

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetrovatelství B 5341

Bc. Markéta Zabloudilová

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

POHLED ŠIROKÉ VEŘEJNOSTI NA KLIENTA S KVADRUPLEGIÍ

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Veronika Nykodýmová

PLZEŇ 2013

Prohlášení:

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

V Plzni dne 28.3.2013

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji MUDr. Veronice Nykodýmové, za odborné vedení práce, poskytování cenných rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat svým respondentům, že si našli čas na vyplnění mého dotazníku a pomohli mi tak realizovat potřebný výzkum.

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE	9
1.1. Anatomie a fyziologie páteře	9
1.1.1. Páteř	9
1.1.2. Obratel	9
1.1.3. Spojení na páteři	10
1.2. Anatomie nervového systému	11
1.2.1. Hřbetní mícha (medullaspinalis)	12
1.2.2. Míšní nervy	13
1.2.3. Míšní pleny	14
1.2.4. Míšní dráhy	15
1.3. Řízení volního pohybu	15
2. PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY	17
2.1. Poranění páteře	17
2.2. Poranění míchy	18
3. KVADRUPLEGIE	21
4. MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉ PÉČE O KLIENTA S KVADRUPLEGIÍ	23
4.1. Zdravotnická péče v akutní fázi po úrazu krční páteře	23
4.2. Ošetrovatelská péče o klienta s kvadruplegií v kompetenci všeobecné sestry	24
4.2.1. Péče o hygienu	24
4.2.2. Péče o vyprazdňování močového měchýře	24
4.2.3. Péče o výživu	26
4.2.4. Péče o vyprazdňování stolice	27
4.2.5. Péče o dýchací systém	27
4.2.6. Prevence dekubitů	28
4.2.7. Bolest	29
4.2.8. Prevence tromboembolického onemocnění	29
4.2.9. Rehabilitace	30
4.2.10. Psychologická problematika	31
4.2.11. Sexuální problematika	31
4.2.12. Autonomní dysreflexie	32

5.	POSTOJ VEŘEJNOSTI K LIDEM S POSTIŽENÍM.....	33
5.1.	Historický vývoj postoje společnosti k lidem s postižením.....	33
5.2.	Současný postoj společnosti k jedincům se zdravotním postižením	33
	PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
1.	FORMULACE PROBLÉMU.....	35
2.	CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU	35
3.	HYPOTÉZY	35
4.	METODIKA VÝZKUMU	35
4.1.	Vzorek respondentů.....	36
4.2.	Analýza návratnosti dotazníků	36
4.3.	Prezentace a interpretace získaných údajů	36
5.	GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT	37
6.	DISKUZE	59
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	70
	SEZNAM GRAFŮ.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	72
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73
	PŘÍLOHY	74

Anotace

Příjmení a jméno: Bc. Zabloudilová Markéta

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií

Vedoucí práce: MUDr. Veronika Nykodýmová

Počet stran: 81

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 52

Klíčová slova: kvadruplegie, poranění, mícha, míšní léze, klient, veřejnost

Souhrn: Práce se zabývá pohledem široké laické veřejnosti na člověka s kvadruplegií. V teoretické práci se zabývám anatomii páteře a míchy a jejich poraněním. Dále managementem zdravotnické péče a ošetrovatelskou péčí o klienta s kvadruplegií a nakonec pohledem veřejnosti na člověka s motorickým postižením. V praktické části se věnuji kvantitativním výzkumu na toto téma, pomocí dotazníkové metody.

Annotation

Surname and name: Bc. Zabloudilová Markéta

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: A view of the general public to the client with quadriplegia.

Consultant: MUDr. Veronika Nykodýmová

Number of pages: 81

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 52

Keywords: Quadriplegia, injury, spine, spinal cord, spinal lesion, public

Summary: The paper deals with a broad view of the general public to a person with quadriplegia. In the theoretical work deals with the anatomy of the spine and spinal cord and their injuries. In addition, management of health care and nursing care for a client with quadriplegia and eventually the public view on people with motor disabilities. The practical part is devoted to the quantitative research on the subject, using the questionnaire method.

ÚVOD

Kvadruplegie ve většině případů vzniká u mladých jedinců v rané dospělosti. U takového člověka dojde velmi náhle k naprosté změně, která ovlivní všechny oblasti jeho života. Po prodělání náročné a zdlouhavé léčby je takto omezený člověk náhle konfrontován s realitou všedního života. Na tu však není a ani nemůže být připraven. Jeho náhle vzniklé omezení mu značně ztěžuje návrat do každodenního života. Každý, a to i duševně zralý a stabilní jedinec, musí pro zvládnutí této situace využít veškeré své tělesné a duševní síly. Právě pro zdolání tohoto úkolu je pro kvadruplegika velmi důležité jeho okolí. Přijetí, či nepřijetí takto postiženého jedince společností, z velké části ovlivňuje jeho zpětnou socializaci v novém postavení.

Při psaní své bakalářské práce na podobné téma, jsem měla možnost, setkat se s několika lidmi s tímto postižením. Ti byli tak laskavi a nechali mě nahlédnout do svého soukromí a podělili se semnou o své zkušenosti. Během těchto návštěv jsem si uvědomila, jak podstatnou roli hraje okolí a vůbec celá společnost pro takto postižené. Všichni, které jsem navštívila, mají to štěstí, že jsou obklopeni skvělými rodinami, které se o ně starají a snaží se, aby v žádném ohledu nestrádali. Až když vyjedou za práh svého domova, uvědomují si svoji odlišnost. Tyto zkušenosti mne inspirovali k výběru téma mé diplomové práce „Pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií“.

Cílem mé diplomové práce je pomocí dotazníků rozdaných laické veřejnosti, zhodnotit jejich postoj k lidem s kvadruplegií. V teoretické části se věnuji anatomii páteře a míchy a jejich poškození, které je pro vznik kvadruplegie stěžejní. V další části definuji pojem kvadruplegie a přibližuji management péče o jedince s kvadruplegií. Poslední kapitolu teoretické části věnuji postojům společnosti k lidem s postižením v historickém měřítku a dnes. V praktické části jsem se zabývala sběrem a analýzou dat odpovědí veřejnosti na otázky k danému tématu. Zajímalo mě, jaký přístup a znalosti mají respondenti o klientech s kvadruplegií. Protože právě správný a informovaný přístup veřejnosti může pomoci nejen snížit četnost výskytu úrazových kvadruplegií, ale také zlepšit přístup veřejnosti k těmto lidem.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ANATOMIE A FYZIOLOGIE

1.1. Anatomie a fyziologie páteře

1.1.1. Páteř

Páteř (columnavertebrarum) je oporná a nosná osa těla chránící míchu a umožňující pohyb tělního kmene. Vzniká na základě spojení jednotlivých obratlů, dále kosti křížové a nakonec kosti kostrční. Z horní části na ní nasedá lebka, pletence horních končetin a kostra hrudníku. Na spodní část páteře jsou připojeny pletence dolních končetin. Páteř je tvořena 33 – 34 obratli, které rozlišujeme podle jejich uložení:

7 obratlů krčních (vertebraecervicales) – C1- C7

12 obratlů hrudních (vertebraethoracicae) – Th1- Th12

5 obratlů bederních (vertebraelumbales) – L1- L5

5 obratlů křížových (vertebraesacrales) – S1 – S5, tyto obratle vytváří srůstem kost křížovou (ossacrum)

4 – 5 obratlů kostrčních (vertebraecoccygeae) – Co1 – Co5, které srůstem vytvoří kost kostrční (os coccygis)

Páteř je fyziologicky zakřivena v rovině frontální a v rovině sagitální. V rovině sagitální je dvakrát esovitě zakřivena. Toto zakřivení je důležité pro větší pružnost a pevnost páteře. (1, 36)

1.1.2. Obratel

Obratle jsou složené vždy z těla, oblouku a výběžků obratlových. S výjimkou prvních dvou krčních obratlů Atlas a Axis. První krční obratel se skládá ze dvou laterálních částí spojených předním a zadním obloukem. Dvěma kloubními ploškami je spojen s kostí týlní

a malá stěna předního oblouku nasedá na trnový výběžek Axisu. Druhý páteřní obratel je tvořen trnovým výběžkem, svise skloubeným s Atlasem.

Stavba obratlů

Tělo obratle (*corpus vertebrae*) Tělo je nejmohutnější část obratle a zajišťuje jeho nosnou část, jeho velikost se mění v závislosti na typu obratle. Tělo krčních obratlů je malé a nízké, postupně směrem kраниokaudálním se těla zvětšují a mohutní. To je dáno rostoucím zatížením ve spodní části páteře.

Oblouk obratlový (*arcus vertebralis*) Oblouk obratlový odstupuje od zadní strany těla. Konvexita oblouku směřuje dozadu. Oblouk a tělo obratle spolu uzavírají otvor obratlový (*foramen vertebrale*). Oblouky obratlové po sestavení obratlů na sebe vytváří páteřní kanál (*canalis vertebralis*), kterým následně prochází hřbetní mícha.

Výběžky obratlové dělíme na výběžky trnové, příčné a kloubní. Každý z obratlů s výjimkou prvních dvou krčních mají jeden výběžek trnový, dva výběžky příčné a čtyři výběžky kloubní, které odstupují z oblouku obratlového. Výběžek trnový (*processus spinosus*) je namířen dozadu. Dva výběžky příčné (*processus transversi*) směřují do stran a čtyři výběžky kloubní (*processus articulares*) vystupující dva nahoru a dva dolů z každého oblouku.

V každém páteřním úseku mají obratle charakteristický tvar. Obratle v úseku krční páteře mají malá a nízká těla, jejich trnové výběžky se vidlicovitě rozdvíjejí a mají otvory ve výběžcích příčných. Obratle hrudní mají typické jamky sloužící pro připojení žeber a značně dlouhé trnové výběžky. Těla hrudních obratlů směrem kaudálním přibývají na výšce. Bederní obratle jsou charakteristické mohutnými obratlovými těly. Ta jsou podstatná pro nosnou funkci páteře, neboť v bederní oblasti je na tělo obratle vyvíjen nejvyšší tlak. Obratlové otvory bederních obratlů mají trojúhelníkový tvar.

1.1.3. Spojení na páteři

Spojení na páteři dělíme na:

1. Meziobratlové destičky
2. Vazy páteře
3. Meziobratlové klouby

Meziobratlové destičky (disciintervertebrales) jsou oválné chrupavčité útvary spojující plochy obratlových těl. Každá meziobratlová ploténka je tvořena vazivovou chrupavkou obalenou tuhým kolagenním vazivem, jejich stavba zajišťuje odolnost vůči vertikálně působícímu tlaku. Každý člověk má 23 meziobratlových destiček. První destička se nachází mezi druhým a třetím krčním obratlem a poslední spojuje pátý bederní obratel s prvním obratlem sakrálním. Vazivové destičky se podílí na délce páteře a tím i na výsledné výšce člověka, u dospělého člověka tvoří destičky až 25% délky páteře. Tloušťky meziobratlových destiček se zvyšují kраниokaudálním směrem, nejvyšší tloušťku mají destičky v oblasti bederní v souvislosti s rostoucím zatížením.

Vazy páteře anatomicky rozdělujeme na dlouhé a krátké vazy. Krátké vazy stabilizují každý jeden tzv. páteřní segment, který se skládá ze dvou sousedních obratlů a meziobratlové destičky. Dlouhé vazy zajišťují stabilizaci celé páteře.

Dlouhé vazy rozdělujeme na přední podélný vaz (ligamentumlongitudinaleanterius) a zadní podélný vaz (ligamentumlongitudinaleposteriu). Přední podélný vaz se upíná na přední část prvního krčního obratle a podélně pokrývá přední plochu obratlů až ke křížové kosti. Zadní podélný vaz se nachází na přední části páteře, kterou pokrývá od týlní kosti až ke kosti křížové. Krátké vazy stabilizují tzv. páteřní segment, který je tvořen páteřními sousedními obratli a ploténkou.

Meziobratlové klouby (artteriaintervertebrales) jsou významné pro pohyb sousedících obratlů a podílejí se malou mírou na nosné funkci páteře. Při pohybu, kdy je velkou součástí zapojena páteř, se meziobratlové destičky a meziobratlové klouby stávají důležitou funkční jednotkou. Zvláštní postavení má kloub atlantookcipitální a kloub atlantoaxiální. Atlantookcipitální kloub je kloub vejčitý, v němž se provádí předklon, záklon a úklony hlavy. Atlantoaxiální kloub je kloub složený, v němž se provádí rotace hlavy. (36,5)

1.2. Anatomie nervového systému

Vývoj nervové soustavy začíná již ve třetím týdnu od počátku vývoje. V ektodermu na hřbetní straně zárodku se nejprve objeví ztluštění, ze kterého následně vzniká neurální neboli medulární ploténka. Ta se následně prohlubuje v podélnou rýhu, jejíž konce se zvedají a přibližují k sobě, až dojde k úplnému spojení. Tímto spojením dochází ke vzniku neurální trubice.

Kraniální oddíl neurální trubice dává základ pro vznik mozku. V prvním kraniálním oddílu vzniknou tři rozšířené, navzájem spojené váčky. Z těchto váček, v pozdějším stádiu vývoje, vznikají tři oddíly mozku (přední, střední a zadní mozek). Zbývající část neurální trubice se dále vyvíjí a vzniká hřbetní mícha.(22,24)

1.2.1. Hřbetní mícha (medullaspinalis)

Hřbetní míchu můžeme charakterizovat jako dorsoventrálně oploštěný provazec nervové tkáně, dlouhý asi 40 – 45 cm, uložený v páteřním kanálu. Hřbetní mícha je asi 10 – 13 mm široká a váží asi 35 gramů. Horní konec hřbetní míchy začíná v oblasti týlního otvoru v týlní kosti, kde plynule přechází směrem kraniálním v prodlouženou míchu. Kaudální část hřbetní míchy u dospělého člověka končí v oblasti druhého bederního obratle. Délka míchy s délkou páteře vlivem rozdílného vývoje nekorespondují. Růst míchy se v páteřním kanálu začíná opožďovat ve vývoji asi od čtvrtého fetálního týdne plodu, do té doby sahá mícha až do kanálu kosti křížové. Posledním přímým pokračováním hřbetní míchy je v kaudálním úseku tenký provazec (filumterminale) dosahující až k peristodu druhého kostrčního obratle.

Hřbetní mícha je podobně jako páteř rozdělena na 31 míšních segmentů. 8 krčních, 12 hrudních, 5 bederních, 5 křížových segmentů a jeden segment kostrční. V krčním a bederním úseku se mícha vřetenovitě rozšiřuje a vytváří zduření (intumescenciacervicalis a intumescencialumbosacralis), tato zduření naznačují místa výstupu nervových vláken sloužících k inervaci horních a dolních končetin.

Stavba hřbetní míchy je nejčastěji popisována na příčném řezu míchou, kde lze bez nutnosti zvětšení dobře rozeznat bílou a šedou hmotu míšní. Střed míchy je tvořen centrálním kanálem, který je obklopený nejdříve šedou hmotou, která má při pohledu na příčný řez tvar motýlích křídel a následně bílou hmotou, která ji obklopuje.

Šedá hmota je tvořena převážně nervovými buňkami. Je členěna na sloupce, které se jeví v příčném řezu jako rohy. Šedou hmotu tedy rozdělujeme na přední a zadní rohy míšní. V zadních rozích míšních končí senzitivní vlákna míšních nervů. Proto při porušení zadních rohů míšních tedy dochází k výpadku všech druhů senzitivního vjemu. V předních rozích míšních jsou uloženy motoneurony, které končí na motorických ploténkách kosterních svalů a na svalových vláknech svalových vřetének a tím zajišťují jejich inervaci

– pohyb. Poškození předních rohů míšních se projeví omezením pohybu, periferní obrnou především akrálních svalů.(35)

Bílá hmota se rozprostírá okolo hmoty šedé a vytváří tak její plášť. Bílá hmota se dělí do tří tzv. provazců. Přední provazce míšní (funiculiventrales), postranní provazce míšní (funiculilaterales) a zadní provazce míšní (funiculidorsales), které jsou tvořeny nervovými vlákny, jež nazýváme míšní dráhy. V oblasti předních míšních provazců probíhají dráhy sestupné – descendentní neboli motorické. Zadní míšní provazce obsahují dráhy vzestupné – ascendentní, které nesou senzitivní informace z receptorů do nervového systému. A postranní provazce míšní obsahují ascendentní i descendentní dráhy.(34,35)

Hřbetní mícha má dvě hlavní funkce, převodní a reflexní. Funkce převodní spočívá v hybnosti a senzitivních funkcích nervového systému. Funkce reflexní zahrnuje vyprazdňovací reflexy močového měchýře a konečníku, pohlavní funkce, zornicové reflexy, reflexy pro sekreci potu a reflexy napínavé, mezi které patří např. čéškový reflex.(5,34)

1.2.2. Míšní nervy

Míšní nerv vzniká spojením předních kořenů míšních obsahujících motorická vlákna a zadních kořenů míšních obsahujících vlákna senzitivní. Ke spojení předních a zadních kořenů dochází již před východem z meziobratlových otvorů. Hřbetní mícha je složena z 31 segmentů. Z každého míšního segmentu následně vystupuje jeden pár míšních nervů příslušným meziobratlovým otvorem. Míšní nervy jsou pojmenovány stejně jako úseky páteře. Máme:

8 páru krčních nervů, vystupujících v rozsahu C1 – C8 (nervi cervicales)

12 páru hrudních nervů, vystupujících v rozsahu Th1 – Th 12 (nervi thoracici)

5 páru bederních nervů, vystupujících v rozsahu L1 – L5 (nervi lumbales)

5 párů křížových nervů, vystupujících v rozsahu S1 – S5 (nervi nervisacrales)

1 pár kostrčních nervů, vystupujících v oblasti Co (nervuscoccygeus)

Krční nervy inervují oblast horních končetin, hlavy a krku a srdce. Hrudní nervy inervují kůži a svalstvo hrudníku a zad, včetně dýchacích svalů. Bederní nervy jsou určité

pro inervaci v oblasti stehen, pánve a zevních pohlavních orgánů, Křížové nervy jsou podstatné pro inervaci svalů a kůže dolních končetin, hýžd'ových svalů a svalů hráze. Poslední pár kostrčních nervů je funkčně bezvýznamný. (22, 35,17)

První pár krčních nervů vychází z páteřního kanálu mezi prvním krčním obratlem a kostí týlní. Další páry míšních nervů vychází příslušnými meziobratlovými otvory s ohledem na rozdílnou délku páteře a míchy. Bederní a křížové nervy však musí probíhat dlouho svisle, než se dostanou k příslušnému meziobratlovému otvoru. Takto jdoucí nervy vytváří v dolní části páteřního kanálu tzv. koňský ohon (caudaequina). Významným krčním nervem je nervusphrenicus, který vystupuje v oblasti C3 – C5. Úlohou tohoto nervu je zajištění funkce bránice jako dalšího dýchacího svalu. Při poškození míchy nad touto oblastí dochází k rozvoji dechové nedostatečnosti a tím ohrožení života poraněného.(1, 35)

1.2.3. Míšní pleny

Míšní pleny jsou vazivové obaly, pokrývající centrální nervový systém. První, nejvzdálenější vrstvou od povrchu míchy je tvrdá plena míšní (dura mater spinalis). Další vrstvou uloženou pod tvrdou plenu je pavoučnice (arachnoideaspinalis) a poslední vrstvou, která se přímo dotýká míchy je měkká plena neboli cévnatá plena míšní (pia mater spinalis). Tvrdá plena míšní je dalším pokračováním tvrdé pleny mozkové. Od týlního otvoru vytváří vak, který slepě končí v úseku S2. Tvrdá plena míšní je rozdělena na dva listy. List vnitřní tvoří ochranný obal míchy a list vnější vytváří perióst páteřního kanálu. Mezi těmito dvěma listy vzniká prostor epidurální, kde v řídkém vazivu prochází žilní pleteně. Míšní pavoučnice volně pokrývá cévnatou plenu míšní, mezi nimi vzniká prostor subdurální vyplněný menším množstvím tekutiny. Cévnatá plena míšní je pevně přilnuta k povrchu míchy, je to tuhá vazivová blána. Mezi ní a míšní pavoučnicí vzniká prostor subarachnoideální, osahující míšní mok, který má odlehčovací funkci pro míchu. Pro míšní pavoučnici a cévnatou plenu míšní se souhrnně používá název měkké pleny míšní.(5,35)

1.2.4. Míšní dráhy

V míše probíhají jednak dráhy, které spojují jednotlivé míšní segmenty, tzv. dráhy spinospinální a jednak dráhy, které oboustranně spojují míchu s nadřazenými strukturami CNS a na druhé straně s efektory. Jde o dráhy ascendentní a descendentní.

