

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství 5341

Markéta Herianová

Studijní obor: Ošetrovatelství ve vybraných klinických oborech

**KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO PRODĚLANÉM
KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 21. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Mgr. Jiřímu Freiovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a studijních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Herianová Markéta

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Kvalita života pacientů po prodělaném kraniocerebrálním poranění

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Počet stran – číslované: 70

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 29

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: centrální nervový systém, kraniocerebrální traumata, kvalita života, poranění mozku, stupnice dopadu nemoci na kvalitu života, traumatické poranění mozku, úrazy hlavy.

Souhrn: Práce se zabývá problematikou kraniocerebrálního poranění a jeho vlivu na kvalitu života pacientů a členů jejich rodin. Teoretická část je věnována anatomii a fyziologii mozku, traumatickému poškození mozku a ošetrovatelské péči, včetně bazální stimulace. Poslední kapitola teoretické části se zaměřuje na kvalitu života obecně a její hodnocení. Kvalitativní výzkum byl proveden formou polostrukturovaného rozhovoru s respondentkou po prodělaném kraniocerebrálním poranění a s jedním členem její rodiny. Zajímalo nás, zda u pacientů došlo ke změně kvality života a jak zranění ovlivnilo jejich život, jak z pohledu respondenta samotného, tak i z hlediska příbuzného. Dále nás zajímalo, zda příbuzní a následně i respondentky měly dostatek validních informací o průběhu a předpokládaném vývoji zdravotního stavu jejich příbuzného během celé rekonvalescence a zda byli edukováni, jak mohou svému příbuznému pomoci v rekonvalescenci.

Annotation

Surname and name: Herianová Markéta

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Quality of life in patients after traumatic brain injury.

Consultant: PhDr. Mgr. Jiří Frei, Ph.D.

Number of pages – numbered: 70

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 29

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 46

Keywords: Brain Injuries, Central Nervous System, Craniocerebral Trauma, Quality of Life, Sickness Impact Profile, Traumatic Brain Injury

Summary: Work deals with the issue of craniocerebral injury of his influence on the quality of life of patients, family members. The theoretical part is devoted to the physiology of the brain anatomy, brain injury, nursing care, including basal stimulation. The last part of the theory focuses on quality of life and its general assessment. Qualitative research was conducted through semi-structured interview with the patient after myocardial injury and kraniocebrálním with its one member of the family. I wonder if patients have changed the quality of life and how the injury has affected his life, both in terms of the respondent himself and in terms of a relative. Furthermore wonders whether the relatives and the patient subsequently had enough valid information about the course, expected development of the state of health during the recovery and whether they were educated, how they can help their kin in convalescence.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY	9
1.1 Anatomie centrální nervové soustavy.....	9
1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy.....	10
2 TRAUMATICKÉ POŠKOZENÍ MOZKU	12
2.1 Mechanismus vzniku a klasifikace poranění mozku	12
2.1.1 Klasifikace poranění mozku	12
2.2 Diagnostika kraniocerebrálního poranění	14
2.2.1 Neurologické vyšetření.....	14
2.2.2 Zobrazovací metody	14
2.3 Terapie kraniocerebrálního poranění	15
2.4 Neurologický a psychický deficit po kraniocerebrálním traumatu.....	15
2.4.1 Fyzické následky po kraniocerebrálním poranění	18
2.4.2 Stádia rekonvalescence.....	20
2.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po kraniocerebrálním poranění.....	21
2.5.1 Hygiena a poloha pacienta.....	22
2.5.2 Spánek a odpočinek	23
2.5.3 Výživa.....	24
2.5.4 Vyprazdňování nemocného	25
2.5.5 Péče o dýchání	26
2.5.6 Bolest nemocného	27
2.5.7 Pohybová aktivita	28
2.5.8 Jistota a bezpečí	28
2.5.9 Sebekoncepce a sebeúcta.....	28
2.6 Bazální stimulace	29
3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO PORANĚNÍ HLAVY.....	33
3.1 Vymezení pojmu kvalita života	33
3.2 Dimenze kvality života	33
3.2.1 Subjektivní hodnocení kvality života	33
3.2.2 Objektivní hodnocení kvality života.....	34
3.2.3 Hierarchické sféry.....	35
3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života.....	35
3.4 Měření kvality života	36
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	39
4.1 Formulace problému	39

4.2	Cíl výzkumu.....	39
4.3	Metoda výzkumu	39
4.4	Vzorek respondentů	41
4.4.1	Respondentka č.1	41
4.4.2	Respondentka č. 2.....	42
4.4.3	Respondentka č. 3.....	43
4.5	Interpretace rozhovorů	44
4.5.1	Problematika fyzického stavu.....	44
4.5.2	Psychická problematika.....	50
4.5.3	Sociální problematika.....	56
4.5.4	Duchovní problematika	63
	DISKUZE.....	67
	ZÁVĚR.....	76
	LITERATURA A PRAMENY	
	SEZNAM ZKRATEK	
	SEZNAM TABULEK	
	SEZNAM OBRÁZKŮ	
	SEZNAM PŘÍLOH	
	PŘÍLOHA 1 - GLASGOW COMA SCALE	
	PŘÍLOHA 2 - ŠKÁLY HODNOTÍCÍ BOLEST	
	PŘÍLOHA 3 - RASS, RAMSAYOVO SKÓRE	
	PŘÍLOHA 4 – FLACC SCALE	
	PŘÍLOHA 5 - OTÁZKY K ROZHOVORU	
	PŘÍLOHA 6 - INFORMOVANÝ SOUHLAS	

ÚVOD

Moderní doba přeje rozvoji techniky a rychlosti, což je jeden z důvodů stále stoupajícího počtu kraniocerebrálních poranění. Postižení bývají především mladí lidé v produktivním věku do 45 let. Velká část těchto pacientů mívá trvalé následky, které ovlivňují kvalitu jejich života.

Teoretická část práce se zabývá anatomií a fyziologií mozku, což je důležité pro pochopení, jak zranění určité části mozku může ovlivnit funkci celého těla a tím i život zraněného jedince a jeho rodiny. Další podstatnou kapitolou je traumatické poškození mozku, kde je rozebírán mimo jiné mechanismus vzniku kraniocerebrálního poranění, neurologický a psychický deficit po traumatu mozku a bazální stimulace. To vše napomáhá porozumět pacientovi a rodině v jakém stavu se nachází a jak mu mohou blízcí pomoci. Kvalitativní výzkumné šetření bylo prováděno formou rozhovoru se třemi respondentky, které prodělaly kraniocerebrální poranění a s jedním rodinným členem respondentek. Všichni dotazovaní postupně popisují svoje pocity, prožitky, změny ve svém životě a ovlivnění kvality života způsobené daným traumatem. Příbuzní následně líčí zkoumanou problematiku ze svého úhlu pohledu.

Několikaletá praxe na lůžkové části Kliniky anestezie, resuscitace a intenzivní medicíny s možností setkávat se a pracovat s pacienty s touto diagnózou včetně jejich rodinných příslušníků mě vedla k volbě předkládaného tématu. Kvalifikovaný a profesionální přístup zdravotnického personálu, správná edukace, zapojení rodiny a její podpora ze strany lékařů a ošetřujících zaměstnanců v akutní i následné péči má významný dopad na kvalitu života jak samotných pacientů, tak i jejich rodin.

1 ANATOMIE A FYZIOLOGIE CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY

1.1 Anatomie centrální nervové soustavy

Centrální nervovou soustavu tvoří mozek a mícha. Mozek (cerebrum) je chráněn lebkou, která je vystlána vazivovými obaly. Cerebrum se z anatomického hlediska dělí na několik částí: koncový mozek (telencefalón), mezimozek (diencefalón) a mozkový kmen, skládající se ze tří částí: středního mozku (mesencefalón), Varolova mostu (pons Varoli) a prodloužené míchy (medulla oblongata), která dál pokračuje samotnou míchou. Koncový mozek je rozdělen na pravou a levou hemisféru. Mozkové polokoule se skládají z laloků: čelního (frontální), temenního (okcipitální), spánkového (temporální) a inzulárního.

V oblasti čelního laloku je primární motorická korová oblast, kde se vyskytují pyramidové buňky. Axony vytváří pyramidovou dráhu. Telencefalón má na povrchu šedou kůru mozkovou, která pokrývá bílou hmotu. Kůra je tenká a nachází se v ní většina mozkových neuronů. Naopak bílá hmota je tvořena výběžky nervových buněk axonů. (Čihák, 2016, Grim; Druda et al., 2014; Kikalová, 2014)

Uvnitř mozku se nacházejí čtyři mozkové komory. Dvě postranní, které jsou částečně součástí spánkových laloků. Třetí komora se nachází uprostřed mezi thalami. Poslední 4. komora je uložena v mozkovém kmeni. Prostory jsou vyplněny mozkomíšním mokem, který je zde produkován aktivní sekrecí buněk plexus choroideus a ependymu jednotlivých mozkových komor. Dále se tvoří pomocí ultrafiltrace krevní plazmy choroidálními kapilárami. Ze 4 komory pak mozkomíšní mok vytéká mezi tvrdou plenu, kmen a míchu. Množství likvoru u dospělého člověka je přibližně 120 - 180 ml. Za 24 hodin je vyprodukováno asi 500 – 600 ml. Tvorba přetrvává i když je znemožněn odtok z důvodu obstrukce a dochází k jeho hromadění a následně i k vzestupu intrakraniálního tlaku.

Mozek i mícha jsou obaleny třemi mozkovými plenami - tvrdá plena (dura mater), pavučnice (arachnoidea) a měkká plena mozková (pia mater). Všechny jsou vytvořené z pojivové tkáně. Mezi jejich funkce patří ochrana centrální nervové soustavy, jejího cévního zásobení a shromažďování mozkomíšního moku. (Čihák, 2016; Kikalová, 2014; Kittnarr, 2011; Seidl, 2011)

Dura mater je tvrdá vazivová blána srůstající s periostem. Epidurální prostor se za normálních okolností nevyskytuje, ale při poranění může dojít k odloučení pleny a dochází k tvorbě epidurálního hematomu. Mezi úlohu tvrdé pleny patří mechanická ochrana, cévní zásobení a odvod krve z mozku. Další prostor je subdurální, nacházející se mezi tvrdou plenou a pavoučnicí. Arachnoidea je tenká blanka s trámčinou. Vzniklý prostor (subarachnoidální prostor) mezi pavučnicí a měkkou plenou mozkovou je vyplněný likvorem. (Čihák, 2016; Kittnar, 2011)

1.2 Fyziologie centrální nervové soustavy

Prodloužená mícha je spojnicí mezi mozkem a páteří míchou. Je tvořena několika strukturami zadního a středního mozku. Její činnost spočívá v regulaci dýchání, krevního oběhu a trávení (zvracení, polykání atd.). Umožňuje vykonávat nepodmíněné obranné reflexy. Spolupracuje s Varolovým mostem na tvorbě mimických pohybů, vytváření hlasu a řeči. Řízení koordinace pohybů a kontroly pohybové aktivity se nachází v mozečku. Cerebellum má důležitou funkci v udržování rovnováhy a držení těla. Jeho poškození má za následek vrávoravou chůzi, hypotonii svalů, neschopnost udržet rovnováhu atd. (Kikalová, 2014; Kittnar, 2011; Seidl, 2015)

Součástí středního mozku je čtverhrbolí rozdělené na horní a dolní hrbolky. Horní hrbolky jsou součástí drah zraku zajišťující sledování drah a pohybů objektů. Dolní se podílí na reflexní odpovědi na zvuky, leknutí se hlasitého zvuku, reflexní otáčení hlavy za zvukem.

Mezimozek je tvořen třemi párovými strukturami: epithalamus, thalamus a hypothalamus. Thalamus zajišťuje přenos senzitivních informací (bolest, hmat) z těla, pak také přepojuje do speciálních oblastí kůry sluchové a vizuální signály. Redukuje sílu signálů pro mozkovou kůru. Lze zde najít i několik jader určených pro motoriku. V hypothalamu najdeme hypofýzu. Skládá se z adenohypofýzy, která produkuje somatotropní hormon, prolaktin, thyreotropní hormon, folikuly stimulující hormon, luteinizační hormon a adrenokortikotropní hormon. Druhá část hypofýzy se nazývá neurohypofýza. Zde se produkuje oxytocin a antidiuretický hormon. Také tady dochází ke křížení zrakových nervů, dále ke kontrole autonomního nervového systému, chování, endokrinního systému a emocionální odpovědi. Jde o součást limbického systému ovlivňujícího emoce strachu, vzteku, sexuální energie, radosti. Řídí tělesnou teplotu, pocit hladu a žízně, reguluje spánek. Hypothalamus se podílí na tvorbě paměti.

Epithalamus produkuje melatonin, který řídí biologické hodiny (nástup spánkového cyklu) a nástup puberty. (Kittnarr, 2011; Seidl, 2015)

Centrum vědomí se nachází v mozkové kůře koncového mozku. V oblasti čelního laloku se nachází korová a premotorická oblast. Korová oblast zabezpečuje primární motoriku, přesné a zručné pohyby předloktí, prstů a tvářových svalů. Premotorická oblast kontroluje úchopy předmětů, pohyb přes překážku a mnohé další motorické činnosti. V levé hemisféře je uloženo Brocovo centrum řeči, kde dochází k její tvorbě. Pravá hemisféra hlídá emoční zbarvení mluvy, krátkodobou paměť slov a mluveného slova, volbu dominance pravé či levé ruky pro pracovní činnosti. Souvislost s předchozím centrem má i čelní zrakové centrum, které monitoruje rychlé a úmyslné pohyby očí sledující pohyblivý cíl. Zde je uložena primární čichová oblast a čichový bulbus, který pomáhá při uvědomování si pachu a vůně. Prefrontální kůra pomáhá s rozpoznáváním kognitivních funkcí, kam patří myšlení, vnímání, úmyslné zapamatování si, vybavování si informací, abstraktní myšlení, dále pak sebevědomí, sebekontrola a také houževnatost. Část temenního laloku obsahuje senzitivní korovou oblast, která je odpovědná za vnímání tělesných pocitů zaměřených na dotyk, teplo, chlad, bolest, propriorecepce a chuť. Somatosenzitivní asociační oblast čerpá ze zkušenosti a podle toho poznává předměty podle tvaru. Primární zraková oblast je součástí týlního laloku. Přichází do ní informace z obou sítnic a dochází zde k jejich zpracování. Další částí uložené v této oblasti mozku je asociační zraková oblast. Ta spolupracuje s primárním zrakovým polem a určuje barvy, tvary a pohyby objektů. Přední a zadní dráhy slouží jako spojnicemi s ostatními částmi mozku. Přední dráha pomáhá s rozpoznáváním slov v průběhu čtení a odlišováním obličejů. Zadní dráha se podílí na prostorových vztazích mezi objekty. Ve spánkové části mozku najdeme sluchovou a vestibulární sféru. Také zde je primární oblast určena k vnímání hlasitosti, výšky tónů a rytmus. V řečové oblasti je popsáno celkem 5 částí. Brockova část slouží k tvorbě mluveného slova, Wernickeova k porozumění řeči, boční prefrontální kůra v okolí Brockova centra umožňuje rozbor řeči, část spánkového laloku koordinuje auditivní a vizuální stránky mluveného slova. Vnitřní lalok rozeznává rytmus a zvuk řeči včetně počáteční artikulace. U praváků je v této oblasti dominantní levá hemisféra, pravá pouze spolupracuje na výkladu slov a jejich citovém zbarvení. (Grim, Druda et al, 2014; Kittnarr, 2011; Seidl, 2015)

2 TRAUMATICKÉ POŠKOZENÍ MOZKU

Podle charakteru, síly či druhu mechanismu apod. může být zranění hlavy buď bez závažného postižení, nebo může dojít k těžkému poranění mozkové tkáně s frakturou kostí lebky. K poranění mozku dochází většinou nečekaně a během každodenních činností. Prakticky se v této situaci může bez varování ocitnout každý člověk. Mezi nejčastější příčiny patří dopravní nehody, úrazy pracovní, v domácím prostředí, při sportu a poranění jako následek násilného napadení. (Čížková, Styborová, Žilová, 2011)

2.1 Mechanismus vzniku a klasifikace poranění mozku

Z fyzikálního pohledu se mechanismus poranění hlavy člení takto: translační úrazy vznikající nárazem hlavy na těleso, kdy dochází k předání kinetické energie. Akcelerační kraniocerebrální traumata, která vznikají bez přímého kontaktu s jiným předmětem. Ta se dále dělí na lineární a rotační akcelerační úrazy.

2.1.1 Klasifikace poranění mozku

Primární kraniocerebrální poranění souvisí s přímým následkem úrazu. Zranění je buď uzavřené, které vzniká po srážce s jiným předmětem, kdy dojde k překotnému zrychlení, zpomalení či přetočení mozku, anebo otevřené, které je vzácnější. Dochází k němu, když předmět projde přes lebku a poškodí určitou oblast měkké mozkové tkáně, což má za následek specifické postižení. (Ambler, 2011; Cerebrum, 2013; Powell, 2010)

Otřes mozku (komoce) není spojen s anatomickou poruchou mozku. Projevuje se vratnou krátkodobou poruchou jeho funkce. V okamžiku úrazu je u většiny pacientů přítomno bezvědomí s následnou amnézií na úraz a období krátce po něm, zvracením, difuzní bolestí hlavy a závratěmi.

U *zhmoždění mozku (kontuze)* dochází k ložiskovému poškození mozkové tkáně, které je tvořeno nekrotickou tkání s rozdílným stupněm krvácení. Poranění vzniká buď v místě nárazu mozku (nazývaném *coup*) nebo na protilehlé straně nárazem na kost. Průběh bývá velmi pestrý. Od bezpříznakových forem až po těžké poruchy vědomí.

Roztržení mozku (lacerace) čili rozzhmoždění je velmi těžké trauma, které je devastující. Vzniká jako následek penetrujícího traumatu mozku translačním či akceleračním mechanismem. (Ambler, 2011; Nevšímalová, Tichý, Růžička, 2002)

Difúzní axonální poranění je specifický druh poranění, které vzniká mnohočetným mikroskopickým poškozením axonů. Rozdílná hmotnost šedé kůry a bílé hmoty způsobí, že při nárazu se axony natáhnou a k poškození dojde díky jejich vzájemnému střížnému pohybu. Neurologické příznaky odpovídají traumatizovaným nervovým drahám. Hlavním symptomem bývá okamžité a dlouhotrvající bezvědomí.

Sekundární traumata jsou charakteristická časovým odstupem od vzniku poranění a lze je ovlivnit léčbou. Nitrolební hematomy mohou být dle místa výskytu epidurální, subdurální a subarachnoidální.

Epidurální hematom je krevní výron, který vzniká mezi klenbou lebeční (kalvou) a tvrdou plenou mozkovou. Zdrojem může být poraněná arteria meningea media při fraktuře lebky, venózní siny nebo krvácení z lebeční kosti u rozsáhlých poranění. Vzniklý hematom čočkovitého tvaru postupně odtrhává tvrdou plenu od lebky. Typický je lucidní interval, kdy po bezvědomí nastává stav bdění a poté se stav vědomí opět zhorší.

U *subdurálního hematomu* se krev ze zraněných žilních durálních splavů nebo z tepen a žil z povrchu mozku vlévá do subdurálního prostoru. K tomu dochází při kontuzi mozku. Na velké ploše se tvoří koagulum poloměsíčitého tvaru, které často utlačuje celou polovinu mozku. Klinický obraz se podobá epidurálnímu hematomu, ale je pozvolnější. Lucidní interval bývá delší dobu, je přítomna anizokorie a hemiparéza na protilehlé straně krevní sraženiny. Při posunu mozkového kmene, se vyskytuje částečné ochrnutí jedné poloviny těla na stejné straně, jako je krevní výron v mozku. Vše je doprovázeno bolestí hlavy, nauzeou, zvracením, změnou osobnosti, zhoršenou kvalitou vědomí a měštnáním očního pozadí.

Nejčastější příčina *subarachnoidálního krvácení* je ruptura aneurysmatu v oblasti Willisova okruhu. Krev se dostává do likvorových cest mezi pavučnici a omozečnici. Jde o velmi masivní krvácení. Intenzivní bolest je oboustranná. Vyskytuje se krátkodobá porucha vědomí s nauzeou, vomitem, světloplachostí a nesnášenlivostí hluku. Může se vyskytovat zmatenost a dezorientace nebo naopak psychomotorický neklid, agresivita.

Mozkový edém vzniká zvětšujícím se množstvím vody nebo cévního naplnění. Poranění přívodných mozkových tepen, nitrolební infekce, likvorea a další posttraumatické komplikace jsou řazeny mezi následné sekundární kranio cerebrální onemocnění.

(Ambler, 2011; Nevšimalová, Tichý, Růžička, 2002; Utama Yudha Setya, 2012; Valenta et al, 2007)

2.2 Diagnostika kraniocerebrálního poranění

Dobrá prognóza při úrazech hlavy je ovlivněna rychlou a správnou diagnostikou, kterou provádí neurolog nebo neurochirurg. Na podkladě výsledků vyšetření je stanovena optimální terapie. Prvotně se odebírá anamnéza pacienta, která se získává od něho samotného, doprovázející osoby nebo zdravotníků, kteří poskytovali zdravotní péči před transportem pacienta do nemocnice. Důležité jsou informace o jeho zdravotním stavu před úrazem, chronickém onemocnění (diabetes mellitus, kardiální, respirační onemocnění atd.), chronické farmakoterapii. Ověřuje se, zda není pod vlivem alkoholu a zda bezvědomí nemá jinou příčinu než úraz například intoxikaci alkoholem. Důležitou informací je i příčina úrazu, jeho mechanismus, stav pacienta bezprostředně po zranění a klinický průběh do příjezdu pacienta do nemocnice. Dle zjištěných výsledků je volena nejpriznivější terapie. (Navrátil, 2012; Smrčka, 2001)

2.2.1 Neurologické vyšetření

Při neurologickém vyšetření je hodnocena kvalitativní porucha vědomí pomocí Glasgow coma scale (GCS). Tato škála je zaměřena na tři vyšetřované oblasti: otevření očí, nejlepší slovní odpověď a motorickou odpověď. Plně spolupracující pacient dosahuje nejvyššího počtu, dle škály GSC, 15 bodů. Naopak nejméně, 3 body jsou vyhodnoceny u zraněného v hlubokém bezvědomí bez reakce na zevní podmínky. Je-li pacient při vědomí, je hodnocena jeho spolupráce a kvalita vědomí se zaměřením na dezorientaci, zmatenost, agresivitu, afázii viz příloha 1. Dalším důležitým vyšetřením při úrazu hlavy je zjištění stavu zornic. Zaměřeno je na jejich reaktivitu, šíři a na postavení a pohyblivost bulbů. Šíře zornic může být oboustranně stejná (izokorická) nebo stranově rozdílná (anizokorická). (Navrátil, 2012; Nevšimalová, Tichý, Růžička, 2002)

2.2.2 Zobrazovací metody

Prostý rentgenový snímek je v současné době málo přínosný. Lze na něm vidět traumatické změny lebky, jako jsou fisury, impresivní zlomeniny, objemnější pneumocefalus nebo zastření vedlejších nosních dutin.

Počítačová tomografie (CT) je stěžejní diagnostická zobrazovací metoda. Přesně zobrazí kostní i mozkové tkáně, komorový systém s mozkomíšním mokem a patologickými změnami jako je krvácení, edém, kontuze atd. Pro detailní viditelnost

mozkových cév lze použít CT angiografie. Pacientovi je podána intravenózně kontrastní látka. Ta nám umožní vidět intenzitu průtoku, dobu průtoku a objem krve, nebo také rozsah mozkové ischemie.

Při angiografii podáváme kontrastní látku přímo do mozkových nebo spinálních tepen katetrizací přes arterii femoralis nebo arterii axillaris. Při vyšetření dochází k dynamickému zobrazení cévního řečiště v tepenné, kapilární a žilní fázi, což je výhoda oproti CT a magnetickému resonanci.

