tomto směru s nějakými problémy?
24. Měl jste podporu vaší ženy, partnerky?
25. Měl jste strach z intimního života po poškození míchy?
26. Jste nyní spokojen sám se sebou?
27. Musel jste kvůli poškození míchy měnit zaměstnání?
28. Přizpůsobil se zaměstnavatel tomu, že jsme na invalidním vozíku?
29. Máte v práci uznání?
30. Zasáhla Vás po poškození tíživá finanční situace? Byl Vám nějak nápomocný stát, dostal jste nějaký peněžitý příspěvek?

31. A. Maslow sestrojil pyramidu potreb, kdy na základně stojí fyziologické potřeby a na úplném vrcholu potřeby seberealizace. V jakém pořadí byste sestavil Vaši pyramidu potřeb

Příloha 2: Podklad pro rozhovor se sestrou

Základní identifikační údaje:

1. pohlaví
2. věk
3. vzdělání
4. délka praxe
5. oddělení

Vlastní rozhovor:

1. Jak dlouho pracujete s pacienty s paraplegií?
2. Jak dlouho pracujete v zařízení s paraplegiky?
3. Jaké jsou nejčastější reakce pacienta, když zjistí, že se z něj stal paraplegik?
4. S jakými nejčastějšími důvody vzniku paraplegie se u Vás na oddělení setkáváte?
5. Jak se snažíte pomoci pacientovi, aby se s paraplegií vyrovnal?
6. Kdo je v těchto chvílích pro pacienta největší oporou?
7. Jak je na Vašem oddělení prováděna péče o pacienty s paraplegií?
8. Jak uspokojujete pacientovi potřeby?
9. Jaké potřeby se nejhůře uspokojují u pacientů s paraplegií?
10. Jaká je náročnost při plnění potřeb pacientům s paraplegií?
11. Co musí pacient s paraplegií zvládnout, aby uspokojil své základní životní potřeby?
12. Jak moc pacient přehodnotí žebříček potřeb po tom, co se stal paraplegikem?
13. Jaká potřeba je pro pacienta nejtěžší na uspokojení?
14. Po jaké době je pacient s paraplegií schopný uspokojovat své potřeby sám?

15. Jsou pro „čerstvého“ paraplegického pacienta těžší na uspokojení základní fyziologické potřeby nebo potřeby spojené s psychikou (například potřeba seberealizace, sebeúcty, lásky)?
16. Jak nejčastěji pacienti s paraplegií uspokojují svou potřebu seberealizace, sebeúcty?
17. Myslíte, že se paraplegičtí pacienti cítí na invalidním vozíku v bezpečí?
18. Jaká fyziologická potřeba je nejtěžší na uspokojení?
19. Poskytujete ve Vašem zařízení poradenství, pomoc, co se týče uspokojení sexuálních potřeb?
20. Pokud ano, poskytujete toto poradenství jak pacientovi tak i rodině pacienta?
21. Stydí se pacienti o této potřebě mluvit?
22. Jak často se setkáváte s tím, že pacient s paraplegií začne dělat nějaký sport?
23. Jak nejčastěji tráví volný čas lidé na kolečkovém křesle?
24. Podporujete pacienty v jejich zájmech?
25. Jak se podle Vás změnila hierarchie potřeb u pacienta před paraplegií a nyní?
26. Jaké potřeby jsou pro pacienta s paraplegií nejdůležitější uspokojit po tom, co se stal nově paraplegikem?
27. Sestavte pyramidu potřeb, podle toho, jak vnímáte hierarchii potřeb u pacienta s paraplegií vy.