Dráhy ascendentní

Jde o vzestupné dráhy míšní, které mají za úkol vedení informací směrem do vyšších etáží CNS. Mezi dráhy ascendentní patří:

Tractus spinothalamus, který vedení nervová vlákna pro bolest, částečně vlákna pro taktilní citlivost a vlákna pro pocit tepla.

Tractus spinocerebellaris vede podněty z kožních receptorů a vzruchy z interreceptorů, svalů, šlach a kloubů.

Fasciculus gracilis, fasciculus cuneatus, jde o dráhy spjaté s periferní citlivostí. Vedou vlákna pro dotyk.

Dráhy descendentní

Mezi tyto dráhy patří pyramidové a extrapyramidové dráhy.

Tractus corticospinalis anterior, lateralis – pyramidová dráha. Začíná v korovém motorickém centru v oblasti gyrus precentralis. Nezměněná vlákna vedou až k buňkám předních rohů míšních, přesně na buňky zona intermedia. Odtud jsou informace předávány vymezeným interneuronům. Pyramidová dráha je hlavní a nejdůležitější motorickou dráhou. Při jejím poškození dochází k výraznému porušení hybnosti.

Tractus rubrospinalis, reticulospinalis, vestibulospinalis, tectospinalis. Tvoří dráhy extrapyramidové, které probíhají mezi vymezenými interneurony a předními rohy míšními. Kromě jiných funkcí extrapyramidové dráhy ovlivňují svalový tonus. (19, 24)

1.3. Řízení volního pohybu

Řízení pohybu u člověka začíná v kůře mozkové, v oblasti gyrus precentralis, kde je uložen centrální motoneuron. Zde vzniká a začíná pyramidová dráha, která dále pokračuje až k předním rohům míšním. Tam dochází k předávání informací na periferní motoneuron. Periferní motoneuron začíná v předních rozech míšních velkými motorickými alfa

buňkami. Úkolem alfa buňky je inervace svalových vláken příčně pruhovaného svalstva. Soubor svalových vláken inervovaných jedním motoneuronem tvoří tzv. motorickou jednotku. Motorická jednotka je základní stavební částicí motorického systému. (3,19,24)

2. PORANĚNÍ PÁTEŘE A MÍCHY

K poranění páteře a tím i míšních nervových struktur dochází ve většině případů úrazem a jen malým procentem jsou poškození vzniklá na podkladě neúrazové etiologie, vlivem cévního, degenerativního, nádorového nebo jiného onemocnění. Nejčastějšími úrazy jsou pády, dopravní nehody nebo sportovní úrazy.(2,4,53)

2.1. Poranění páteře

Samotné poranění páteře nemusí vždy znamenat současné poškození míchy. Vždy záleží na konkrétním poranění, výšce poranění a dalších okolnostech vzniku poranění. Mezi poranění páteře řadíme distorzi a subluxaci meziobratlových kloubů, zlomeniny obratlových těl, kominutivní zlomeniny, zlomeniny obratlových výběžků a zlomeniny obratlových oblouků.

Distorze a subluxace meziobratlových kloubů je ve většině případů pouze lehké zranění. Dochází k natržení až roztržení kloubního pouzdra a vazivového aparátu. K tomuto poranění dochází nejčastěji v oblasti krčních obratlů, neboť je tato část páteře nejpohyblivější.

Zlomeniny obratlových těl dělíme na stabilní a nestabilní. Vznikají na základě působení násilí v podélné ose páteře, za současného předního nebo zadního ohnutí páteře. Při těchto zlomeninách může dojít vlivem kostních úlomků k útlaku nervových struktur. Mezi zlomeniny obratlových těl patří také kominutivní zlomeniny, které vznikají přímým působením násilí z dorzální strany páteře. U tohoto typu poranění je velká pravděpodobnost současného poranění míchy. Kompresivní zlomenina obratlů vzniká pádem z výšky, anebo u starších lidí, hlavně žen, vlivem dekalifikace v období klimakteria. Může vzniknout i vlivem malého traumatu. Úsek s největším rizikem vzniku kompresní zlomeniny je dolní hrudní a bederní část páteře. Kompresivní zlomenina může postihnout i více obratlů současně.

Zlomeniny příčných a trnových výběžků nepatří mezi závažná poranění páteře a většinou ani neohrožují míšní struktury. Léčba těchto poranění často vyžaduje pouze

klidový režim a podávání analgetik. Operační terapie je indikována například v případech, kdy kostní úlomky ohrožují okolní struktury. Etiologie vzniku těchto zlomenin je různá, ke zlomenině může dojít i nekoordinovaným pohybem svalů.

Zlomeniny obratlových oblouků patří mezi závažné stavy, avšak jejich vznik není tak častý. Při poškození obratlového oblouku dochází k útlaku míšních struktur, a tak ke vzniku míšní léze. Tato zlomenina je indikována k operačnímu výkonu za účelem dekomprese míchy.(3, 4, 16)

2.2. Poranění míchy

Poranění míšní můžeme rozdělit na reverzibilní a ireverzibilní. Mezi reverzibilní poranění patří komoce a kontuze míšní. Ireverzibilní poranění dále můžeme rozdělit na kompletní a inkompletní. Pokud se jedná o inkompletní poškození objevují se v některých oblastech pod úrovní poškození známky motoriky a cití. Mezi inkompletní řadíme Brownův – Sequardův syndrom, přední centrální a zadní míšní syndrom a traumatický syndrom Kaudy. Kompletním poraněním míchy je úplná transversální míšní léze.

Míšní komoce – představuje poměrně lehký úraz míchy. Jde o reverzibilní krátkodobý stav, ke kterému dochází při nárazu a následnému otřesu míchy v páteřním kanálu nebo při subluxaci ploténky s její okamžitou repozicí. Při komoci míchy nedochází k žádným morfologickým změnám a tento stav brzy odeznívá.

Míšní kontuze – zprvu nelze jasně rozeznat od komoce. Vzniká nejčastěji při úrazech páteře se současným poraněním obratlů nebo meziobratlových destiček. V případě, že je mícha potvrzeně utlačena, ale nepřerušena, je nemocný ihned indikován k operační dekompresi, aby nedocházelo k míšnímu edému. Reparace kontuze míchy je nadějná a to v případě, že nebyla zasažena pevnými částmi z okolních struktur.

Brownův – Sequardův syndrom – jde o soubor příznaků, které se projeví v souvislosti s tzv. míšní hemisekcí, tedy poškozením jedné poloviny míchy. K tomuto poranění může dojít při penetrujících poraněních nebo poruchách cévního zásobení. Příznakem je stejnostranná porucha ztráty hybnosti a propriocepce, na straně opačné je patrná porucha citlivosti pro termické podněty, bolest a zůstává zachováno cití pro lehký dotyk. Toto

poranění je poměrně vzácné a má relativně dobrou prognózu. Po prodělání léčby je naděje, že nemocný bude schopen nezávislého pohybu.

Centrální míšní syndrom - vzniká nejčastěji na podkladě hyperextenzního poranění v úseku krční páteře. Motoricky více postihuje horní končetiny. V případě, že centrální míšní syndrom není provázen nestabilitou páteře, léčba spočívá v konzervativním přístupu. Prognóze poranění je poměrně dobrá, po prodělání léčby se dobře upraví hybnost dolních končetin. Úprava návratu drobné motoriky horních končetin je individuální, avšak asi 50% nemocných je po prodělání rehabilitační terapie schopno samostatného pohybu.

Přední míšní syndrom – jde o uzávěr přední míšní tepny, ke kterému může dojít v případě útlaku kostním fragmentem nebo výhřezem ploténky. U tohoto poranění je zachováno vedení zadními míšními provazci, tedy polohocit, hluboké a diskriminační cití je neporušeno. U poranění předních míšních provazců je při diagnostice pomocnými zobrazovacími metodami nemocný často indikován k dekompresní operaci. Při správné léčbě a rehabilitaci dochází u nemocných ke zlepšení cití, avšak návrat pohybových schopností má nízkou pravděpodobnost.

Zadní míšní syndrom – jde o výjimečný stav, který se projevuje bolestí a parestézií trupu a horních končetin. Motorické dráhy jsou jím minimálně postiženy. Může docházet k parézám horních končetin.

Kořenové syndromy – jde o poškození míšních kořenů způsobené kompresí. Dochází k výpadkům motoriky a cití v různých segmentech.

Traumatický syndrom kaudy – jde o přerušení nebo kompresy caudaequina. K tomuto stavu dochází při úrazech v oblasti pod obratlovým tělem L2. U jedince dochází k chabé paraplegii dolních končetin a ztrátě kontroly nad sfinktery. U tohoto syndromu je možná regenerace.

Transverzální míšní léze – jde o stav úplného příčného přerušení míšních struktur. Pod úrovní léze dochází k výpadku všech kvalit. Nejsou zachovány ani senzorké a ani motorické funkce. Léze v krčních míšních segmentech je nejčastější příčinou vzniku kvadruplegie. (2,3,6)

Všechna výše uvedená poranění řadíme mezi primární poranění míchy, která vznikají v momentě vzniku úrazu. Sekundární poranění míchy je způsobeno autodestruktivními mechanismy, které začnou na míchu působit po vzniku primárního poškození.

Míšní šok. Během míšního šoku dochází k přerušení vedení aferentních i eferentních míšních drah, jde tedy o období somatické a autonomní areflexie v segmentech pod úrovní transverzální míšní léze. Délka trvání míšního šoku je u každého nemocného individuální,

ale ve většině případů se pohybuje okolo 8 maximálně 12 týdnů. Po jeho odeznění dochází k návratu svalového tonu, objevují se iritační pyramidové jevy a šlachookosticové reflexy. Míšní šok se projevuje globální anestezií, poruchou termoregulace, areflexií, bradikardií, poruchou vylučovacích funkcí ledvin, plegií, atonií, areflexií střev a močového měchýře, hypotenzí a hyperglykemií. Etiologie míšního šoku není zcela známá, ale jistě se na jeho vzniku podílí otok poraněných nervových struktur, ischemie a vyplavení zánětlivých mediátorů blokujících nervový přenos. (24,6)

Úrovně léze určujeme v souvislosti s motorikou:

Pentaplegie – vzniká na základě léze nad úrovní C4, u nemocného dochází k ochrnutí horních, dolních končetin, trupu i hlavního dýchacího svalu bránice

Kvadruplegie – vniká při lézi v úrovni od C5 do Th1, podle přesné lokalizace míšní léze dochází k paréze horních končetin a plegii dolních končetin a trupu.

Peraplegie – Vzniká při lézích v úrovni míšních segmentů od Th2 – L3. U jedince dochází k plegii dolních končetin, funkce horních končetin zůstává zachována. Podle výše léze je zachována také inervace zádoových svalů a dalších svalů trupu.

Paraparéza – Jde o poranění v úrovni bederní intumescence. U jedince je zachována inervace horních, dolních končetin a svalů trupu. Při této úrovni poranění dochází k denervaci rektálního svěrače, a různých oblastí dolních končetin, například vnitřní strany stehien. (15,16)

Protože mícha má rozdílnou délku než páteř, je v praxi pro diagnostiku míšního poranění užíváno Chipaultovo pravidlo: obratlové trny v horní části krční páteře odpovídají segmentům míchy. Trny v dolní krční páteři odpovídají míšním segmentům+1. V horní části hrudní míchy odpovídají trny míšním segmentům +2. V dolní části hrudní páteře odpovídají trny míšním segmentům +3. Do výšky trnu obratle Th10 sahají segmenty Th12 – L1. Trnu jedenáctého hrudního obratle odpovídají segmenty L2 – L3. K trnu dvanáctého hrudního obratle odpovídají segmenty L4 – L5. Do výšky trnu prvního bederního obratle sahají segmenty sakrální a segment coccygeální. (24)

3. KVADRUPLEGIE

Kvadruplegie nebo dnes také často užívaný pojem tetraplegie je úplné ochrnutí dolních končetin, trupu a podle lokalizace míšní léze také částečně ochrnutí horních končetin. Kvadruplegie vzniká nejčastěji na traumatickém podkladě vlivem úrazu, násilí nebo nehody, kdy dochází k poškození míchy v cervikálním úseku. Člověk s úplnou míšní lézí v krční oblasti hřbetní míchy přichází o veškerou volně motorickou a senzitivní schopnost v částech těla inervovaných pod úrovní léze. (6,33)

Při míšní lézi nad úsekem C4 dochází k přerušení inervace bránice jako hlavního dýchacího svalu, pomocí nervus phrenicus. Tento stav bezprostředně ohrožuje jedince na životě. Dochází k zástavě dýchání a smrti. Ve výjimečných případech se díky velmi rychlému zásahu záchranářů a napojení na umělou plicní ventilaci podaří nemocnému zachránit život. Nemocní s tak vysokou míšní lézí jsou doživotně odkázáni na umělou plicní ventilaci, což velmi ovlivňuje jejich kvalitu života.

U míšní léze v úseku C4 – C5 je již zachována inervace bránice, převládá tedy samostatné brániční dýchání. Umělá plicní ventilace je indikována pouze v akutní fázi po vzniku míšní léze, vzhledem k náhlé změně dýchacích stereotypů u nemocného při výpadku inervace pomocných dýchacích svalů. Při míšní lézi v této lokalizaci má jedinec úplnou centrální plegii horních i dolních končetin a je zcela závislý na péči druhé osoby po dobu 24 hodin denně.

U míšní léze v úseku C6 – C7 je již zachována lepší inervace horních končetin. Přebývá periferní či smíšená paréza horních končetin a plegie dolních končetin. Nemocný již dokáže zvednout ruce v ramenu. Při správné rehabilitaci a za použití dostupných kompenzačních pomůcek dokáže základní sebezpečí jako je sebenasyčení, toaletu ústní dutiny nebo česání.

U míšní léze v oblasti C8 – Th1 je přítomna periferní paréza horních končetin a plegie dolních končetin. Nemocný má již kromě pohybu v ramenu a flexe v lokti zachovánu inervace i musculus triceps brachii, proto je schopen většího rozsahu pohybů horní končetiny v lokti. Stále však chybí pohyblivost prstů horních končetin, proto musí být pomůcky jako např. kartáček na zuby, hřeben nebo příbor speciálně upraven. Nemocný s míšní lézí v této lokalizaci již dokáže obsluhovat běžně mechanický vozík, základní

úkony sebezpečí, jako je toaleta horní poloviny těla, sebenasycení apod. Přetrvává stále pouze brániční dýchání. (19,24, 6)

4. MANAGEMENT ZDRAVOTNICKÉ PÉČE O KLIENTA S KVADRUPLEGIÍ

4.1. Zdravotnická péče v akutní fázi po úrazu krční páteře

K prvnímu setkání člověka po úrazu krční míchy se zdravotnickou péčí dochází již za krátkou dobu přímo na místě vzniku úrazu. První kdo poskytuje péči je záchranář nebo lékař rychlé záchranné služby, která je přivolána k místu neštěstí. Záchranář nebo lékař na místě u těžkého úrazu vždy počítá s poškozením páteře, a to tak dlouho, dokud nebude takové poranění vyloučeno, z toho také vychází i jejich první kroky. Lékař ještě na místě stanoví rozsah neurologické poruchy neboť jen asi 10% lidí po úrazu krční páteře je v bezvědomí, takže v častějších případech může lékař získat důležité informace o mechanismu úrazu, bolestech nebo ztrátě citlivosti apod. Po velmi opatrném vyproštění, je-li tomu třeba, je nemocný zajištěn a transportován do nejbližšího traumacentra. Během převozu je ideální, aby byl pro fixaci krční páteře použit límec typu Philadelphia nebo stiff-neck a nebo transportní lehátko s oporou v oblasti hlavy a krční páteře tak, aby nedošlo k nežádoucím pohybům v oblasti krční páteře. Nejvhodnějším typem transportu je využití letecké záchranné služby, kdy je zmírněn počet otřesů a výrazně zkrácená doba transportu. Pacienti s poraněním páteře a míchy mají vysoké riziko vzniku dechových komplikací, proto by také měli mít záchranáři možnost použít během transportu napojení pacienta na umělou plicní ventilaci.

Po přijetí nemocného do nemocničního zařízení, nejlépe specializovaného traumacentra nebo spinální jednotky, což zlepšuje objektivně pozdní výsledky, podstupuje nemocný celou řadu diagnostických vyšetření pro stanovení co nejpřesnější diagnózy a celkového obrazu o stavu nemocného. Kromě laboratorních vyšetřovacích metod podstoupí nemocný RTG, CT nebo vyšetření magnetickou resonancí. Pro zjištění a sledování rozsahu a závažnosti poranění míchy se s úspěchem celosvětově používá tzv. ASIA scóre neboli standard neurologické klasifikace poranění míchy. Vyšetření udává stupeň motorické a senzitivní odezvy v předem definovaných oblastech lidského těla. Vyšetření motorické úrovně probíhá pomocí odezvy klíčových svalů v určitých oblastech inervovaných míšními segmenty

4.2. Ošetrovatelská péče o klienta s kvadruplegií v kompetenci všeobecné sestry

Ošetrovatelská péče o klienta s kvadruplegií je zaměřená na biologickou, psychickou, sociální i spirituální část jedince. Jde o holistický přístup, díky němuž chápeme jedince jako celek s neoddelitelnými částmi. Klient s kvadruplegií je podle výšky míšňí léze téměř zcela odkázán na péči druhé osoby, proto péče o takového člověka spočívá v zajištění hygienické péče, výživy, vyprazdňování, prevenci dekubitů, podávání léků, rehabilitaci a v péči o psychiku nemocného.(27,29)

4.2.1. Péče o hygienu

Pocit čistoty a tedy potřeba hygienické péče patří mezi základní předpoklady pro celkovou pohodu každého člověka. Každodenní provádění hygienické péče navíc slouží k podpoře a ochraně zdraví jedince. Přínos hygienické péče je definován ve třech rovinách, bio – psycho – sociální. Biologicky působí hygiena na ochranu organismu. Psychologicky ovlivňuje pozitivní emoce člověka a jeho celkovou pohodu. Sociálně je hygiena podstatná pro bezproblémové navázání mezilidských vztahů. (47)

V akutní fázi je hygiena pacienta s krční míšňí lézí prováděna dle jeho aktuálního stavu na lůžku. V dalších dnech podle možností je vhodnější provádět hygienu za použití mobilní vany v koupelně mimo pokoj, a tím zajistit vyšší intimitu nemocného. Při hygienické péči je také nezbytná současná péče o dutinu ústní, vlasy i nehty. V dalších fázích od vzniku míšňí léze za spolupráce s fyzioterapeuty a ergoterapeuty se zdravotníci snaží podpořit soběstačnost pacienta v oblasti hygienické péče, kterou nemocného podle výše léze nechají provádět samostatně. U celkové koupele je však u nemocného vždy potřeba asistence druhé osoby.(44,49)

4.2.2. Péče o vyprazdňování močového měchýře

V akutní fázi po vzniku poranění dochází vlivem míšňího šoku stejně jako v případě gastrointestinálního traktu k tonii a areflexii močového měchýře. Moč je měštnána v močovém měchýři, který je přeplňován a nadměrně rozepínán, což nevratně poškozuje

jeho stěny. Pro derivaci moči je ihned po přijetí nemocného k hospitalizaci volena metoda permanentního močového katétru. U pacientů s míšní lézí je v akutní fázi předpoklad pro dlouhodobou derivaci moči, proto je doporučeno časně odstranění PMK a zavedení punkční epicistostomie. Po odeznění akutní fáze je vhodné převedení pacienta na metodu derivace zvanou ČIK – čistá intermitentní katetrizace. Po úplném odeznění míšního šoku u jedince dochází k návratu nervové komunikace mezi primárním centrem močení a močovým měchýřem. Moč v močovém měchýři při určité hladině podráždí nervová zakončení, která vedou informaci do primárního centra. To vyšle informaci pro relaxaci svaloviny močového měchýře, čímž dojde k vyprázdnění jeho obsahu. Vypuzení moči však nedokáže jedinec volně ovlivnit.