Předností magnetické rezonance (MR) je multiplanární vyobrazení a neinvazivnost. Umožňuje přesné rozlišení strukturálních či patologických změn na mozku nebo míše. Používá se převážně u difúzního axonálního poranění. Diagnostika akutních hematomů je pro jejich dynamické změny v prvních dnech složitá. Proto není v akutních stádiích indikována. (Navrátil, 2012; Valenta et al., 2007)

2.3 Terapie kraniocerebrálního poranění

U primárních kraniocerebrálních traumat je volena primárně konzervativní léčba. Pacient je hospitalizovaný na neurochirurgickém oddělení nebo na jednotce intenzivní péče podle závažnosti poranění. Lékařem je ordinována antiedematózní léčba a úprava vnitřního prostředí dle laboratorních výsledků krve. Sledována je oxygenace pacienta. Zdravotnický tým pečuje o správnou polohu a klid pacienta na lůžku, zajištěna je parenterální či enterální výživa. Je u něj sledován příjem a výdej tekutin. Nutná je pravidelná kontrola stavu vědomí, reaktivity zornic, hybnosti a citlivosti končetin. U těžkých kontuzí je primárně voleno chirurgické řešení. U sekundárního poranění mozku se kombinuje konzervativní terapie s chirurgickou. Neurochirurgický výkon umožní trepanaci či kraniotomii podle závažnosti poranění. Neurochirurg odsaje hematoma, podváže krvácející cévu, nebo provede kraniotomii a zevní dekompresi. Postup operace se volí podle rozsahu traumatu a klinického stavu pacienta. (Navrátil, 2012; Smrčka, 2001)

2.4 Neurologický a psychický deficit po kraniocerebrálním traumatu

Kraniocerebrální poranění lze klasifikovat na lehké, středně těžké a těžké. U těžkých poranění je nutno zajistit dýchací cesty. S pomocí přístroje pro umělou plicní ventilaci zabezpečit vhodnou oxygenaci a přispět k regeneraci mozkové tkáně. S tím přímo souvisí mozková perfúze, která je zajištěna v nutných případech farmakologicky. Neurochirurgický monitoring umožní včasné odhalení abnormalit s následnou vhodnou intervencí. Ke změnám

zdravotního stavu pacientů nejvíce dochází v prvním roce od úrazu. V průběhu dalších pěti let se u starších lidí většinou objevují minimální nebo žádné změny jejich stavu. U mladších jedinců to bývá zpravidla naopak a dochází u nich ke zlepšení jejich zdravotního stavu. (Bescoglu, Roussaint, Streiger, Hänggi, 2013; Pfeiffer, 2007; Smrčka, 2013)

Propojení neurologického a mentálního deficitu nám ukáže skutečný stav pacienta po traumatu. Důležité je to, jak pacient zvládá navázat a udržet sociální kontakty a zapojit se zpět do pracovního nebo studijního procesu. Skutečná statistická data o trvalých následcích po proděláním úrazu hlavy je těžké určit, jelikož u mnoha deficitů se během prvních měsíců stav upravuje. (Powell, 2010; Smrčka, 2013)

Neurologický deficit se projevuje často hemiparézami, poruchou řeči, zraku a motoriky. Při poškození pravé strany mozku mají pacienti problémy s topografickou orientací a s rozpoznáváním obličejů, což se projevuje jako porucha paměti. Traumata frontálních laloků mají vliv na chování a osobnost. (Lečbych, Hosáková, 2014) Existují tři typy změn chování: porucha schopnosti plánovat a opravovat chyby při celkových úkolech je způsobena lézí v dorzolaterální oblasti; ztráta zábran (vedoucí dokonce až k vulgarismu, ztrátě disciplíny atd.) a společenských překážek vzniká zraněním bazálních a bazomediálních částí čelních laloků; změny v motivaci jsou ovlivněny mediálním poškozením přední části koncového mozku. (Lippertová-Grunerová, 2009; Smrčka, 2013)

Poškození smyslů, nejčastěji zraku a čichu, znamená pro člověka omezení v mnoha životních radostech, ale může též způsobit omezení nebo ukončení pracovního procesu. Příčinou vestibulární dysfunkce, nystagmu, poruchy sluchu a ochrnutí obličejového svalstva je následkem poškození lícního nervu a statoakustického nervu při frakturách skalní kosti.

U difuzního poranění mozku se vyskytují psychologické změny častěji než při fokálních kraniotraumatech. Z neurologického vyšetření vyplývá, že většinou dochází k jednostrannému deficitu, ale psychologické testy prokazují poškození obou hemisfér. Nejvýznamnější je pro pacienta i pro rodinu mentální část zdraví. Handicap v této oblasti vyvolává druhotné reaktivní psychiatrické symptomy u obou skupin. Častěji dochází k odhalení spíše rodinou nebo přáteli, než - li samotným jedincem. Pro blízké a pacienta je velice těžké přizpůsobit kompletní životní styl náhlé změně způsobené kraniocerebrálním traumatem. Někdy k odhalení neuropsychologického deficitu dojde až v zátěžových situacích jako je návrat do práce. (Lečbych, Hosáková, 2014; Powell, 2010)

V oblasti intelektuálního postižení nebývá postižena pouze jedna funkce. Jelikož nepenetrující poranění vzniká difuzním poškozením mozku, dochází obvykle k traumatu více oblastí mentálních funkcí, ale může zde být jedna nebo dvě dominantní. Pro prognózu při přetrvávajícím deficitu kognitivních funkcí, je inteligence před úrazem velmi důležitým faktorem. Důležitějším než velikost objemu ztracené mozkové tkáně nebo ztráta specifické funkce. Nejčastějším problémem pacientů po traumatu je porucha paměti. Pacienti si nepamatují, co dělali včera, před několika dny nebo hodinami, ale velmi dobře si vybavují vzpomínky na dětství. Zhoršení paměti může být primární nebo sekundární jako následek snížení pozornosti a poruchy koncentrace. (Lečbych, Hosáková, 2014; Smrčka, 2013)

Dalším problémem, trápící pacienty po traumatu hlavy, je unavenost. Často bývá spojována s poruchou spánku, posttraumatickou depresí či insuficiencí hypofýzy. Velmi citlivá je fáze REM. Zvýšená spavost může být následkem poklesu tvorby proteinu hypokreatinu zajišťujícího bdělost.

Deprese spolu s chronickým stresem ohrožují pacienta sebevražednou tendencí. Proto je potřeba včas zachytit varovné signály. Deprese také často bývají překážkou v rehabilitaci. Podávání antidepresiv nejen pomáhá redukovat depresi, ale podporuje neurogenezi v částech mozku spojených s pamětí, která bývá poškozena. Často se vyskytuje obtížné zvládání emočních situací doprovázené impulzivitou, nevhodným až vulgárním jednáním, neuvědomováním si problémů, necitlivostí a bezohledností k jiným osobám, úzkostí až psychotickými projevy. (Powell, 2010; Smrčka, 2013)

Následky difuzního poranění mozku ovlivňují schopnost učit se novým věcem. Pacienti vykonávají, bez problémů, běžné denní aktivity. Zejména ty, které prováděli před zraněním včetně běžné pracovní rutiny. Těžko ale zvládají nové situace nebo úkoly a dovednosti. Tento deficit se podobá normálnímu procesu stárnutí mozku.

Pozdní komplikace se projevují s delším časovým odstupem i několika let. Někdy si pacient svůj zdravotní stav nedává do souvislosti s poraněním mozku. Jednou z nejčastějších komplikací je posttraumatická epilepsie. Ta je definovaná dvěma a více záchvaty po rekonvalescenci po traumatu mozku bez akutní příčiny. Dále se může vyskytovat posttraumatický hydrocefalus. Tyto změny po úrazech hlavy velmi ovlivňují kvalitu života, sociální vazby včetně chování pacienta. (Lippertová-Grunerová, 2009; Powell, 2010; Smrčka, 2013)

2.4.1 Fyzické následky po kraniocerebrálním poranění

Fyzické poškození představuje určitý deficit s hendikepem, ale většinou ke zlepšení těchto schopností a celkového pohybu dochází relativně brzo a dá se sledovat. Postižený a okolí má relativně rychlou zpětnou vazbu. Vidí rychlý pokrok, a není to pro ně tak stresující situace jako u kognitivních a emočních obtíží či problémového chování.

Poruchy hybnosti a koordinace pohybů vznikají při poškození motorické oblasti mozkové kůry, v mozkovém kmeni a mozečku. Většinou vzniklý hematom utlačuje motorické centrum a poškozuje ho. Hemiparéza nebo hemiplegie se pak objevují na protilehlé straně krvácení. Utlačování mozečku se projevuje ráznými, ale nešikovnými pohyby, zraněný není schopen stát či jít rovně a udržet rovnováhu. Během léčby a rehabilitace dochází k návratu fyzické dovednosti, zůstává ale problém s jemnou motorikou. Důležité je procvičování zátěžových situací. Například navlékání nitě do oka jehly. Už od prvního dne zranění, kdy je pacient velmi často upoután na lůžko, by měla probíhat rehabilitace jako prevence vzniku kontraktur a ztuhlosti kloubů. Pro obnovení původní schopnosti pohybu musí zraněný projít opět základním vývojovým stádiem jako malé děti a vše absolvovat ve správném pořadí. Naučí-li se špatně nebo přeskočí jeden vývojový stupeň, pak už dělá chyby ve všech následujících stupních. Může dojít k zafixování si špatného pohybu nebo abnormální pozice. Proto je velmi důležité od začátku provádět správně základní pohyby a na nich dále stavět. V tomto stádiu je hlavním průvodcem a učitelem fyzioterapeut. (Powell, 2010; Smrčka, 2013)

Častým následkem po poranění mozku bývá porucha rovnováhy a závratě, které bývají způsobeny buď poškozením centra vizuální a prostorové orientace, nebo poškozením vestibulárního systému. I mírné poškození vnitřního ucha způsobuje vertigo. Při prudkém pohybu se točí hlava. Stres ze zranění způsobuje zrychlené a prohloubené dýchání, které zraněného vede k pocitům slabosti a až k závratím. (Powell, 2010)

U kraniocerebrálního poranění může dojít nejen k poruše hybnosti, ale i ke ztrátě smyslového vnímání. Při tom nemusí být přímo poškozen daný orgán například oko, ucho atd. Dochází však k poškození oblasti mozku, která má na starosti zpracovávání informací o zrakových, sluchových, hmatových, čichových a chuťových vjemych. Centrum zraku sídlí v týlním laloku. Při těžkém traumatu pacient může přijít o zrak. U lehčích forem zranění pacient může špatně odhadovat vzdálenost, vidí rozmazaně, dvojitě, dochází k výpadkům části zorného pole. Zraní-li si pravý nebo levý lalok má problémy s jednou polovinou

zorného pole, což vede například k tomu, že neodhadne velikost vchodu do dveří, obleče si pouze jednu ponožku atd. Trauma mozkového kmene ovlivňuje nepříznivě termoregulaci. Člověku s touto diagnózou je v chladném počasí horko a naopak. Deficit čichu souvisí nejčastěji s obličejovým zraněním nebo s přerušением či útlakem čichového nervu v týlním nebo temenním laloku. Zasažení chuťových center vede k nerozlišování jemných chutí. (Lippertová-Grunerová, 2013; Smrčka, 2013)

Nejvíce omezujícím následkem je rychlá vyčerpanost a velká únava, které ovlivňuje vše, co dotyčný dělá. Postižený je méně odolný vůči stresu a jeho kognitivní funkce jsou zpomalené. Příčina se nachází v mozkovém kmeni, který řídí střídání bdění a spánkového rytmu a stará se o naše vědomí. Při poškození jeho funkce se objevuje již zmíněná unavenost a vyčerpanost. Pacient musí umět rozpoznat počátek únavy a omezit danou aktivitu. Měl by si pečlivě plánovat činnosti s pravidelnými a dostatečně dlouhými přestávkami, ale také se pravidelně a zdravě stravovat. Při přecenění sil nebo nerozpoznání počátku vyčerpanosti dojde k velkému deficitu energie. Její obnova může trvat pak celý další den.

I po dvou letech po kraniocerebrálním poranění se asi u čtvrtiny pacientů vyskytuje bolest hlavy. Její intenzita a trvání se liší od běžných bolestí hlavy. Projevuje se od mírné, náhodné bolesti až po skličující až téměř ohromující. Vliv na intenzitu a stupňování má stres, napětí a přetížení. Léčí se farmakologickou medikací určenou k léčbě migrenózních stavů, relaxací nebo akupunkturou. (Powell 2010; Smrčka, 2013) Nejčastěji se k hodnocení bolesti využívá verbální škála. Pacient slovně vyjadřuje intenzitu bolesti na číselné stupnici od 1 do 10 a to od slabé až po nesnesitelnou. Dále se mohou použít různé testy, ve kterých jsou definovány množiny termínů popisující různá hlediska bolesti a lze provést jejich grafický záznam. Jedná se například o Numerickou škálu (Numering Rating Scale NRS), Visuální analogovou škálu (VAS) atd., viz příloha 2. (Zemanová, Zoubková, 2012, s. 14-18)

Dysartrii (poruchu řeči způsobenou špatnou výslovností) způsobuje, jak zranění a devastace obličejové části lebky, tak i oslabení či přerušování lebečního nervu a inervace svalů k artikulaci. To způsobuje, že řeč je nesrozumitelná, tišší nebo výrazně pomalejší. Logoped pomáhá postiženému opětovně se naučit základní pohyby ústy a tím zlepšit svoji výslovnost. Poškození mozku může způsobit dysfagii (obtížné polykání) a potíže se žvýkáním. To pak zraněného ohrožuje stavem podvýživy nebo rizikem aspirace do dýchacích cest což může vyvolávat další onemocnění nebo udušení. Krátkodobě se řeší

tato situace zavedením nazogastrické sondy či provedením gastrostomie. Zde opět pomáhá logoped zlepšit základní funkci. (Lečbych, Hosáková, 2014)

Zjizvení mozkové tkáně zvyšuje riziko vzniku epileptických záchvatů. Nejčastěji se vyskytuje po frakturách lebky zasahujících do mozkové tkáně. Ta se poté hojí jizvou, která narušuje funkci elektrické činnosti v dané části a má sklony k nekontrolovatelné činnosti. Záchvaty mají různou intenzitu od petit mal (ohniskové záchvaty) až po grand mal (elektrická aktivita zasáhne celý mozek). Svalové křeče, rychlé pohyby těla, inkontinence stolice a moči, nepravidelné dýchání a ztráta vědomí jsou příznaky pro grand mal. Ohniskové záchvaty se zase projevují výpadky pozornosti, opakováním určité činnosti například saháním si na oděv. Terapie se zaměřuje na snižování rizika záchvatů. Doporučuje se upravit životní styl. To spočívá v pravidelném a zdravém stravování, vyhýbání se stresu, dále nezapomínat na častý odpočinek, nepřetěžovat se, abstinovat a užívat antikonvulzivní léky. Pravidelné kontroly a provádění elektroencefalogramu (EEG) pomáhají sledovat účinnost předepsaných medikamentů. (Lippertová-Grunerová, 2009)

2.4.2 Stádia rekonvalescence

Během uzdravování většinou pacient prochází několika stádii. Může se však stát, že některou z fází neprojde vůbec. Každý je individuální osobnost, ale pro většinu zraněných je charakteristický postupný průběh všemi stádii. Pro ošetřující personál a rodinu je dobré vědět, jak bude cesta k uzdravení probíhat, v jakém stádiu se přibližně postižený nachází a jak se k němu mají chovat.

V prvním stádium bývá pacient v kómatu a je odkázán na komplexní zdravotnickou péči. Emoční a psychickou zátěž zde prožívá rodina. Ta se vyrovnává s pocity šoku, zmatení a bezmoci. Celý zdravotnický tým zaujímá významnou roli v oblasti psychologické péče o nejbližší příbuzné a pomáhá jim se s touto zátěží vyrovnat. Velmi důležitá bývá i individuální a opakovaná pomoc psychologa. (Powell, 2010)

Během druhého a třetího stádia se zraněný obvykle budí z komatózního stavu. Probíhá u něj posttraumatická amnézie projevující se obdobím těžké podrážděnosti, úzkosti, neklidu a zmatenosti. Charakteristické jsou potíže s pamětí, pozorností, neschopností řešit problémy a objevuje se porucha v oblasti sociálního chování. Často si pacient potíže uvědomuje. Z jeho strany přicházejí spíše stížnosti na fyzické obtíže. Zejména došlo-li také ke zranění pohybového aparátu. Existují kraniocerebrální poranění, kdy komatózní stav trvá

stále, druhé stádium neproběhne a pacient se z kómatu neprobouzí. Po třech měsících nezměněného vědomí je diagnostikován perzistentní vegetativní stav. (Powell, 2010; Smrčka, 2013)

Ve čtvrté fázi si pacient postupně začne uvědomovat kognitivní poruchy paměti, pozornosti, myšlení a plánování. Má potíže s únavou, které často vedou k frustraci, podráždění, vzteku, úzkosti a depresi. Návrat do práce nebo do školy či plnění domácích povinností je pro pacienta zátěžovou situací, která může skončit neúspěchem. V této fázi dochází často k přeceňování sil a podceňování problémů, což vede k emoční labilitě a menší odolnosti vůči frustraci.

Během pátého stádia dochází u pacienta ke zlepšení některých duševních schopností, ale již zmiňované problémy stále přetrvávají. Strukturované situace zvládá velmi dobře na rozdíl od nemodelových nebo stresových situací. U složitých dějů, je možné, že se nemocný ztratí v množství informací a unikne mu podstata věci. Často má tendence srovnávat svůj zdravotní stav před zraněním a těsně po zranění. Toto porovnávání a postupné uvědomování si ztrát, změn a omezení v jeho životě po traumatu vede k závažné úzkosti a depresi. Proto je toto období pro pacienta velmi obtížné.

V posledním šestém stádiu se pacient vyrovnává s přetrvávajícími obtížemi a emočně je přijímá. Kognitivní poruchy už nejsou tak závažné a postupně se snaží převzít na sebe některé z dalších povinností. Pomalu si zvedá zpět sebevědomí a sebehodnocení. Dochází k budování nového života. V tomto období může dojít k nepřiměřenému zatěžování zraněného sebe samým, což vede ke zvýšené únavě a mohou se opět objevit známky kognitivních a emočních obtíží z předešlých stádií.

V prvních stádiích je velmi důležitá práce celého zdravotnického týmu. Zdravotní problémy postupně přecházejí do společenských a psychologických obtíží, týkajících se přímo života pacienta. Tyto situace jsou nenápadné, obtížně sledovatelné a velmi těžko se překonávají. (Powell, 2010)

2.5 Ošetrovatelská péče o pacienta po kraniocerebrálním poranění

Ošetrovatelská péče se zaměřuje na aktivní vyhledávání a uspokojování bio-psycho-sociálních potřeb nemocného člověka a zdravému pomáhá v péči o jeho zdraví. Jednotlivé podkapitoly ošetrovatelské péče jsou inspirovány Modelem funkčního zdraví Marjory Gordon. Tento model je odvozený z interakcí osoby a prostředí.

Hospitalizace s kranio cerebrálním poraněním jakékoliv závažnosti má vliv na tělesné a psychosociální zdraví jedince. U pacientů se závažným zraněním hlavy doprovázené poruchou vědomí je zapotřebí poskytnutí komplexní péče. Některé diagnózy vyžadují operační výkon, což ovlivňuje další péči o pacienta. V těchto závažných případech je pacient hospitalizovaný na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nebo na specializovaných jednotkách intenzivní péče. Důležité je, aby všeobecná sestra dokázala rozpoznat potřeby daného pacienta, uměla poskytnout odborné rady v mnoha oblastech sebek péče a měla dostatek trpělivosti. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.5.1 Hygiena a poloha pacienta

Na jednotkách intenzivní péče (JIP) a anesteziologicko-resuscitačních odděleních (ARO) provádí sestra celkovou hygienickou péči dvakrát denně většinou ráno a večer. Ošetřování spočívá nejen v komplexním umytí celého těla pacienta včetně genitálu, ale pozornost věnuje i dutině ústní včetně jazyka a chrupu, který čistí běžnou zubní pastou. Na očištění jazyka a vnitřních stran tváří ošetřující personál používá jednorázové štětičky spolu se speciální desinfekcí určenou na sliznice nebo ústní vodu. Vytírání úst provádí každé dvě hodiny nebo dle potřeby pacienta. Závěrečným krokem je ošetření rtů. Součástí prevence před jejich osycháním a praskáním je aplikace masti k tomu určené. Důležitým krokem během toalety obličeje je péči o oči. Dle stavu může sestra aplikovat zvlhčující oční gely či masti. To provádí opakovaně během dne spolu s kontrolou stavu, velikostí a fotoreaktivitou zornic a postavením bulbů. Vše zaznamenává do dokumentace pacienta. Ošetřující personál holí vousy u mužů jednou denně anebo dle potřeby. Po umytí pokožky následuje její řádné osušení a promazání. Během celé péče sestra sleduje stav pokožky a hodnotí riziko vzniku dekubitů. K hygieně pacienta patří i výměna ložního prádla, které se provádí současně s koupelí. Po převlečení lůžka ošetřující personál upraví polohu pacienta. Při kranio cerebrálním poraněním je indikována pozice se zvýšenou horní polovinou těla, přibližně v úhlu 30° a hlava je v ose těla. To pomáhá ke snížení intrakraniálního tlaku. Není-li kontraindikace polohování, provádí sestra změnu standardně každé dvě hodiny včetně kontroly stavu pokožky a vypodložení horních a dolních končetin klíny či dalšími vhodnými antidekubitálními pomůckami. To napomáhá v rámci prevence vzniku dekubitů a otoků. (Kapounová, 2007; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

Péče o zraněného se podřizuje jeho celkovému zdravotnímu stavu, kvalitě vědomí a schopnosti soběstačnosti. Na standartních odděleních sestra pacientovi převážně

asistuje a doprovází ho při sebeděči. Na JIP či ARO provádí hygienu sama nebo s pomocí pacienta. Během celého procesu se snaží motivovat a aktivizovat pacienta, chválit ho a vyhledávat jeho potřeby. (Kapounová, 2007; Vytejšková, 2011)

2.5.2 Spánek a odpočinek

Pacient s těžkým zraněním je už při příjmu na oddělení ARO / JIP uveden do umělého spánku. Je zapotřebí, aby farmakologická sedace byla dostatečně hluboká. Dále aby zajistila, že se pacient nebude hýbat, kašlat, samostatně dýchat, a že bude tolerovat zajištění dýchacích cest spolu s ventilačním režimem. Při nedostatečné sedaci se mohou objevit výše jmenované nežádoucí projevy, které mají za následek zvyšování intrakraniálního tlaku. K uvedení a udržení pacienta v umělém spánku se volí kombinace léků ze skupiny opiátů a benzodiazepinů či opiátů a anestetik. K hodnocení sedace se používá Ramsayovo skóre a RASS (Richmond Agitation - Sedation Scale). Úroveň podle Ramsaye se hodnotí v rozpětí 1 až 6 bodů jako reakce na oslovení pacienta, viz příloha 2. Dávky léků se musí pravidelně upravovat a podle potřeby navyšovat. Vegetativní projevy, mezi které patří zvýšené pocení, tachykardie dále, pak neklid, interference s ventilátorem apod. jsou známkou nízké hladiny sedativ a jsou indikací k jejich navýšení či podání bolusu. Podle stavu pacienta může být indikována bolusová sedace před určitou manipulací s ním nebo ošetřovatelkou intervencí, která ho může nabudit. Délka a hloubka farmakologické sedace je individuální a volí se podle aktuálního zdravotního stavu. (Kapounová, 2007; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