Příloha 3: Pyramidy potřeb sestavené pacienty s paraplegií



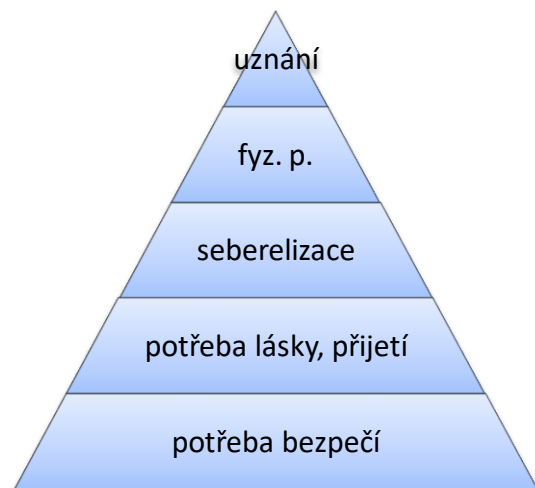
Zdroj: P1



Zdroj: P2



Zdroj: P3

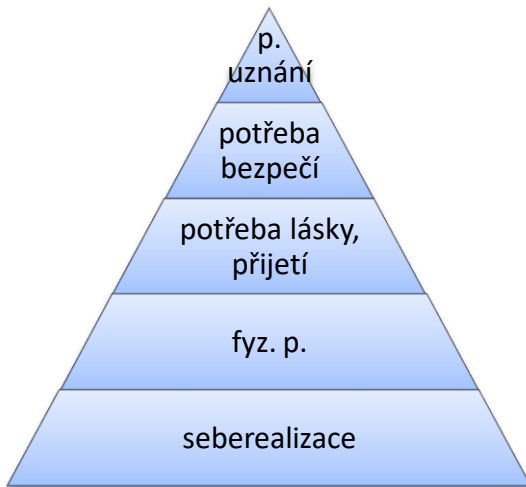


Zdroj: P4

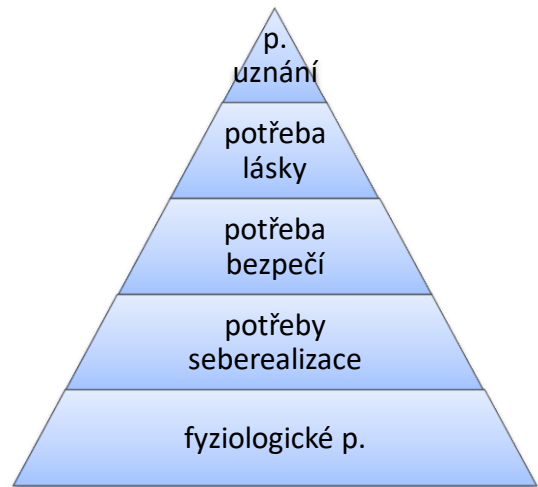


Zdroj: P5

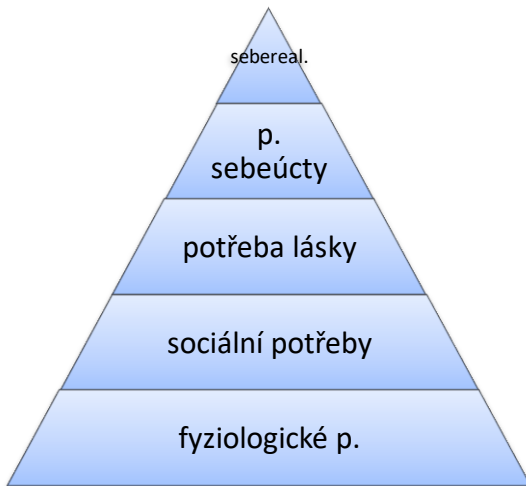
Příloha 4: Pyramidy potřeb sestavené sestrami



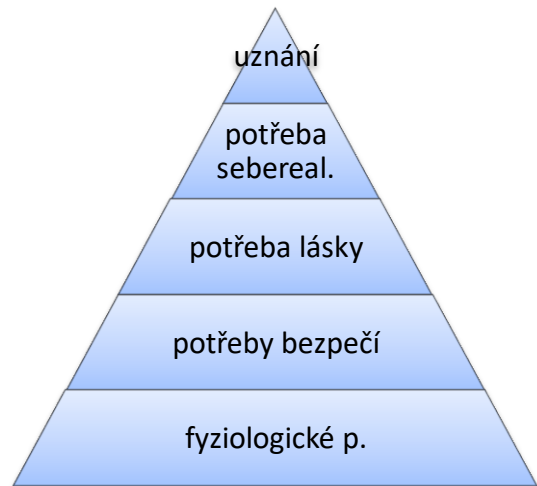
Zdroj: S1



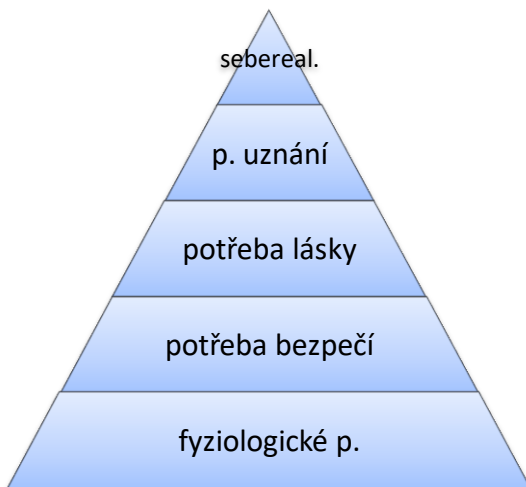
Zdroj: S2



Zdroj: S3



Zdroj: S4



Zdroj: S5



Zdroj: S6

11. Seznam použitých zkratek

C ₁ , C ₂ , C ₃ , C ₄ , C ₅ , C ₆ , C ₇	Krční obratle
Th ₁ , Th ₁₂	Hrudní obratle
L ₁ , L ₂ , L ₃ , L ₄ , L ₅	Bederní obratle
S ₁ , S ₂ , S ₃ , S ₄ , S ₅ , S ₆	Křížové obratle
CO ₁ , CO ₂ , CO ₃ , CO ₄	Kostrční obratle
RTG	Rentgen
CT.....	Výpočetní tomografie
MR.....	Magnetická rezonance
BMI	Body mass index – index tělesné hmotnosti
JIP	Jednotka intenzivní péče
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
FN.....	Fakultní nemocnice
PIIC	Periferní implantovaný žilní katétr
CŽK.....	Centrální žilní katétr
PEG	Perkutánní endoskopická gastrostomie
NGS	Nazogastrická sonda
PMK	Permanentní močový katétr
ADL.....	Všední denní činnosti
cca.....	Cirka, přibližně