Ošetrovatelská péče o klienta se liší v souvislosti se zvolenou metodou evakuace v akutní fázi a následně dle zvolené metody jímání moči po odeznění fáze míšního šoku. PMK je zaveden po dobu určenou standardy jednotlivých oddělení. Doba zavedení by však neměla překračovat 14 dní. Derivace moče pomocí PMK je riziková v souvislosti se vznikem infekce a s tím spojenými dalšími komplikacemi. U mužů navíc může vlivem katétru docházet k zánětům pohlavních cest. Proto je tato metoda doporučována pouze v akutní fázi po vzniku míšní léze. Péče o PMK spočívá v pravidelné výměně katétru i sáčků určených k jímání moče. Aseptický přístup a eliminace zbytečného rozpojení systému. Samozřejmostí je správná hygienická péče o genitál.

Vhodnější metodou pro dlouhodobou derivaci moče je provedení punkční epicistostomie. I u této metody zůstává riziko vzniku infekce a tvorby konkrementů, avšak eliminuje otlak a poškození močové trubice a u mužů snižuje riziko vzniku zánětu pohlavních cest. Péče o epicistostomie spočívá v péči o místo vývodu katétru z močového měchýře. Dochází zde k porušení integrity kůže, proto je nezbytná stejná péče jako v případě převazu aseptické rány.

U všech močových katétrů musíme kontrolovat jejich průchodnost, abychom v případě jejich nefunkčnosti předešli poškození močového systému, a tak vzniku například autonomní dysreflexie. Nejvhodnější metodou pro derivaci moče je ČIK. Tato metoda spočívá v pravidelné katetrizaci močového měchýře. Při správném provedení má tato metoda minimum rizik. ČIK by se měla provádět v pravidelných intervalech, přičemž by obsah moči vypuštěné v jedné dávce, neměl přesahovat 300 – 400 ml. Neboť jinak dochází k poškození stěn močového měchýře.

Dříve využívané metody, jako například močení břišním lisem či tlakem na podbřišek, nejsou v současné době příliš doporučovány, neboť nedojde k úplné derivaci moče a vlivem rezidua dochází ke vzniku infekce.

Metody využívané k jímání moče jsou u mužů kondomové urinály a v případě obou pohlaví lze použít vložných plen či plenkových kalhotek. Metody jímání moče jsou určeny těm pacientům, u nichž po reflexním vymočení nezůstává v močovém měchýři reziduum. Močové urinály jsou speciálně upravené prezervativy napojené na sběrné sáčky. Nevýhodou vložných plen či plenkových kalhotek je možnost vzniku opruzenin a množení bakterií a kvasinek, které způsobují urologické či gynekologické záněty. U mužů dochází při užití plenkových kalhotek ke zvýšení teploty genitálu a tím k jeho zánětům a dalším komplikacím (7,9)

4.2.3. Péče o výživu

V akutní fázi je gastrointestinální trakt ovlivněn míšním šokem, který upravuje nároky na péči v prvních dnech až týdnech od vzniku míšní léze. V akutní fázi je trakt ovlivněn atonií až areflexií. V prvních dnech je nejvhodnější zajištění výživy parenterální cestou. Nejpoužívanější a nejvhodnější roztoky živin v současné době jsou tzv. all – in – one, které obsahují vyvážený poměr živin. V dalších dnech dle individuálního stavu pacienta volíme enterální výživu sondou nebo při předpokladu dlouhodobého podávání výživy dáváme přednost zavedení PEG – perkutánní endoskopické gastrotomie. Tímto způsobem je pacientovi podávána strava bolusově. V současné době se k tomuto účelu podávají přípravky s vyváženým obsahem živin, např. Nutrison. V časně fázi po odeznění míšního šoku a zlepšení zdravotního stavu nemocného jej převádíme na perorální běžnou stravu. Strava by měla být pestrá s obsahem vlákniny a bílkovin, jejichž snížená hodnota zapříčiňuje zhoršení hojení. U kvadruplegiků zpočátku podává stravu zdravotnický personál, ale v průběhu léčby se společně s ergoterapeuty snaží naučit klienta sebenasycení. Soběstačnost v této oblasti je u lidí s kvadruplegií individuální, což souvisí s výškou míšní léze a celkovým stavem nemocného. Ergoterapeuti se snaží s použitím speciálně upravených přístrojů v co největší míře podpořit soběstačnost člověka s kvadruplegií. (39,42)

4.2.4. Péče o vyprazdňování stolice

Střevní funkce je řízena parasympatickým a sympatickým nervovým systémem. Vlivem míšňí léze dochází k převaze funkce parasympatiku a tím k hypotonii až atonii střev. Z tohoto důvodu dochází k městnání stolice ve střevních pasážích. Péče o vyprazdňování v této fázi spočívá v pravidelné evakuaci střevního obsahu pomocí nálevů v intervalech nejlépe každý den či obden. Při podávání klyzma sestra dbá vysoké opatrnosti, neboť komplikace spojené s vyprazdňováním mohou být příčinou vzniku autonomní dysreflexie. K evakuaci střevního obsahu je nevhodnější metodou klyzma, neboť je to jediný způsob dostatečné evakuace střevního obsahu ze všech postižených pasáží.

Po odeznění míšňího šoku je u nemocného rozvinut obraz tzv. reflexního střeva. Podobně jako u reflexního vyprazdňování močového chýře. Stolice v ampule rektální vyvolává nervová dráždění. Jakmile dosáhne intenzita impulzu určité hodnoty, přichází impuls z primárních center pro defekaci v míšňích segmentech S2 – S4 a dojde k relaxaci rekta, řitního svěračce a střevo se vyprázdní.

Cílem ošetrovatelské péče o střevo je tedy podpora evakuace 3 – 5x týdně. K dosažení tohoto cíle je třeba dodržovat správný dietní režim, obsahující dostatečné množství vlákniny a tekutin. Péči o střevo spojenou s vyprazdňováním je vhodné plánovat v určité denní dobu, neboť je tak možné vytvořit návyk. K podpoře vyprázdnění můžeme využít různé metody, např. vypití horké tekutiny, polknutí jídla asi 30 minut před plánovanou defekací, digitální stimulaci rekta či aplikaci stimulans ve formě čípku. Součástí komplexní péče o střevo je také pravidelná hygiena oblasti konečníku.(7,11)

4.2.5. Péče o dýchací systém

Dýchání patří mezi základní předpoklady lidské existence. Dechové obtíže u kvadruplegika jsou způsobené přerušením inervace pomocného dýchacího svalstva a při míšňích lézích nad úsekem C4, také přerušením inervace bránice a tím zástavě spontánního dýchání. Pacienti s míšňí lézí v úseku nad segmentem C4 jsou indikováni k zavedení tracheostomické kanyly a napojení na umělou plicní ventilaci. Kvadruplegický nemocný je ohrožen vznikem atelektáz a bronchopnemonií. Péče o dýchací systém proto spočívá v důkladné a pravidelné toaletě dýchacích cest a dechové rehabilitaci.

Dechová rehabilitace kvadruplegika využívá mnoha metod. Nejčastěji rehabilitační pracovníci s klienty praktikují dechovou gymnastiku, modifikované techniky s dechovými pomůckami, usilovný výdech nebo autogenní drenáž. Ke zlepšení plicní ventilace lze využít i dalších metod, aerosolové terapie nebo využití pronační polohy, která umožňuje lepší ventilaci postižených okrsků plic. U nemocných s indikovanou tracheostomickou kanylou k zajištění dlouhodobé ventilace spočívá ošetrovatelská péče v šetrné hygieně a pravidelném aseptickém převazování kanyly. (7,14)

4.2.6. Prevence dekubitů

Jde o místní ischemické poškození tkáně (pokožky, škóry, podkožního vaziva, svalů, případně sliznic a podslizničního vaziva). Místo vzniku bývá ve většině případů ostře ohraničeno, avšak jeho okraje mohou být tzv. podminovány. Rozsah dekubitu tedy může být o mnoho větší, než se jeví při vnějším pohledu. Dekubity patří mezi časté a závažné komplikace postihující nemocného po poškození míchy. Vhodnou péčí a předcházením vzniku dekubitů, kromě zdravotního stavu u pacientů, zlepšujeme také soběstačnost, sociální vztahy nebo kvalitu života. Neboť všechny tyto oblasti také ovlivňuje přítomnost dekubitů.

Mechanismem vzniku dekubitů je tlak působící na tkáň ležící nejčastěji mezi kostní prominencí a podložkou u níž dochází k zástavě krevního oběhu a odumření tkáně. Kromě tlaku se na mechanismu vzniku podílí také třecí síly během manipulace s nemocným, střížné síly, např. v poloze vsedě nebo vlhkost při inkontinenci apod. Místa ohrožená vznikem dekubitů se mění v souvislosti s polohou nemocného. V poloze na zádech jsou predilekčním místem paty, sakrální oblast, lopatky, lokty a trn obratle C7. V poloze na bohu se jedná o oblast hřebene kosti kyčelní, vnějšího kotníku nebo spánkové krajiny. V poloze na břiše mohou být ohroženy oblasti kolen, ramen, trnů kosti kyčelní nebo čelo.

U jedinců s míšní lézí je riziko vzniku dekubitů vysoké. Vlivem neurologického postižení je u jedince s míšní lézí velmi snížená odolnost tkání vůči tlaku. Během fáze míšního šoku může dojít ke vzniku dekubitu už do jedné hodiny. Běžná doba působení tlaku na tkáň pro vznik proleženin je uváděna v rozsahu jedné až šesti hodin.

Prvním klinickým příznakem vzniku dekubitů je zčervenání pokožky v místě působení tlaku. Červené zbarvení poté přechází do fialové, což je již první známkou nekrózy. Dříve než u kůže, dochází k rozvoji nekrózy u podkoží, svalů a tukových buněk, neboť jsou k ischemizaci citlivější. Fialová barva kůže se později mění na černou escharu následkem

nekrózy. U těžkých dekubitů může nekróza kromě měkkých tkání postihovat také periost a příslušné kostní prominence.

Na vzniku dekubitu se podílejí jak vnější, tak vnitřní faktory. Mezi vnější faktory patří dlouhodobý tlak, neopatrná manipulace během péče o pacienta a chemické poškození kůže potem, močí a stolicí. Mezi vnitřní faktory patří snížená hydratace, výživa, snížení svalového tonu a porucha neurologických řídicích funkcí a citlivosti. Prevence vzniku patří mezi základ ošetrovatelské péče. Personál provádí pravidelné polohování nemocného, a to nejdéle po dvou hodinách během dne i noci. Při mobilizaci nemocného během den na vozík, je třeba brát v úvahu rizika vzniku dekubitů v sedací oblasti. Proto je třeba střídat lůžko a vozík. Mezi další prevenci patří předcházet jak vnějším tak vnitřním faktorům.(12,21,37)

4.2.7. Bolest

Bolest je u nemocných s míšní lézí častým fenoménem. Její výskyt ovlivňuje nemocného v akutní i chronické fázi. Bolest u nemocného zhoršuje jeho spolupráci a vede ke stavům strachu, úzkosti a stresu. Pokud si nemocný stěžuje na bolest, pak by monitorace bolesti měla probíhat v pravidelných intervalech pomocí vizuálních škál. Sestra zaznamenává intenzitu i charakter bolesti do dokumentace. Problémem u kvadruplegických nemocných je přítomnost fantomových vjemů v oblastech pod úrovní míšní léze. Často se jedná o pocity křečí, mravenčení, změny teploty či pohyby končetin. Důležité je pacientově bolesti věnovat pozornost, někdy pomáhá změna polohy nebo i jen rozhovor. Pokud takové intervence nepomáhají, je třeba přistoupit k předepsané medikamentózní léčbě analgetiky. (13,20)

4.2.8. Prevence tromboembolického onemocnění

Nemocní s míšní lézí jsou velmi predisponovanou skupinou pro vznik tromboembolických komplikací. Kromě mnoha faktorů ovlivňujících vznik těchto komplikací u běžné populace, jsou u nemocných s míšní lézí přidruženy další komplikace týkající se náhlého snížení rychlosti průtoku krve v cévním řečišti, ztráta cévního tonu a díky ztrátě motorické funkce také nemožnost využití svalové pumpy apod. Incidence tromboembolických komplikací u nemocných s míšní lézí bez profylaxe je vysoká.

Tromboflebóza postihuje hluboký žilní systém, zdravý člověk pocítí bolest v místě vzniku na rozdíl od lidí s kvadruplegií, u nichž je diagnostika omezena ztrátou senzitivity. Při diagnostice lékař sleduje barvu, otok, žilní kresbu a pulzaci. Pokud jsou přítomny alespoň tři příznaky je tromboflebóza téměř jistá. Samozřejmostí v diagnostice je při vyšetřování využití zobrazovacích technik. Mezi nejvýznamnější faktory podílející se na vzniku tromboembolických komplikací u kvadruplegiků patří omezení dechové aktivity a tím snížení nitrohruďního tlaku. Negativní nitrohruďní tlak hraje výraznou roli v udržování venózního krevního proudění nasáváním krve do hrudníku při každém vdechu. Vlivem míšňní léze je však hlavně v akutní fázi tato funkce velmi omezena.

Prevence vzniku tromboembolických komplikací rozdělujeme na specifické a nespecifické. Mezi nespecifickou prevencí ředíme péči o hydrataci, vysazení léčiv ovlivňujících vznik těchto komplikací, jako jsou antikoncepce a také rehabilitaci, bandáže dolních končetin, mobilizaci apod. Mezi specifickou prevencí patří podávání nejčastěji nízkomolekulárního heparinu, např. Fraxiparine nebo Clexan. Dávku vždy určuje lékař podle laboratorních výsledků. (21,23)

4.2.9. Rehabilitace

Ucelená rehabilitační péče je proces, který by měl umožnit lidem se zdravotním postižením co nejlepší začlenění do aktivního života. Skládá se z léčebné rehabilitace, pracovní rehabilitace a rehabilitací pedagogicko – výchovných a sociálních. Všechny složky rehabilitace jsou důležité pro komplexní péči. Léčebná rehabilitace je však nejdůležitější složkou, která spadá do kompetence zdravotnických pracovníků, fyzioterapeutů a ergoterapeutů. Proces rehabilitace začíná v co nejkratší době od vzniku úrazu. Prvotní péče spočívá v prevenci vzniku komplikací a sekundárních změn. Součástí je dechová rehabilitace nebo prevence vzniku kontraktur. V postakutní fázi jsou pacienti překládáni na jednotky specializovaných rehabilitačních ústavů, např. v Kladrubech, Hrabyni nebo Luže – Košumberk. Tam je jim péče individuálně přizpůsobena pro co nejlepší podporu soběstačnosti, vhodný a rychlý návrat do běžného života.

Součástí rehabilitace kvadruplegiků je také protetika. Díky vhodným kompenzačním pomůckám se snažíme podpořit maximální možnou soběstačnost klienta s kvadruplegií. Mezi nejdůležitější kompenzační pomůcky patří mechanické nebo elektrické vozíky, které umožňují takto omezeným lidem alespoň částečně zpětnou socializaci. (25,27,45)

4.2.10. Psychologická problematika

Přístup a způsob řešení náhlé náročné životní situace je u jedinců s kvadruplegií vždy individuální. Tak závažný stav jednak může nemocného motivovat k lepším výkonům a přehodnocení svých názorů, nebo může dojít u nemocného k naprosté rezignaci a negaci vůči veškerým intervenčním přístupům. Kromě psychologické a podpůrné péče o jedince je důležité zaměřit se na podporu rodiny. Pacienti, kteří měli možnost prodělat léčbu v některé ze specializovaných spinálních jednotek, mají oproti těm, co tuto možnost neměli výhodu neboť stav jejich i celé rodiny měli možnost konzultovat s odborným psychologem, který jim pomohl v adaptaci na novou situaci. Toto přizpůsobení probíhá podobně schématu adaptace na nemoc dle Kübler- Rossové – 1 šok, 2 hněv a vzpoura, 3 vyjednávání, 4 deprese a smutek, 5 rezignace, 6 přijetí postižení.

Pro práci s lidmi, překonávající takto náročnou životní situaci, byly vypracovány speciální přístupy krizové intervence. Používají je nejen psychologové, ale na specializovaných spinálních jednotkách se na nich podílí všechen zdravotnický personál pro co nejvyšší podporu psychického stavu nemocného. (8,26,48)

4.2.11. Sexuální problematika

Sexuální problematika u člověka s kvadruplegií je velmi individuální a závisí na mnoha faktorech. Náhle vzniklý úraz a rozvoj kvadruplegie může často vést k rozpadu partnerských vztahů a to především u jedinců mladšího věku. Úrazy s následným rozvojem kvadruplegie se týkají hlavně mladších mužů v produktivním věku, pro které má tato oblast velký význam. Proto je právě u těchto nemocných velmi podstatná spolupráce se sexuologem. Tak mohou kvadruplegici získat dostatečné množství informací o této problematice. Spolupráce se sexuologem je zaměřena na dvě oblasti. Zlepšení kvality erekce a v případě snahy o početí na získání a zlepšení kvality spermatu. Potíže s erekcí jsou běžným důsledkem transverzální míšní léze. Centra zajišťující erekci jsou uloženy v míšních segmentech S2 – S4 a Th12 – L1. U kvadruplegických pacientů je zachována možnost dosažení reflexní erekce, která však rychle opadá a tak muž není schopen realizovat kvalitní pohlavní styk. Tato dysfunkce je u kvadruplegických mužů řešena nejprve perorální léčbou moderní generací inhibitorů PDE5. Mezi které patří například

přípravky Viagra, Cialis nebo Levitra. Další možností je intrakavernózní aplikace Prostaglandinu, například přípravkem Caverjet nebo použití podtlakového přístroje. Poslední možností je implantace penilní protézy. Kromě problémů s erektilní dysfunkcí mají tito muži také problémy s vymizením ejakulace. Sperma se musí získávat uměle, pomocí elektroejakulace. Kvalita spermatu je v prvních ejakulátech nízká, proto se v případech pokusů o početí musí elektroejakulace provádět opakovaně. Příčinou špatné kvality spermií je jejich stáza ve varlatech nebo močové infekce.

Kvadruplegické ženy problémy v oblasti sexuální apetence nebo sexuálního styku netrpí. Ale i tak potřebují dostatek informací v této oblasti. Pravidelná menstruace se vyskytuje stejně jako před vznikem úrazu. Důležitá je u kvadruplegických žen žijících ve vztahu volba vhodné antikoncepce, neboť gravidita je nežádoucí stav, spojený s mnoha riziky, a to jak pro ženu, tak pro dítě. (6,8)

4.2.12. Autonomní dysreflexie

Autonomní dysreflexie je život ohrožující stav, který se může, rozvinou u lidí s krční míšní lézí, včetně nebo nad úsekem Th6. U jedince dochází k náhlému a výraznému zvýšení krevního tlaku. K rozvoji autonomní dysreflexie může dojít až po odeznění míšního šoku. Mezi příznaky patří výrazné zvýšení systolického i diastolického krevního tlaku, pulzující bolesti hlavy, zrudnutí kůže nejvíce v oblasti obličeje, ramenou a krku. Dále edém nosních sliznic, pocení, piloerekce, poruchy srdečního rytmu, zostřené vidění nebo skvrny v zorném poli. Celý stav je provázen strachem a úzkostí nemocného.