U pacientů při vědomí se sestra snaží zajistit dostatečný a kvalitní spánek. Ošetřovatelskými intervencemi se snaží vytvořit klidné prostředí, podporovat spánkové návyky pacienta, realizovat čas pro psychickou podporu, vyslechnout ho a komunikovat s ním dle jeho možností, podávat medikaci dle ordinace lékaře. Spánek je narušován nejen zdravotním stavem nemocného ale i faktory fyziologicko - biologickými (věk, nemoc, bolest atd.), psychicko - duševními (úzkost, strach, nuda, ztráta smyslu života, atd.), sociálně - kulturními (mezilidské vztahy, pracovní, finanční problémy, atd.) a vlivem životního prostředí (světlo, nadměrný hluk, atd.). Správnou komunikací a získáním důvěry pacienta by sestra měla zjistit příčinu nespavosti a pokusit se vyřešit tento problém. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.5.3 Výživa

Strava pacienta v kritickém stavu je v prvních dnech plně hrazena parenterální výživou. Podle zdravotního stavu a při zachovalé funkci trávicího traktu se postupně přechází na enterální výživu, která je podávána přes nazogastrickou sondu (dále NGS). Volbu správné výživy ordinuje lékař podle laboratorních výsledků a energetického příjmu pacienta. Sestra pečuje o správnou fixaci a funkci sondy. Jako prevenci dekubitů mění její polohu. NGS je zavedena buď nosem, nebo ústy. V pravidelných intervalech, nejčastěji po třech hodinách kontroluje správnost a hloubku zavedení NGS a množství žaludečního obsahu. Není-li pacient enterálně živěn nebo v době lačnění, tak měří pH žaludečního obsahu. Sestra dále sleduje množství a barvu žaludečního obsahu (nazelenalý či zelený obsah žaludku značí o přítomnosti žlučových šťáv, jasně červená barva vypovídá o krvácení ze žaludku či jícnu). Vše je třeba řádně zaznamenat do zdravotnické dokumentace pacienta a informovat lékaře o patologických stavech. Je-li množství žaludečního obsahu větší a viditelně nedochází ke vstřebávání podávané stravy, signalizuje to, že dochází k poruše evakuace žaludku. Za předpokladu, že je funkční střevní peristaltika, je možné problém řešit zavedením jejunální nebo nazojejunální enterální sondy. Stravu lze aplikovat bolusově (naordinované množství výživy se podává v pravidelných časových intervalech, nejčastěji po třech hodinách), intermitentně samospádem (ve stejném časovém rozmezí, většinou noční pauzou lačnění, se podává pomocí kapénkové infuze) a kontinuálně (pomocí enterální pumpy, rychlost podávané stravy určí lékař, stejně jako, zda proběhne noční doba lačnění nebo přípravek bude podáván celých 24 hodin). (Tomek et al., 2014; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013; Tyll, Dostálová, Netuka, 2014)

U pacienta při vědomí s funkčním zažívacím traktem je možno postupně začít s příjmem per os. V první fázi se zkouší nabízet čaj po douškách. Pak se pokračuje kašovitou stravou až je možno nastolit dietní režim s ohledem na současné a chronické onemocnění pacienta. Není-li schopen pokrýt denní příjem kalorií nebo nemůže přijímat tuhou stravu, lze využít tzv. sipping. Jedná se o formu enterální výživy, která se podává u pacientů s rizikem malnutrice, onkologických pacientů, starších osob. Velmi dobře ovlivňuje hojení ran a celkovou rekonvalescenci u dlouhodobě nemocných. Cílem sippingu je doplnit do organismu potřebné bílkoviny, vitamíny, minerální látky a dodat pacientovi dostatečnou energii. (Pokorná, 2013, s. 65-68)

Strava by měla být vyvážená a nemělo by se zapomínat na optimální příjem tekutin. Není-li pacient schopen přijímat dostatečné množství ústy, lze deficit tekutin doplnit intravenózně podle ordinace lékaře. Veškerý příjem stravy a tekutin sestra zaznamenává do zdravotnické dokumentace. (Vytečková, 2011)

2.5.4 Vyprazdňování nemocného

Pacient s poruchou vědomí má zavedený permanentní močový katetr. Sestra sleduje a zapisuje do dokumentace hodinovou diurézu. Spolu s celkovým příjmem a výdejem tekutin spočítá bilanci tekutin za 24 hodin. Dále hodnotí množství a barvu moči, makroskopické příměsi, zápach a průchodnost cévky. Veškeré patologické stavy musí okamžitě hlásit lékaři.

Jako je důležitý příjem stravy, tak je důležité i vylučování stolice. V akutní péči je třeba sledovat pravidelnost vyprazdňování, která je v běžném životě individuální. Sestra sleduje odchod plynů. Někdy nedochází k samovolnému odchodu plynů a je zapotřebí použít rektální rourku, která odchod podpoří. Nedostaví-li se spontánní stolice během 2 - 3 dnů od začátku příjmu potravy a je-li funkční peristaltika, je nezbytné podpořit vylučování pomocí glycerinových čípků, kapénkového nebo očistného klyzmatu. Jako prevenci zácpy lékař může naordinovat léky podporující střevní peristaltiku. Příčinou akutního průjmu jsou infekce, nevhodná strava nebo léky, nejčastěji antibiotika. Zvýšená ošetrovatelská péče je poté zaměřena na péči o pokožku kolem konečníku. Do dokumentace pacienta sestra zaznamenává veškerý výdej tekutin, který je součástí celkové bilance za 24 hodin.

U pacienta při vědomí se zavedeným permanentním močovým katetrem sestra provádí podle ordinace lékaře uzavírání močové cévky v pravidelných intervalech. Tím dochází k nácviku močového měchýře a svěrače. Pacient se takto připravuje na odstranění močového katetru. Důležité je citlivé odebrání ošetrovatelské anamnézy zaměřené na vyprazdňování. Vylučování stolice je ovlivněno faktory: fyziologicko – biologickými (funkce zažívacího traktu a močového systému, příjem stravy a tekutin atd.), psychicko - duševními (životní styl, sebepojetí atd.), sociálně-kulturními (tabuizace problému, soukromí, intimita atd.) a vlivem životního prostředí (úroveň hygieny, bytové podmínky). Po odebrání ošetrovatelské anamnézy se sestra snaží zajistit dostatečnou intimitu a vhodné podmínky pro vyprazdňování pacienta. (Janíková, Zeleníková, 2013; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013; Vytečková., 2013)

2.5.5 Péče o dýchání

Pacient v kritickém stavu má zajištěné dýchací cesty tracheální intubací a je napojen na ventilátor. V některých případech jako je například trauma obličejové části hlavy, je u něj provedena tracheostomie v akutní fázi. Při nutnosti umělé plicní ventilace je potřeba, aby sestra sledovala základní životní funkce jako jsou krevní tlak, puls, EKG – elektrokardiograf a saturaci. U poranění hlavy a nitrolební hypertenze je velmi důležité sledovat hodnotu $ETCO_2$ (end – tidal oxidu uhličitého) včetně frekvence, rytmu a amplitudy dýchání. Vše sestra pravidelně zaznamenávala do zdravotnické dokumentace pacienta. Podle ordinace lékaře provádí pravidelné odběry krve na vyšetření krevních plynů a acidobazické rovnováhy. Do péče o dýchací cesty patří pravidelné a šetrné odsávání. Frekvence se přizpůsobuje individuálně podle potřeby pacienta, minimálně však jednou za 2 hodiny. Při odsávání sestra kontroluje množství, barvu a konzistenci hlenu, příměsí například krve. Zvláštní péči je třeba věnovat endotracheální kanyli. Pravidelně kontrolovat tlak v obstrukční manžetě, správnou fixaci a hloubku zavedení. Během odsávání je zapotřebí rourku fixovat rukou jako prevenci nežádoucí extubace. Dvakrát denně by se měla měnit poloha kanyly jako prevence vzniku dekubitu. Nejčastěji při hygieně, kdy se provádí výměna fixace. K péči o dýchací cesty také patří zajištění ohřátí a zvlhčení vdechované směsi. Teplota by neměla být menší než 30° s vlhkostí 70 - 100%. Ohřátí je možné zajistit pasivně (zvlhčující filtr HME s topným tělesem a aplikací aquí pro injekce) nebo aktivně (zvlhčovače napojeného do inspirační části okruhu). (Frei, 2015; Kapounová, 2007)

U spontánně ventilujícího pacienta při vědomí, sestra zajišťuje toaletu dýchacích cest aktivizací pacienta, správným odkašláváním a dechovou rehabilitací. Ke zlepšení ventilace a odlehčení některých částí plic lze využít různé polohy pacienta. Podle toho, jaké straně plic chceme odlehčit, uložíme pacienta buď na pravý, nebo levý bok či polobok. Při obtížném dýchání pomůže zvýšená polovina horního těla v úhlu 30° - 40° . Eventuálně lze podložit horní končetiny. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013; Vytejková, 2013)

Má-li spontánně ventilující pacient hypoxii nebo hypoxémii při normální ventilaci, aplikujeme kyslíkovou terapii pomocí kyslíkových brýlí, masky, polomasky, Ventiho-masky nebo Areovo-T. Kyslík musí být zvlhčený, aby nedocházelo k vysušování sliznic. (Kapounová, 2007)

2.5.6 Bolest nemocného

Jak už je uvedeno výše, v kritických stavech bývá pacient uveden do umělého spánku pomocí analgosedace. U pacientů při vědomí hodnotí ošetřující personál intenzitu bolesti pomocí škál. Pokud není pacient schopen sebehodnocení, používá se FLACC (The face, legs, activity, cry, consolability scale), kdy se bodují změny chování. Lékař nebo sestra se zaměřují na výraz obličeje, pozici nohou, polohu těla (zda leží klidně nebo je napjatý, či je neklidný), na pláč, na naříkání a způsob uklidnění pacienta, viz příloha 3. Komunikující a orientovaný pacient hodnotí svoji bolest pomocí VAS (vizuální analogová škála). K léčbě bolesti lékař ordinuje podávání analgetik nebo opiátů v pravidelných intervalech, a to dříve, než odezní účinek předchozí dávky a vznikne opětovná bolest. Nepravidelnou aplikací a objevováním se bolesti, vzniká u pacienta obava a úzkost, zda lék bude podán včas a zda bude účinkovat. To vede ke zvyšování dávek léků. Analgetika jsou rozdělena do čtyř stupňů intenzity účinku (rozdělení podle WHO – World Health Organization). Do prvního stupně patří neopioidní analgetika, psychofarmaka, adjuvancia dle charakteru bolesti, ve druhém stupni jsou zařazeny slabé opiáty, neopioidní analgetika, spasmolytika, psychofarmaka, hypnotika, adjuvancia. Třetí stupeň obsahuje silné opioidy, adjuvancia, kortikoidy a do čtvrtého patří silné opioidy, anesteziologické postupy (svodné, epidurální, subarachnoidální), neurolyza nebo chirurgické postupy a adjuvancia. Analgetika v intenzivní péči se nejčastěji podávají intravenózně nebo epidurálně. Aplikace probíhá buď kontinuálně anebo bolusově v kombinaci opioidních a neopioidních analgetik. Postupně je možno přejít na aplikaci léku intramuskulárně a per orálně. Sestra sleduje vitální funkce pacienta, pravidelně hodnotí jeho bolest a účinek podávaných analgetik a kontroluje místo aplikace při porušení kožní integrity. (Frei, 2015; Tomek et al., 2014; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

Vnímání bolesti je individuální a ovlivňuje ho několik faktorů. Z fyziologicko - biologického hlediska jsou to například věk, vývojové faktory, fyziologie bolesti. Do psychicko - duchovních faktorů patří osobnost člověka, nálada, pocity, strach, úzkost, vztek, frustrace. Výchova, osamělost, sociální závislost, etnografické vlivy to jsou faktory sociálně - kulturní. Do faktorů životního prostředí řadíme chlad, teplo, světlo, infračervené a ultrafialové záření. Důležité je, aby sestra pracovala empaticky a věřila pacientovi, že pociťuje bolest. Ošetřovatelskou intervencí se snaží odstranit nebo zmírnit intenzitu bolesti. K ošetřovatelským intervencím patří psychická podpora pacienta, edukace o příčině bolesti, zajištění dostatečného odpočinku pacienta během dne, zapojení rodiny

do rozptýlení a odvedení pozornosti od bolesti, poučení pacienta o úlevové poloze, pomoc při jejím zaujímání a podávání analgetika dle ordinace lékaře. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.5.7 Pohybová aktivita

Dostatek pohybu a přiměřená fyzická kondice má pro organismus velký význam. Jeho nedostatek ovlivňuje nejen fyzický stav, ale i psychiku člověka a sociální vztahy. Podle stavu pacienta se sestra snaží o jeho včasnou mobilizaci. Tím předchází vzniku imobilizačního syndromu a následným komplikacím, které jsou s ním spojené. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.5.8 Jistota a bezpečí

K základním potřebám člověka patří jistota a pocit bezpečí, který souvisí s jeho přežitím a pudem sebezáchovy tedy snahou vyhnout se nebezpečí. Nemoc či hospitalizace spojená s nemocí mění způsob uspokojování, jak biologických, tak i psychosociálních potřeb. Při nedostatečném uspokojování těchto potřeb pacient strádá fyzicky i psychicky a vnímá to jako ohrožení své existence. Nejčastěji se toto narušení projevuje pocity strachu, úzkosti, dále pak beznadějí a bezmocností. Úzkost se projevuje zvýšením krevního tlaku, pulsu, tělesné teploty a vede ke zvýšení svalovému napětí, které má za následek zintenzivnění bolesti. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

U pacientů po středních a těžkých úrazech hlavy dochází k velkým změnám v jejich životě. To se často projevuje úzkostí a depresemi. Sestra se snaží pomoci, tím, že určí intenzitu úzkosti, naslouchá mu, mluví s ním klidně, pomalu s použitím krátkých vět, což mu navrácí pocit jistoty a bezpečí. Sestra odstraňuje nadměrnou stimulaci, volí pro pacienta klidnější prostředí, snaží se omezit kontakt s úzkostnými lidmi, pomáhá pacientovi, který je v afektu, tím že zjišťuje příčinu zloby a hledá její řešení. Strach je další emoce, která se často u těchto pacientů vyskytuje spolu s beznadějí a bezmocností. Sestra by v těchto případech měla získat jeho důvěru a postupovat empaticky. Mluvené slovo musí být doprovázeno správnou neverbální komunikací a posturikou. Během ošetrovatelských intervencí s pacientem komunikuje. Popisuje a vysvětluje mu další postup, nechává mu prostor pro kladení otázek, které následně zodpovídá. Zajímá se o jeho emoce, pocity, problémy a hledá spolu s ním řešení. V těchto případech pomáhá rozhovor s klinickým psychologem, který s pacientem rozebírá jeho starosti a trápení. Zároveň s ním hledá možná řešení. (Janíková, Zeleníková, 2013; Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.5.9 Sebekoncepce a sebeúcta

Sebekoncepci člověka dělíme do čtyř vzájemně propojených složek: obraz těla, výkon role, osobní identita a sebeúcta. U všech složek může kraniocerebrální poranění způsobit problém. Důležitý je empatický přístup ošetřujícího personálu, pro zjištění problémů v této oblasti. Sestra pozoruje, jak pacient vnímá sám sebe, jakou roli má ve své rodině atd. Změny v sebepojetí či sebeúctě vyjadřuje každý individuálně. Někdy se u pacienta může objevit katastrofizace, minimalizace nebo maximalizace, černo – bílé myšlení, generalizace nebo vztahovačnost. Důležité je, aby sestra získala důvěru pacienta a ten jí vyjádřil své pocity. Poté může objasnit nesprávné názory, podat dostatek pravdivých informací, doporučit pomocné zdroje podle potřeby pacienta. (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013)

2.6 Bazální stimulace

Využití bazální stimulace u pacientů po kraniocerebrálním poranění je důležitou a nezbytnou složkou v ošetrovatelské péči. Jedná se o koncept podporující vnímání člověka v bazální úrovni. Pomocí smyslů a smyslových orgánů vnímáme sami sebe a své okolí. Díky tomu jsme se naučili pohybovat a komunikovat. Do základních částí tohoto konceptu patří pohyb, komunikace a vnímání. Ty se navzájem ovlivňují a jsou úzce propojené. Mozek ukládá celoživotní zvyky do paměťových drah v různých jeho oblastech. Záměrnou stimulací těchto vzpomínek lze opět uvést v činnost mozek a podpořit vnímání, pohyb a komunikaci. Neustálou správnou bazální stimulací lze podpořit vznik nových dendritových propojení a neuronálních organizací určitých oblastí mozku. Proto je tento koncept vhodný u pacientů s kraniocerebrálním traumatem s různým stupněm poruchy vědomí. Dále se používá u lidí ve vigilním kómatu, s duševním a tělesným postižením, u předčasně narozených dětí a celkově u všech nemocných i mimo nemocniční zařízení. (Friedlová, 2007; Mechová a Majkusová, 2006)

Ošetřování pomocí konceptu bazální stimulace je velmi individuální. Volí se takové stimuly, které jsou pacientovi, rodině i ošetřujícímu personálu nejvíce příjemné. To vede k lepšímu poznání osobnosti každého jednotlivce. Informace jsou získávány od blízkých členů rodiny odebráním podrobné autobiografické anamnézy. K aplikaci není potřeba speciálních a drahých přístrojů, ale stačí ochota ošetřujícího personálu se vzdělávat v této oblasti, aplikovat jí do praxe, zapojovat ke spolupráci ostatní spolupracovníky, členy rodiny, a hlavně správně využít získané informace z anamnézy. (Friedlová, 2007; Válková, 2015)

Basální stimulace rozlišuje základní prvky, kam patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Dále pak nastavbové prvky, kde je stimulace optická, auditivní, orální, olfaktorická, taktilně-haptická.

Cílem somatické stimulace je pomoci pacientovi cítit své vlastní tělo, uvědomit si sám sebe. Hlavně rozeznat hranici mezi jeho tělem a okolím. Zprostředkovatelem je zde dotek, kterým lze působit pomocí masáže, polohováním, rehabilitačním cvičením, koupelemi a zábaly. Po domluvě s rodinou a odebráním anamnézy se volí iniciální dotek, který dává pacientovi jasně najevo, kdy začíná a končí péče a aktivita s ním. Provádí se při každé komunikaci a manipulaci s ním. Zabraňuje vzniku nejistoty a strachu projevující se neklidem, agresivitou a fyziologickými příznaky jako je tachykardie, hypertenze, opocenost, zvýšené svalové napětím atd. Pro tento dotek je vhodná oblast ramene, paže, ruky. Důležité je, aby dotek byl pevný, zřetelný, nenásilný a musí být doprovázen oslovením pacienta. (Friedlová, 2015; Institut Bazální stimulace, 2004-2015)

Somatická stimulace může být zklidňující, povzbuzující, neurofyziologické, symetrické, rozvíjející, diametrální. Provádějí se jako koupel během dne. Pokud nelze pacienta z nějakého důvodu mýt, lze je provést jako masáž. Podmínkou je pracovat v klidném prostředí, začít iniciálním dotekem, doprovázet naše pohyby klidným hlasem a popisem toho co a kde děláme s jeho tělem a sledovat fyziologické funkce pacienta. Dále sem patří polohování do tzv. „mumie“ a „hnízda“, kterým můžeme pacientovi umožnit vnímat hranice svého těla a získat pocit jistoty. Posledními prvky této stimulace je kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání, které redukuje neklid a zmatenost. Postupné navození prohloubeného dýchání umožňuje pacientovi se uvolnit, opět si uvědomit své tělo a soustředit se na odpovědi na podměty z jeho okolí. (Friedlová, 2007)

Vestibulární stimulace umožňuje díky cíleným pohybům podporu rovnovážného ústrojí, prostorovou orientaci a vnímání pohybu. Využíváme ji při polohování pacienta, kdy je zapotřebí otočit nejprve hlavu ve směru kam se bude otáček zbytek těla. Vše je doprovázeno slovním popisem celé činnosti. Změna polohy může být i do sedu na lůžku nebo v křesle.

Smyslem vibrační stimulace je opět vnímat tělesnou hloubku a celé tělo. Jeho vnitřní stabilitu a hranice. Samotné chvění je důležité pro sluchový aparát a pro vytvoření hlasového projevu. Médii zde mohou být různé předměty jako vibrující

zubní kartáček, elektrický holicí strojek, bateriové vibrátory, hudební nástroje, ale i ruce nebo hlas osoby vykonávající činnost s pacientem, dupání či poklepová masáž. Vibrátory buď přikládáme se záměrem stimulovat určitou část těla pacienta (například klouby na horní končetině či ho vložíme do jeho dlaně) nebo působíme celotělově, kdy necháme vibrace předmětu přecházet přes matraci na celé tělo pacienta. (Friedlová, 2007)

Probouzení se pacienta z bezvědomí v neznámém nemocničním prostředí, ve kterém je málo vizuálních podmětů a jsou pro pacienta neznámé (nemá vytvořenou paměťovou stopu) způsobuje, že nemůže správným způsobem danou situaci zpracovat. Jeho dezorientovanost u něho vyvolává úzkost, strach a pocit nebezpečí, které dává najevo agresivitou a neklidem. Prevencí těchto stavů je vizuální stimulace, kdy do zorného úhlu pacienta umísťujeme předměty, které jsou mu známy například jeho obraz, fotografie rodiny, hodiny, oblíbené věci atd. Ke zlepšení orientace v prostoru je zapotřebí změna jeho polohy. Stačí i menší pootočení hlavy, aby došlo ke změně zorného pole. To pacientovi pak pomáhá lépe se orientovat v novém prostoru, sledovat jeho okolí a vnímat své tělo. Používá-li pacient brýle převážně na dálku, nezapomínáme mu je dávat v době bdění. (Friedlová, 2007; Institut Bazální stimulace, 2004 - 2015)

Auditivní stimulace nám pomáhá navázat kontakt se zraněným, vyvolávat jeho vzpomínky a získat u něj pocit důvěry a jistoty. Využívá se při tom například hlas zdravotnického personálu, blízkých osob, hudba, hudební nástroje, zpěv, televize. Důležité jsou informace z bibliografické anamnézy. Například, jak moc rád koukal na televizi nebo zda měl raději ticho. Dále je potřeba informovat se o kvalitě sluchu, a případné nutnosti použití kompenzační pomůcky v podobě naslouchadla.