Na vznik autonomní dysreflexie se podílejí jakékoliv iritační nebo bolestivé podněty pod úrovní míšní léze. Nejčastější příčiny jsou stimuly močové nebo střevní, které způsobí reflexní sympatickou vazokonstrikci. Mezi podněty z močového systému patří přeplněný močový měchýř, uroinfekce, urolithiáza nebo nefrolithiáza. U gastrointestinálního traktu jde o vředy, žlučové kameny, apendicitidu, zácpu nebo hemoroidy. Mezi další stimuly patří vznik dekubitů, popáleniny, pohlavní styk. U mužů může autonomní dysreflexii zapříčinit ejakulaci, infekce pohlavních orgánů nebo komprese skrota. U žen může být příčinou menstruace, těhotenství nebo porod.

Důležité je, aby byl ošetřující personál poučen o příčinách, rizicích a příznacích autonomní dysreflexie proto, aby dokázal tento stav rychle rozpoznat a urgentně řešit. (10, 40)

5. POSTOJ VEŘEJNOSTI K LIDEM S POSTIŽENÍM

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým stejně jako celá společnost procházel velkým vývojem. Ale ani v současné společnosti není postavení lidí se zdravotním postižením zcela bez problémů a stále se vyvíjí. (52)

5.1. Historický vývoj postoje společnosti k lidem s postižením

Nejstarší lidská společnost postrádala základní mravní normy. Základní dodržovanou zásadou bylo porovnávat dobré a špatné pro společnost podle toho, jak to tu společnou posiluje či naopak. Podle těchto zásad bylo zacházeno i s jedinci s postižením, neboť jejich přítomnost byla posuzovaná jako oslabení životaschopnosti skupiny nebo celé společnosti. Taková společnost se proto téměř vždy zbavovala jedinců s postižením fyzickou likvidací, opuštěním nebo vyloučením. Nejčastější zmínky o zacházení se zdravotně postiženými nacházíme již ve starověkém Řecku, a to ve Spartě, kde „shazovali“ postižené ze skály nebo v Římě kde je odkládali tzv. „trans Tiberi“ což znamená za řeku, kde byli odsouzeni ke smrti hladem. Některé kočovné národy své tělesně postižené přímo fyzicky nelikvidovali, nechávali je na minulých stanovištích, kde bez pomoci druhých velmi záhy zahynuli. Severské národy se svých postižených a zraněných zbavovali při různých rituálních obřadech. Ani řada jiných starověkých společností se nechovala jinak. Fyzická likvidace zejména jedinců s vrozeným postižením pokračovala i ve středověku. Někteří církevní reformátoři nebo filosofové té doby, považovali takto narozené děti za zroence ďábla bez nároku na život. Změny postojů k jedincům s postižením začaly přicházet díky náboženské filozofii. Ta se postavila proti kultu těla a prosazovala lásku k bližnímu, povinnost pomoci slabším a potřebným, a soucit s trpícím. V této době začaly poskytovat pomoc lidem s postižením kláštery, chudobince, chorobince a špitály. (18,32)

5.2. Současný postoj společnosti k jedincům se zdravotním postižením

První zákonná péče o jedince s postižením byla založena na charitativním přístupu začátkem roku 1601 v Anglii. Ale ani dnešní společnost nepřistupuje k lidem s postižením

jako k naprosto sobě rovným. Obecně lze říct, že i v současné společnosti je nejvyšší hodnotou dobrá tělesná i duševní kondice jedince a neporušené zdraví. Tato hluboce zakořeněná norma má tedy stále ve vztahu mezi společností a lidmi se zdravotním postižením velký vliv.

Pohled současné takzvané moderní společnosti na osoby se zdravotním postižením se nepřilíš liší, ať už se jedná o osoby s mentálním postižením nebo tělesným. Obecně lze říct, že jakékoliv zdravotní postižení je pro většinu část společnosti automatickým předpokladem k zařazení takto postiženého člověka do oblasti sociální péče, charit a podobných aktivit. Postoj jednotlivců je samozřejmě individuální, ovlivněný výchovou, informovaností, osobní zkušeností, prostředím a mnoha dalšími faktory. Největším problémem je však informovanost, předsudky a mýty. Postoje lidí vycházejí z informací získaných z doslechu, díky nimž, hlavně v tomto případě, zastávají negativní postoj vůči lidem se zdravotním postižením, jako jsou i lidé s kvadruplegií. Velký problém společnosti je neochota ke změně těchto názorových stereotypů, které nesou velkou měrou podíl na chování a případně diskriminování osob se zdravotním postižením.

Negativní postoje k lidem s motorickým postižením zřejmě vychází z hodnotového zaměření současné společnosti. Výkon, image a úspěšnost člověka jsou základními kritérii úspěšnosti jedince ve společnosti. Tato kritéria však člověk s kvadruplegií jen těžko splňuje a proto je často společností vyčleňován. Vztah a postoj k lidem se zdravotním postižením, a tím i kvadruplegiků, odráží kulturnost a vyspělost celé společnosti. Současným trendem zdravotnických organizací, dalších sdružení a odborníků, je zpětné začleňování lidí se zdravotním postižením mezi zdravou populaci. Tyto snahy jsou realizovány pomocí speciálních vzdělávacích programů a rekvalifikačních kurzů pro lidi se získaným pohybovým postižením, kteří již nemohou vykonávat dosavadní povolání. (18,41,50)

PRAKTICKÁ ČÁST

1. FORMULACE PROBLÉMU

Tématem praktické části diplomové práce je problematika informovanosti, názorů a postojů laické veřejnosti na klienty s kvadruplegií.

2. CÍL A ÚKOL PRŮZKUMU

Cílem průzkumného šetření, je objasnit skutečný úhel pohledu laické veřejnosti na klienty s kvadruplegií.

3. HYPOTÉZY

H1: Předpokládám, že více jak 60% respondentů nezná význam pojmu kvadruplegie.

H2: Předpokládám, že více jak 60% z celkového počtu respondentů se nezajímá o problematiku lidí s motorickým postižením.

H3: Předpokládám, že více jak 60% respondentů nezná rizika a příčiny vzniku kvadruplegie.

H4: Předpokládám, že více jak 40% respondentů má kladný přístup k lidem s pohybovým postižením jako je kvadruplegie

4. METODIKA VÝZKUMU

Na základě tématu mé diplomové práce jsem si pro výzkumnou část vybrala metodu kvantitativního výzkumu. Na začátku výzkumného procesu jsem stanovila 5 hypotéz, podle kterých jsem následně sestavila dotazníkové otázky. Celkem jsem v dotazníku použila 20 otázek. Využití dotazníku jsem zvolila pro oslovení širokého spektra respondentů, a tím získání dostatečného množství informací pro validitu výzkumu. Před rozdělením konečné verze dotazníku jsem provedla pilotní studii, díky které jsem měla

možnost ověřit si, zda jsou mnou položené otázky srozumitelné a pochopitelné. Na základě této pilotní studie jsem dotazník upravila a rozdělila na dvě části. Použité otázky v dotazníku jsou uzavřené, otevřené i polouzavřené. (28,31)

4.1. Vzorek respondentů

Pro co nejvyšší objektivnost průzkumu, jsem rozdala dotazníky širokému spektru laické veřejnosti. Šetření probíhalo zároveň v šesti městech, a to v Kralovicích, Aši, Chebu, Klatovech, Děčíně a Plzni. Respondenti v jednotlivých městech se lišili jak pohlavím, tak věkem i vzděláním z důvodu co nejobjektivnějšího pohledu na veřejnost jako celku.

4.2. Analýza návratnosti dotazníků

Pro celkový počet dotazníků k uskutečnění výzkumu, jsem si stanovila návratnost alespoň 160 dotazníků. Celkem jsem respondentům rozdala 200 dotazníků. Zpět jsem získala 176 dotazníků, z nichž jsem pro neúplnost nebo nerespektování pravidel odpovědi dle pokynů uvedených v úvodu dotazníku musela 11 dotazníků vyřadit. Celkem jsem tedy zpět získala 165 dotazníků použitých k výzkumu, což představuje 83% návratnost.

4.3. Prezentace a interpretace získaných údajů

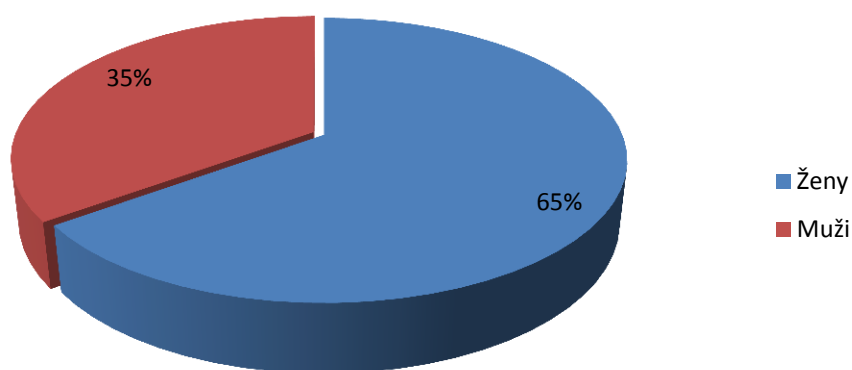
Při vyhodnocení získaných údajů z dotazníků jsem vycházela z absolutní a relativní četnosti. Výsledky jsem graficky znázornila a pomocí grafů jsem uvedla relativní četnost v procentech. Pro lepší přehlednost a orientaci jsem u každé otázky vytvořila také tabulku, kde jsou odpovědi respondentů zaznamenány v absolutní četnosti, tedy v celých číslech.

5. GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DAT

První část dotazníku

Otázka č. 1: Vaše pohlaví?

Graf 1, Pohlaví respondentů



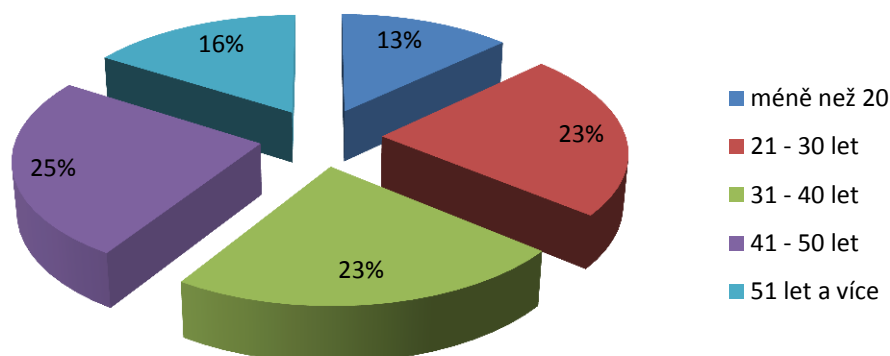
Tabulka 1, Pohlaví respondentů.

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost
Žena	107
Muž	58
Celkem	165

Z celkového počtu 165 respondentů odpovědělo na mnou vytvořený dotazník 107 žen (65%) a 58 mužů (35%).

Otázka 2, Váš věk?

Graf 2, Věk respondentů.



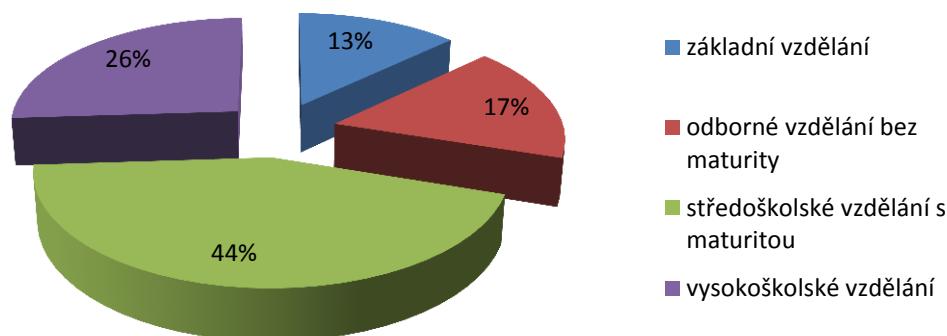
Tabulka 2, Věk respondentů.

Věk respondentů	Absolutní četnost
Méně než 20 let	22
21 – 30 let	37
31 – 40 let	37
41 – 50 let	42
51 let a více	27
Celkem	165

Věk respondentů byl rozdělen do 5. kategorií. Ve věku méně jak 20 let odpovědělo celkem 22 respondentů (13%). Nejvíce dotazovaných bylo ve věku mezi 41. – 50. lety, celkem 42 respondentů (25%). Druhou nejobsáhlejší skupinou respondentů byli lidé ve věkové kategorii mezi 31. – 40. lety, celkem 37 respondentů (23%) a 21. – 30. lety, celkem 37 respondentů (23%). Následovala skupina ve věku 51 let a více zastoupená celkem 27 respondenty (16%).

Otázka č. 3: Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 3, Dosažené vzdělání respondentů.



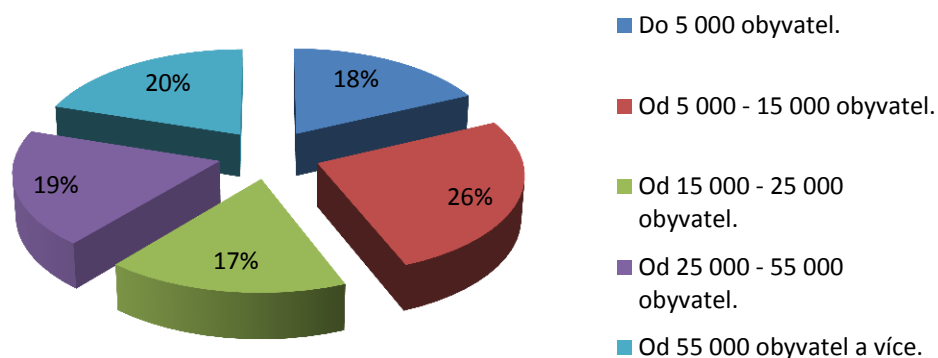
Tabulka 3, Dosažené vzdělání respondentů.

Dosažené vzdělání respondentů	Absolutní četnost
Základní vzdělání	22
Odborné vzdělání bez maturity	28
Středoškolské vzdělání s maturitou	72
Vysokoškolské vzdělání	43
Celkem	165

Dosažené vzdělání bylo rozděleno do 4 skupin. Dotazník vyplnilo nejvíce respondentů se středoškolským vzděláním s maturitou v celkovém počtu 72 (44%). Dále následovaly skupiny s vysokoškolským vzděláním s počtem 43 (26%) respondentů a odborným vzděláním bez maturity s počtem 28 (17%) respondentů. Poslední možnost zvolilo 22 (13%) respondentů se základním vzděláním.

Otázka č. 4: Jak velké je Vaše město z hlediska obyvatel?

Graf 4, Velikost města respondentů z hlediska obyvatel.



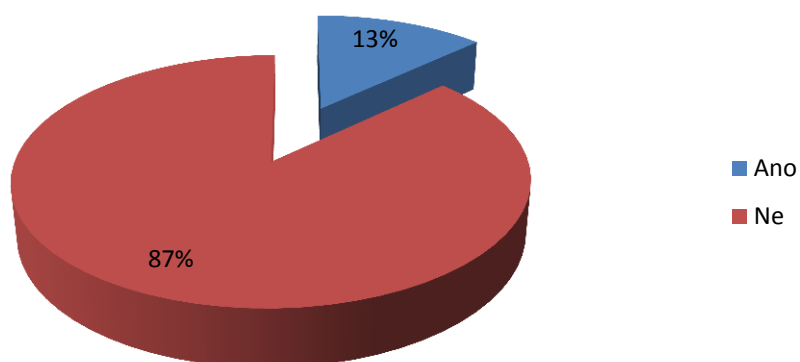
Tabulka 4, Velikost města respondentů z hlediska obyvatel.

Velikost města z hlediska obyvatel	Absolutní četnost
Do 5 000 obyvatel	30
Od 5 000 – 15 000 obyvatel	42
Od 15 000 – 25 000 obyvatel	29
Od 25 000 – 55 000 obyvatel	31
Od 55 000 obyvatel a více	33
Celkem	165

V otázce číslo čtyři si respondenti vybírali z pěti kategorií, v jak velkém městě bydlí co do počtu obyvatel. Možnost do 5 000 obyvatel zvolilo celkem 30 (18%) respondentů. Dále se výzkumu zúčastnilo 42 (26%) respondentů z měst o velikosti od 5 000 – 15 000 obyvatel, 29 (17%) respondentů z měst o velikosti 15 000 – 25 000 obyvatel a 31 (19%) respondentů z měst o počtu obyvatel od 25 000 – 55 000. Poslední kategorii od 55 000 obyvatel a více vybralo 33 (20%) respondentů.

Otázka č. 5: Víte co znamená pojem kvadruplegie?

Graf 5, Znalost pojmu kvadruplegie.



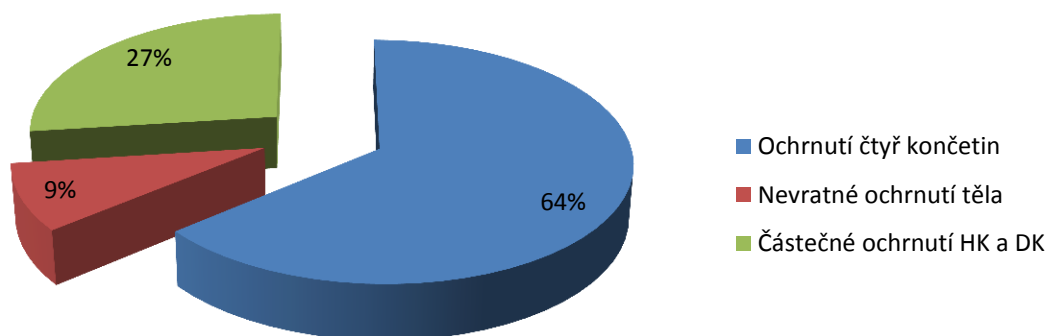
Tabulka 5, Znalost pojmu kvadruplegie.

Pojem kvadruplegie	Absolutní četnost
Ano	22
Ne	143
Celkem	165

V dotazníku zvolilo na otázku číslo pět celkem 143 (87%) respondentů odpověď NE a 22 (13%) respondentů odpověď ANO. Pokud dotazovaní odpověděli na tuto otázku ANO, následně v otázce číslo šest vysvětlili, co znamená pojem kvadruplegie.

Otázka č. 6: Vysvětlete pojem kvadruplegie?

Graf 6, Vysvětlení pojmu kvadruplegie.



Tabulka 6, Vysvětlení pojmu kvadruplegie.

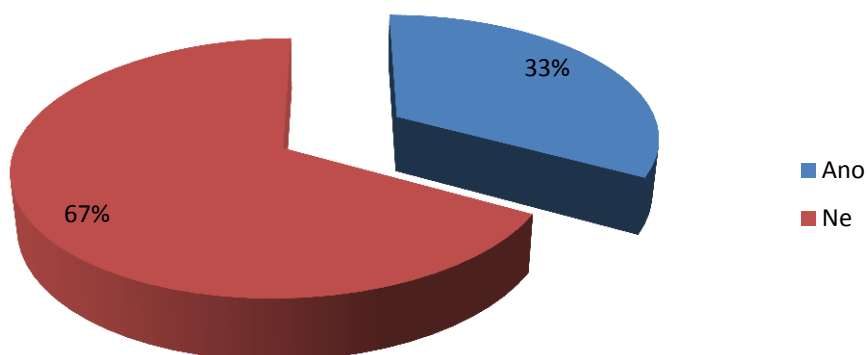
Vysvětlení pojmu kvadruplegie	Absolutní četnost
Ochrnutí čtyř končetin	14
Nevratné ochrnutí těla	2
Částečné ochrnutí HK a úplné DK	6
Celkem	22

V otázce číslo pět uvedlo 22 (13%) respondentů ANO, a tím se na ně vztahovala otázka číslo šest, vysvětlit pojem kvadruplegie. Všechny uvedené odpovědi byly podobné a lišily se jen jinou terminologií. Všech 22 odpovědí bylo správných. Na odpovědi byla vytvořena tabulka a graf, ve kterém je uvedeno 22 respondentů jako 100%.

Druhá část dotazníku

Otázka č. 7: Zajímáte se o problematiku lidí s pohybovým postižením?

Graf 7, Zájem respondentů o lidi s pohybovým postižením.