Ústa nám pomáhají zjistit chuť, vůni a konzistenci jídla. Opět u nás vyvolávají řadu vzpomínek a aktivují paměťové stopy. Pacienta stimulujeme tím, že mu vlhčíme rty nebo vytíráme ústa jeho oblíbeným nápojem. Jídlo mu vkládáme do úst zabalené do gázy, přičemž dochází k cucání a pomalému uvolňování chutí. Má-li pacient zachovaný polykací reflex a není-li kontraindikace podávání jídla per os, můžeme mu podávat jeho oblíbené potraviny. Další způsob orální stimulace je během hygieny dutiny ústní, kdy používáme pacientův zubní kartáček, pastu na zuby, a i ústní vodu, na kterou je zvyklý. (Friedlová, 2007; Institut Bazální stimulace, 2004 - 2015)

Vůně a pachy velmi intenzivně vyvolávají vzpomínky. Pacientovi nabízíme olfaktorickou stimulaci podle získané biografické anamnézy. Pravidlem je konfrontovat pacienta se stimuly, které byly pro něho oblíbené, doprovázely ho během dne nebo byly náplní jeho práce. Stejně jako poslechovou stimulaci, ani tuto neprovádíme celý den, ale jen v určitém čase na krátkou dobu, aby nedošlo k nadměrné únavě pacienta. Do předmětů patří věci k osobní hygieně (mýdla, sprchové gely, vody po holení, deodoranty, parfémů atd.), vůně jídla a ze soukromého života nebo pracovního prostředí (například květinářka může čichat oblíbené květiny). (Friedlová, 2015)

U taktilně-haptické stimulace se využívá vnímání doteku, tlaku, vibrace, tepla, chladu, šimrání. Do rukou se vkládají předměty spojené s výkonem povolání (řidičům volant, kadeřnicím nůžky atd.), se zálibami (fotbalový míč, hokejku atd.), s výkonem denní toalety (zubní kartáček, hřeben, řasenku atd.), věci z běžného života pacienta (hrnečky, klíče, mobilní telefony atd.), dětem pak oblíbené hračky. (Friedlová, 2007)

Pro správnou a jednodušší aplikaci bazální stimulace do praxe bylo sestavěno její desatero. Podle něho se při komunikaci má příbuzný nebo zdravotnický personál vždy přivítat a rozloučit stejnými slovy, při oslovování pacienta používat smluvený iniciální dotek, mluvit srozumitelně, pomalu a přiměřeně nahlas. Verbální a neverbální komunikace by se měly navzájem doplňovat. Používat slova na úrovni pacientova intelektu. Nevhodné jsou zdobněliny, není-li na ně zvyklý. Během komunikace s pacientem nemluvit s ostatními, věnovat se pouze jemu. Dobré je zajistit klidné prostředí bez rušivých elementů. Nesmíme zapomenout dát prostor na zpětnou vazbu od pacienta. Proto důkladně sledujeme jeho reakce během naší stimulace, ale i po ní. (Friedlová, 2007)

3 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO PORANĚNÍ HLAVY

Většinou poranění mozku nezanechává izolované deficity například „pouze“ tělesné postižení, ale komplexní postižení, které je popsáno v kapitole Neurologický a psychický deficit po kraniocerebrálním traumatu. Tato postižení se v různé míře kombinují a ovlivňují celkovou kvalitu života pacienta. U velké části pacientů dochází po traumatu k většímu či menšímu obratu v jejich životě, a to především v oblasti práce, mezilidských a rodinných vztazích.

3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Význam slova kvalita chápeme jako hodnotu, jakost nebo stav věci. Kvalitu lze vyjádřit jak kvalitativními (vychází z hodnot posuzujícího) tak i kvantitativními ukazateli. Součástí je i proces hodnocení. Budeme-li chtít určit druh hodnocení kvality, musíme si zvolit předmět a standard, se kterým je předmět porovnatelný. U kvality života je předmětem posuzování život. Musíme si tedy určit kvalitu které oblasti života chceme hodnotit. Nejčastějším předmětem bývá individuální život, dále pak skupinový život společnosti či populace. V ošetřovatelství se pak kvalita života týká skupin se stejným onemocněním například diabetem mellitem, Crohnovou chorobou atd. Při bilancování kvality života záleží na tom, zda je referenční hodnotou vlastní očekávání, nebo porovnání s životy druhých. Organizovaná skupina WHOQOL (The World Health Organization Quality of Life) definuje kvalitu života takto: „...*jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterém žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“. (Gurková, 2011)

3.2 Dimenze kvality života

V rámci několika existujících přístupů můžeme konstatovat, že koncept má v zásadě dvě dimenze.

3.2.1 Subjektivní hodnocení kvality života

Subjektivní hodnocení kvality života souvisí s pocity člověka a s tím, jak je spokojený ve svém životě. Jedná se tedy o hodnocení jednotlivce žijícího v určité společnosti, kultuře a s určitým hodnotovým žebříčkem. Výsledek je ovlivněn jak jedincem, tak i společností. Tím, co očekávají, jejich cíli a požadavky.

Nemoc, která omezuje a zhoršuje život člověka, bývá často hůře subjektivně přijímána a hodnocena. Obvykle bývá popisována jako velké utrpení a ovlivňuje celkový

podhled na hodnocení choroby. U objektivního pohledu na nemoc z lékařské stránky, má tato nemoc několik příznaků a projevů, které v závěru určí diagnózu. Symptomy jsou pro člověka různě nepříjemné a omezující. Vnímání choroby ovlivňuje několik hledisek.

U somatického hlediska se choroba projevuje určitými symptomy a dysfunkcí určité části nebo celého těla. U člověka tím dochází ke změně vnímání a vztahu k vlastnímu tělu. Velmi častým příznakem je bolest, která je vždy subjektivní a je chápána jako negativní informace o změně zdravotního stavu. Intenzitu bolesti vnímá každý jinak a nemusí vždy korespondovat se skutečným nálezem. Bolest lze hodnotit pomocí rozumu, přičemž záleží, jak racionálně dokáže pacient přemýšlet o její příčině a jak dokážeme pracovat se zkušenostmi z minula. (Csisko, 2013; Gurková, 2011)

Psychické aspekty mají vliv na jednání a projevy člověka prožívajícího nemoc. U něj choroba ovlivňuje reálné uvažování a aktuální prožívání. Vztah k sobě samému se mění podle toho, jak člověk přijímá nebo nepřijímá roli nemocného. (Křivohlavý, 2009)

Sociální hledisko vnímání nemoci je ovlivněno názorem společnosti. Tedy postojem a chováním laiků. Tento názor má vliv na hodnocení nemoci a nemocného. Stanovisko společnosti podléhá viditelným změnám. (Křivohlavý, 2009)

3.2.2 Objektivní hodnocení kvality života

Objektivní hodnocení se zaměřuje na plnění sociálních a materiálních podmínek pro život, postavením ve společnosti a fyzické zdraví. Jedná se o kritéria jako jsou například vzdělání, odpracované roky, sociální role, životní úroveň atd. Pro hodnocení jsou to lépe a snadněji klasifikovatelné hodnoty.

Podle světové zdravotnické organizace se na našem zdraví podílí několik oblastí: tělesné zdraví, stav a úroveň psychických funkcí, úroveň nezávislosti a autonomie naší osobnosti, sociální vztahy a sociální síť, prostředí, ve kterém žijeme, náboženství a vlastní přesvědčení. Fyzické zdraví je ovlivněno elánem, únavou, bolestí, spánkem a tělesným vývojem člověka. Naše pocity, vystupování, jednání s ostatními lidmi, jak přemýšlíme, učíme se jsou zařazeny do oblasti psychického zdraví. Do kategorie osobní nezávislosti patří nejen pohyb, ale i naše denní aktivity a zaměstnání. Jsou zde kladeny otázky týkající se závislosti na lécích. Osobními vztahy, kontaktem s ostatními lidmi se zabývá oblast sociálních vztahů. Kategorie sociálního prostředí zkoumá lidskou svobodu, finanční zdroje,

pocit bezpečí, sociální péči atd. Otázky týkající se našeho přesvědčení, víry nebo náboženství jsou součástí poslední oblasti. (Csisko, 2013; Gurková, 2011)

3.2.3 Hierarchické sféry

Následující popis podle Engela a Bergsmanna z roku 1988 mapuje tři odlišné sféry kvality života:

Makro rovina: otázky kvality života jsou zaměřené na velké společenské celky (státy atd.). Zde se jedná o absolutní smysl života, který je zde brán jako morální hodnota. Kvalita života a s ní spojené problémy ovlivňují také politické dění.

Mezo rovina: zabývá se kvalitou života malých sociálních skupin, jaké najdeme například v nemocnicích, pečovatelských domech, domovech pro seniory atd. Otázky jsou zaměřené na morální hodnoty života, sociální prostředí, na uspokojování potřeb jednotlivců v určité společenské vrstvě a na to, zda se v ní vyskytuje tzv. sociální opora a sdílení hodnot.

Personální rovina: týká se života jednoho daného člověka. Zaobírá se každým z nás individuálně bez ohledu na jeho povolání. Kvalita života je zde hodnocena samotným člověkem. Dochází k subjektivnímu popisování zdraví daného jedince, vnímání bolesti, spokojenosti s jeho životem atd. Hodnocení je ovlivněno jeho představami, nadějí, vírou a očekáváním. (Gurková, 2011; Křivohlavý, 2009)

3.3 Faktory ovlivňující kvalitu života

Faktory či skupiny faktorů ovlivňující kvalitu života přímo nebo nepřímo působí na lidský a společenský rozvoj. Jsou sem zařazeny kategorie zdravotní, sociální, ekonomické a ekologické. Další vlivy jsou individuální. Například věk, pohlaví, sociální situace, zdravotní stav, povolání, žebříček hodnot, ekonomická situace, víra. Nejčastějším používaným a skloňovaným faktorem je zdraví, ale to je výsledkem několika vlivů, které jsou ve vzájemné interakci.

Dalším pohledem na kvalitu života podle Křivohlavého (1989) je to, jak člověk zvládá své krizové situace. Opět toto zvládání je podmíněno nepřímými (vlivy působící zvenčí například materiální prostředí, ale i lidé kolem jedince a vztah s nimi, jako je například přátelský vztah se zdravotnickým personálem) a přímými faktory (člověk ovlivňuje co se děje v jeho těle i psychice a tím působí na kvalitu svého života). (Křivohlavý, 2009, Gurková, 2011)

Zhoršení kvality života může způsobovat omezení nebo zhoršení kvality vykonávat činnosti týkající se sebeobsluhy převážně při jídle, hygieně, vylučování, pohybu apod. Neschopnost pacienta se o sebe postarat je velká zkouška, která do jisté míry ovlivňuje průběh nemoci v pozitivním i negativním smyslu. Časté opakování nemoci a zhoršující se zdravotní stav má negativní vliv na kvalitu života pacienta. Dále jeho stav ovlivňují faktory jako je bolest, emoce, motivace, představy a myšlenky. (Gurková, 2011; Křivohlavý, 2009)

Na povaze člověka záleží, jak ovlivní svoji kvalitu života během onemocnění. Jinak se k chorobě staví pacienti negativističtí, lítostiví a jinak flexibilní a optimističtí, kteří se dokáží přizpůsobit změně zdravotního stavu. Jedním s dalších faktorů je žebříček hodnot. U jedinců, kteří mají na prvních místech fyzický vzhled, probíhá přijímání nemoci a celkové prožívání mnohem hůře než u těch, kteří upřednostňují duchovní hodnoty. I to, zda je choroba považována za trest vyšších sil nebo osudu má velký vliv na jeho psychiku. Zkušenosti s řešením problémů a zdoláváním překážek ze života mu opět pomáhají se zvládnutím obtížné situace týkající se jeho onemocnění a změny kvality života. Samozřejmě záleží na tom, o jak závažnou chorobu se jedná a jaké má člověk zkušenosti. (Křivohlavý, 2009)

3.4 Měření kvality života

Existuje několik možností, jakým způsobem kvalitu života hodnotit nebo měřit. Zaměříme-li se na hodnocení v klinické praxi, jde nám především o pacienty s chronickým onemocněním. Z důvodu lepší indikace a provádění ošetrovatelských intervencí, je zapotřebí pravidelně hodnotit kvalitu života včetně jejího vývoje v oblasti biologické, psychické a sociální. Ošetrovatelská péče je pak zaměřena na kvalitu života pacientů s určitým onemocněním, v určitém zdravotnickém zařízení, v dané skupině. Pro kvalitní provedení hodnocení je zapotřebí si zvolit specifický účel hodnocení kvality života. Určit jedince vhodného pro naše hodnocení. Vybrat konceptuální zaměření a teoretický rámec a podrobně určit kritéria hodnocení. (Csisko, 2013; Gurková, 2011)

Měření může probíhat buď objektivní metodou, kdy hodnocení provádí druhá osoba za pomoci standardizovaných metod nebo subjektivně, kdy hodnotitelem je sám jedinec. Třetí možností je kombinace obou předešlých metod. Nejvíce se používá první jmenovaná metoda - hodnocení druhou osobou. Kritéria pro určení kvality života jiným člověkem podle W. O. Spitzera jsou pracovní neschopnost, volnočasová aktivita, fyzická nezávislost

na druhých osobách, bolest, nepohodlí, emoce, ekonomická situace, komunikace, vztah s ostatními lidmi a vědomosti týkající se nemoci. (Csisko, 2013; Gurková, 2011)

Hodnotí-li jedinec sám sebe, je nejvhodnější použít metodu SEQOL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality Life). Používá se částečně strukturovaný rozhovor, kdy se zjišťují body, které jsou kritické pro daného jedince. Tematicky je zaměřen pouze na dané body. Pro kombinovanou metodu je vhodné použít způsob MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), která popisuje danou kvalitu života u osoby v konkrétní chvíli. To lze využít v ošetrovatelském procesu. Všechny modely lze rozčlenit do čtyř kategorií:

Hierarchické modely strukturují kvalitu života. Lze sem zařadit Spilkerův hierarchický model (HRQoL), WHOQOL, model kvality života 3B, Feransové konceptuální model HRQoL a Ferrelové model.

Interakční modely se zaměřují a vykreslují vztahy mezi kvalitou života a jejími determinanty. Jedná se o Spilkerův model klinického hodnocení, integrace pacientova odhadu a kvality života, případový model HRQoL, model kvality u pacientů s chronickým onemocněním atd.

Prediktivní modely se využívají při srovnávání kvality života nemocného s různými sociálně kulturními souvislostmi. Účel tohoto porovnání je predikce jejich kvality života. Patří sem například Kontextuální model HRQoL nebo Ashing-Giwa.

Model resilience u dospívajících nebo model vnímání kvality života sestrou patří do kategorie modelů založených na významu. Kvalita života je hodnocena z pohledu pacienta nikoliv hodnotitele. (Csisko, 2013; Gurková, 2011)

Všechny uvedené modely a přístupy pro měření bývají různě nakombinovány a stávají se součástí normalizovaných a standardizovaných dotazníků. Nemocný je vyplňuje za účelem změření kvality života v jednotlivých částech zdravotnické péče. Hlavním cílem je efektivně zjistit a vyhodnotit účinek léčby nejen pomocí laboratorních výsledků a symptomů nemoci. Momentálně se používají dotazníky všeobecné (generické) a specifické. Generické dotazníky hodnotí všeobecně zdravotní stav pacienta. Nejvíce se využívají dva typy. SIP (Sickness Impact Profile), který byl vytvořen pro široké použití bez ohledu na typ, závažnost choroby včetně sociálních, místních a kulturních aspektů.

Zaměřuje se na hodnocení léčby. Má 136 položek popisující běžné denní činnosti, které jsou dále rozděleny do 12 podskupin. Druhým dotazníkem je NHP vytvořený pro zjišťování a hodnocení tělesného, sociálního a psychického distresu. Základ pochází z dotazníku SIP, ale NHP se víc zaobírá změnami v prožívání, než denními aktivitami. U nás je nejvíce využíván WHOQOLBref, dále pak SF36, EQ-5D. WHOQOLBref je zkrácená verze dotazníku WHOQOL-100 využívaného především pro klinickou praxi. Obsahuje 26 částí, které jsou sdruženy do čtyř subškál. SF-36 hodnotí fyzické a mentální zdraví jedince. EQ-5D standardně měří objektivní i subjektivní hledisko zdravotního stavu člověka. Objektivní zahrnuje pět otázek a výsledek dimenze kvality života v podobě EQ-5D indexu. Subjektivní obsahuje vizuální analogovou škálu pro zakreslení subjektivního vnímání aktuálního zdravotního stavu pacienta. Výstupem tohoto hodnocení je subjektivní zdravotní stav (EQ-5D VAS). Specifické dotazníky jsou pro jednotlivé druhy onemocnění. Bývají součástí všeobecných dotazníků, jsou citlivější, mají větší diskriminační validitu než generické, zaměřují se na úzké spektrum faktorů, které úzce souvisí s daným onemocněním. K hodnocení se volí specifické domény vycházející z podmínek vlivů a požadavků daného onemocnění. (Gurková, 2011, Csisko, 2013)

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

4.1 Formulace problému

Kraniocerebrální poranění zaujímá v současné době celosvětově významný a stále stoupající podíl celkové úrazovosti. Postižení bývají především mladí lidé v produktivním věku do 45 let. U větší části pacientů po kraniocerebrálním poranění se vyskytuje trvalý následek v psychické a fyzické oblasti. To, jak zvládne navázat a udržet si sociální kontakty, zapojit se zpět do běžného života včetně pracovního či studijního procesu ovlivní jeho kvalitu života.

Pomocí kvalitativního výzkumného šetření se zjišťovalo, jakým způsobem je ovlivněna kvalita života pacientů. Do jaké míry dochází ke změně osobnosti a chování jich samotných. Jaký sociální a psychický dopad má kraniocerebrální poranění na funkčnost jejich rodiny.

4.2 Cíl výzkumného šetření

Velká část těchto pacientů má trvalé následky, které mají významný dopad na kvalitu života jak samotných pacientů, tak i jejich rodin. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jakým způsobem ovlivnilo prodělané kraniocerebrální poranění kvalitu života pacientů.

V oblasti:

1. fyzického stavu,
2. psychického stavu,
3. sociálního života,
4. duchovního života.

4.3 Metoda výzkumného šetření

Pro výzkumné šetření byly použity metody kvalitativního výzkumného šetření. S ohledem na zvolené téma diplomové práce byla užitá forma polostrukturovaného rozhovoru s respondentkou a s jedním členem její rodiny. Pomocí této metody a formy se získaly potřebné informace, dále byla možnost pozorovat reakce respondentek a člena jeho rodiny. Zároveň zde byl prostor pro jejich samostatné doplňující vyjádření. Základní informace o jejich zdravotním stavu byly čerpány ze zdravotnické dokumentace,

kteřou respondentky poskytly. Stěžejní, ale bylo poskytnutí subjektivních informací od respondentek a jejich člena rodiny.

Otázky do polostrukturovaného rozhovoru pro respondentky i člena její rodiny byly inspirovány metodikou dotazníku WHOQOL-Bref viz příloha 5. Charakteristikou moderního ošetrovatelství je holistický přístup k pacientovi, kterého neposuzujeme jako soubor částí a procesů, nýbrž jako bio - psycho - sociální a spirituální bytost. Tvorba otázek do rozhovoru byla inspirována tímto přístupem a proto byly rozděleny do čtyř základních skupin:

1. fyzický stav,
2. psychický stav,
3. sociální oblast,
4. duchovní oblast.

Každá vybraná skupina obsahuje čtyři až šest otázek mapující stav respondentek před a po zranění. Při vyhodnocení odpovědí byla snaha zjistit a porovnat, zda objektivně došlo ke změně kvality života, popřípadě jaké a zda si respondentka či jeho okolí změnu uvědomuje nebo je to domnělá změna pouze subjektivním pocitem příbuzného. Součástí dotazníku byly identifikační údaje jako je pohlaví, věk, nejvyšší ukončené vzdělání, rodinný stav.

Výzkumné šetření probíhalo v lednu a únoru roku 2017. Celkově byly osloveny tři respondenty spolu s jedním členem jejich rodiny. Záměrně se vybraly ženy třech věkových kategorií s různou dobou od prodělaného traumatu tak, abych šlo porovnat celkový vývoj v oblasti bio - psycho - sociálních a spirituálních potřeb po kraniocerebrálním poranění. Dále výzkumné šetření bylo zaměřené na zdravotní a psychický stav před a po úraze a také na celkové ovlivnění kvality života po prodělaném traumatu.

Všichni účastníci rozhovoru byli seznámeni s tím, že jejich výpovědi budou zveřejněny zcela anonymně. Polostrukturovaný rozhovor probíhal v kavárně a s každým respondentem zvlášť. Rozhovor byl zaznamenáván písemně formou poznámek a také byl pořízen zvukový záznam na diktafon. Přepis průběhu rozhovorů byl doplněn o citaci

respondentů a o přehlednou tabulku s výstupem z jejich rozhovorů. Diskuze byla doplněna o subjektivní pocit, který byl zaznamenán během rozhovorů.

4.4 Vzorek respondentů

Podmínky pro účast respondentek byly: prodělané kraniocerebrální poranění s ukončenou hospitalizací a věková hranice, která byla ohraňována dosažením plnoletosti. Oslovené respondentky byly požádány o podpis informovaného souhlasu, který byl vytvořen pro účely této diplomové práce viz příloha 6.

Cíleně byly zvoleny tři ženy, aby se dalo lépe porovnat vliv traumatu na kvalitu života. Snaha byla o různorodost věkových kategorií. Původně byly osloveny respondentky ve věku 32, 42, 54 let, od kterých byl získán předběžný souhlas s rozhovorem. Bohužel paní ve věku 54 let a tři roky po úraze rozhovor následně odmítla poskytnout z psychických a osobních důvodů. Proto byla požádána o rozhovor nová respondentka ve věku 33 let. Dalším kritériem pro výběr respondentek byl časový odstup od poranění, který činí 5, 14 a 22let. Různá časová období slouží k pozorování vývoje a vlivu úrazu hlavy na kvalitu života žen. Výběr rodinných členů byl na zvážení a volbě oslovených respondentek. Jedinou podmínkou bylo, aby je znaly již před prodělaným traumatem. Z důvodu porovnání stavu respondentky před a po úraze z jejich pohledu.

4.4.1 Respondentka č.1

První žena požádaná o rozhovor je 42. letá paní L. B., která se svou rodinou žije v menším městě poblíž Plzně. Má dva syny ve věku 12 a 14 let. Bydlí v rodinném domě spolu s manželovými rodiči. Vystudovala vysokou školu a nyní pracuje na pobočce Českého hydrometeorologického ústavu v Plzni. Jako vhodného příbuzného pro rozhovor doporučila svého manžela. Jejich partnerství začalo v patnácti letech respondentky a trvá do současnosti. Prožil s ní její úraz a postupnou rekonvalescenci. Jelikož se seznámili čtyři roky před úrazem, jde o vhodného kandidáta na posouzení celkového stavu respondentky před a po úraze.

Jako dvacetiletá brigádnice na geodezii šla vyměřovat nová vrata do Zoologické zahrady v Plzni, která neměla kolaudaci, ale přesto už byla v provozu. Brigádnice zoologické zahrady vrata nedopatřením spustila a ty paní L. B. sevřela celou horní polovinu těla. Respondentka byla převezena na ARO Fakultní nemocnice v Plzni, kde týden byla v umělém spánku. Manžel o jejím zranění říká: „... *Nikdo nevěděl, jak a jestli bude*

fungovat mozek, jestli bude celkově v pořádku, zda nemá poškozenou míchu atd. Když se probudila říkali, že je to takový malý zázrak". Po týdnu se paní L. B. začala probouzet postupně do plného vědomí. Na den úrazu si nepamatovala a stále nepamatuje. Po dalších dvou týdnech byla přeložena na ortopedické oddělení, kde prodělala operaci obou horních končetin a lopatky. Během dalšího půl roku prodělala intenzivní rehabilitaci a postupně se vrátila do běžného života.

4.4.2 Respondentka č. 2

Druhou respondentkou se kterou byl proveden rozhovor je paní K. R. T. Narodila se v roce 1985 a nyní žije v okolí Plzně. Má dokončené vysokoškolské vzdělání. V době před úrazem pracovala brigádně jako servírka v kavárně v Irsku a studovala poslední ročník magisterského studia v České republice. V roce 2013 se vdala a nyní má osmiměsíční holčičku. Před rodičovskou dovolenou pracovala jako učitelka v mateřské škole. V současné době se cítí velmi dobře. Druhou část rozhovoru poskytl její manžel, se kterým byla v partnerském vztahu už dva roky před úrazem a žila s ním v Irsku.

V březnu roku 2011 přiletěla na krátkou návštěvu z Irska. Se svojí mladší sestrou se rozhodly, že se pojedou projet na nových kolečkových bruslích. Na nich upadla. Od okamžiku pádu byla v bezvědomí. V místě nárazu se jí udělala podlitina a celá hlava jí začala otékat. Objevily se lapavé dechy a kolem úst se jí vytvořila pěna. Na den úrazu si vůbec nepamatuje. Podle slov respondentky jí byl diagnostikován otok mozku spojený s krvácením do mozku. Pacientka byla hospitalizována na Anesteziologicko – resuscitační klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni, kde byla sedována a dýchala pomocí umělé plicní ventilace. Z důvodu stále stoupajícího intrakraniálního tlaku po 36-ti hodinách lékaři indikovali pacientku k dekompresní kraniektomii. Pátý den respondentku přeložili na neurochirurgickou JIP. Prvotní prognózy byly velmi nepříznivé. Nevědělo se, jestli se vůbec probudí, případně do jakého stavu vědomí se vzbudí, zda nebude ochrnutá atd. Přibližně po dalších 4 dnech došlo ke klinickému zlepšení zdravotního stavu a lékaři jí zastavili sedaci. Okolo sedmého dne se objevily první známky probouzení z kómatu, tím způsobem, že pootevřela oči. V průběhu dvou až tří dnů se probrala do stavu, kdy měla otevřené oči a reagovala na dané podněty, ale kvalitou vědomí se manželovi jevila jako malé dítě (například chtěla za každou cenu domů a nedala si to rozumnými argumenty vysvětlit). Stále hrozilo riziko, že pacientka zůstane ochrnutá na levou polovinu těla, což se díky rehabilitaci nestalo. Po uplynutí dalšího týdne byla přeložena na standardní oddělení

neurochirurgie. Zde hospitalizace trvala 10 dní. V tuto dobu už s ní zůstával v nemocnici i její manžel. Po propuštění do domácí péče paní K. R. T. navštěvovala pravidelně rehabilitaci a logopedii. Následkem orotracheální intubace došlo u pacientky k nedomykavosti hlasivek. Přibližně měsíc od dimise pacientka podstoupila reoperaci, kdy jí byla navrácená odebraná část lebeční kosti. Roku 2014 jí byla diagnostikována poudrazová epilepsie.

4.4.3 Respondentka č. 3

Třetí rozhovor poskytla žena, narozena 1984, žijící v Plzni. Má dokončené středoškolské vzdělání a nedokončené bakalářské studium. V současné době je v invalidním důchodu. Byl jí přiznán první stupeň. Na částečný pracovní poměr pracuje v second handu a brigádně si ještě přivydělává jako servírka. Je svobodná a bezdětná. Na stupnici od jedné do pěti, kdy jedna odpovídá pocitu výborně a pět pocitu velmi špatně, ohodnotila svoje aktuální pocity stupněm dva až tři. Druhá část rozhovoru byla provedena s její matkou, která jí byla nablízku a pomáhala jí během celé rekonvalescence.

K úrazu respondentky došlo v září 2003, kdy se jí během slaňování skály uvolnila karabina a ona padala 20 metrů. Došlo u ní ke zlomenině páteře, pánve a k roztržení části lebeční kosti na levé straně hlavy. Byla letecky transportována do Fakultní nemocnice v Plzni, kde byla přijata na jednotku intenzivní péče neurochirurgie. Při transportu byla při vědomí. Během večera prvního dne hospitalizace došlo k progresi vědomí a respondentka musela být operována. Následně ji lékaři čtrnáct dní udržovali v umělém spánku. Během této doby byla třikrát resuscitována a docházelo u ní k opětovnému krvácení do mozku z neznámé příčiny. Až postupem času jí byla diagnostikována genetická porucha srážlivosti. Její prognóza přežití byla dle lékařů jednoprocenní. Třetí týden respondentce začali snižovat dávku sedativ, což vedlo k probuzení z umělého spánku. Vlivem zranění u ní došlo k paréze pravé poloviny těla a poruchy řeči. Následovaly operace páteře a pánve. Hospitalizace trvala tři měsíce a následně do léta roku 2004 navštěvovala rehabilitaci a logopedii, kterou navštěvuje do současnosti.

4.5 Interpretace rozhovorů

4.5.1 Problematika fyzického stavu

Oblast problematiky fyzického stavu byla zaměřena na celkový tělesný stav, každodenní životní energii, spánek a bolest.

Respondentka č. 1 hodnotí svůj tělesný stav jako výborný a neudává žádné změny ve srovnání doby před úrazem a po úrazu. Pouze běžné změny spojené s věkem, jak sama s úsměvem uvádí: „...až na těch dvaadvacet let, což je normální, že je to znát na tělesném stavu“. Po zamyšlení ještě dodává, že má omezenou hybnost a menší svalovou sílu levé ruky. „Neunesu v ní hrneček na delší vzdálenost, ale mám ještě tu druhou ruku. A když potřebuju, tak na děti stačím“, dodává s úsměvem. Životní energie má nadbytek. Ráda sportuje a tím si energii dodává. Před úrazem závodně běhala „... dokonce jsem měla jet na nějaké mistrovství v běhu...“. Nyní má nově diagnostikované astma bronchiální a nemůže se běhu věnovat v takové intenzitě jako dřív. Vzniklý deficit si kompenzuje jízdou na kole a v zimě běžkováním. V souvislosti s tím byla položena otázka, zda důvodem ukončení závodění v běhu je následek jejího úrazu. Říká, že ano. Dlouhodobý pobyt v nemocnici způsobil výrazné snížení fyzické kondice ve srovnání se stavem před úrazem. Občas se zúčastní menších maratonů, ale upřednostňuje jízdu na kole, na kterou může vzít s sebou děti. Z důvodu operativně řešených fraktur na horních končetinách, uvádí jizvy na pažích jako jediné tělesné změny ve srovnání před úrazem a po úraze. Na otázku, zda dobře spí odpověděla: „Myslím si, že ano. Spíš z důvodu brzkého vstávání jsem se naučila spát míň hodin. Ne jako mladá, kdy jsem vyspávala dlouho“. Subjektivně nepocítuje změnu v kvalitě spánku v souvislosti s prodělaným traumatem. Ani krátce po úrazu neměla žádné problémy se spaním. Bolest respondentku netrápí vůbec.

Z manželova pohledu je fyzický stav jeho ženy stále velmi dobrý, ale následkem úrazu se u ní objevují problémy s rovnováhou a s koordinací pohybů. „Není to o tom, že by neustále padala, ale projevuje se to při sporu. Například dřív běžela ladně a teď je to takový rozházený styl. Myslím si, že v této oblasti jí to zranění zasáhlo nejvíce“. Pochvíli ještě dodává, že má menší sílu v levé ruce. Tělesné změny krom jizev z operativně řešených zlomenin horních končetin žádné nepozoruje. Energie má respondentka podle svého muže na rozdávání. „Kolo a sport je teď její droga. Přijde domů z práce a hned jde na kolo.

Když nemůže na něj, tak v zimě na běžky anebo si jde jen zaběhat". Problémy v oblasti spánku nepozoruje žádné. Usíná brzo už kolem deváté hodiny, což je způsobené brzkým vstáváním do zaměstnání. Srovnávat spánek před úrazem a nyní moc nejde. Dříve měli jiný životní styl, byli studenti, tak víc ponocovali a ráno spali déle. Nyní musí brzo vstávat. Na bolest

si jeho žena nestěžuje a ani nepozoruje, že by nějakou trpěla.

Respondentka č. 2 hodnotí svůj tělesný stav jako dobrý a není si vědoma žádné velké změny ovlivněné úrazem. *„Ze začátku, po tom úraze, jsem asi měla menší výdrž a rychle jsem se unavila, ale tím, že cvičím si myslím, že jsem se vrátila do kondice jako před úrazem*". Energie má subjektivně dostatek, ale je limitovaná dodržováním přísného denního režimu. Tři roky po úraze jí byla diagnostikovaná pouřazová epilepsie, která se projevuje čichovými aurami. *„Nemám žádné záchvaty typu grand mall, ale u jizvy na hlavě cítím nepříjemný tlak. Mám pocit, že budu možná i zvracet, je mi špatně od žaludku a pak ucítím hrozný zápach. Po tom to všechno odezní*" popisuje svůj průběh epileptického záchvatu. Proto musí spát v noci nejlépe bez přerušování, což s narozením dcery vyřešila s manželovou pomocí, kdy k dceři v noci vstává on. Další omezení v denním režimu má takové, že by neměla spát přes den. Tato opatření patří do prevence předcházení novým záchvatům. Hlavně diagnostikování pouřazové epilepsie mělo dopad na ovlivnění jejího každodenního života. *„No musím být prostě důslednější na svůj režim. Dřív mi bylo jedno, jestli spím málo. Klidně jsem to pak dospala přes den, což teď nejde. Nesmím popíjet alkohol ve velkém množství. Změnilo mi to vlastně hodně. Dřív jsem byla bohém, a to teď nejde. Musím myslet na sebe*". Přímo se spánkem problémy nyní nemá. Snaží se opravdu spát celou noc bez přerušování. V krátké době po úraze obtížně usínala a často se v noci budila a nemohla opět usnout. Postupně se stav zlepšil, což přisuzuje tomu, že začala navštěvovat psychologku. S tou řeší problémové situace, které ji trápí a celkově jí přijde, že se tím zklidnila. Dodává, že nějaký čas brala antidepressiva. V současné době si stěžuje na bolesti zad, které nemají souvislost s úrazem. Před nehodou si neuvědomuje žádnou výraznou a častou bolest. Naopak několik měsíců po propuštění do domácí péče trpěla velkými bolestmi hlavy, které byly závislé i na změnách počasí. Byly lokalizovány v oblasti jizvy na hlavě. *„Ještě si uvědomuju, když jsem málo pila anebo jsem byla unavenější tak jsem pocitově cítila v oblasti jizvy takové vcucnutí a bylo i vidět, jak se mi oblast dekomprese propadla. Teď už se mi to nestává. Možná je to tím, že ta kost už úplně srostla. Dokonce jsem*

ani nemohla nosit čepici. Tlačila mi na tu kost a mě to bolelo". Ještě dodává, že se jí často točila hlava a přišla si nestabilní.

Manžel paní K. R. T. hodnotí její tělesný stav celkově jako dobrý. Ke změně v této oblasti došlo, když jí bylo diagnostikována snížená schopnost čichu. *„Dokázala cítit relativně dobře pachy, ale u vůně jídla či parfému to měla nižší. Shodou okolností sama udává, že během těhotenství došlo ke zlepšení o několik řádů*". Jako další změnu uvádí manžel vznik pouřazové epilepsie. Sám subjektivně hodnotí, že jeho manželka má menší zásobu fyzické energie. Je evidentní, že ráno vstává nabitá energií a během dne s běžnou tělesnou aktivitou dochází ke zvýšené, viditelné únavě. V oblasti spánku vidí problém v dodržování daného režimu, kdy jí nedoporučují spát přes den. Při srovnání stavu před úrazem, kdy se také hodně budila, a po úraze z jeho pohledu nedošlo ke změně. Po úrazu respondentka velmi často trpěla velkými bolestmi hlavy.

Respondentka č. 3 při hodnocení tělesného stavu uvádí, že nejvíce jí trápí bolest hlavy a pocit omezeného pohybu hlavy na levou stranu. Podle jejího názoru to nesouvisí s primárním úrazem hlavy, ale s následnou plastickou operací. Tu podstoupila sedm let po traumatu. Plastičtí chirurgové měli místo kosti, která byla vlivem nárazu roztržštěná, voperovat plotýnku a z temene hlavy transplantovat kůži do spánkové oblasti hlavy. Operace se bohužel nepodařila a respondentka stále nemá v oblasti spánkového laloku kost. Od této operace cítí již popisované omezení v pohybu hlavy. Celkově má celou levou stranu hlavy citlivější na dotek. Energie pro každodenní život má nadbytek a k žádné změně nedošlo. Říká o sobě: *„Já jsem takový živý člověk a vždycky jsem byla. Stíhám za den i tři práce*". V problematice tělesných změn respondentka uvádí hlavně problémy spojené s frakturou páteře. Nemůže zvedat a nosit těžká břemena, problém jí dělá i sezení. Víc jí vyhovuje stát nebo chodit. Jako změnu v souvislosti s traumatem hlavy popisuje již zmiňovanou omezenou pohyblivost a zvýšenou citlivost levé části hlavy. Poruchy spánku si není vědoma. Spí velmi dobře. Při srovnávání kvality spánku před úrazem a po úraze neuvádí žádné změny. *„Klidně prospím celý den*" dodává s úsměvem. Její každodenní činnosti jsou ovlivněny bolestí hlavy a páteře, které podle ní spolu souvisí. Naštěstí se její intenzita nezvyšuje, a tak se s ní naučila žít. Před úrazem trvalou bolestí netrpěla.

Z pohledu matky je současný tělesný stav její dcery uspokojivý. Došlo ke změnám hlavně v oblasti sportu. Před úrazem závodně plavala, což už nemůže. Nyní při jízdě na kole jí vadí celkové otřesy a je zde riziko pádu. Při sjezdovém lyžování se musí velmi chránit

před pádem. Další omezení vidí v nutnosti chránit se před přímým slunečním svitem. Pokud je delší dobu na sluníčku, tak trpí její dcera nevolností. *„Omezení je velké. Musí být na sebe hodně opatrná a také zodpovědná sama k sobě“*. Deficit vidí matka také v nedokončené vysoké škole a nemožnosti pracovat nepřetržitě po dobu standardní osmihodinové pracovní doby. Po úraze se její dcera unaví rychleji než před úrazem. Sama na ní vidí, že jí víc vyhovuje, když má několik zaměstnání, ve kterých ale tráví kratší dobu. Důležité je, aby si mohla odpočinout. *„Ona musí častěji odpočívat, jak psychicky, tak fyzicky. Hlavně nemůže mít psychicky náročnou práci. To se hodně změnilo“*. Energie pro každodenní život má podle matky dostatek, ale změna v porovnání stavu před a po úraze, je v tom, že musí víc odpočívat. To se také projevuje ve vztazích s rodinou, kdy už se tolika nehádá. Spánek ovlivněný traumatem nemá. Nepozoruje, že by hůře spala nebo si na jeho kvalitu stěžovala. Její dceru hodně trápí bolesti hlavy a zad. *„Ale vyzozorovala jsem, že umí odpočívat. Když jí začne bolet hlava nebo záda, tak si umí říct, že už nemůže a musí si na chvíli odpočinout. To se u ní taky hodně změnilo“*.

Tabulka 1, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Tělesný stav	výborný	výborný, ale má slabost v levé ruce	dobry	velmi dobrý, ale objevuje se u ní problémy s rovnováhou a koordinací pohybu, má menší sílu v levé ruce
Energie pro každodenní život	dostatečně	nadbytek	dostatek	má na rozdávání
Kvalita spánku	spala dobře	spí dobře, ale míň z důvodu zaměstnání	bez problémů	chodí dřív spát a dřív vstává
Bolest	netrpěla	vůbec	neměla	nevšimnul si

Tabulka 2, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Tělesný stav	výborný	dobry, ale ovlivněn poúrazovou epilepsií	dobry	dobry, ale došlo k diagnostice snížení schopnosti čichu a poúrazové epilepsii
Energie pro každodenní život	energie měla dostatek aniž by byla omezena povinností dodrżovat denní režim	subjektivně si přijde, že má dost energie, ale musí dodrżovat daný režim dne	měla nadbytek energie	pozoruje, menší zásobu energie, rychleji se unaví i při běžných každodenních činnostech
Kvalita spánku	spala dobře	několik měsíců po traumatu měla problémy s usínáním a často se v noci budila	velmi často se v noci budila	není si vědom žádné změnn
Bolest	ne, netrpěla	krátce po úraze trpěla na silné bolesti hlavy	neví o ničem	trpěla na velké bolesti hlavy

Tabulka 3, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Tělesný stav	Dobry	zhoršený následkem traumatu hlavy a páteře	výborný	uspokojivý
Energie pro každodenní život	plná energie	má energie nadbytek	měla až nadbytek	má dost energie, ale musí častěji odpočívat
Kvalita spánku	výborná	výborná	dobrá	nezměnila se
Bolest	netrpěla	trvalá bolest hlavy a páteře	nic závažného	trápí ji bolest hlavy a páteře

4.5.2 Psychická problematika

Tato část se věnovala celkovému psychickému stavu, zda se u respondentek objevují negativní pocity jako jsou například deprese, beznaděj atd. Dále zde byly kladeny otázky na schopnost soustředit se a učit se novým věcem. Poslední otázka zjišťovala celkovou spokojenost sama se sebou. Všechny oblasti se zaměřovaly na srovnání stavu před a po úraze.

Respondentka č. 1 svůj současný psychický stav hodnotí jako velmi dobrý. „... občas mi sice vezme rapl, ale pak se hned zase uklidním. Takže bych řekla, že jsem úplně pohodě“ dodává se smíchem. Ve srovnání se stavem před úrazem zmiňuje, že už je to přeci jen 22 let a člověk se nějak vyvíjí. Žádnou výraznou změnu neregistruje. Prožívání negativních pocitů jako je deprese, úzkost atd. neguje a říká o sobě, že je „happy“. Nad otázkou týkající se psychického vnímání každodenního života a jeho změny před a po úraze se na chvíli zamyslí, a odpovídá, že má zvýšený pud sebezáchovy a jedná v krizových situacích s chladnou hlavou. Jako příklad uvedla vlastní autonehodu před čtyřmi roky. „Obrátila jsem auto na střechu, a ještě, než přišli první lidi, tak jsem vylezla zadním oknem ven. Nu, a právě lékaři říkali, že to souvisí s tím, že ten pud sebezáchovy je silnější,

že si zachovám chladnou hlavu v situacích, kdy ostatní panikaří". Zde byla položena doplňující otázka, jestli má po úraze větší strach o sebe. Odpověděla, že o sebe tolik ne, ale o děti. Má strach, aby se jim nestal podobný či vážnější úraz jako jí. V oblasti učení a soustředění nepozoruje žádné změny. V období úrazu měla ukončený první ročník bakalářského studia. Po roční pauze dokončila bakalářské studium a dále úspěšně absolvovala navazující magisterské studium. Myslí si tedy, že v této oblasti k žádné změně nedošlo, ale určitě by to prý měl posoudit někdo jiný. Na otázku, jestli je spokojená sama se sebou, odpověděla: „*No jistě*". Srovnávat období před a po je z jejího pohledu složité, jelikož už je to 22 let a člověk získává zkušenosti. Něco za tu dobu dokázal, ale i pokazil.

Manžel respondentky č. 1 uvádí změnu v jejím psychickém stavu. Přejde mu výbušnější. Vždycky říkala, co měla na jazyku, ale nyní je vznětlivější ve srovnání s obdobím před a po úraze. Něco jí rozzlobí, vybuchne, ale pak si to uvědomí a zase se zklidní. Deprese ani další negativní pocity jeho manželku netrápí. Hodně se odreagovává, tím, že přijde domů z práce a jde sportovat. „*Je to její životní droga*“, dodává s úsměvem. Na otázku ovlivnění její schopnosti učit se a soustředit se odpovídá, že ke změně asi nedošlo. V práci se musí hodně soustředit, jezdí na školení a nyní se začala učit angličtinu. Spokojená sama se sebou asi je, ale neví, jestli si, jak sám říká: „*... tím sportem chce něco dokazovat*". Myslí si, že před úrazem určitě spokojená byla.

Respondentka č. 2 hodnotí svůj psychický stav jako stabilizovaný. Přejde si labilnější než před úrazem. Citlivost velmi souvisí s únavou. Při porovnávání stavu před a po úraze si přijde pořád stejná. Ale lidé kolem ní, například mladší sestra, jí říkají, že se změnila. Údajně více řeší věci oproti stavu před traumatem, kdy byla svobodomyšlnější. Respondentka to vyvrací a odůvodňuje to věkem sestry, která je o osm let mladší. Asi dva roky po úraze se začaly objevovat pocity velkého strachu a úzkosti. „*Měla jsem pořád pocit, že se musí něco hrozného někomu stát*". Když hodnotí situaci zpětně, přiznává, že mohlo jít o počáteční příznaky epilepsie. „*Možná tím, že jsem teď matka, tak jsem ještě víc úzkostnější a stále ještě tak třikrát do měsíce se u mě objeví čichové aury*". Na otázku, zda respondentku trápí pocit deprese, udává, že ne. Přímo depresí netrpěla ani před úrazem a ani nyní. Jedinou uvedenou změnou je pocit úzkosti. Kvůli psychickým změnám ve vnímání života bylo nutné v běžném životě upravit denní režim. Také se musela naučit volit priority a říkat ne. „*Musím si umět vybírat důležité věci a nedělat všechno. Dřív jsem každému všechno odkývala, abych měla klid. Ted' musím dbát na to,*

abych si zorganizovala věci podle sebe a nejela na poslední kalorií". Schopnost učit se má respondentka stále stejnou. Půl roku od úrazu složila úspěšně státní závěrečnou zkoušku a další dva roky pokračovala v magisterském studiu. Z pohledu její matky má údajně problém s krátkodobou pamětí. Její matka to odůvodňuje tím, že si nic nepamatuje. S tím ale respondentka nesouhlasí. Sama má pocit, že má mnoho povinností, a to může působit, že občas na něco zapomene. Paní K. R. T. si myslí, že úraz ovlivnil její schopnost soustředit se. Už při studiu vnímala, že nezvládá udržet pozornost takovou dobu jako před úrazem. Sama se sebou je spokojená, ale dodává s úsměvem: „... *vždycky je co dopilovat*". Následkem úrazu musela mnoho věcí přehodnotit a změnit. Původně si myslela, že jí to nebude vyhovovat a že už nebude žít tak plnohodnotný život jako dřív. Jako příklad uvedla svůj bohatý společenský život, který ji velmi naplňoval energií. Postupem času, ale zjišťuje, že se necítí vůbec omezená a společenský život stále má. Místo návštěv klubů a večírků se s přáteli setkává u sebe doma a dokáže si ten večer také dostatečně užít.

Manželovi paní K. R. T. se zdá být její psychický stav v pořádku. Sice pravidelně navštěvuje psycholožku, která jí pomáhá řešit obtížné životní situace a její údajné panické záchvaty, ale nejedná se o nic závažného. Původně docházela na kontroly na neurologii, kde její úzkostné stavy přisuzovali psychickému stavu. Změna nastala, když chtěla otěhotnět. Dostala se do péče paní doktorky na Neurologické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Zde jí byla diagnostikovaná epilepsie. Stavy úzkosti a paniky jí, podle manžela, zůstaly. „*Ona se dokáže vystresovat kvůli něčemu a pak se v tom topí*“. Další věcí, která ovlivňuje negativně její psychický stav, je vztah s její matkou, který je velmi složitý. Celkově mu přijde míň odolná vůči psychické zátěži než před zraněním. Hůře se rozhoduje. „... *daleko déle jí trvá si zvolit A, nebo B ve srovnání s dobou před tím. Jakákoliv rozhodnutí jsou složitější. A je vznětlivější a vztahovačnější, a ten vztek daleko rychleji přechází v pláč*“ dodává. Má pocit, že o tom respondentka ví nebo to alespoň tuší a snaží se to řešit. Otázku deprese před úrazem a po úraze neguje. Schopnost učit se novým věcem zůstala beze změny. Po traumatu se dokázala připravit a úspěšně absolvovat státní závěrečnou zkoušku a vystudovat další dvouletou specializaci v jejím oboru. Manželův subjektivní pocit je, že má problém soustředit se. Jako příklad uvádí: „*Když telefonuje, nedokáže vnímat, když na ní někdo další mluví či posunkuje. Opravdu se musí soustředit jen na ten hovor*“. Otázku spokojenosti sama se sebou rozdělil na dvě části. Jeho žena vnímá, že její psychický stav není jako dřív. Uvědomuje si výše uvedené problémy a s pomocí psycholožky se je snaží řešit a vyrovnat se s nimi. Fyzický stav krátce po úraze neřešila. Vlivem

provedeného operačního výkonu má na hlavě jizvu, která jí zasahuje do oblasti čela a způsobuje jí pokles levého očního víčka. V posledních pár měsících tento problém začala řešit a chtěla by podstoupit plastikou operaci očního víčka. Celkově otázku zhodnotil: „*Ano, ale není to úplně stoprocentní. Dřív asi byla spokojenější anebo to tak neřešila*“

Respondentka č. 3 vnímá svůj psychický stav stejný jako před kraniocerebrálním poraněním. Negativní pocity a deprese ji netrápí a ani v období před traumatem je neudává. Vlivem poranění došlo ke zhoršení schopnosti učit se novým věcem. Roku 2003 byla přijata na vysokou školu v Plzni. Z důvodu prodělaného traumatu a následné rehabilitace na rok studium přerušila. V září 2004 začala znovu navštěvovat první ročník, ale bohužel studium nezvládala. Následkem poranění u respondentky došlo k „výmazu mateřské řeči“. To se projevovalo zdlouhavým hledáním slov. „*Já věděla, co chci říct, ale nemohla jsem pro to najít vhodná slova. Jako když máte něco na jazyku a nemůžete si na to slovo vzpomenout. Což mi následně dělalo problémy i u psaní poznámek při vyučování anebo svými slovy referovat přečtený článek*“ popisuje svůj problém a zároveň odůvodňuje svoje druhé přerušení studia. V rámci rehabilitace a doporučení logopedky stále na přednášky docházela a během roku došlo ke zlepšení. Následně studovala tři roky a úspěšně byla připuštěna ke státním závěrečným zkouškám. Kvůli nedostatečnému hodnocení bakalářské práce, ale studium nedokončila. Před zraněním se učila bez problémů a velkých obtíží. Schopnost soustředit se má stále stejnou a nedělá jí žádné obtíže. Sama se sebou je stále stejně spokojená a neudává žádnou změnu.