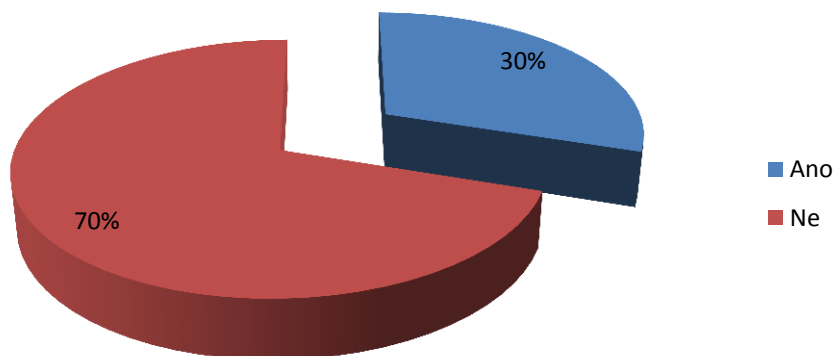
Tabulka 7, Zájem respondentů o lidi s pohybovým postižením.

Zájem respondentů o lidi s pohybovým postižením	Absolutní četnost
Ano	54
Ne	111
Celkem	165

V další otázce se o problematiku lidí s pohybovým postižením zajímá a odpovědělo ANO 54 (33%) respondentů a odpověď NE zvolilo 111 (67%) respondentů.

Otázka č. 8: Znáte někoho z Vašeho okolí u koho vlivem úrazu nebo nemoci došlo k rozvoji nějakého pohybového postižení?

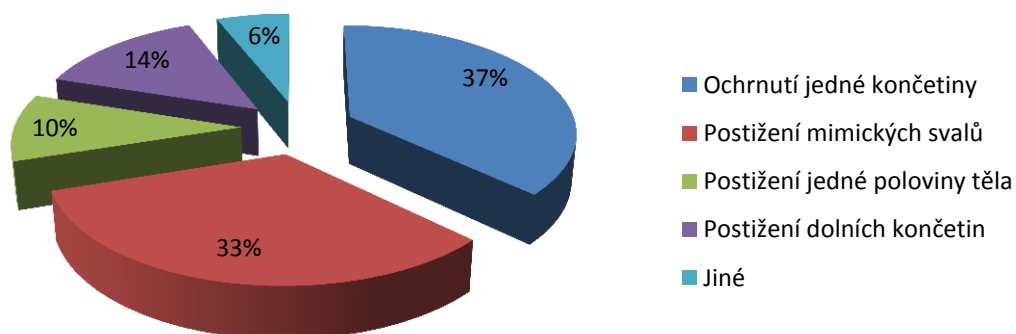
Graf 8a, Interakce s lidmi s pohybovým postižením.



Tabulka 8a, Interakce s lidmi s pohybovým postižením.

Interakce s lidmi s pohybovým postižením.	Absolutní četnost
Ano	49
Ne	116
Celkem	165

Graf 8b, Odpověď Ano, příčiny vzniku pohybového postižení.



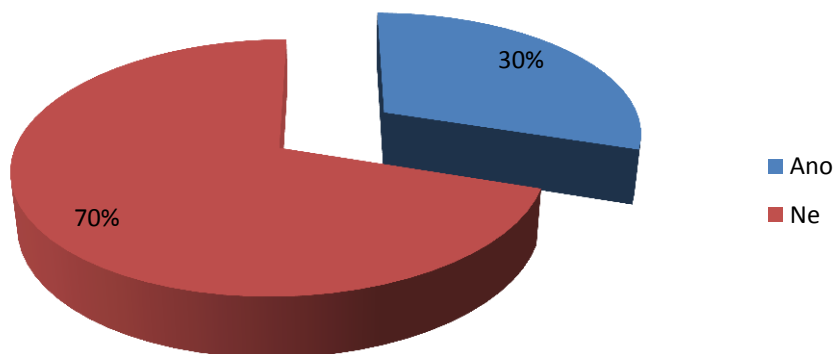
Tabulka 8b, Odpověď Ano, příčiny vzniku pohybového postižení.

Úrazy	Absolutní četnost
Ochrnutí jedné končetiny	18
Postižení mimických svalů	16
Postižení jedné poloviny těla	5
Postižení dolních končetin	7
Jiné	3
Celkem	49

Respondenti odpovídali, zda znají někoho ze svého okolí, kdo přišel úrazem nebo vlivem nějaké nemoci k rozvoji pohybového postižení. Pokud zvolili odpověď ANO, uváděli, o jaké postižení jde. Na otázku odpovědělo ANO 49 (30%) respondentů a odpověď NE zvolilo 116 (70%) dotazovaných.

Otázka č. 9: Setkal/a jste se již někdy dříve s pojmem kvadruplegie?

Graf 9, Osobní zkušenost respondentů s pojmem kvadruplegie



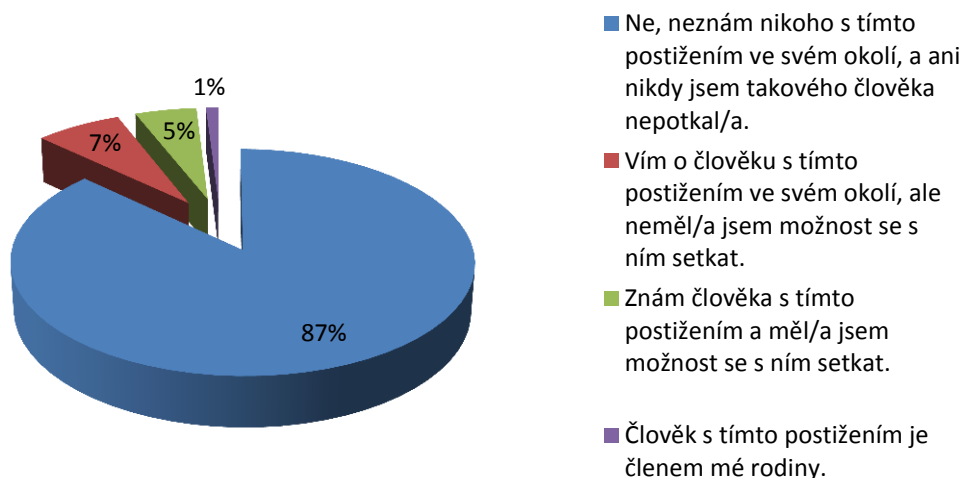
Tabulka 9, Osobní zkušenost respondentů s pojmem kvadruplegie.

Osobní zkušenost respondentů s pojmem kvadruplegie	Absolutní četnost
Ano	49
Ne	116
Celkem	165

S pojmem kvadruplegie se setkalo 49 (30%) respondentů s odpovědí ANO a 116 (70%) respondentů odpovědělo NE, nesetkali.

Otázka č. 10: Znáte ve svém okolí někoho s tímto postižením?

Graf 10, Interakce s kvadruplegiky ve svém okolí.



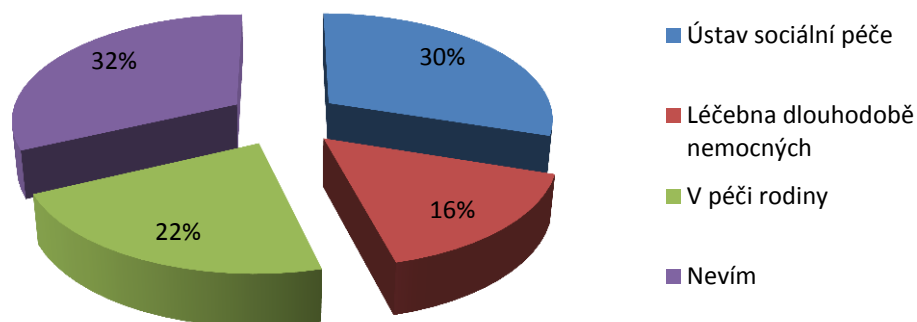
Tabulka 10, Interakce s kvadruplegiky ve svém okolí.

Interakce s kvadruplegiky ve svém okolí	Absolutní četnost
Ne, neznám nikoho s tímto postižením ve svém okolí, a ani nikdy jsem takového člověka nepotkal/a.	143
Vím o člověku s tímto postižením ve svém okolí, ale neměl/a jsem možnost se s ním setkat.	12
Znám člověka s tímto postižením a měl/a jsem možnost se s ním setkat.	8
Člověk s tímto postižením je členem mé rodiny.	2
Celkem	165

V otázce číslo deset, byli respondenti dotazováni, zda mají ve svém okolí člověka s kvadruplegií. Respondenti mohli vybírat ze čtyř odpovědí. Odpověď Ne, neznám nikoho s tímto postižením ve svém okolí, a ani nikdy jsem takového člověka nepotkal/a zvolilo 143 (87%) respondentů. Vím o člověku s tímto postižením ve svém okolí, ale neměl/a jsem možnost se s ním setkat zvolilo 12 (7%) respondentů a odpověď znám člověka s tímto postižením a měl/a jsem možnost se s ním setkat vybralo 8 (5%) respondentů. Poslední možnost byla, Člověk s tímto postižením je členem mé rodiny tu zvolili 2 (1%) respondenti.

Otázka č. 11: Kde myslíte, že převážně žijí lidé s tímto postižením?

Graf 11, Umístění lidí s kvadruplegií.



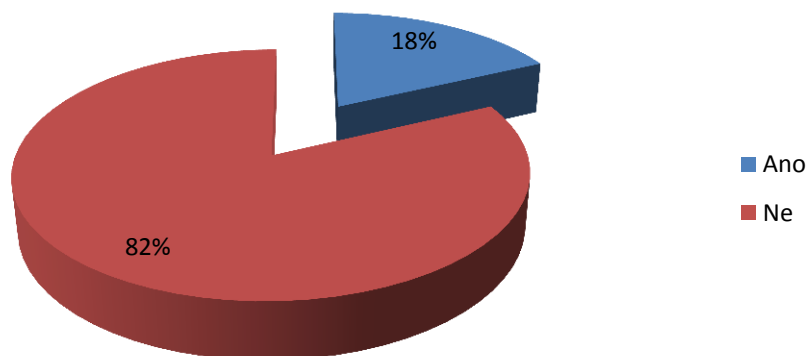
Tabulka 11, Umístění lidí s kvadruplegií.

Umístění lidí s kvadruplegií.	Absolutní četnost
Ústav sociální péče	49
V péči rodiny	36
Léčebna dlouhodobě nemocných	27
Nevím	53
Celkem	165

Na otázku kde lidé s kvadruplegií žijí, odpovědělo 49 (30%) respondentů, kteří si myslí, že lidé s tímto postižením převážně žijí v ústavech sociální péče. Jako další možnost vybralo 27 (16%) respondentů, že žijí v léčebně dlouhodobě nemocných, 36 (22%) respondentů se potom domnívá, že kvadruplegici nejčastěji žijí v rodinném prostředí a nejvyšší počet respondentů 53 (32%) zvolilo odpověď Nevím.

Otázka č. 12: Víte, jakým způsobem může u člověka dojít ke vzniku kvadruplegie?

Graf 12, Znalost vlivů souvisejících se vznikem kvadruplegie.



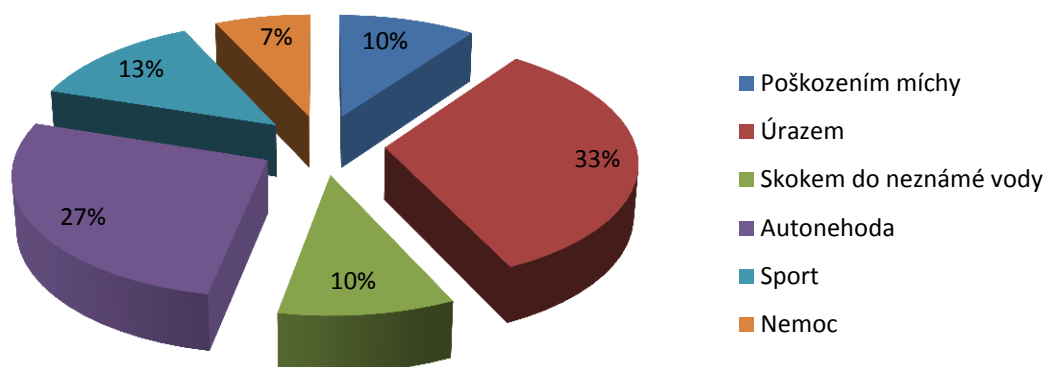
Tabulka 12, Znalost vlivů souvisejících se vznikem kvadruplegie.

Znalost vlivů souvisejících se vznikem kvadruplegie.	Absolutní četnost
Ano	30
Ne	135
Celkem	165

135 (82%) respondentů odpovědělo na otázku Ne, že neznají příčiny vzniku kvadruplegie, 30 (18%) respondentů zvolilo odpověď Ano, že znají příčiny vzniku kvadruplegie. Pokud dotazovaní odpověděli ANO, uváděli v otázce číslo třináct příčiny vzniku kvadruplegie a v otázce číslo čtrnáct, jak těmto rizikům předcházet.

Otázka č. 13: Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie?

Graf 13, Nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie



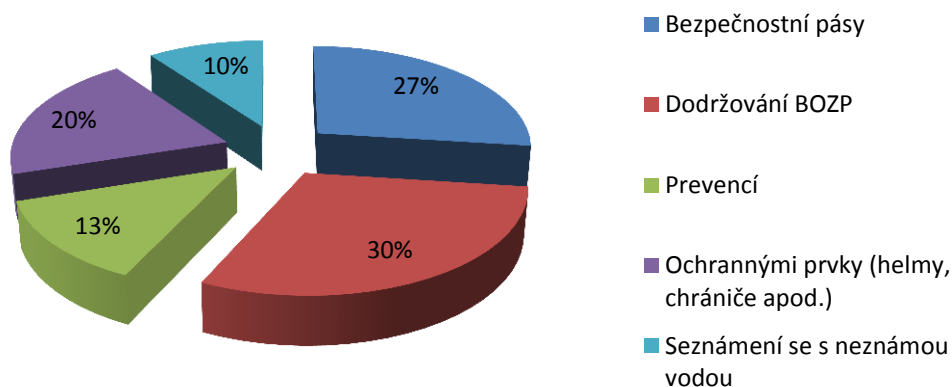
Tabulka 13, Nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie

Nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie	Absolutní četnost
Poškozením míchy	3
Úrazem	10
Skokem do neznámé vody	3
Autonehoda	8
Sport	4
Nemoc	2
Celkem	30

V otázce číslo dvanáct odpovědělo 30 (18%) respondentů, že ví, jakým způsobem může dojít ke vzniku kvadruplegie, a tím odpovídali na otázku číslo třináct, jaké jsou podle nich příčiny vzniku kvadruplegie. Odpovědi byly zaznamenány tabulkou, v grafu je počítáno 30 respondentů 100% odpovídající ANO.

Otázka č. 14: Jak můžete rizikům vzniku předcházet?

Graf 14, Předcházení vzniku.



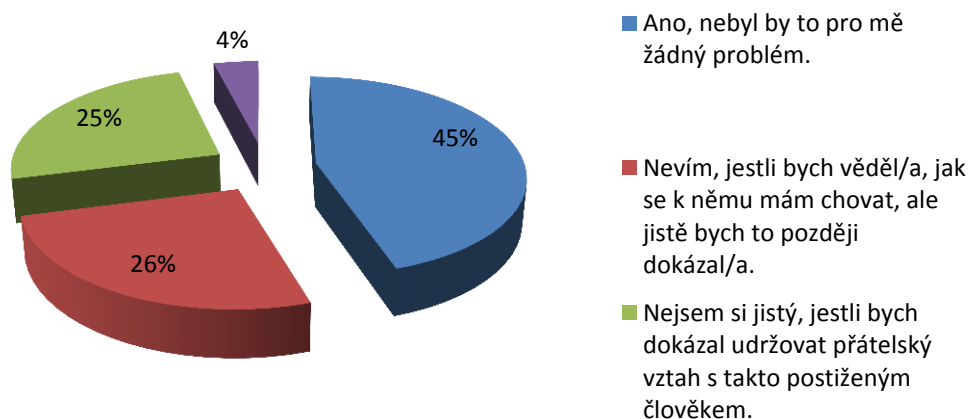
Tabulka 14, Předcházení vzniku.

Předcházení vzniku	Absolutní četnost
Bezpečnostní pásy	8
Seznámení se s neznámou vodou	3
Dodržováním bezpečnosti, BOZP	9
Prevencí	4
Ochrannými prvky (helmy, chrániče apod.)	6
Celkem	30

Na otázku jak předcházet vzniku kvadruplegie odpovídalo 30 (18%) respondentů a to ti, kteří v otázce číslo dvanáct uvedli odpověď ANO. Většinou respondenti odpovídali jak předcházet vzniku kvadruplegie v návaznosti na otázku číslo třináct, kdy dotazovaní uváděli, jaké si myslí, že jsou příčiny kvadruplegie. Prevenci vidí respondenti v použití bezpečnostních pásů, seznamováním se s neznámou vodou, dodržováním bezpečnosti (BOZP), prevencí, ochrannými prvky (helmy, chrániče apod.).

Otázka č. 15: Pokud by se vyskytl člověk s kvadruplegií ve Vašem okolí, byl/a byste ochotný/á s ním udržovat například přátelský vztah?

Graf 15, Ochota respondentů přátelit se s člověkem s kvadruplegií



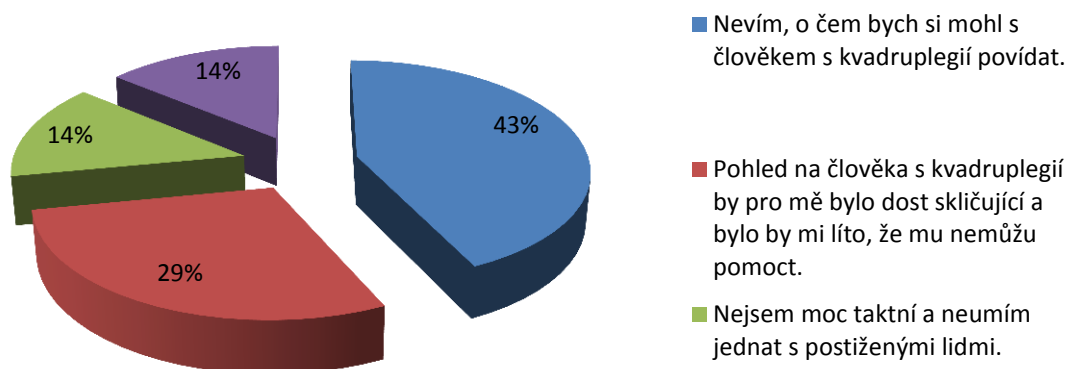
Tabulka 15, Ochota respondentů přátelit se s člověkem s kvadruplegií

Ochota respondentů přátelit se s člověkem s kvadruplegií	Absolutní četnost
Ano, nebyl by to pro mě žádný problém.	74
Nevím, jestli bych věděl/a, jak se k němu mám chovat, ale jistě bych to později dokázal/a.	43
Nejsem si jistý, jestli bych dokázal udržovat přátelský vztah s takto postiženým člověkem.	41
Ne.	7
Celkem	165

Udržovat vztah s člověkem s kvadruplegií by nebyl žádný problém pro 74 (45%) respondentů. Další možnost, že neví, jestli by věděli jak se k němu chovat, ale jistě by to zvládli, zvolilo celkem 43 (26%) respondentů a možnost nejsem si jistý, jestli bych dokázal udržovat přátelský vztah s takto postiženým člověkem, zvolilo celkem 41 (25%) respondentů. V poslední možnosti Ne, odpovědělo celkem 7 (4%) respondentů. Pokud v této otázce zvolili respondenti možnost Ne, měli uvést v otázce číslo šestnáct, z jakého důvodu by nebyli schopni se přátelit s člověkem s kvadruplegií.

Otázka č. 16: Z jakého důvodu byste nebyl/a ochotný/a přátelit se s člověkem s kvadruplegií?

Graf 16, Příčina neochoty interakce s kvadruplegiky.



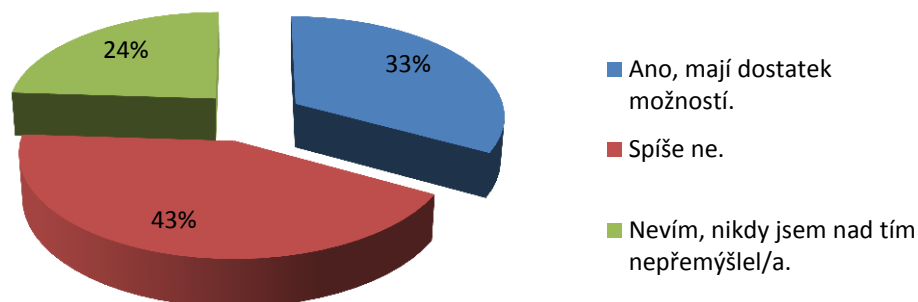
Tabulka 16, Příčina neochoty interakce s kvadruplegiky.

Příčina neochoty interakce s kvadruplegiky.	Absolutní četnost
Nevím, o čem bych si mohl s člověkem s kvadruplegií povídat.	3
Pohled na člověka s kvadruplegií by pro mě bylo dost skličující a bylo by mi líto, že mu nemůžu pomoci.	2
Nejsem moc taktní a neumím jednat s postiženými lidmi.	1
Jsem velmi sportovní tip a nevím, co bych měl s člověkem s kvadruplegií společného.	1
Celkem	7

V předchozí otázce vyplnilo možnost NE 7 (4%) respondentů, proto v této otázce odpovídali, proč by se nezvládli přátelit s člověkem s kvadruplegií. Respondenti uváděli, že by se nemohli s člověkem s kvadruplegií přátelit z důvodu, které byli u těchto sedmi respondentů většinou stejný. Na tuto otázku byla vytvořena tabulka a graf, který vychází z toho, že 7 respondentů je 100%.

Otázka č. 17: Myslíte si, že lidé s kvadruplegií mají možnost se nějakým způsobem začlenit zpět do společnosti?

Graf 17, Názor na zpětné začlenění do společnosti.



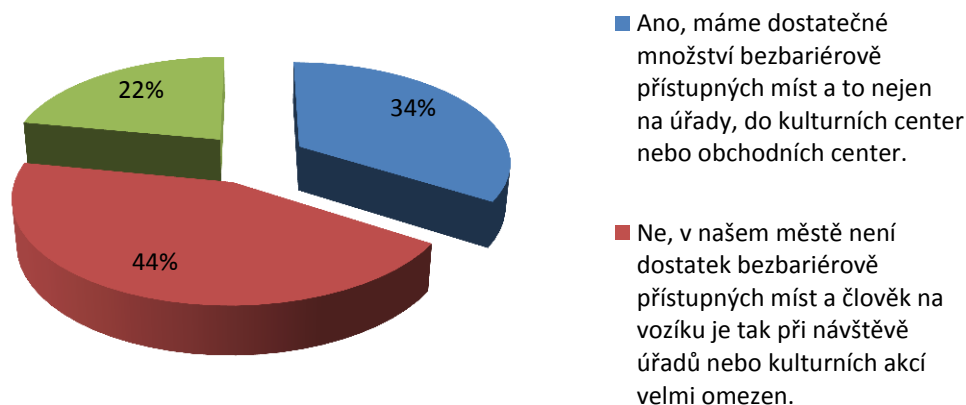
Tabulka 17, Názor na zpětné začlenění do společnosti.

Názor na zpětné začlenění do společnosti.	Absolutní četnost
Ano, mají dostatek možností.	54
Spíše ne.	71
Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a.	40
Celkem	165

Respondenti v této otázce byli dotazováni, jestli si myslí, že lidé s kvadruplegií mají možnost se začlenit zpět do společnosti. První odpověď, ano mají dostatek možností, zvolilo celkem 54 (33%) respondentů. Spíše ne, si myslí celkem 71 (43%) respondentů a poslední možnost, nevím nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a zvolilo celkem 40 (24%) respondentů.

Otázka č. 18: Máte ve Vašem městě dostatečné množství bezbariérových přístupů na důležitá místa, jako jsou úřady, kulturní domy nebo obchodní centra, tak aby tato místa mohli navštěvovat lidé na vozíku?

Graf 18, Množství bezbariérových přístupů



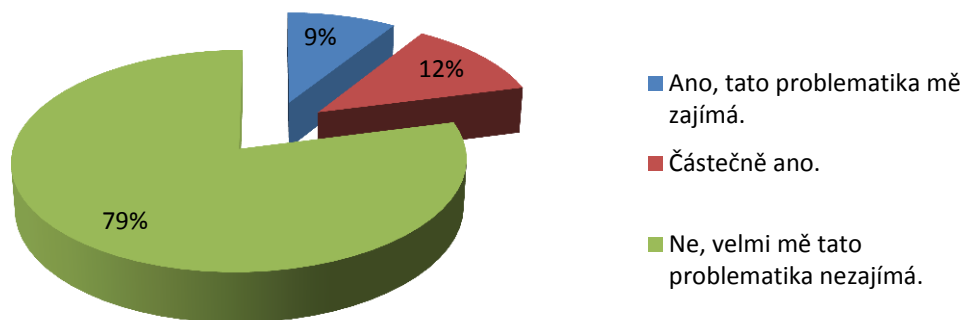
Tabulka 18, Množství bezbariérových přístupů

Množství bezbariérových přístupů	Absolutní četnost
Ano, máme dostatečné množství bezbariérově přístupných míst a to nejen na úřady, do kulturních center nebo obchodních center.	57
Ne, v našem městě není dostatek bezbariérově přístupných míst a člověk na vozíku je tak při návštěvě úřadů nebo kulturních akcí velmi omezen.	72
Nevím.	36
Celkem	165

V otázce číslo osmnáct jsem se snažila získat odpověď na bezbariérový přístup v městech respondentů. Ano, máme dostatečné množství bezbariérově přístupných míst a to nejen na úřady, do kulturních center nebo obchodních center, zvolilo 57 (34%) respondentů. Další možnost Ne, v našem městě není dostatek bezbariérově přístupných míst a člověk na vozíku je tak při návštěvě úřadů nebo kulturních akcí velmi omezen zvolilo 72 (44%) respondentů a na možnost Nevím odpovědělo 36 (22%) respondentů.

Otázka č. 19: Máte nějaký přehled o zákonech týkajících se lidí se zdravotním postižením jako je kvadruplegie?

Graf 19, Přehled respondentů o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií



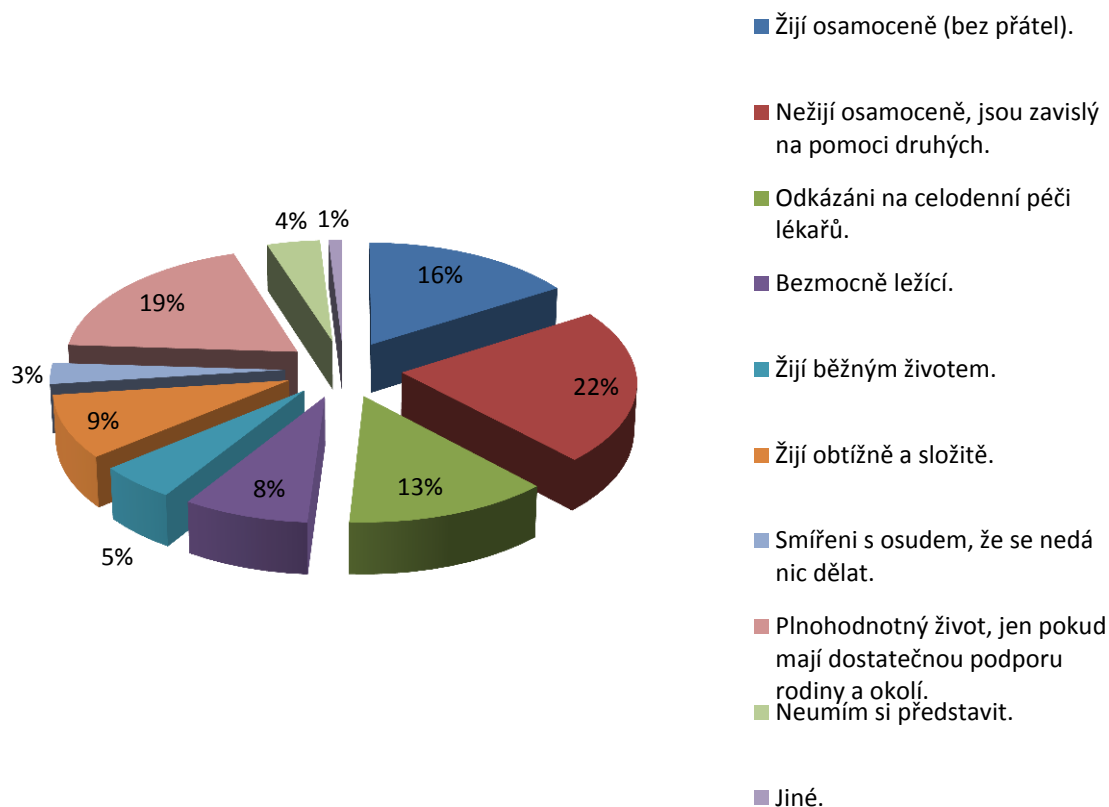
Tabulka 19, Přehled respondentů o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií

Přehled respondentů o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií	Absolutní četnost
Ano, tato problematika mě zajímá.	14
Částečně ano.	22
Ne, velmi mě tato problematika nezajímá.	129
Celkem	165

V předposlední otázce byli respondenti tázáni, zda mají přehled o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií. Ano, tato problematika zajímá, uvedlo 14 (9%) respondentů. Částečně ano uvedlo 22 (12%) respondentů a možnost ne, velmi mě tato problematika nezajímá, zvolilo 129 (79%) respondentů.

Otázka č. 20: Jak byste nejlépe popsal/a vaši představu o životě lidí s kvadruplegií?

Graf 20, Představa o životě lidí s kvadruplegií.



Tabulka 20, Představa o životě lidí s kvadruplegií.

Představa o životě lidí s kvadruplegií.	Absolutní četnost
Žijí osamoceně (bez přátel).	27
Nežijí osamoceně, jsou závislí na pomoci druhých.	36
Odkázáni na celodenní péči lékařů.	22
Bezmocně ležící.	13
Žijí běžným životem.	9
Žijí obtížně a složitě.	14
Smíření s osudem, že se nedá nic dělat.	5
Plnohodnotný život, jen pokud mají dostatečnou podporu rodiny a okolí.	31
Neumím si představit.	6
Jiné.	2
Celkem	165

V poslední otázce se dotazovaní rozepsali a každý ze 165 (100%) respondentů napsal k otázce odpověď. V některých případech byli odpovědi stejné. Z odpovědí plynulo, že většina respondentů smýšlí podobně. Každý si představuje život člověka s kvadruplegií jako negativní, osamocený, odkázaný na péče druhých. Jen 19% (31) respondentů uvedlo, že závisí na okolí a rodině. Zbylé odpovědi jsou spíše negativního charakteru a jsou pečlivě zaznamenány tak, aby na ně výstižně a v rámci zvolených odpovědí všech respondentů mohla být vytvořena tabulka.

6. DISKUZE

K výzkumné části práce jsem přistupovala s cílem zjistit, jak veřejnost přistupuje k lidem s tak vážným postižením jako je kvadruplegie, a jestli vůbec mají povědomí o tom, co kvadruplegie je, jak vzniká nebo jak jejímu úrazovému vzniku mohou předejít.

V úvodu praktické části jsem si stanovila 4 výzkumné hypotézy, k jejichž podložení či vyvrácení jsem vytvořila anonymní dotazník distribuovaný do šesti měst ČR. Výzkumu se zúčastnilo celkem 165 respondentů, kteří v dotazníku odpovídali na 20 otázek. Použité otázky byly otevřené, uzavřené nebo polootevřené.

Výsledky výzkumného šetření jsem znázornila do výšečových grafů s popisem relativní četnosti v procentech a v tabulkách pod každým grafem jsem uvedla absolutní četnost odpovědí v reálných číslech.

Otázky 1 – 5 jsou obecného charakteru a týkají se základních demografických údajů. Jde o otázky směřované na pohlaví respondentů, věk, vzdělání a velikost města, ve kterém žijí v souvislosti s počtem obyvatel. Tyto otázky dokazují široké spektrum výzkumného vzorku respondentů.

Z otázky č. 1 vyplynulo, že se šetření zúčastnila větší část žen. Celkem se průzkumu zúčastnilo 107 žen (65%) a 58 (35%) mužů. Cílem výzkumného šetření bylo získat respondenty všech věkových kategorií, neboť názor mladších lidí se může lišit od přístupu a postoje lidí středního až vyššího věku. Z otázky č. 2 týkající se věku respondentů vyplývá, že nejpočetnější skupinou výzkumného vzorku jsou lidé ve věku 41 – 50 let, celkem 42 (25%) respondentů. Druhou nejobsáhlejší skupinou respondentů byli lidé ve věkové kategorii mezi 31. – 40. lety, celkem 37 respondentů (23%) a 21. – 30. lety, celkem 37 respondentů (23%). Následovala skupina ve věku 51 let a více zastoupená celkem 27 respondenty (16%). Nejméně respondentů bylo z věkové kategorie do 20. let, celkem 22 (13%) respondentů. Dalším důležitým demografickým údajem byla úroveň dosaženého vzdělání, neboť také vzdělání ovlivňuje postoje a názory respondentů. Z výsledků analýzy vychází, že nejvíce zúčastněných respondentů získalo středoškolské vzdělání s maturitou v celkovém počtu 72 (42%) respondentů. Druhou nejobsáhlejší skupinou byli lidé s vysokoškolským vzděláním 43 (26%). 28 (17%) respondentů uvedlo, že získalo střední odborné vzdělání bez maturity a nejméně obsáhlou skupinou respondentů jsou lidé, kteří

uvedli pouze základní vzdělání 22 (13%). Poslední otázkou týkající se demografických údajů byla otázka č. 4. V této otázce jsem se ptala na velikost města respondentů z hlediska počtu obyvatel. Respondenti měli možnost vybírat z pěti kategorií, v jak velkém městě bydlí co do počtu obyvatel. V obci do 5 000 obyvatel, odpovědělo celkem 30 (18%) respondentů. Dále odpovědělo 42 (26%) respondentů, kteří bydlí v obci od 5 000 – 15 000 obyvatel. Od 15 000 – 25 000 obyvatel odpovědělo 29 (17%) respondentů a od 25 000 – 55 000 obyvatel odpovědělo celkem 31 (19%) respondentů. V poslední kategorii od 55 000 obyvatel a více odpovědělo 33 (20%) respondentů.

V dalších otázkách jsem se již věnovala tématice kvadruplezie a pohledu veřejnosti. Vyhodnocení hypotéz:

H1: Předpokládám, že více jak 60% respondentů nezná význam pojmu kvadruplezie.

K této hypotéze se vztahují otázky 5, 6, 9 a 10. První otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti znají pojem kvadruplezie. Pro odpověď měli možnost výběru ze dvou možností. Možnost ANO zvolilo pouhých 22 respondentů tedy 13 %. Odpověď NE zvolilo celkem 143 respondentů, což představuje 87% z celkového počtu. Na druhou otázku vztahující se k této hypotéze odpovídalo pouze 22 respondentů, kteří v předešlé otázce zvolili odpověď ANO. Na otázku respondenti uváděli své názory na příčiny vzniku kvadruplezie. Správnou odpověď v různých obměnách uvedlo všech 22 respondentů. Odpovědi jsem opět graficky zpracovala. V otázce č. 9, vztahující se k hypotéze 1, jsem si ověřila, zda se respondenti vůbec někdy setkali s pojmem kvadruplezie. Pro volbu odpovědi si mohli respondenti vybrat jednu ze dvou možností. 116 (70%) respondentů zvolilo v otázce č. 9 první odpověď, že se nikdy nesetkali s pojmem kvadruplezie a celkem 49 respondentů (30%) zvolilo druhou z odpovědí, že se již někdy s pojmem kvadruplezie setkali. Poslední otázka vztahující se k první hypotéze zjišťovala kontakt veřejnosti s člověkem s kvadruplezií. Odpovědi na otázku byly rozděleny do 4 možností. Odpověď Ne, neznám nikoho s tímto postižením ve svém okolí, a ani nikdy jsem takového člověka nepotkal/a zvolilo 143 (87%) respondentů. Vím o člověku s tímto postižením ve svém okolí, ale neměl/a jsem možnost se s ním setkat zvolilo 12 (7%) respondentů a odpověď Znáám člověka s tímto postižením a měl/a jsem možnost se s ním setkat odpovědělo 8 (5%) respondentů. Poslední možnost, Člověk s tímto postižením je členem mé rodiny zvolili 2 (1%)respondenti.

Z analýzy otázek týkajících se první hypotézy vyplývá, že více jak 85% respondentů nezná význam pojmu kvadruplezie a 70% se s tímto pojmem nikdy nesetkalo. Z otázky týkající se interakce s člověkem s kvadruplezií vyplývá, že 94% respondentů se nikdy

s člověkem s kvadruplegií osobně nesetkalo. Z příslušných údajů lze shrnout, že se mi hypotéza 1, POTVRDILA.

H2: Předpokládám, že více jak 60% z celkového počtu respondentů se nezajímá o problematiku lidí s motorickým postižením. K objasnění této hypotézy jsem do dotazníku zahrнула hned šest otázek, konkrétně otázky č. 7, 8, 11, 17, 18 a 19.

V otázce č. 7, jsem se přímo ptala respondentů, zda se zajímají o problematiku lidí s pohybovým postižením. Z celkového počtu 165 respondentů, 111 (67%) vybralo možnost Ne. Zbylá část 54 (33%) respondentů uvedla, že se o problematiku lidí s pohybovým postižením zajímá. Otázka č. 11, se týkala představy respondentů o umístění lidí s kvadruplegií. Nejvíce odpovědi jsem zaznamenala u poslední z možností Nevím, tu zvolilo celkem 53 (32%) respondentů. Druhou nejvíce vybranou možností byly Ústavy sociální péče, ty uvedlo 49 (30%) dotazovaných, možnost života u rodiny vybralo 36 (22%) respondentů a nejméně odpovědi měla možnost Léčebna dlouhodobě nemocných 27(16%) respondentů. Z odpovědí na tuto otázku vyplívá, že zhruba třetina respondentů vůbec neví, kde žijí lidé s kvadruplegií. Názory zbylých dvou třetin respondentů jsou poměrně rozděleny mezi zbylé odpovědi, není tedy převaha ani u jedné z nich. Z toho vyplívá, že celkově respondenti nemají žádnou z možností jako pevnou představu. U otázky č. 8 jsem zjišťovala, zda se respondenti znají s člověkem s jakýmkoli pohybovým postižením. Dotazovaní měli možnost vybrat ze dvou odpovědí, v případě, že zvolili možnost Ano, měli navíc doplnit, o jaké pohybové postižení jde. Tuto možnost zvolilo 49 (30%) respondentů a odpověď NE zvolilo 116 (70%) dotazovaných. I z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že se respondenti příliš nezajímají o své okolí a problematiku lidí s postižením. U otázky č. 17 jsem se respondentů ptala na jejich názor ohledně začlenění lidí s kvadruplegií zpět do společnosti. Na otázku byla možnost výběru za tři možnosti. Nejvíce opakovanou možností byla odpověď Spíše ne, kterou zvolilo celkem 71 (43%) respondentů, druhou nejčastější odpovědí byla možnost Ano, tedy víru v návrat lidí s kvadruplegií do společnosti, mělo celkem 54 (33%) respondentů. Poslední možnost Nevím, zvolilo 40 (24%) dotázaných. Z výsledků na tuto otázku vyplívá, že větší část respondentů nevěří v začlenění lidí s kvadruplegií do společnosti a téměř čtvrtina respondentů na toto téma nemá názor. V otázce č. 18 jsem se věnovala zájmu respondentů o bezbariérové přístupy v jejich okolí. Na tuto otázku mohli dotazovaní vybírat odpověď ze tří předem definovaných možností. Nejvíce respondentů 72 (44%) uvedlo, že nemají ve

svém okolí dostatek bezbariérových přístupů. 57 (34%) respondentů zvolilo opačnou možnost, a uvedli, že mají dostatečné množství bezbariérových přístupů. 36 (22%) respondentů z celkového počtu zvolilo odpověď Nevím, čímž potvrdili, že se o toto téma nezajímají. Poslední otázkou k hypotéze č. 2 jsem si znovu chtěla potvrdit zájem respondentů o problematiku lidí s postižením. Otázka se týkala přehledu o legislativě týkající se lidí s pohybovým postižením. Respondenti opět vybírali ze tří odpovědí, Ano, tato problematika mě zajímá, kterou zvolilo 14 (9%) respondentů. Částečně ano uvedlo 22 (12%) respondentů a odpověď Ne, která byla nejčastější, velmi mě tato problematika nezajímá, zvolilo 129 (79%) respondentů. Po analýze odpovědí, na tuto otázku jsem si opět ověřila, že velká část respondentů nemá zájem o problematiku lidí s tělesným postižením.