Z pohledu matky po psychické stránce došlo ke změnám. Hlavně začala víc myslet na sebe a naučila se říkat ne. Další změnu pozoruje ve větší samostatnosti a menší závislosti své dcery na druhých. „*Když jí chci něco koupit, tak mi většinou řekne, že si chce na to sama vydělat*“. Po úraze se její dcera stala zkratkovitější a výbušnější. Dříve se podle matky hádala víc a trvalo to celé delší dobu. Dneska ví, že její dcera vybuchne a za pět minut už se zase zklidní a mohou daný problém vyřešit v klidu. Myslí si, že beznadějí určitě netrpí. Ví o své dceři, že je optimista a že se řídím heslem: vždycky je nějaká naděje. Jako rodina drží při sobě a ona se na ní může s čímkoliv obrátit. V oblasti ovlivnění psychického vnímání každodenního života vidí matka změnu v přístupu k některým názorům a hodnotám. Jako příklad uvádí, že její dcera si uvědomuje, a smířila se s tím, že mít děti by byl pro ni velký problém. Nejen z důvodu jejího tělesného stavu a potřeby častého odpočinku, ale i z důvodu snížené schopnosti učit se. Celkově je proces učení, z jejího pohledu,

těžkopádnější a dlouhodobější než před úrazem. Má ovlivněnou krátkodobou paměť, což se projevuje například tak, že jí některé věci musí častěji opakovat. Zhoršila se i schopnost soustředit se. Všechny tyto komplikace jsou pravděpodobně způsobeny rychlejší únavou, protože je-li její dcera unavená, nedokáže se soustředit a obtížně se jí vybavují i slova. V tomto případě se často stává, že i zapomíná. Myslí si, že je sama se sebou spokojená a nevnímá žádnou změnu v tomto směru.

Tabulka 4, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Psychický stav	velmi dobrý	velmi dobrý, ale výbušnější	normální	hodně výbušná
Časté prožívání negativních pocitů (deprese, úzkost atd.)	ne	jsem „happy“	ne	netrápí
Schopnost učit se novým věcem	neměla problémy	dostudovala bakaláře a úspěšně pokračovala v magisterském studiu, které také dokončila	neměla problémy	nemá, teď se ještě učí angličtinu
Schopnost soustředit se	bez problémů	beze změny	bez problémů	v zaměstnání se musí hodně soustředit
Spokojenost sama se sebou	srovnání je velmi těžké, uběhlo už 22 let	no jistě	asi ano	myslím, že ano

Tabulka 5, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Psychický stav	Dobry	cítí se labilnější	bezproblémová, volnomyšlenkářská, hodně společenská	dokáže se rychle vystresovat, je výbušnější a plačtivější
Časté prožívání negativních pocitů (deprese, úzkost atd.)	ne, neměla	prožívá relativně často pocit úzkosti a strachu	neřešila tolik věcí a byla pohodová	často prožívá úzkostné stavy
Schopnost učit se novým věcem	neměla problém	nedošlo ke změně	neměla problém	nedošlo ke změně
Schopnost soustředit se	bez problémů	dokáže se soustředit kratší dobu	neměla problém	musí se soustředit na jednu věc
Spokojenost sama se sebou	ano, byla	asi ano	byla spokojená	asi ano, ale vnímá změny jak v psychické oblasti, tak i fyzické

Tabulka 6, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Psychický stav	Dobry	beze změny	dobry	došlo tam ke změnám v povaze
Časté prožívání negativních pocitů (deprese, úzkost atd.)	neprožívala	neprožívá	ne, nemyslím si	dcera je optimista
Schopnost učit se novým věcem	učila se bez problémů a výborně	má obtíže s hledáním slov a gramatikou	učila se velmi dobře a bez obtíží	trvá jí delší dobu, než se něco naučí a má problém s krátkodobou pamětí
Schopnost soustředit se	bez problémů	neudává žádné změny	dobře	ovlivněno únavou
Spokojenost sama se sebou	Ano	pořád stejně	byla	nepozoruje rozdíl

4.5.3 Sociální problematika

V oblasti sociální problematiky byly pokládány otázky týkající se oblasti rodinných vztahů, sociálního prostředí, pracovních povinností a volnočasových aktivit. Opět byly respondenty a rodinní členi požádány o porovnání stavu před úrazem a po úraze.

První otázka u **respondentky č. 1** v této problematice se týkala pocitů štěstí ve vztazích s ostatními členy rodiny. Zde respondentka odpověděla: „*Ale ano, jde to. Občas se objeví nějaký mráček, ale to je všude*“. Následkem úrazu došlo ke změně nejvíce u matky

respondentky, a to v negativním smyslu z pohledu paní L. B. Už v době před traumatem se její matka nemohla dlouho srovnat s tím, že je její dcera dospělá, a ne malá holka. Vlivem úrazu se opět respondentka dostala ve vztahu s matkou do pozice malé holky, která potřebuje chránit. Respondentce dalo velké úsilí opět matce vysvětlit, že to takhle nejde a že jí tím velmi omezuje. Doplnující otázka byla, jestli teď, když je sama máma chápe chování své matky víc než před 22 lety. „*To určitě, ale svým synům dávám díky tomu větší svobodu, než jsem měla já. Pro mě to bylo hrozně těžký*“. S podporou své rodiny a přátel je velmi spokojená a nedá se říct, že by se vlivem úrazu nějak změnila. V oblasti hodnot a postojů odpovídá, že došlo ke změně. Po zamyšlení dodává, že neví, jestli je to věkem nebo prodělaným traumatem. Při otázce na zpětné zhodnocení priorit před úrazem jmenuje vztah, školu a výlety. Krátce po úraze je nově zařazeno na druhou pozici zdraví. Jinak k výrazné změně nedošlo. Sama říká: „*Byla jsem mladá holka, teď je pro mě na prvním místě rodina a její zdraví*“. Následkem úrazu se obohatila o nové spolužáky, jelikož musela kvůli traumatu jeden ročník opakovat. Bere to jako pozitivní věc, protože se stále setkává, jak s původními spolužáky, tak i se spolužáky z nižšího ročníku. Plnění pracovních povinností zvládá velmi dobře. V této oblasti nelze provést srovnání před úrazem a po úraze, protože respondentka byla studentkou vysoké školy a do zaměstnání nastoupila až po pěti letech od úrazu. Z důvodu dlouhodobé rekonvalescence po traumatu přestala závodně běhat. Zůstala u rekreačního běhání, jezdí na kole a na běžkách. Nedávno se začala učit anglicky.

Manžel si myslí, že ve vztazích s ostatními členy rodiny je spokojená. „*Řekne si svoje. Bydlíme s mými rodiči v jednom domě, takže pro ni jsou to tchyně s tchánem. Takže to jsou klasické vztahy*“. Změny ve vztazích následkem zranění si žádné neuvědomuje. Její rodiče jsou rozvedeni a podle manželova názoru si jeho žena rozumí víc s otcem. Se svojí matkou se klidně pohádá a nemluví s ní, ale u otce tohle nezažil. Celkově vztahy v rodině hodnotí jako klasické a neuvědomuje si žádnou změnu, kterou by způsobilo její zranění. Na otázku, zda prodělané zranění změnilo její hodnoty a postoje odpovídá po delším zamyšlení, že neví a myslí si, že ne. Pracovní povinnosti si určitě plní dobře. Práce jí baví a naplňuje. Sociální prostředí se změnilo nejvíce přibližně osm let po úraze, kdy se vzali a začali spolu bydlet. Jinou změnu v této oblasti nevnímá. Okruh přátel má stále velký a mnoho jich má z mládí. Pravidelně jí zvou na třídní srazy z vysoké školy z obou tříd, které navštěvovala. Před zraněním se věnovala závodění v běhu, ke kterému se po úraze

už nevrátila. Manžel si myslí, že je to z důvodu narušené koordinace. „*Ona běží normálně, ale není to ladný, ale spíše rozházený styl, který si neuvědomuje*“.

Respondentka č. 2 se většinou v rodinných vztazích cítí dobře. Udává, že je to velmi proměnlivé, ale většinou je spokojená. Následkem zranění došlo ke krátké změně vztahu s její matkou. „*Mamka se s ničím moc nepáře. Hned po úraze mi honila, že se musím okamžitě postavit na nohy a rehabilitovat. Ale došlo u nás k prohloubení celkového vztahu mezi matkou a dcerou ve smyslu, že se víc o mě starala. Byla jsem její holčička, o kterou pečovala. Ted' už to tak není. Už se o tom ani nějak nebavíme*“. Manžel se o ní víc stará a hlídá jí. Trochu cítí, že jeho přehnaná starost v ní vyvolala zvýšenou úzkost. Podporu od rodiny dostává dostatečnou. Vlivem úrazu jsou opatrnější a snaží se, aby paní K. R. T. zvážila všechny možnosti a zda to opravdu chce. Jí i její rodinu hodně ovlivňuje poúrazová epilepsie. Negativní vliv mělo zranění na respondentčin postoj k životu. To bude přenášet i na své dítě. Je celkově opatrnější, víc se hlídá a svoji dceru bude taky hodně opatrovat. K velké změně došlo v žebříčku hodnot. „*Ted' když přeju k narozeninám nebo jen tak, hodně zdraví, tak už to není pro mě prázdný slovo a opravdu si uvědomuji, že je to to nejdůležitější, co člověk může mít. Je to pro mě opravdu hodně důležitý. Když se něco děje a není mi do smíchu, tak si řeknu hlavně, že jsme všichni zdraví, což jsem dřív takhle neřešila*“. Velkou změnu zaznamenala v sociálním prostředí. Před úrazem žila a pracovala v Irsku. V Čechách si pouze studovala školu. Po úraze už zůstala doma. Musela se vrátit od partnera, který v Irsku stále studoval, k matce a do původního okruhu svých přátel. Sama s odstupem času cítí, že vztahy s přáteli se po návratu z Irska upevnily a získává od nich podporu. Navrácením domů se změnilo i pracovní zařazení. V Irsku pracovala jako číšnice v kavárně. Po úraze dostudovala vysokou školu a nastoupila jako učitelka do mateřské školy. Změnu v zálibách neudává. Není si vědoma, že by v této oblasti došlo ke změně.

Manžel si myslí, že v jejich vztahu je šťastná, což potvrzuje i občasná zpětná vazba v podobě dotazu z jeho strany, zda je spokojená v jejich vztahu. Po narození dcery se jejich vztah ještě víc upevnil. Ohledně dalších vztahů v rodině si nemyslí, že by měla nějaké výhrady. K utužení vztahu došlo vlivem úrazu hlavně mezi ní a její sestrou. Daleko víc se stýkají a jezdí na společné dovolené. Horší vztah má respondentka z pohledu svého muže se svojí matkou. Ta je podle něj sobecká a dokáže dceři hodně ubližovat a tím zhoršovat její psychický stav. To se promítá i do podpory z matčiny strany. „*Podporu, hlídání atd. nedostává žena, když potřebuje, ale až když potřebuje nebo se to hodí její matce*“.

Od ostatních členů rodiny a kamarádů podporu dostává dostatečnou. Manžel respondentky přiznává, že z jeho strany je podpora s vykřičníkem. Ženu podpoří, ale chce, aby si to opravdu rozmyslela a vše zvážila s ohledem na její zdravotní stav. Sám ví, že je to přehnané v některých situacích, ale brání se tím, že to s ní celé prožil a bojí se o ni. *„Hodně ochranný jsem byl hned po úraze, pak to trochu přestalo a opět se to nastartovalo diagnostikování epilepsie. Věci jí nezakazuju, ale spíš jí řeknu svůj názor anebo ji zkusím malinko zmanipulovat. Jsem si toho vědom.“*. Zda došlo ke změně životních postojů a hodnot nedokáže říct. Nepřijde mu, že by v této oblasti došlo k nějaké změně. Sociální prostředí se změnilo nuceným návratem z Irska do Čech kvůli kraniocerebrálního poranění a dále také ukončením studia na vysoké škole a nástupem do pracovního poměru na pozici učitelky v mateřské škole. Okruh zálib se vlivem traumatu zmenšil. Je to hlavně vlivem její zvýšené únavy. Dříve jezdili hodně na výlety a zabývali se geocachingem, což je nyní dost omezené i vlivem narození jejich dcery.

Respondentka č. 3 je velmi spokojena ve vztazích se svojí rodinou a neuvědomuje si žádnou změnu způsobenou traumatem. Žije sama, ale nedaleko od svých rodičů. To jí dává pocit soběstačnosti a nezávislosti. Podporu dostává nejen od své rodiny, ale i od přátel, kterých má dostatek. Nemyslí si, že by došlo ke zvětšení či zmenšení podpory následkem úrazu. Životní hodnoty této mladé ženy zůstaly stejné, ale došlo ke změně postoje, když se naučila říkat: „*Ne*“. To vidí jako velmi pozitivní a důležité v dnešní době. Dřív se snažila vyjít vstříc každému a nyní víc myslí na sebe. K největší změně v sociální oblasti došlo nástupem do zaměstnání. *„Přátele mám stále stejné a řekla bych, že i hodně. Já musím mít vidinu, že další den někoho navštívím nebo se jen s někým potkám, prostě, že nebudu sedět doma“*. Díky pravidelným setkáním organizovaným její logopedkou, získala respondentka nové známé, se kterými se vidá přibližně dvakrát do roka na společných akcích. U pracovních povinností vidí hlavní omezení v oblasti nošení těžkých věcí. Jinak jí nepřijde, že by došlo k nějaké výrazné změně v této oblasti. Před úrazem se hodně věnovala sportu. Lezla po skalách, jezdila na kole. Následkem zranění sportovní život vyměnila za společenský. Nemůže jezdit na kole, kolečkových bruslích atd., protože jí otřesy způsobují bolest hlavy a zad. Také na sebe musí být opatrnější, jelikož spánkovou oblast levé části hlavy nemá chráněnou žádnou kostí. V tom vidí největší změny způsobené kraniocerebrálním poraněním.

Vztahy v rodině se její matce zdají lepší, protože si spolu více rozumí. Příkládá to také k tomu, že její dcera se osamostatnila a bydlí sama. Navzájem si radí a pomáhají. Sama vidí, že došlo také k velkému utužení vztahů mezi její dcerou a jejími přáteli. Podporu od rodiny a přátel má tedy dostatečnou, ale velký nedostatek podpory vidí její matka ze strany státu. *„Ten se na ní vykašlal. Napoprvé jí invalidní důchod vůbec neuznali a teď má pouze první stupeň. Lidé s jejím zraněním většinou mají druhý stupeň a nechodí vůbec do práce. Nikdo taky neocení to, co musela udělat proto, aby se dostala do takového stavu, v jakém je teď“.* Priority se u ní změnilly dost, protože si umí říct, co chce a co nechce. V žebříčku hodnot k výrazné změně nedošlo. Přátelé zůstali stejní a hodně jí v náročném období pomohli. Záliby se změnilly hodně. Sport nahradila prací a návštěvami svých kamarádů.

Tabulka 7, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Rodinné vztahy	matka respondentky jí velmi opatrovala	návrat do role malé holčičky z matčiny strany, což se respondentce nelíbilo	dobré	víc si rozumí s otcem než s matkou, žádnou výraznou změnu nezaznamenal
Životní hodnoty a postoje	vztah, studium, výlety	je zde rozdíl 22 let, teď má na prvních místech rodinu a zdraví	neví	stejně jako před úrazem
Sociální prostředí	mnoho kamarádů	noví kamarádi z nižšího ročníku, žádnou další změnu neudává	byla studentkou a bydlel každý sám	po osmi letech od úrazu se vzali a začali spolu bydlet
Plnění pracovních povinností	byla studentkou vysoké školy	pokračovala ve studiu a po pěti letech nastoupila do zaměstnání	před tou nehodou studovala	zvládá dobře
Záliby	závodně běhala	běhá pouze rekreačně, spíše se věnuje kolu nebo běžkám	běhala závodně	běhat přestala z důvodu narušené koordinace pohybů

Tabulka 8, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Rodinné vztahy	dobré, vztah s matkou byl chladnější	nedošlo ke změně až na vztah s matkou	dobré	dobré až na vztah ze strany její matky k ní
Životní hodnoty a postoje	nějak významně je neřešila	pojmem zdraví pro ni není prázdné slovo	neřešili to spolu	není si vědom žádné velké změny
Sociální prostředí	žila v Irsku s partnerem	zůstala v Čechách a vrátila se domů	žila a pracovala v Irsku	zůstala v Čechách a dokončila vysokou školu
Plnění pracovních povinností	v Irsku měla brigádu jako číšnice v kavárně	po ukončení vysokoškolského studia byla zaměstnána jako učitelka v mateřské škole	v Irsku měla brigádu v kavárně jako číšnice	pracovala jako učitelka v mateřské škole a nyní je na rodičovské dovolené
Záliby	Měla	není si vědoma žádné změny	jezdili na výlety a věnovali se geocachingu	došlo k omezení aktivit například výletů atd. z důvodu rychlejšího vyčerpání

Tabulka 9, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Rodinné vztahy	Dobré	stejně	dobré	došlo k jejich utužení
Životní hodnoty a postoje	byla studentkou a významně je neřešila	naučila se říkat: „ne“	hodně by se rozdala a málo myslela na sebe	naučila říkat ne, víc myslet na sebe a hodně se osamostatnila
Sociální prostředí	studovala	nastoupila do pracovního poměru	studovala	nyní pracuje, k jiné změně nedošlo
Plnění pracovních povinností	neměla problém	omezení následkem traumatu páteře a hlavy	zvládala dobře	je zde velké omezení, jak psychické, tak fyzické
Záliby	hodně sportovala	spíš společenský život	závodně plavala a hodně sportovala	hodně pracuje a stýká se s přáteli

4.5.4 Duchovní problematika

Otázky z problematiky byly voleny z oblasti víry a kvality života včetně změn způsobených kraniocerebrálním poraněním.

Respondentka č. 1 je velmi spokojena se svým životem a není si vědoma žádné změny v něm, která by byla způsobená proděláním kraniocerebrálního poranění. V oblasti víry došlo po úraze ke změně a říká: *„Někdo nahoře na mě dává pozor. Po tom úraze jsem měla ještě několik kolizí, jak autonehodu, tak asi dva roky zpátky jsem se vybourala na kole anebo nehody na lyžích. A jsem tu pořád a vlastně nic se mi nestalo. Takže si myslím, že mě tam někdo střeží“*. Jako mladistvá si nějakou myšlenku víry ani neuvědomovala. Kvalitu života hodnotí jako velmi dobrou a neuvědomuje si ani zhoršení těsně po úraze.

Respondentce byla dána možnost, zda chce sama něco k rozhovoru doplnit, co jí osobně přijde důležité. Nedodala nic.

Respondentka č. 1 na svého muže působí jako spokojená a vyrovnaná žena. Nevnímá, že by úraz ovlivnil její život. Ohledně víry si není vědom změny přístupu způsobené zraněním. „*Ani nevím, jestli v něco věří. Talismany žádné nenesí, tak asi ne*“. Kvalitu života hodnotí jako velmi dobrou. Jediné, na co opět upozorňuje, je zhoršená koordinace rychlých pohybů. Jako poslední otázku měl manžel možnost doplnit podstatné věci, které v rozhovoru z jeho pohledu chyběly. Neuvědomoval si nic.

Respondentka č. 2 je celkově spokojena se svým životem. Občas se objeví den, kdy si víc uvědomí dopad svého zranění v podobě epilepsie. Zároveň ale také ví, že následky mohly být mnohem horší. Ovlivnění svého života způsobené traumatem by nevnímala žádné, kdyby jí nebyla diagnostikovaná zmíněná epilepsie. Ještě dodává, že jí zranění ovlivnilo životní hodnoty. Mnohem víc si váží zdraví, protože před úrazem tomu nepřikládala takovou míru důležitosti. Vždycky si říkala, že při nás stojí nějaké bytosti, které na nás dávají pozor. V období dospívání se velmi zajímala o okultismus, léčitelství atd. Po maturitní zkoušce na střední škole bylo toto téma odsunuto do pozadí. Opět se k němu vrátila až po úraze. „*Po tom zranění jsem nějakou dobu pravidelně děkovala všem bytostem, andělům, že při mně stály a že teď tady můžu být. Jít třeba na procházku se svým psem. Trvalo to přibližně půl roku. A i teď mám občas pocit, že někomu musím poděkovat nebo se na ně obracím s prosbami. Věřím, že nad námi něco je, možná i ten Bůh*“. Myslí si, že kvalitu života, krom již několikrát zmiňované epilepsie, nemá prodělaným zraněním ovlivněnou.

Manžel paní K. R. T. doufá a myslí si, že je jeho žena spokojená se svým životem. Sociální zázemí mají dobré, se svými příbuznými bydlí blízko sebe a celkem často se navštěvují. Narozením dcery došlo k celkovému obohacení jejich života. O své ženě mluví jako o ateistce a nemyslí si, že by se to vlivem zranění změnilo. Kvalita života mu přijde nezměněná v porovnání se stavem před a po úraze.

Respondentka č. 3 se cítí celkově spokojena se svým životem a neuvádí žádný rozdíl způsobený traumatem. Ovlivnění svého života si uvědomuje zejména kvůli bolesti zad a hlavy. Dalším velkým omezením je chybějící část lebeční kosti. „*Nemůžu se praštit do hlavy. Když náhodou padám, snažím se stočit se na pravou stranu*“. Zde byla položena

doplňují otázka, zda by neměla nosit nějakou ochranou pomůcku? Odpověď byla taková, že by musela nosit jediné helmu a to, že nechce. Respondentka i celá její rodina jsou ateisté. Věří pouze sama v sebe. Vlivem zranění nedošlo ke změně jejího přesvědčení. „*Stejně mi nikdo jiný nepomůže. Musím to všechno zvládnout sama*“. Největší ovlivnění kvality života vnímá ve svém omezení, které již bylo výše popisováno. Dále uvádí omezení ve sportu a v cestování. Má-li naplánovaný delší let, musí mít před odletem zajištěnou antikoagulační léčbu a po návratu je zapotřebí podstoupit rentgen páteře. K celkové problematice respondentka už nechtěla nic doplnit.

Podle matky je její dcera se svým životem spokojen. „*Myslím a vidím, že je vyrovnaná*“. Víra se určitě nezměnila. Už před traumatem byla ateistka a je stále. Věří, jako celá rodina, sama v sebe, svým rozhodnutím, své práci a rodině. Ovlivnění kvality života její dcery je podle matky velké, což dokazují již popsána omezení. K celkové problematice dodává, že je zapotřebí, aby zdravotničtí pracovníci a lékaři brali rodinné příslušníky jako lidi. Je potřeba empatický přístup, péče psychologů.

Tabulka 10, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Spokojenost se svým životem	byla spokojená	stále je spokojená	byla spokojená	nevnímá žádnou změnu
Víra	neřešila, jestli v něco věří	myslí si, že jí někdo nahoře hlídá	nevím	asi nevěří
Kvalita života	výborná	beze změny, krom těch 22 let	dobrá	pouze narušená koordinace pohybů při rychlých pohybech

Tabulka 11, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Spokojenost se svým životem	neřešila to	relativně ano	myslím si, že byla	doufá, že ano
Víra	věřila v okultismus, léčitelství	má pocit, že kolem nás jsou bytosti, které na nás dohlíží	byla ateistka	stále je ateistka
Kvalita života	byla dobrá	až na pouřazovou epilepsii nevnímá změnu kvality života	byla dobrá	nedošlo ke změně

Tabulka 12, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.

	Respondentka		Člen rodiny	
	Před úrazem	Po úraze	Před úrazem	Po úraze
Spokojenost se svým životem	byla spokojen	je spokojena	byla spokojena	je stále spokojená
Víra	byla ateista	přístup k víře se nezměnil	víru neměla	věří sama v sebe
Kvalita života	neměla žádné omezení	má zdravotní omezení následkem úrazu	neví o žádném omezení	ovlivněna následky prodělaného traumatu

Respondentky a jejich rodinní členové během hovoru působili uvolněně a nedělalo jim potíže odpovídat na otázky týkající se jejich soukromého života. Z rozhovorů byl získán dostatek validních informací pro splnění daného výzkumného cíle. Otázky do rozhovoru byly sestaveny tím způsobem, aby docházelo ke kontrole pravdivosti odpovědí. Z toho důvodu nebyla použita doplňující metoda standardizovaného formuláře SEIQOL pro zjištění kvality života.

5 DISKUZE

Pro účely provedení kvalitativního výzkumného šetření zaměřeného na změny v kvalitě života pacientů po kraniocerebrálním poranění, byly vybrány tři respondentky spolu s jedním členem jejich rodiny. Pro dosažení cíle byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru. Ten, do jisté míry, pomohl odkrýt prožitky a změnu v kvalitě života respondentů způsobenou prodělaným traumatem. Tvorba otázek do rozhovoru byla inspirována dotazníkem kvality života WHOQOL - Bref. Otázky byly rozděleny do čtyř oblastí: fyzický stav, psychický stav, sociální život a duchovní život. Během rozhovoru byla možnost položit doplňující otázky. Zároveň docházelo k pozorování reakcí respondentek a členů rodiny na položené otázky.

Respondentka č. 1 je 42. letá žena, která prodělala kraniocerebrální poranění před 22 lety. Druhou část rozhovoru poskytl její manžel. Respondentka č. 2 je mladá žena narozená roku 1985. Ta svoje zranění prodělala před šesti lety. Jako vhodného člena rodiny pro rozhovor doporučila svého manžela. Poslední respondentkou je 33. letá žena s diagnostikovaným poraněním hlavy před 13. lety. Názor z pohledu příbuzného poskytla její matka.

Oblast fyzického stavu.

Všechny oslovené respondentky hodnotí svůj současný fyzický stav jako dobrý a jsou s ním spokojeny. Při porovnávání stavu před a po traumatu nepozorují žádné fatální změny.

Respondentka č. 1 uvádí jako nepatrný deficit slabost v levé ruce. Tu má způsobenou podle ní spíše složitou zlomeninou ruky než prodělaným kraniocerebrálním poraněním. Její manžel naproti tomu zaznamenal ve fyzickém stavu rozdíl v oblasti koordinace a rovnováhy. Jako příklad uvádí manželčin styl běhu. Dříve běhala ladně a nyní se jedná spíše o rozházený styl. Powell (2010) uvádí poruchy hybnosti a koordinace pohybů jako častý následek po poranění mozku. To potvrzuje ve svém článku i Smrčka (2013), který dodává, že často je porucha způsobená buď poškozením motorické oblasti mozkové kůry, mozkového kmene a mozečku nebo poškozením centra vizuální a prostorové orientace nebo poškozením vestibulárního systému. Respondentka č. 2 hodnotí svůj fyzický stav jako dobrý, ale bohužel cítí ovlivnění svého stavu poúrazovou epilepsií. Lippertová - Grunerová (2009) popisuje možnost vzniku ohniskového záchvatu, kdy dochází například k výpadkům

pozornosti nebo čichovým aurám. Čichové aury uvádí respondentka č. 2 jako projev její epilepsie. Její manžel dodává kromě problémů s poúrazovou epilepsií i snížení schopnosti čichu. Respondentka č. 3 pozoruje zhoršení fyzického stavu z důvodu poranění hlavy a páteře. To potvrzuje i její matka.

Při otázce na toto téma působily všechny tři ženy uvolněně, a tak že nepřikládají svému omezení žádný důležitý význam. Krom respondentky č. 2, které poúrazová epilepsie do určité míry ovlivňuje kvalitu života. Respondentka č. 1 působila dojmem, že si narušenou koordinaci pohybů vůbec neuvědomuje. Při bližším zkoumání stylu její chůze však byl problém viditelný. Respondentka č. 3 se se svými omezeními naučila žít a přizpůsobila tomu svůj život.

Energie pro každodenní život mají všechny tři ženy dostatek. Subjektivně nevnímají pokles energie, objektivně však vlivem traumatu dochází k rychlejší únavě. V literatuře je popisováno, že nejvíce omezujícím následkem je rychlá vyčerpanost a velká únava. Postižený je méně odolný vůči stresu a jeho kognitivní funkce jsou zpomalené. (Smrčka, 2013) Zvýšená únava bývá také spojována s poruchami spánku, depresemi atd. (Powell, 2010) Proto mladá žena č. 3 nemůže plně pracovat v osmihodinové směně. U respondentky č. 2 manžel popisuje viditelný úbytek energie během dne. Krátce po traumatu byla unavenost jeho ženy extrémní. Nemohla chodit ani na delší procházky. Opačně působí respondentka č. 1, která si pomocí sportu dodává energii. Její manžel nazval přístup své ženy ke sportu jako její drogu. Všechny tři ženy se s následky úrazu naučily žít a každá si našla svoji cestu, jak se s úbytkem energie vyrovnat. Každá z respondentek během rozhovoru působila plna energie.

Kvalita spánku u žen nebyla vlivem prodělaného kraniocerebrálního poranění ovlivněna. To potvrzují i jejich blízcí. Respondentka č. 2 sice uvádí, že krátce po propuštění do domácího ošetřování se v noci často budila a nemohla usnout, ale její manžel popisuje tento problém i před traumatem. Nemyslí si, že by časté buzení mělo souvislost s traumatem. Přesto Smrčka (2013) ve svém článku uvádí, že zvýšená únava je spojována s narušením citlivé REM fáze spánku. To respondentky a ani jejich rodinní členové nepotvrdili.

Bolest způsobenou proděláním kraniocerebrálního poranění uvádí respondentky jako další častou poúrazovou komplikaci. V krátkém období po úraze všechny trpěly migrenózními stavy. Respondentka č. 2 uvádí, že bolest hlavy byla závislá na změně počasí

a na intenzitě unavenosti. Dokonce nemohla nosit pokrývku hlavy. Časté bolesti hlavy svojí ženy popisuje v rozhovoru i její manžel. Respondentka č. 3 spíše než na bolest hlavy následkem úrazu poukazuje na bolesti páteře. Od ní jí pak bolívá hlava a mývá až migrenózní stavy. Její matka vidí příčinu bolesti hlavy v prodělaném traumatu hlavy i páteře. Zajímavé je, že žádná z respondentek svou bolest hlavy nepřisuzuje úrazu hlavy primárně, ale spíš sekundárně. Například respondentka č. 3 během rozhovoru stále poukazovala na komplikace spojené s poraněním páteře. Obtíže spojené s traumatem hlavy buď vůbec neuvádí nebo si je spojuje jako následek traumatu páteře. Její matka problematiku vidí reálněji. Příčinu obtíží přikládá oběma poraněním. Smrčka (2013) ve svém článku uvádí, že i po dvou letech se asi u čtvrtiny pacientů vyskytuje bolest hlavy. Vliv na intenzitu a stupňování bolesti hlavy má podle Smrčky (2013) stres, napětí a přetížení. To převážně potvrzují i respondentky.

Všechny respondentky se shodly, že jejich fyzický stav je dobrý. To je i názor členů jejich rodiny. U každé ženy zanechalo kraniocerebrální poranění různý druh komplikací a každá jim přizpůsobila svůj životní styl.

Oblast psychické problematiky.

Podle ukončeného projektu CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin (2007), sami respondenti identifikují jako nejčastější důsledky po traumatu poruchy kognitivních a exekutivních funkcí jako je například porucha paměti, pozornosti, plánování atd. Dále uvádějí poruchy řeči nebo schopnost komunikovat, změny chování a emočního prožívání. Dochází ke změně celé jejich osobnosti.

V oblasti psychické problematiky, vyplývající z rozhovorů, došlo u respondentek k nejvýznamnějším změnám. Ženy popisují svůj psychický stav jako velmi dobrý s nepatrnými změnami vlivem úrazu. Jejich rodinní členové jsou však jiného názoru. Sami na nich pozorují velké změny. Všichni příbuzní, kteří mi poskytli rozhovor se shodli, na tom že jsou respondentky mnohem výbušnější než před úrazem. Toto si reálně uvědomuje pouze respondentka č. 1. Respondentka č. 2 se v této problematice cítí labilnější a má větší sklon k pláči. Žena č. 3 nepozoruje žádný rozdíl.

Jak uvádí CEREBRUM - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin (2007), na základě jejich průzkumu, dochází u lidí po kraniocerebrálním poranění ke změně celé osobnosti. Toto tvrzení potvrzuje i matka respondentky č. 3. U její dcery došlo k celkové

změně povahy. S tím souhlasí i manžel respondentky č. 2., který o své ženě říká, že má sklon rychleji se vystresovat a její výbušnost přechází rychle v pláč. Před úrazem tomu tak nebylo.

Respondenta č. 2 vlivem traumatu prožívá častěji pocity strachu a úzkosti než před traumatem a její manžel tyto stavy potvrzuje. Stav se zhoršil diagnostikováním poúrazové epilepsie. Jeho žena začala mít větší strach z budoucnosti a o svoji budoucí roli matky. Její obavy v oblasti mateřství se nepotvrdily díky dobré péči její neuroložky. V červnu 2016 se stala matkou. To potvrzuje i Powell (2010) se ve své knize, kde se zmiňuje, o obtížném zvládnutí emočních situací, které bývají doprovázené impulzivitou, nevhodným chováním, úzkostí až psychotickými projevy u lidí po úrazech hlavy. Zbylé dvě respondentky negativní pocity popírají, což jim potvrzují i jejich příbuzní. Během rozhovoru tyto dvě respondentky působily velmi pozitivně. Jejich přístup k životu je optimistický a vzniklé komplikace berou jako součást svého života. Působily dojmem, že svůj pozitivní přístup předávají i ostatním lidem.

Schopnost učit se novým věcem z pohledu respondentek č. 1 a 2 nebyla ovlivněna prodělaným úrazem. Obě dvě v krátké době po úrazu úspěšně složily státní závěrečnou zkoušku na vysoké škole a dále se ještě vzdělávají. S tímto tvrzením souhlasí i jejich manželé. Jediné, na co upozorňuje manžel respondentky č. 2, je porušená schopnost soustředit se. Nedokáže dělat dvě věci na jednou. Během rozhovoru respondentka č. 2 působila plně soustředěně. Nebyl shledán žádný deficit v oblasti soustředění. Šlo ale o jednostranně zaměřenou činnost. U respondentky č. 3 došlo vlivem traumatu k částečnému „vymazání mateřského jazyka“. Tato komplikace ovlivnila její další setrvání na vysoké škole a musela studium ukončit. Uvádí, že má velký problém s převyprávěním textu vlastními slovy. Zprvu jí dělo problémy psaní poznámek. To bylo způsobené nedostatečnou slovní zásobou. Musela se znovu učit pojmenovávat věci a těžko hledala synonyma. Do současnosti navštěvuje logopedku a pilně pracuje na obnovení slovní zásoby. Tento problém popisují ve své knize i Lečbych a Hosáková (2014). Popsaný problém u respondentky během rozhovoru nebyl patrný. Mluvila rychle, plynule a bez parazitních výrazů. Neměla problémy s hledáním slov ani s celkovým vyjadřováním. Její matka doplňuje k této problematice i porušenou krátkodobou paměť. Občas jí nějakou věc musí vícekrát opakovat. Samozřejmě čím je její dcera unavenější, tím víc zapomíná.

Všechny respondentky jsou sami se sebou spokojeny a neuvědomují si žádný rozdíl v období před a po úraze. Manžel respondentky č. 2 upozorňuje, že jeho manželka vnímá

změny, jak v psychické, tak i tělesné oblasti. Na jejím stavu sebevědomí se to ale nijak fatálně neprojevuje. Ženy během rozhovoru působily zdravě sebevědomé a uměly si ze sebe i ze svého traumatu udělat legraci.

V této problematice kraniocerebrální poranění nejvíce ovlivnilo respondentky v oblasti psychického stavu a schopnosti učit se novým věcem.

Oblast sociální problematiky.

Ztráta práce i sociální role často postihuje pacienty po kraniocerebrálním poranění. Častokrát se nemohou z důvodu vzniklého handicapu nebo dlouhodobé rekonvalescence vrátit na svoji pracovní pozici. To také potvrzují účastníci výzkumu pořádaného sdružením Cerebrum (2007). Dalším důvodem změny zaměstnání bývá nemožnost pracovat nepřetržitě po dobu standardní osmihodinové pracovní doby. Tito lidé často trpí zvýšenou unavitelností. Tu také udávají respondentky, se kterými byl prováděn rozhovor.

Vlivem kraniocerebrálního poranění rodinného člena, se blízká rodina dostává do stresujících a zátěžových situací. To se poté projevuje i na celkových vztazích mezi rodinnými příslušníky navzájem, a mezi nimi a zraněným. Respondentka č. 2 popisuje, jak došlo na určité období ke změně ve vztahu mezi ní a její matkou. Respondentka působila dojmem, že jí v současné době chybí pečující láska její matky, protože sama uvádí, že po úraze měla ze strany matky dostatečnou pozornost, což jí vyhovovalo. Postupem času od úrazu se jejich vztah vrátil do původního vzorce. Z rozhovoru vyplývalo, že respondentce č. 2. chybí pečovatelská náruč matky, ale během rozhovoru se o tom přímo nezminila. Její manžel popisuje svoji tchýni jako sebestřednou paní. Opačný problém udávala žena č. 1. Její matka měla sklony k zvýšenému opatrování své dcery už před úrazem. Respondentce dalo velkou práci se osamostatnit. Následkem úrazu se její role opět vrátila do pozice malé holčičky. To jí nevyhovovalo a docházelo k rozporům mezi ní a její matkou. Tento stav, podle respondentčina manžela, trvá do současnosti. Bližší vztah má podle něj se svým otcem. Respondentka č. 3 a její matka se shodly, že došlo v jejich vztahu k utužení.

Hodnotová orientace je velmi individuální a rozdíl spočívá v mnoha faktorech jako jsou například věk, pohlaví, osobnost člověka přizpůsobení se sociálnímu prostředí atd. To určuje naše chování v určitých situacích, uvádí Smékal (2007) ve své publikaci. Podle žen se životní hodnoty a postoje změnily spíše věkem než vlivem traumatu. Respondentce č. 2 se změnil postoj ke slovu zdraví. Dříve to byl pro ni prázdný pojem,

ale nyní si uvědomuje, jak je důležitý. Respondentka č. 1 na prvním místě žebříčku hodnot uvádí rodinu a její zdraví. Ale nemyslí si, že je to způsobené prodělaným úrazem. Spíše její rolí matky. Jako velkou změnu popisuje mladá žena č.3. postoj k sobě samotné. Musí brát větší ohled sama na sebe. To jí pomohlo naučit se říkat „Ne“. Zmiňovanou změnu uvádí i její matka, která je za to velmi ráda. Myslí si, že v dnešní době je to potřeba. Dále u své dcery vidí změnu v její nezávislosti. Zajímavé byly odpovědi u respondentek v tomto okruhu. Podle Smékala (2007) se hodnotový systém upravuje životními zkušenostmi, proto by se dalo očekávat, že následkem zranění dojde u respondentek k jeho změně. Přesto respondentka č. 1 a 3 přisuzují změnu žebříčku hodnot spíše věku než prodělanému traumatu. Respondentka č. 2 teorii Smékala (2007) potvrzuje.

Výraznou změnu v sociálním prostředí respondentky ani jejich rodinní členové neuvádí. Postupem času od traumatu ukončily všechny tři studium a nastoupily do pracovního procesu. Změnu zažila pouze respondentka č. 2, která se následkem úrazu musela trvale vrátit z Irska, kde krátkodobě žila se svým manželem. Vztahy s přáteli se víc utužily u všech respondentek.

Respondentka č. 3 čerpá invalidní důchod prvního stupně a brigádně si přivydělává jako servírka. Omezení v pracovních činnostech pociťuje víc následkem úrazu páteře, než traumatem hlavy. Při rozhovoru uvádí pouze komplikace spojené s frakturou páteře. Až když ji byla položena doplňující otázka, zda má pocit omezení z důvodu kraniocerebrálního poranění, uvedla únavu a bolest hlavy. Tu má ale spojenou opět se zlomeninou páteře. Zbylé dvě respondentky nevnímají omezení v plnění pracovních povinností vlivem prodělaného traumatu. Manžel respondentky č. 2 uvádí větší únavnost jeho ženy. Tou jsou ovlivněny její povinnosti a musí si vše víc plánovat.

V oblasti zájmů došlo ke změně u dvou dotazovaných žen, č. 1 a 3, které před úrazem závodně sportovali. Respondentka č. 1 sportuje dál, ale pouze rekreačně. Mladá žena č. 3 sportovat úplně přestala a nyní se více věnuje společenskému životu a své práci. Respondentka č. 2 si není vědoma žádné změny v oblasti zájmů. Její manžel přiznává, že dříve jezdili více na výlety a věnovali se geocachingu. Intenzitu těchto aktivit museli následkem poranění hlavy zmírnit. Jeho žena byla často unavená. V současné době veškerý svůj čas věnují svojí osmiměsíční dceři.

Z rozhovorů vyplývalo, že respondentky nepřikládají velký význam změně ve svém životě v oblasti zájmů. Buď si našly plnohodnotnou náhradu nebo se svým zálibám věnují podle svých fyzických a psychických možností. Cerebrum (2007) ve svém výzkumu uvádí, že většině dotazovaných zbyli jen jeden až dva přátelé. Při porovnání informací získaných z rozhovorů a z projektu sdružení Cerebrum (2007), se výsledky výzkumů neshodly. Okruh přátel respondentek se nezměnil, a naopak došlo k většímu semknutí mezi nimi.

Oblast duchovní problematiky

Když člověk prodělá závažné poranění a je ohrožen na životě, je pochopitelné, že u něj dojde k přehodnocení života. Dokonce není výjimka, že nemocní přehodnotí svůj přístup k víře.

Respondentka č. 1 a 2 svůj přístup k víře vlivem traumatu přehodnotily. Nestaly se z nich vyznavačky konkrétního náboženství, ale věří. Například respondentka č. 1 uvádí, že někdo na ní dává pozor. Žena č. 2 má zase potřebu někomu děkovat, jako příklad uvádí anděly. Respondentka č. 3 pochází z ateistické rodiny, a i přes závažné poranění ateistkou zůstala. Jediné v co přiznává, že věří, je v sebe sama a ve své schopnosti.

Při celkové bilanci celého rozhovoru jsou všechny tři respondentky spokojeny se svými životy. Následkem zranění nedošlo z jejich pohledu a podle názoru jejich příbuzných k žádné fatální změně, když porovnají svůj život před a po úraze. Z rozhovorů vyplývá, že se jedná o velmi silné osobnosti, které se se svými omezeními naučily žít. Neberou následky zranění jako tragédii. I menší hendikep je motivuje k vyrovnávání se lidem bez zdravotních či psychických komplikací.

Kvalita života respondentek je do jisté míry ovlivněna kraniocerebrálním poraněním. Do jaké míry dojde k ovlivnění, záleží na osobnosti člověka a celkové podpoře blízkých a přátel. Respondentka č. 2 bohužel svůj život musela přizpůsobit poúrazové epilepsii. Obávala se, že kvůli této diagnóze nebude moci být matkou. To se naštěstí nepotvrdilo. S epilepsií se postupně sžívá. Z jejího vyprávění vyplývá, že velkou podporu dostává od svého manžela a je mu za to velmi věčná. Těžká období jí pomáhá překonávat i psycholožka, ke které pravidelně dochází. Respondentka č. 3 vnímá ovlivnění kvality života častou bolestí páteře a hlavy. Svým optimistickým přístupem a s podporou rodiny se s tímto deficitem vyrovnává. S bolestí se naučila žít. Díky ní začala více myslet na sebe

a naučila se říkat ne. Jako pozitivní hodnotí, že se intenzita bolesti nezhoršuje, takže se podle jejího názoru dá na ni zvyknout. Během rozhovoru nebylo patrné, že by se u ní vyskytla diskomfort v podobě bolesti, ale ke konci rozhovoru už se zvedla a musela se projít. Dlouhodobě sedět jí dělá velké problémy. Respondentka č. 1 vůbec nevnímá žádnou změnu v kvalitě života následkem prodělaného zranění. Sníženou sílu v levé ruce bere jako součást svoji osobnosti. Její manžel uváděl zhoršenou koordinaci pohybů, ale nemyslí si, že by to ovlivňovalo závažně kvalitu života.

Kvalita pacientů po kraniocerebrální poranění je vlivem prodělaného úrazu ovlivněna. Ze získaných informací z rozhovorů, jak z pohledu respondentek, tak i z pohledu jejich příbuzných, záleží na závažnosti a vzniklých komplikací po poranění, celkové osobnosti daného člověka a celkové podpoře blízkého okolí. Všechny tyto faktory ovlivňují schopnost nemocnému vyrovnat se s náročnou životní situací a s navrácením do běžného života.

6 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřuje na zjišťování kvality života pacientů po prodělaném kraniocerebrálním poraněním. Pro kvalitativní výzkumné šetření byly vybrány tři ženy různého věku a s různým časovým odstupem od prodělaného kraniocerebrálního poranění. Byl zvolen jeden cíl výzkumného šetření, který byl rozdělen do čtyř oblastí. Výzkumné otázky byly rozděleny do těchto oblastí. Tvorba otázek byla inspirována dotazníkovou metodou zjišťování kvality života WHOQOL -Bref.

Teoretická část se věnuje základní anatomii a fyziologii mozku, mechanickým příčinám a klasifikaci poranění mozku, diagnostice a terapii kraniocerebrálního poranění. Pro pochopení ovlivnění kvality života pacientů je důležitá kapitola neurologický a psychický deficit po kraniocerebrálním poranění. S ohledem na studium ošetrovatelského oboru je zde popsána role všeobecné sestry v péči o pacienta po poranění hlavy. V poslední kapitole teoretické části je stručně popsán pojem kvalita života a jsou zde uvedeny možnosti jejího hodnocení.

Základem praktické části diplomové práce je výzkumné šetření, které bylo prováděno formou polostrukturovaného rozhovoru se třemi ženami po kraniocerebrálním poranění a s jedním členem jejich rodiny. Ti popisují průběh celé terapie a následnou rekonvalescenci. Rozhovor doplňují o svoje prožitky, pocity a potřeby. Uvádějí i celkové ovlivnění svého života prodělaným úrazem a následnými komplikacemi. Rodinní členové líčí svoje zkušenosti během celé terapie a následné rekonvalescence. Popisují ovlivnění celkového života jejich příbuzné následkem poranění a vzniklých komplikací ze svého pohledu. Rozhovor probíhal s každým respondentem zvlášť. Odpovídali na 26 otázek. Během rozhovoru byl proveden zvukový záznam na diktafon a následně byl písemně interpretován v praktické části diplomové práce. Diskuze je zaměřena na zhodnocení jednotlivých zkoumaných oblastí, porovnávání období před a po úraze z pohledu respondentky a jejího člena rodiny. Následně porovnává výsledky z výzkumného šetření s literaturou a dostupnou studií.