Z analýzy otázek týkajících se druhé hypotézy vyplývá, že podstatná část respondentů se opravdu nezajímá o problematiku lidí s pohybovým postižením, kdy na přímou otázku, zdali se zajímají o tuto problematiku, odpovědělo 111(67%) respondentů, že nikoliv. Na otázku související s představou lidí o začlenění kvadruplegika do společnosti se 71 (43%) respondentů stavělo negativně a 24 volbou odpovědi Nevím, potvrdili nezájem o tuto problematiku. Další otázkou, která se vztahovala ke druhé hypotéze, byla otázka č. 18 týkající se bezbariérových přístupů. V této otázce velká část respondentů uvedla svůj názor ohledně dostatečnosti nebo nedostatečnosti bezbariérových přístupů, pouze 36 (22%) z celkového počtu respondentů vybralo odpověď Nevím, a tím potvrdilo nezájem o tuto problematiku. Posledním z ověřovacích dotazů týkajících se zájmu o problematiku lidí s pohybovým postižením, byla otázka týkající se legislativy, u této otázky byla nejčastější možnost respondentů odpověď Ne, nezajímám se o tuto problematiku, tu zvolilo celkem 129 (79%) respondentů, což opět potvrzuje mojí domněnku nezájmu veřejnosti o problematiku lidí s pohybovým postižením. Z příslušných údajů lze shrnout, že se mi hypotéza 2, POTVRDILA.

H3: Předpokládám, že více jak 60% respondentů nezná rizika a příčiny vzniku kvadruplegie.

K objasnění této hypotézy jsem v dotazníku využila otázek 12, 13 a 14. V otázce č. 12 jsem se respondentů ptala, zda znají příčiny vzniku kvadruplegie, z nabídnutých dvou možností 135 (82%) respondentů zvolilo odpověď Ne, že neznají příčiny vzniku kvadruplegie, možnost Ano zvolilo pouze 30 (18%) respondentů. Respondenti, kteří zvolili na předešlou otázku ano, odpovídali na otázku č. 13, ve které měli možnost uvést svůj názor ohledně vzniku kvadruplegie. Všichni respondenti uvedli správné odpovědi, které

jsem opět přehledně graficky zpracovala. Poslední otázkou k ověření této hypotézy byla otázka č. 14. V té respondenti uváděli prevenci vzniku kvadruplegie. I u této otázky byly odpovědi správné. Stejně jako v minulém případě i tady jsem odpovědi graficky přehledně zpracovala. Stěžejní pro potvrzení této hypotézy byla otázka č. 12, která pro dvě následující eliminovala respondenty, a to ty kteří neznali příčiny vzniku. V následujících dvou otázkách respondenti, kteří uvedli, že znají příčiny vzniku, potvrdili svá tvrzení. Ale vzhledem k velkému počtu respondentů 135 (82%), kteří uvedli, že neznají příčinu vzniku kvadruplegie, lze shrnout, že se mi hypotéza POTRDILA.

H4:Předpokládám, že více jak 40% respondentů má kladný přístup k lidem s pohybovým postižením jako je kvadruplegie.

Pro zhodnocení této hypotézy jsem v dotazníku vybrala otázky 15, 16 a 17. V otázce č. 15 jsem se dotazovaných ptala na ochotu k přátelskému vztahu s člověkem s kvadruplegií. Respondenti měli možnost vybírat ze čtyř odpovědí. Udržovat vztah s člověkem s kvadruplegií by nebyl žádný problém pro 74 (45%) respondentů. Možnost, že neví, jestli by věděli jak se k němu chovat, ale jistě by to zvládli, zvolilo celkem 43 (26%) respondentů a možnost nejsem si jistý, jestli bych dokázal udržovat přátelský vztah s takto postiženým člověkem, vybralo celkem 41 (25%) respondentů. V poslední možnosti Ne, odpovědělo celkem 7 (4%) respondentů. Pokud v této otázce zvolili respondenti možnost Ne, měli uvést v otázce číslo šestnáct, z jakého důvodu by nebyli schopni se přátelit s člověkem s kvadruplegií. Na otázku 16 tedy odpovídala pouze 4% respondentů. Otázka byla otevřená a respondenti tak měli možnost doplnit své názory a důvody, proč by nechtěli udržovat přátelský vztah s člověkem s kvadruplegií. Odpovědi se v různých obměnách opakovaly, většinou šlo o obavy z rozdílnosti názorů nebo nemožnosti sdílet nadšení ze sportovních aktivit. Poslední otázkou vztahující se k této hypotéze je otázka č. 17, kterou jsem použila již u hypotézy č. 2. Z odpovědí na tuto otázku vyplynulo, že 33% (54) respondentů se domnívá, že kvadruplegik má možnost se znovu začlenit do společnosti. Z příslušných údajů lze shrnout, že se díky 74 (45%) respondentům, kteří uvedli, že by neměli problém s přátelským vztahem s kvadruplegikem a 43 (26%) kteří by se pokusili a věří, že by to nakonec nebyl problém, hypotéza 4, POTVRDILA.

V závěru dotazníku jsem položila otevřenou otázku, kdy mě zajímal subjektivní názor respondentů na představu o životě lidí s kvadruplegií. Většina odpovědí se týkala nesoběstačnosti kvadruplegiků a jejich závislosti na péči druhé osoby. Další respondenti uváděli, že si takový život neumí představit apod. Jen 31 (19%) respondentů uvedlo, že

kvalita života kvadruplegika závisí na okolí a rodině. Většina zbylých odpovědí byla spíše negativního charakteru. Z odpovědí na tuto otázku jasně vyplívá, jaký pocit mají respondenti ze života lidí s postižením, jako je kvadruplegie.

Kompletní vyhodnocení praktické části

Na základě čtyř stanovených hypotéz jsem se pokusila zmapovat pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií. Zabývala jsem se informovaností a přístupem veřejnosti k lidem s tímto postižením. Hlavním záměrem mého dotazníku bylo ověřit, jak velké procento lidí se opravdu zajímá o problematiku lidí s pohybovým postižením, hlavně s kvadruplegií. A jak velký vzorek respondentů má informace o kvadruplegii jako takové. Na základě analýzy získaných dat se mi potvrdily všechny mnou předem stanovené hypotézy. Široká veřejnost nemá téměř žádné povědomí o lidech s kvadruplegií, ani o kvadruplegii jako takové. Většina z respondentů se o problematiku lidí s pohybovým postižením nezajímá a přistupují k lidem s postižením bez zájmu.

ZÁVĚR

Tématem mé diplomové práce byl pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií. Již před začátkem výzkumu, při stanovení hypotéz, jsem předpokládala tyto výsledky. S postojem lidí na téma kvadruplegie jsem se již v minulosti setkala, a tak jsem ani po dvou letech nedoufala, že by v postoji a celkové informovanosti lidí na toto téma mohlo dojít ke změně. Dotazník byl zaměřený na informovanost a přístup veřejnosti. Výsledky týkající se informovanosti lze stručně shrnout tak, že informovanost o tématu kvadruplegie je celkově minimální. Výsledky otázek týkající se přístupu respondentů k lidem z kvadruplegií vyzněly kladněji, více než polovina respondentů, by neměla problém navázat přátelství s kvadruplegikem, avšak při dotazu na jeho začlenění do společnosti tuto možnost více než polovina respondentů neviděla reálně.

Celkově z mého výzkumu vyplynulo, že velká většina respondentů se nikdy nesešla s člověkem s kvadruplegií a tak by se mohlo zdát, že je takto postižených lidí málo a tedy informovanost o nich není pro širokou veřejnost důležitá. Opak je však pravdou, právě velmi špatná informovanost spojená s předsudky a špatnými postoji společnosti vede lidi s kvadruplegií k životu v ústraní. Je pravdou, že incidence výskytu kvadruplegie je nízká, což je velmi pozitivní údaj, avšak malý počet těchto lidí mezi námi právě nedělá život kvadruplegiků snazším. Kladný přístup okolí k tomuto člověku však může pomoci zlepšit kvalitu života těchto lidí. Proto se domnívám, že by měla být zlepšena celková informovanost veřejnosti o přístupu k lidem se získaným motorickým postižením, jako je kvadruplegie. V informovanosti navíc spočívá také prevence. Velká většina případů nově vzniklé úrazové kvadruplegie se týká mladých lidí, kteří podcenili bezpečnost nebo své síly během zábavy nebo sportu. Mnoho z nich bylo navíc ve chvíli úrazu pod vlivem alkoholu nebo dalších omamných látek.

Postoje společnosti, jak jsem uvedla v teoretické části, se vyvíjí stejně jako celá společnost. Na jejich vývoji se podílí výchova, náboženství, zkušenosti, informovanost a znalosti ale také přístup státu. Za všechny kvadruplegiky můžu jen doufat, že se přístup společnosti bude vyvíjet jen k lepšímu, a oni se budou moci, bez významných komplikací, znovu začleňovat do společnosti.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. MERKUNOVÁ, Alena a Miroslav OREL. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4715-216.
2. PLASS, Jaroslav. *Speciální chirurgie*. Editor Miroslav Zeman. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-726-2075-4.
3. NAVRÁTIL, Luděk. *Neurochirurgie*. Editor Miroslav Zeman. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2068-8.
4. VYHNÁNEK, František. *Chirurgie II*. Praha: Informatorium, 2010. ISBN 978-80-7333-007-1
5. DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.
6. WENDSCHE, Peter. *Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. 2.* Brno: NCONZO, 2009. ISBN 978-807-0135-044.
7. JIRKŮ, Hana a Alena KYRIÁNOVÁ. Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006[cit. 2011-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/osetrovani.pdf>.
8. KÁBRTOVÁ, Alena. Doporučené postupy pro práci psychologa v centrech pro léčení pacientů s poškozením míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/psychologie.pdf>
9. KRHUT, Jan. Doporučené postupy pro urologickou péči o pacienty po poškození míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006[cit. 2013-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/urologie.pdf>
10. KRÍŽ, Jiří. Doporučené postupy pro řešení autonomní dysreflexie u pacientů po poškození míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z WWW: <http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/dysreflexie.pdf>.
11. KULAKOVSKÁ, Marie. Doporučené postupy pro péči o trávící ústrojí u pacientů

- po poškození míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2006[cit. 2013-03-17].
Dostupné z WWW:
<http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/traveni.pdf>.
12. MRŮZEK, Michael a Hana JIRKŮ. Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacientů po poškození míchy [online]. Praha: Svaz paraplegiků, 2005 [cit. 2013-03-17]. Dostupné z WWW:
<http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucenepostupy/dekubity.pdf>.
13. WENDSCHE, Peter a KRÍŽ, Jiří. *Doporučené postupy pro péči v akutní fázi po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků, 2005. [on line] [cit. 17. 03. 2013]. Dostupné z: <http://www.spinalcord.cz/_userfiles/dokumenty/doporucene-postupy/akutni_pece.pdf>
14. LUKÁŠ, Jindřich. *Tracheostomie v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0673-3.
15. TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0031-X.
16. VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.
17. DAUBER, Wolfgang. *Feneisův obrazový slovník anatomie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4714-561.
18. MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3678-593.
19. SEIDL, Zdeněk. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4727-332 (poranění páteře, úvod nebo terapie)
20. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4720-401. (psychologické aspekty)
21. ČOUPKOVÁ, Hana, SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy: Pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 8024736020 (poranění páteře)
22. PFEIFFER, Jan. *Neurologie v rehabilitaci: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-1135-4.
23. SLEZÁKOVÁ, Lenka, a kol. *Ošetřovatelství v chirurgii: pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-292.

24. SEIDL, Zdeněk a Jiří OBENBERGER. *Neurologie pro studium i praxi*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0623-7.
25. FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. Praha: Svaz paraplegiků - Centrum Paraple, 2004, 83 s. ISBN 80-239-5555-1.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5. (psychicky náročná péče)
27. HARVEY, Lisa. *Management of spinal cord injuries: a guide for physiotherapists*. New York: Butterworth-Heinemann, 2008. ISBN 04-430-6858-5.
28. FARKAŠOVÁ, Dana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 80-806-3229-4.
29. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: ComputerPress, 2003. ISBN 80-722-6996-8.
30. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Management ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4727-134.
31. ŽIAKOVÁ, Katarína. *Ošetrovatel'stvo: teória a vedecký výskum*. Martin: Osveta, 2003. ISBN 80-806-3131-X.
32. MILICHOVSKÝ, Luboš. *Kapitoly ze somatopedie: teória a vedecký výskum*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 319 s. Sestra. ISBN 80-745-2001-3.
33. ALENA ZVONÍKOVÁ, Libuše Čeledová. *Základy posuzování invalidity*. Praha: Grada, 2010. ISBN 80-247-3535-0.
34. MARKÉTA KŘIVÁNKOVÁ, Milena Hradová. *Somatologie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 80-247-2988-1.
35. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 3*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1132-X.
36. ČIHÁK, Radomír. *Anatomie 1*. Praha: Grada, 2011. ISBN 97880247381781.
37. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-701-3324-4.
38. GOLDSMITH, Connie. *Neurological disorders*. Woodbridge, Conn.: Blackbirch Press, 2001, 64 p. Amazing brain series. ISBN 15-671-1422-9.
39. ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-802-4728-445
40. KOLEKTIV Autorů, *Sestra a urgentní stavy*. Praha: Grada, 2009. ISBN – 978-80-247-2548-2.
41. HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4730-707.

42. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4732-138.
43. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024711974.
44. VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4734-194.
45. KLUSOŇOVÁ, Eva a Jana PITNEROVÁ. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti: (určeno zdravotním sestram)*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-701-3319-8
46. LYČKOVÁ, Květuše. Spinální jednotka. *Diagnóza*, 2007, roč. 3, č. 6, s. 213- 214. ISSN 1801-1349.
47. SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v chirurgii II*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4731-308.
48. KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4740-263.
49. ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4732-237
50. IVANOVÁ, Kateřina, Lenka ŠPIRUDOVÁ a Jana KUTNOHORSKÁ. *Multikulturní ošetrovatelství I*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1212-1.
51. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3707-23.
52. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-802-4736-761.
53. PILNÝ, Jaroslav. *Prevence úrazů pro sportovce: taping: popis zranění, první pomoc, léčba, rehabilitace*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-802-4716-756.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1, Pohlaví respondentů.

Tabulka 2, Věk respondentů.

Tabulka 3, Dosažené vzdělání respondentů.

Tabulka 4, Velikost města respondentů z hlediska obyvatel.

Tabulka 5, Znalost pojmu kvadruplegie.

Tabulka 6, Vysvětlení pojmu kvadruplegie.

Tabulka 7, Zájem respondentů o lidi s tělesným postižením.

Tabulka 8a, Interakce s lidmi s pohybovým postižením.

Tabulka 8b, Odpověď Ano, příčiny vzniku pohybového postižení.

Tabulka 9, Osobní zkušenost respondentů s pojmem kvadruplegie.

Tabulka 10, Interakce s kvadruplegiky ve svém okolí.

Tabulka 11, Umístění lidí s kvadruplegií.

Tabulka 12, Znalost vlivů souvisejících se vznikem kvadruplegie.

Tabulka 13, Nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie

Tabulka 14, Předcházení vzniku.

Tabulka 15, Ochota respondentů přátelit se s člověkem s kvadruplegií

Tabulka 16, Příčina neochoty interakce s kvadruplegiky.

Tabulka 17, Názor na zpětné začlenění do společnosti.

Tabulka 18, Množství bezbariérových přístupů

Tabulka 19, Přehled respondentů o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií

Tabulka 20, Představa o životě lidí s kvadruplegií.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1, Pohlaví respondentů

Graf 2, Věk respondentů.

Graf 3, Dosažené vzdělání respondentů.

Graf 4, Velikost města respondentů z hlediska obyvatel.

Graf 5, Znalost pojmu kvadruplegie.

Graf 6, Vysvětlení pojmu kvadruplegie.

Graf 7, Zájem respondentů o lidi s tělesným postižením.

Graf 8a, Interakce s lidmi s pohybovým postižením.

Graf 9, Osobní zkušenost respondentů s pojmem kvadruplegie

Graf 10, Interakce s kvadruplegiky ve svém okolí.

Graf 11, Umístění lidí s kvadruplegií.

Graf 12, Znalost vlivů souvisejících se vznikem kvadruplegie.

Graf 13, Nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie

Graf 14, Předcházení vzniku.

Graf 15, Ochota respondentů přátelit se s člověkem s kvadruplegií

Graf 16, Příčina neochoty interakce s kvadruplegiky.

Graf 17, Náзор na zpětné začlenění do společnosti.

Graf 18, Množství bezbariérových přístupů

Graf 19, Přehled respondentů o zákonech týkající se lidí s kvadruplegií

Graf 20, Představa o životě lidí s kvadruplegií.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PMK – Permanentní močový katétr

ČIK – Čistá intermitentní katetrizace

Např. – například

Tzv. – tak zvaně

BOZP - Bezpečnost a ochrana zdraví při práci

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 - Obrázek páteře. Dostupné na:

http://www.cvicime.cz/images/stories/aaaold/pater/spine_big.gif

Příloha č. 3 - Rozdělení klinických projevů při poranění míchy. Zdroj: TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0031-X

Příloha č. 4 - Mícha – příčný průřez. Zdroj: DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie orgánových systémů*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-065-3

Příloha č. 5 - Obrázek dermatomů. Dostupné na: <http://www.wikiscripta.eu>

Příloha č. 6 - Obrázek ASIA score. Dostupné na: <http://www.asia-spinalinjury.org>

Příloha č. 7 - Statistické údaje o počtu pacientů spinální jednotky za rok 2011. Dostupné na <http://www.spinalcord.cz>

Příloha č. 8 - Statistické údaje o počtu pacientů rehabilitační spinální jednotky za rok 2011.

Příloha č. 9 - Edukační leták – Kvadruplegie. Zdroj: Vlastní

PŘÍLOHY

Příloha 1, Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Markéta Zabloudilová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech na fakultě zdravotnických studií ZČU v Plzni. Touto cestou bych Vás ráda poprosila o vyplnění mého dotazníku, rozděleného do dvou částí, jehož výsledky budou složít jako podklady pro mou diplomovou práci na téma: „**Pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií**“. Dotazník je anonymní a jeho výsledky budou sloužit jen k výše uvedenému účelu. Prosím o zaškrtnutí pouze jedné odpovědi. U otázek, kde nejsou uvedeny možné odpovědi, svoji odpověď prosím doplňte.

Děkuji za Váš čas a spolupráci

Bc. Markéta Zabloudilová

1. ČÁST

1. Vaše pohlaví:

- Žena
- Muž

2. Váš věk?

- méně než 20
- 21 – 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 let a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- základní vzdělání
- odborné vzdělání bez maturity
- středoškolské vzdělání s maturitou
- vysokoškolské
- jiné

4. Jak velké je Vaše město z hlediska počtu obyvatel?

- Do 5 000 obyvatel.
- Od 5 000 - 15 000 obyvatel.
- Od 15 000 – 25 000 obyvatel.
- Od 25 000 – 55 000 obyvatel.
- Od 55 000 obyvatel a více.