Z výzkumných rozhovorů zaměřených na kvalitu života pacientů po kraniocerebrálním poranění vyplývá důležitost tohoto tématu. Spokojenost se životem a kvalitou života je závislá na množství a intenzitě vzniklých komplikací. Míra dopadu je ovlivněna osobností daného člověka a podporou blízkých osob. Rodinní členové uváděli

nedostatek informací, které se jim nedostávalo ze strany lékařů a zdravotnického personálu. Chyběla jim celková návaznost a propojenost zdravotně sociálních služeb.

Na podkladě získaných výsledků z provedeného výzkumného šetření byl vytvořen *Kapesní průvodce pro rodinu pacientů po kraniocerebrálním poranění*. Bude sloužit k dostatečné prvotní informovanosti rodinných a blízkých členů pacientů po úrazech hlavy. Pomůže s orientací v dané problematice. Dále jim poskytne informace, jak mohou být svému blízkému nápomocni a jak sami zvládat danou stresovou situaci. Po obhájení diplomové práce bude tento průvodce nabídnut Neurologické a Neurochirurgické klinice ve Fakultní nemocnici v Plzni. Kde bude k dispozici rodinám pacientů po kraniocerebrálním poranění tištěné i elektronické podobě. Na webových stránkách klinik bude zveřejněná elektronická everze Kapesního průvodce pro rodinu pacientů po kraniocerebrálním poranění.

7 LITERATURA A PRAMENY

AMBLER, Zdeněk. 2011. *Základy neurologie: učebnice pro lékařské fakulty*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262707-3.

BESEOGLU, Kerim, ROUSSAINT, Nina, STREIGER, Hans-Jakob a HÄNGGI, Daniel. 2013. Quality of life and socio-professional reintegration after mild traumatic braininjury. *British Journal of Neurosurgery*, 27 (2), 202 - 206. ISSN 0268-8697.

Ramsay scale 2009 [online]. © 2016. [Cit. 15. 2. 2017]. Dostupné z: <http://cmp-manual.wbs.cz>.

CEREBRUM *Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin*, z.s. 2013 [online]. [Cit. 15. 10. 2016]. Dostupné z: <http://www.poranenimozku.cz>.

CSISKO, Matej. 2013. Kvalita života v ošetrovatelské praxi [online]. *Sestra*. 12. [Cit. 2. 2 2017.]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz>.

ČIHÁK, Radomír. 2016. *Anatomie 3*. Praha: Grada Publishing, a. s. ISBN 987-80-247-9552-2.

ČÍŽKOVÁ, Klára, STYBOROVÁ, Marta a ŽÍLOVÁ, Tereza. 2011. *Člověk po poranění mozku na zdravotně-sociálních odborech: jak můžete pomoci?* Praha: Cerebrum - Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin. ISBN 978-80-904357-4-2.

DOSTÁLOVÁ, Květoslava. 2013. *Vědomí a poruchy vědomí v medicíně* [online]. [Cit. 8. 3. 2017]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz>.

FALTYS, Radomír a KALINOVÁ, Jana. 2010. Kranio-cerebrální trauma [online]. *Sestra*. 9. 7., 7-8. [Cit. 10. 1. 2017]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz>.

FRANKO, Martin. 2013. Kranio-cerebrální poranění [online]. *Anesteziologie a urgentní medicína*. [Cit. 10. 1. 2017]. Dostupné z: <http://ans.arim.cz>.

FREI, Jirí. 2015. *Akutní stavy pro nelékaře*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, Vydavatelství. ISBN 978-80-261-0498-8.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy: praktická příručka pro pracující v sociálních službách, dlouhodobé péči a ve speciálních školách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.

GRIM, Miloš, DRUDA, Rastislav et. al. 2014. *Základy anatomie:4 a centrální nervový systém*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-111-4.

GURKOVÁ, Elena. 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.

HÁJEK, Eduard. 2008. *Náplast při léčbě bolesti* [online]. © 2017. [Cit. 8. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.dama.cz>.

HASALÍKOVÁ, Martina. 2008. Kvalita života po kraniocerebrálním poranění či poškození mozku. *Zdravotnické noviny: orgán ministerstva zdravotnictví a ROH - ústředního výboru Svaz zaměstnanců ve zdravotnictví*, 57 (23), 12. ISSN 1805-2355.

JANÍKOVÁ, Eva a ZELENÍKOVÁ, Renáta. 2013. *Ošetrovatelská péče v chirurgii: pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4412-4.

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

KIKALOVÁ, Kateřina. 2014. *Somatologie 3- Centrální nervový systém*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4092-7.

KITTNAR, Otomar. 2011. *Lékařská fyziologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3068-4

KOUKOLÍK, František. 2002. *Lidský mozek: funkční systém, norma a poruchy*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-632-2.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

LAMBERT. 2008. RASS [online]. [Cit. 8. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.mudr.org>

LEČBYCH, Martin a HOSÁKOVÁ, Martina. 2014. *Neurologická rehabilitace kognitivních funkcí*. Učební texty pro studenty FF UP. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-244-4334-8.

LIPPERTOVÁ – GRUNEROVÁ, Marcela. 2009. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-569-7.

NAVRÁTIL, Luděk. 2012. *Neurochirurgie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2068-8.

NELLURI, Ranjith. 2015. *Acute pain management in children* [online]. © 2017. [Cit. 8. 3. 2017]. Dostupné z: <https://www.slideshare.net>.

Nemusíte snášet bolest! 2010 [online]. © 2009. [Cit. 2. 2. 2017]. Dostupné z: <http://ap.mzcr.cz>

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, TICHÝ, Jiří a RŮŽIČKA, Evžen. 2002. *Neurologie*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0502-3.

PFEIFFER, Jan. 2007. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1135-5.

POKORNÁ, Andrea. 2013. *Ošetřovatelství v geriatrici: hodnotící nástroje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4316-5.

POWELL, Trevor. 2010. *Poškození mozku: praktický průvodce pro terapeuty, rodinné příslušníky a pacienty*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-667-4.

SEIDL, Zdeněk. 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5247-1.

SMÉKAL, Vladimír. 2004. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal. ISBN 80-86598-65-9.

- SMRČKA, Martin. 2001. *Poranění mozku*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-820-2.
- SMRČKA, Martin. 2013. Kraniocerebrální poraní a možnosti následné neurorehabilitace- popis problematiky a přehled literatury [online]. *Neurologie pro praxi*. [Citace: 12. 7 2016.] Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz>
- TOMEK, Aleš et al. 2014. *Neurointenzivní péče*. Praha: Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-3386-6.
- TRACHTOVÁ, Eva, TREJTNAROVÁ, Gabriela a MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-553-2.
- TYLL, Tomáš, DOSTÁLOVÁ, Vlasta a NETUKA, David. 2014. *Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-3148-6.
- UTAMA YUDHA SETYA, Herry. 2012. *True emergency: head injury, with epidural hematoma/ cedera kepala, dengan eplidural hematom* [online]. © 2011. Dostupné z: <http://herryudha.blogspot.cz>.
- VALENTA, Jiří et. al. 2007. *Základy chirurgie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-4003-4.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
- VYTEJČKOVÁ, Renata. 2013. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné II: speciální část*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3420-0.
- ZEMANOVÁ, Jitka a ZOUBKOVÁ, Renáta. 2012. *Vybrané kapitoly z léčby bolesti*. [Online] © 2010. [Citace: 2. 2 2017.] Dostupné z: <http://projekty.osu.cz>
- ZADÁKOVÁ, Michaela. 2012. Kraniocerebrální poranění a následná rehabilitační péče. *Sestra*, 22 (7-8), 36-38. ISSN 1210-0404.

SEZNAM ZKRATEK

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
atd.....	a tak dále
CT	Počítačová tomografie (Computed Tomography)
EEG.....	Elektroencefalogram
EKG	Elektrokardiograf
EtCO ₂	End – tidal oxidu uhličitého
FLACC.....	The face, legs, activity, cry, consolability scale
GCS.....	Glasgow Coma Scale
JIP	Jednotka intenzivní péče
MANSA	Manchester Short Assessment of Quality of Life
MR	Magnetická rezonance
NGS	Nazogastrická sonda
NRS.....	Numering Rating Scale
RASS	Richmond Agitation Sedation Scale
REM.....	Rapid eye movement
SEQOL.....	schedule for the Evaluation of Individual Quality Life
SIP.....	Sickness Impact Profile
VAS	Visuální analogová škála
WHO	World Health Organization
WHOQOL.....	The World Health Organization Quality of Life

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.	48
Tabulka 2, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.	49
Tabulka 3, Zhodnocení problematiky fyzického stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.	50
Tabulka 4, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.	54
Tabulka 5, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.	55
Tabulka 6, Zhodnocení problematiky psychického stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.	56
Tabulka 7, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.	61
Tabulka 8, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.	62
Tabulka 9, Zhodnocení problematiky sociálního stavu z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.	63
Tabulka 10, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 1 a z pohledu člena její rodiny.	65
Tabulka 11, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 2 a z pohledu člena její rodiny.	66
Tabulka 12, Zhodnocení duchovní problematiky z pohledu respondentky č. 3 a z pohledu člena její rodiny.	66

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1, Vizuální analogová škála

Obrázek 2, Numerická škála

Obrázek 3, RASS SCORE

Obrázek 4, FLACC scale

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1, Glasgow coma scale

Příloha číslo 2, Škály hodnotící bolesti (VAS, NRS)

Příloha číslo 3, Škály hodnotící stav vědomí (RASS, Ramsayovo skóre)

Příloha číslo 4, FLACC

Příloha číslo 5, Informovaný souhlas s rozhovorem.

Příloha číslo 6, Otazníky k rozhovoru

PŘÍLOHA 1, GLASGOW COMA SCALE

TESTOVANÁ ODPOVĚĎ	BODY
Otevření očí	
<i>Spontánní</i>	4
<i>Na oslovení (zvuk)</i>	3
<i>Na bolest</i>	2
<i>Nepřítomno</i>	1
Nejlepší slovní odpověď	
<i>Orientovaná</i>	5
<i>Zmatená</i>	4
<i>Nepřiléhavá</i>	3
<i>Nesrozumitelná</i>	2
<i>Žádná</i>	1
Nejlepší motorická odpověď	
<i>Uposlechne příkaz</i>	6
<i>Lokalizuje bolest (ožene se)</i>	5
<i>Ustupuje, odtahuje se</i>	4
<i>Flexe horních končetin na bolestivý podět.</i>	3
<i>Extenze horních končetin na bolestivý podmět</i>	2
<i>Žádná</i>	1

Zdroj: Dostálová, 2013.

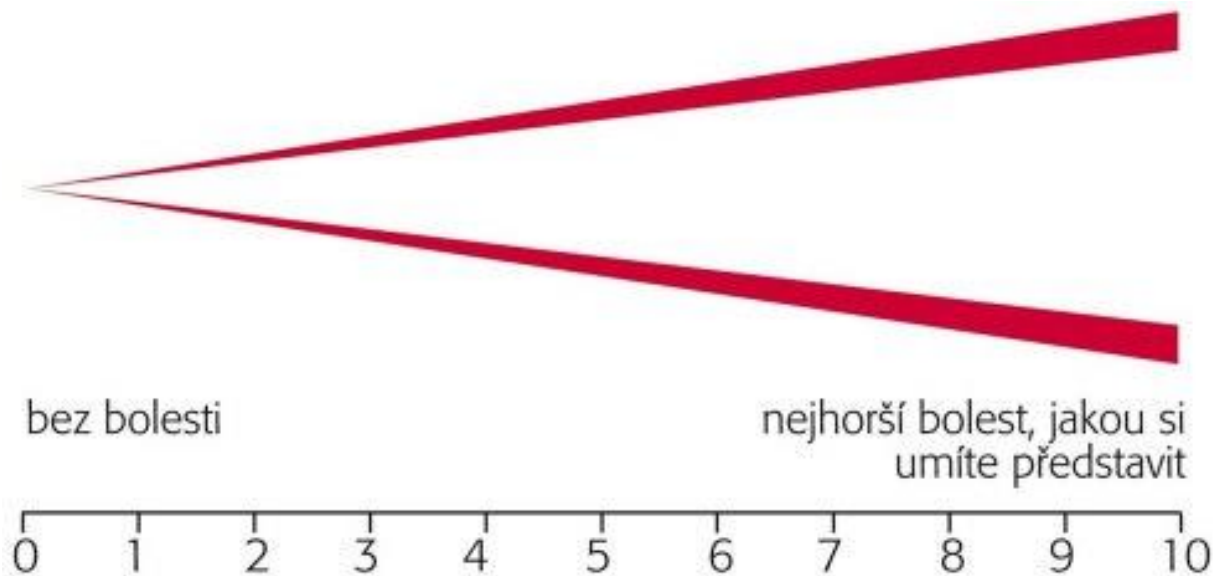
PŘÍLOHA 2, ŠKÁLY HODNOTÍCÍ BOLEST

Obrázek 1, Vizuální analogová škála



Zdroj: Nemusíte snášet bolest!, 2010.

Obrázek 2, Numerická škála



Zdroj: Hájek, 2008.

PŘÍLOHA 3, RASS, RAMSAYOVO SKÓRE

RAMSAY SCALE		
<i>Skóre</i>	<i>Popis</i>	<i>Hodnocení narkózy</i>
0	Bdělý, orientovaný.	Bdělí
1	Agitovaný, neklidný, úzkostný.	Příliš mělká
2	Bdělý, spolupracující, toleruje ventilaci.	Adekvátní
3	Spící, ale spolupracující (otevře oči na hlasité oslovení nebo dotyk)	Adekvátní
4	Hluboká sedace (reakce na bolestivý podnět)	Adekvátní
5	Narkóza (zpomalená reakce na bolestivý podnět)	Hluboká
6	Hluboké koma (žádná reakce na bolestivé podněty)	Příliš hluboká

Zdroj: Ramsay scale, 2009.

RASS SCORE

Obrázek 3, RASS SCORE

Skóre	Stav	Popis
+4	Bojovný	Očividně bojovný, násilný, bezprostředně ohrožuje personál
+3	Výrazně agitovaný	Tahá za či vytahuje invaze, agresivní
+2	Agitovaný	Časté bezcílné pohyby, zápasí s ventilátorem
+1	Neklidný	Úzkostný, ale pohyby bez známek živé agrese
0	Bdělý ale klidný	
-1	Somnolence	Není plně bdělý, ale reaguje při oslovení (otevření očí/oční kontakt >10 s)
-2	Mírná sedace	Krátké probuzení a oční kontakt na oslovení (<10)
-3	Střední stupeň sedace	Pohyb či otevření očí na oslovení (bez očního kontaktu)
-4	Hluboká sedace	Žádná odpověď na oslovení, pouze pohyb či otevření očí na fyzikální podnět
-5	Neprobuditelný	Žádná odpověď na oslovení ani fyzikální podnět

Zdroj: Lambert, 2008.

PŘÍLOHA 4, FLACC SCALE

Obrázek 4, FLACC scale

FLACC scale

Behavioral Observation Pain Rating Scale

Categories	Scoring		
	0	1	2
Face	No particular expression or smile; disinterested	Occasional grimace or frown, withdrawn	Frequent to constant frown, clenched jaw, quivering chin
Legs	No position or relaxed	Uneasy, restless, tense	Kicking, or legs drawn up
Activity	Lying quietly, normal position, moves easily	Squirming, shifting back and forth, tense	Arched, rigid, or jerking
Cry	No crying (awake or asleep)	Moans or whimpers, occasional complaint	Crying steadily, screams or sobs, frequent complaints
Consolability	Content, relaxed	Reassured by occasional touching, hugging, or talking to. Distractable	Difficult to console or comfort
Each of the five categories (F) Face; (L) Legs; (A) Activity; (C) Cry; (C) Consolability is scored from 0-2, which results in a total score between 0 and 10.			

Zdroj: Nelluri, 2015.

PŘÍHOLA 5 - OTÁZKY K ROZHOVORU

OTÁZKY K ROZHOVORU PRO RESPONDENTKU

OSOBNÍ ÚDAJE

Rok narození:

Nejvyšší ukončené vzdělání:

Základní

Vyučen/a

Střední bez maturity

Střední s maturitou

Vysokoškolské

Rodinný stav:

Svobodný

Ženatý/vdaná

Žiji v jiném partnerském svazku

Žiji odděleně

Rozvedený/á

Ovdovělý/á

Zaměstnání před zraněním: _____

Zaměstnání po zranění: _____

Počet dětí:

Žádné

Jedno

Dvě a víc

Jak se v současné době cítíte?

Výborný	Velmi dobrý	Ani špatný ani dobrý	Špatný	Velmi špatný
1	2	3	4	5

Stručný popis zranění a průběhu terapie a rehabilitace:

Problematika fyzického stavu

Jaký je Váš současný tělesný stav? Porovnejte prosím tělesný stav před a po úraze.

Máte dost energie pro Váš každodenní život? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Jak dobře spíte? Porovnejte prosím spánek před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo Váš současný fyzický stav kvalitu spánku ve srovnání před úrazem a po úraze?

Objevuje se u Vás často pocit bolesti? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Ovlivňuje Vás bolest při každodenní činnosti?

Psychická problematika

Jaký je Váš současný psychický stav? Porovnejte prosím psychický stav před a po úraze.

Prožíváte často negativní pocity (např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese)? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Jakým způsobem se změnilo Vaše psychické vnímání ve Vašem každodenním životě ve srovnání před úrazem a po úraze?

Jak moc Vás trápí pocity deprese? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo schopnost učit se novým věcem Vaše zranění ve srovnání před úrazem a po úraze?

Ovlivnilo Vaše zranění schopnost soustředit se? Porovnejte prosím schopnost soustředit se před a po úraze.

Jak jste spokojena sama se sebou? Porovnejte prosím pocit spokojenosti sama se sebou před a po úraze?

Sociální problematika

Cítíte se šťastná ve vztazích se členy rodiny? Porovnejte prosím pocit spokojenosti před a po úraze.

Změnily se vztahy ve Vaší blízké rodině následkem Vašeho zranění? Porovnejte prosím vztahy před a po úraze.

Jak jste spokojena s podporou, kterou Vám poskytuje rodina (přátelé)? Porovnejte prosím podporu před a po úraze.

Ovlivnilo zranění Vaše životní hodnoty a postoje? Porovnejte prosím hodnoty a postoje před a po úraze.

Došlo ke změně sociálního prostředí následkem úrazu (jiní přátelé, zaměstnání, ...)? Porovnejte prosím sociální prostředí před a po úraze.

Dokážete plnit své pracovní povinnosti stejně jako před úrazem? Porovnejte prosím pracovní povinnosti před a po úraze.

Máte možnost věnovat se stejným zálibám jako před úrazem? Porovnejte prosím záliby před a po úraze.

Duchovní oblast

Jak jste celkově spokojena se svým životem s ohledem na svůj tělesný, psychický stav a sociální zázemí? Porovnejte prosím spokojenost před a po úraze.

Do jaké míry Vám kraniocerebrální poranění ovlivnilo (změnilo) Váš život?

Změnil se Váš přístup k víře po úrazu hlavy? Porovnejte prosím Vaši víru před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo kraniocerebrální poranění Vaši kvalitu života? Porovnejte prosím kvalitu života před a po úraze.

Umožňuje Vám Vaše vnitřní vnímání náhled a postoj k životu vyrovnávat se se změnami vzniklými kraniocerebrálním úrazem?

Chcete mi ještě sdělit něco důležitého k celkové problematice na co jsem se nezeptala nebo co Vám osobně přijde důležité?

OTÁZKY K ROZHOVORU PRO ČLENA RODINY

Pohlaví: Muž Žena

Rok narození:

Rodinný stav:

Celkový průběh terapie a rekonvalescence z Vašeho pohledu:

Problematika prostředí

Jaký je současný tělesný stav Vaší podle Vás? Porovnejte prosím tělesný stav Vaší před a po úraze.

Má podle Vás Vaše dost energie pro každodenní život? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Jak dobře spí? Porovnejte prosím spánek před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo její současný fyzický stav její kvalitu spánku ve srovnání před úrazem a po úraze?

Objevuje se u ní často pocit bolesti? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Ovlivňuje ji bolest při každodenní činnosti?

Psychická problematika

Jaký je současný psychický stav Vaší? Porovnejte prosím psychický stav před a po úraze.

Prožívá často negativní pocity (např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost a deprese)? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Jakým způsobem se změnilo psychické vnímání Vaší v jejím každodenním životě ve srovnání před úrazem a po úraze?

Jak moc jí trápí pocity deprese? Porovnejte prosím stav před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo schopnost učit se novým věcem její zranění ve srovnání před úrazem a po úraze?

Ovlivnilo její zranění schopnost soustředit se? Porovnejte prosím schopnost soustředit se před a po úraze.

Jak je spokojena sama se sebou? Zkuste porovnat prosím její pocit spokojenosti sama se sebou před a po úraze?

Sociální problematika

Myslíte, že se cítí šťastná ve vztazích se členy rodiny? Porovnejte prosím pocit spokojenosti před a po úraze.

Změnily se vztahy ve Vaší blízké rodině následkem jejího zranění? Porovnejte prosím vztahy před a po úraze.

Je spokojena s podporou, kterou jí poskytuje rodina (přátelé)? Porovnejte prosím podporu před a po úraze.

Ovlivnilo zranění její životní hodnoty a postoje? Porovnejte prosím postoje a hodnoty před a po úraze.

Došlo ke změně sociálního prostředí následkem úrazu (jiný přátelé, zaměstnání, ...)? Porovnejte prosím sociální prostředí před a po úraze.

Dokáže plnit své pracovní povinnosti stejně jako před úrazem? Porovnejte prosím pracovní povinnosti před a po úraze.

Má možnost věnovat se stejným zálibám jako před úrazem? Porovnejte prosím záliby před a po úraze.

Duchovní problematika

Jak je celkově spokojena se svým životem s ohledem na její tělesný, psychický stav a sociální zázemí? Porovnejte prosím spokojenost před a po úraze.

Do jaké míry jí kraniocerebrální poranění ovlivnilo (změnilo) její život?

Změnil se její přístup k víře po úraze hlavy? Porovnejte prosím víru před a po úraze.

Do jaké míry ovlivnilo kraniocerebrální poranění její kvalitu života? Porovnejte prosím kvalitu života před a po úraze.

Umožňuje jí její vnitřní vnímání náhled a postoj k životu vyrovnávat se se změnami vzniklými kraniocerebrálním poraněním?

Chcete mi ještě sdělit něco důležitého k celkové problematice na co jsem se nezeptala nebo co Vám osobně přijde důležité?

PŘÍLOHA 6, INFORMOVANÝ SOUHLAS

KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ PO PRODĚLANÉM KRANIOCEREBRÁLNÍM PORANĚNÍ

STUDENT

Jméno: Markéta Herianová

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: stnova@fzs.zcu.cz

CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem studie je zhodnocení kvality života pacientů po kraniocerebrálním poranění.

Žádám Vás o souhlas s provedením rozhovoru, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam bude k dispozici pouze studentovi a vedoucímu diplomové práce a bude po kompletaci výzkumu smazán. Veškeré citace z poskytnutého rozhovoru budou pouze anonymní a budou bez vazby na Vaši osobu či rodinu. Máte možnost neodpovídat na specifické otázky a můžete kdykoliv rozhovor ukončit.

SOUHLAS S VÝZKUMNÝM ŠETŘENÍM

Já souhlasím s poskytnutím rozhovoru Bc. Markétě Herianové, který bude zaznamenán na diktafon. Jsem si vědom(a), že mohu rozhovor kdykoliv ukončit a že citace z rozhovoru budou použity pouze anonymně.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