5. Víte co znamená pojem kvadruplegie?

- Ano
- Ne

6. Vysvětlete prosím pojem kvadruplegie (pouze, pokud jste v otázce č.5 zvolil/a možnost Ano)Uveďte.....

.....

2.ČÁST

Pro vyplnění druhé části mého dotazníku bude důležité znát význam pojmu kvadruplegie/kvadruplegik.

Kvadruplegie – ochrnutí horních i dolních končetin.

Kvadruplegik – člověk s tímto onemocněním.

7. Zajímáte se o problematiku lidí s pohybovým postižením?

- Ano
- Ne

8. Znáte někoho z Vašeho okolí u koho vlivem úrazu nebo nemoci došlo k rozvoji nějakého pohybového postižení?

- Ano, uveďte jaké pohybové postižení
-
- Ne

9. Setkal/a jste se již někdy dříve s pojmem kvadruplegie?

- Ano, setkal/a jsem se s tímto pojmem.
- Ne, nikdy jsem tento pojem neslyšel/a.

10. Znáte ve svém okolí někoho s tímto postižením?

- Ne, neznám nikoho s tímto postižením ve svém okolí, a ani nikdy jsem takového člověka nepotkal/a.
- Vím o člověku s tímto postižením ve svém okolí, ale neměl/a jsem možnost se s ním setkat.
- Zním člověka s tímto postižením a měl/a jsem možnost se s ním setkat.
- Člověk s tímto postižením je členem mé rodiny.

11. Kde myslíte, že převážně žijí lidé s tímto postižením?

- V ústavech sociální péče.
- V léčebnách dlouhodobě nemocných.
- Jsou v péči rodiny.
- Nevím.

12. Víte, jakým způsobem může u člověka dojít ke vzniku kvadruplegie?

- Ano
- Ne

13. Jaké jsou podle Vás nejčastější příčiny vzniku kvadruplegie? *(Vyplňte pouze v případě, že jste na otázku č.12 zvolili odpověď ANO)*

Uveďte

.....
.....

14. Jak můžete rizikům vzniku předcházet? *(Vyplňte pouze v případě, že jste na otázku č.12 zvolili odpověď ANO)*

Uveďte

.....
.....

15. Pokud by se vyskytl člověk s kvadruplegií ve Vašem okolí, byl/abyste schopný/á s ním udržovat například přátelský vztah?

- Ano, nebyl by to pro mě žádný problém.
- Nevím, jestli bych věděl/a, jak se k němu mám chovat, ale jistě bych to později dokázal/a.
- Nejsm si jistý, jestli bych dokázal udržovat přátelský vztah s takto postiženým člověkem.
- Ne.

16. Z jakého důvodu byste nebyl/a schopný/a přátelit se s člověkem s kvadruplegií? *(vyplňte pouze pokud jste na otázku č. 13 zvolili odpověď NE)*

Uveďte

.....
.....

17. Myslíte si, že lidé s kvadruplegií mají možnost se nějakým způsobem začlenit zpět do společnosti?

- Ano, mají dostatek možností.
- Spíše ne.
- Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlel/a.

18. Máte ve Vašem městě dostatečné množství bezbariérových přístupů na důležitá místa, jako jsou úřady, kulturní domy nebo obchodní centra, tak aby tato místa mohli navštěvovat lidé na vozíku?

- Ano, máme dostatečné množství bezbariérově přístupným míst a to nejen na úřady, do kulturních center nebo obchodních center.
- Ne, v našem městě není dostatek bezbariérově přístupných míst a člověk na vozíku je tak při návštěvě úřadů nebo kulturních akcí velmi omezen.
- Nevím.

19. Máte nějaký přehled o zákonech týkajících se lidí se zdravotním postižením jako je kvadruplegie? (Např. příspěvky)

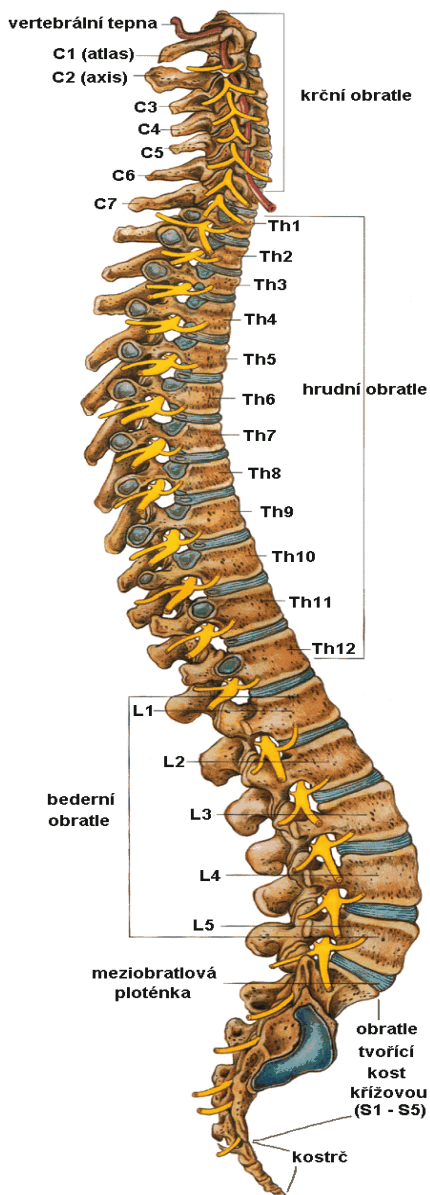
- Ano, tato problematika mě zajímá.
- Částečně ano.
- Ne, velmi mě tato problematika nezajímá.

20. Jak byste nejlépe popsal/a vaši představu o životě lidí s kvadruplegií? (Např. žijí osamoceně nebo žijí běžným životem atd.)

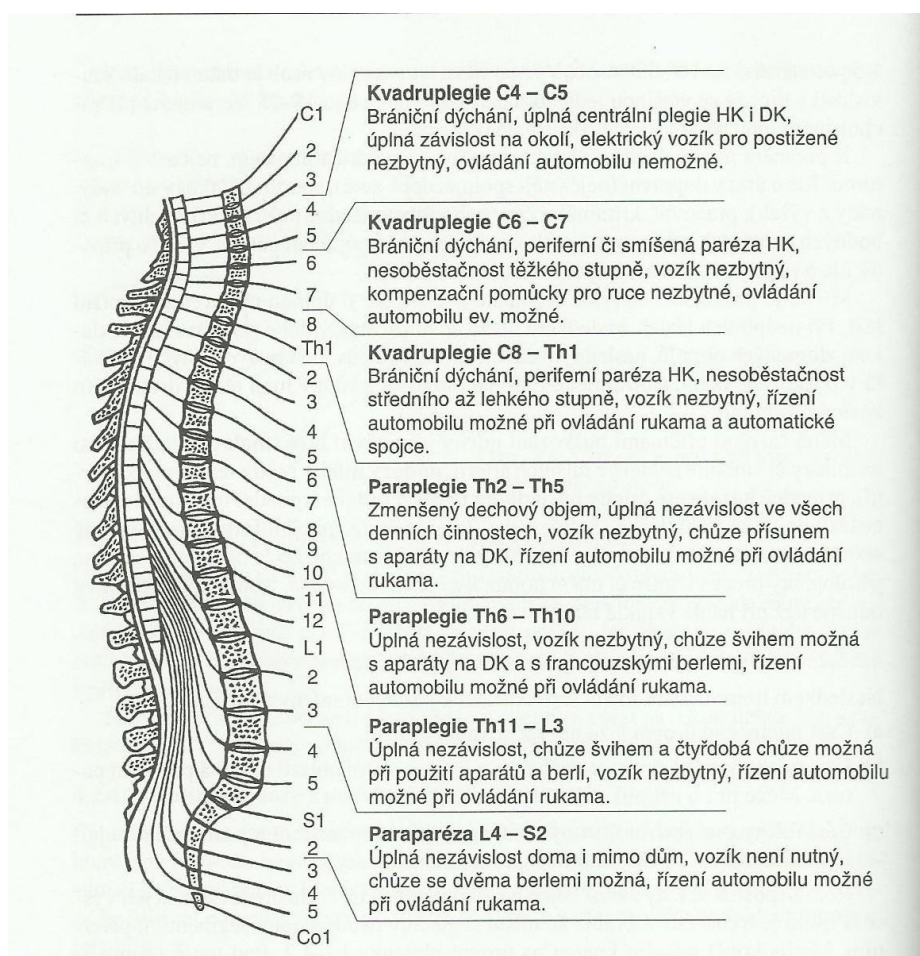
Uveďte.....

.....

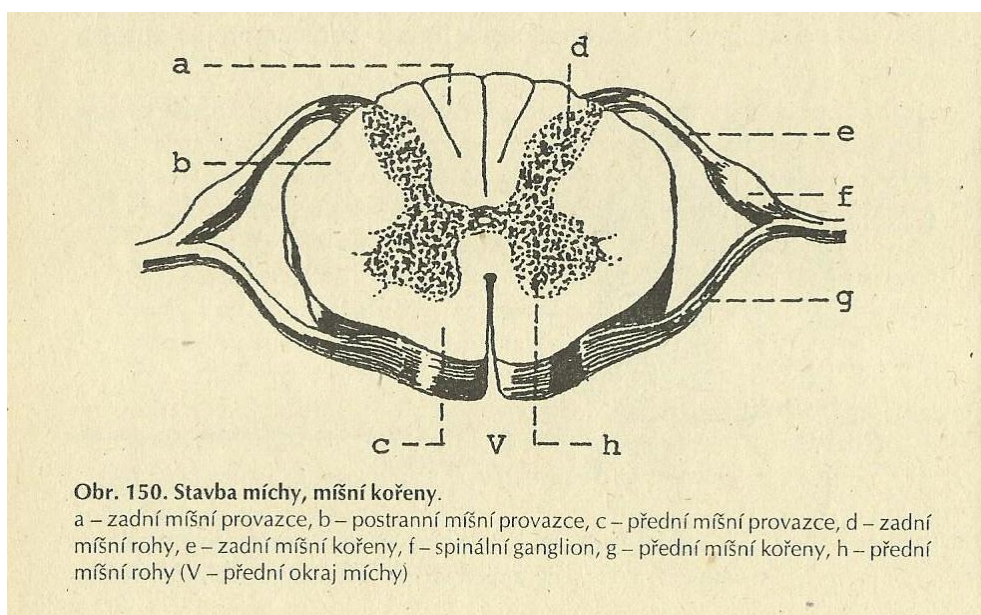
Příloha 2, Páteř.



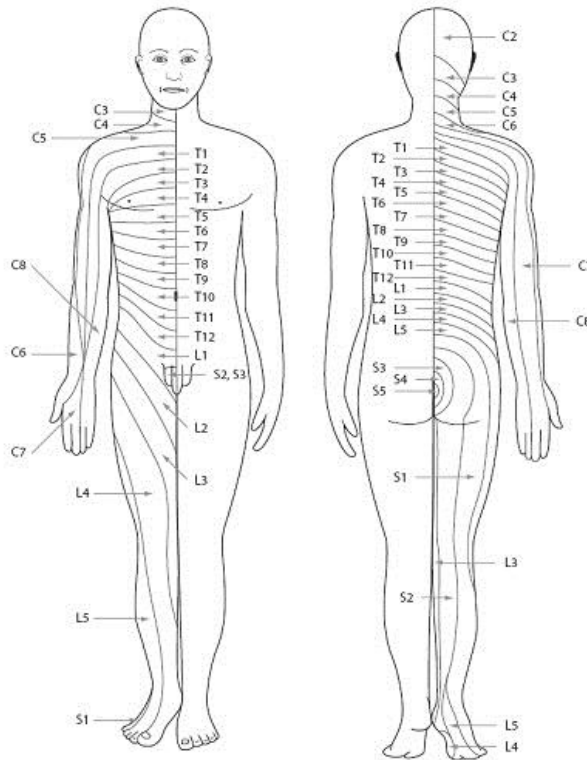
Příloha 3, Rozdělení klinických projevů při poranění míchy.



Příloha 4, Mícha – příčný průřez.



Příloha 5, Dermatomy.



Příloha 6, ASIA skóre.

Patient Name _____

Examiner Name _____ Date/Time of Exam _____



STANDARD NEUROLOGICAL CLASSIFICATION
OF SPINAL CORD INJURY



MOTOR

KEY MUSCLES (scoring on reverse side)

	R	L	
C5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow flexors
C6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wrist extensors
C7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elbow extensors
C8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger flexors (distal phalanx of middle finger)
T1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finger abductors (ring finger)
UPPER LIMB TOTAL (MAXIMUM) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> (25) (25) (50)			

Comments:

	R	L	
L2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hip flexors
L3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knee extensors
L4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle dorsiflexors
L5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Long toe extensors
S1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ankle plantar flexors
LOWER LIMB TOTAL (MAXIMUM) <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> (25) (25) (50)			

Voluntary anal contraction (Yes/No)

SENSORY

KEY SENSORY POINTS

	LIGHT TOUCH		PIN PRICK	
	R	L	R	L
C2				
C3				
C4				
C5				
C6				
C7				
C8				
T1				
T2				
T3				
T4				
T5				
T6				
T7				
T8				
T9				
T10				
T11				
T12				
L1				
L2				
L3				
L4				
L5				
S1				
S2				
S3				
S4-5				
TOTALS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Any anal sensation (Yes/No)

PIN PRICK SCORE (max: 112)

LIGHT TOUCH SCORE (max: 112)

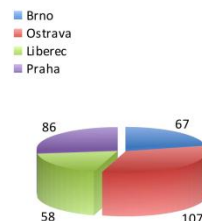
• Key Sensory Points

NEUROLOGICAL LEVEL	SENSORY	R	L	COMPLETE OR INCOMPLETE?	ZONE OF PARTIAL PRESERVATION	SENSORY	R	L
The most caudal segment with normal function		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Isopleth = Any sensory or motor function in S4-S5	Caudal extent of partially preserved segments	MOTOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ASIA IMPAIRMENT SCALE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistické údaje o počtu pacientů spinální jednotky za rok 2011.

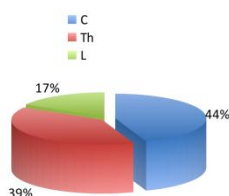
		Brno	Ostrava	Liberec	Praha	celkem	
celkový počet		67	107	58	86	318	
pohlaví	muži	52	71	44	60	227	
	ženy	15	36	16	26	93	
průměrný věk		50,5	45	48	46	47,38	
výška léze	C	32	47	24	34	137	
	Th	22	46	17	35	120	
	L	7	14	17	13	51	
 AIS	A	17	28		30	75	
	B	10	10		12	32	
	C	27	55		13	95	
	D	7	12		24	43	
 etiologie	úrazová	pád	25	27	23	28	103
		auto,moto	15	8	10	18	51
		sport	6	9	8	4	27
		voda	2	3	2	5	12
		jiné traum	5	3	0	9	17
neúrazová	cévní	6	10	0	6	22	
	zánět	1	6	3	5	15	
	tumor	3	34	4	8	49	
	jiné	4	28	8	3	43	

Počet míšních lézí

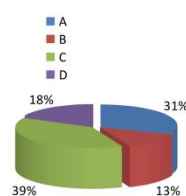


Statistika počtu pacientů na Spinálních jednotkách za rok 2011

Výška léze



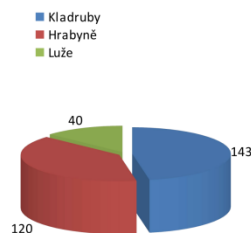
ASIA Impairment Scale



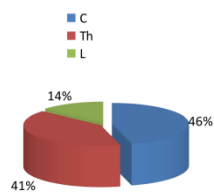
Příloha 7, Statistické údaje o počtu pacientů rehabilitační spinální jednotky za rok 2011.

		Kladruby	Hrabyně	Luže	celkem	
celkový počet		143	120	40	303	
pohlaví	muži	104	95	26	225	
	ženy	39	25	14	78	
průměrný věk		48	52	44	48	
výška léze	C	60	62	17	139	
	Th	61	44	18	123	
	L	22	14	5	41	
 AIS	A	34	34	11	79	
	B	20	1	2	23	
	C	53	50	10	113	
	D	36	35	17	88	
 etiologie	úrazová	pád	36	38	13	87
		auto,moto	30	17	7	54
		sport	7	9	2	18
		voda	17	2	0	19
		jiné traum	8	9	0	17
neúrazová	cévní	13	3	3	19	
	zánět	10	8	0	18	
	tumor	14	8	3	25	
	jiné	8	24	7	39	

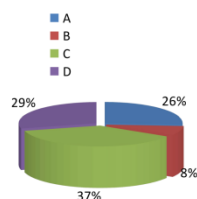
Počet míšních lézí



Výška léze



ASIA Impairment Scale



Statistika počtu pacientů na Rehabilitačních spinálních jednotkách za rok 2011

Příloha 8, Edukační leták – Kvadruplegie, první a druhá strana

Závěr


Poškození míchy nepříznivě ovlivňuje prakticky všechny oblasti lidského života. Člověk s kvadruplegií je nucen k hledání nové životní orientace a vyrovnání se s realitou. Náhle přichází o soběstačnost, svobodu, své zájmy a práci. Začne mít mnoho zdravotních komplikací, se kterými se nikdy dříve nesetkal, které doprovází bolest. To vše negativně ovlivňuje život lidí s kvadruplegií. Pro lepší zvládnutí této náročné situace je velmi důležitá reakce a podpora okolí, proto bychom měli pracovat na svých předsudcích a podpořit zpětné začlenění lidí s kvadruplegií do společnosti.

Uvědomme si při kontaktu s jakýmkoliv člověkem s postižením, a to nejen s kvadruplegikem, že žije život, který musí žít a který si sám nevybral. Porozumění je cestou vedoucí k nepředpojatému a otevřenému přístupu k lidem s tělesným postižením.

Zdroj informací:
ZABLOUDILOVÁ, Mariéta. *Pohled široké veřejnosti na klienta s kvadruplegií*. Plzeň, 2013. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni.

Kvadruplegie

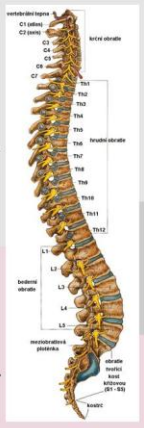
Příčiny a rizika vzniku



„Vadou těla se duše nezohaví, krásou duše se zdobí i tělo“ Seneca


Kvadruplegie

Kvadruplegie nebo dnes také často užívaný pojem tetraplegie, je částečné ochrnutí horních končetin, trupu a úplné ochrnutí dolních končetin. Ke kvadruplegii dochází při poraněních v oblasti krční páteře, nejčastěji vlivem úrazů.



Vznik kvadruplegie

Asi 70 % všech míšních poranění je traumatických a z nich početně nejvýznamnější jsou dopravní úrazy. K relativně častým příčinám potom patří pády, různé nehody, sportovní úrazy a kriminální delikty.



Zvlášť je nutno zdůraznit skoky do neznámé vody, které v každém letním období poznamenají život hlavně mladým lidem. Dalšími příčinami vzniku kvadruplegie jsou onemocnění páteře, cévní onemocnění, tumory, záněty, roztroušená skleróza, infekční onemocnění nebo vývojové a degenerativní onemocnění.

Více než 50 % případů vzniku poúrazového ochrnutí je u lidí ve věku 16–30 let. Výskyt úrazů páteře je asi 4krát častější u mužů.

Kvadruplegik a společnost

Obecně lze říct, že i v současné společnosti je nejvyšší hodnotou dobrá tělesná i duševní kondice jedince a neporušené zdraví. Tato hluboce zakořeněná norma má ve vztahu mezi společností a lidmi se zdravotním postižením velký vliv.

Negativní postoje k lidem s motorickým postižením tedy vychází z hodnotového zaměření naší společnosti. Výkon, image a úspěšnost člověka jsou základními kritérii úspěšnosti jedince ve společnosti. Tato kritéria však člověk s kvadruplegií jen těžko splňuje, a proto je často společností vyčleňován.