

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Studijní program
Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor
Adiktologie



Bc. Dominika Horáková, DiS.

Výskyt a souvislosti užívání alkoholu u osob po poškození míchy

**The incidence and context of alcohol use of persons after spinal
cord injury**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, dne 8. 5. 2013

Bc. Dominika Horáková, DiS.

Identifikační záznam:

Horáková, Dominika. Výskyt a souvislosti užívání alkoholu u osob po poškození míchy. Praha, 2013, 94 stran, 4 přílohy. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Vedoucí práce: Mgr. Jaroslav Vacek. Oponent práce: PhDr. Lenka Vavrinčíková, Ph.D.

Abstrakt

Tématem diplomové práce je užívání alkoholu u osob po poškození míchy, které tvoří specifickou skupinu osob se zdravotním postižením.

Cíle výzkumné práce

Cílem této diplomové práce je popsat výskyt a míru užívání alkoholu u osob po poškození míchy a nalézt případná specifika užívání alkoholu u této cílové skupiny. Dále pak popsat motivy a důvody užívání alkoholu, specifika u jednotlivých diagnóz, nalézt a vydefinovat zdravotní problémy v souvislosti s užíváním alkoholu u osob po poškození míchy. V neposlední řadě také zjistit, zda se u této specifické cílové skupiny objevují jedinci s příznaky škodlivého užívání alkoholu nebo závislosti na alkoholu.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor v této diplomové práci tvoří osoby po poškození míchy, které jsou členy občanského sdružení CZEPA, jehož hlavním cílem je hájit práva a zájmy osob po poškození míchy a usiluje o jejich plnohodnotné začlenění do společnosti.

Metody zpracování dat

Pomocí vytvořeného a rozeslaného elektronického dotazníku (vlastní dotazník v kombinaci s dotazníkem AUDIT) byla zjišťována frekvence a intenzita užívání alkoholu u osob po poškození míchy, dále pak míra závažnosti užívání alkoholu a zdravotní a jiné důsledky. Získaná data byla vyhodnocena pomocí programu IBM SPSS. Následně byly všechny poznatky shrnuty a rozděleny podle předem stanovených kritérií.

Výsledky a závěry

Z výsledku studie vyplývá, že se u osob po poškození míchy stejně jako u většinové populace vyskytují jedinci, kteří užívají alkohol v míře odpovídající škodlivému užívání až závislosti, a to bez ohledu na to, zda se jedná o jedince s postižením všech čtyř končetin nebo pouze dolních končetin. Výsledky a doporučení z této studie by mohly posloužit jak pracovníkům služeb pro osoby po poškození míchy tak i pracovníkům adiktologických služeb.

Klíčová slova

osoby po poškození míchy – alkohol – prevalence – škodlivé užívání - závislost – zdravotní komplikace

Abstrakt

The topic of this thesis is use of alcohol in people after spinal cord injury, who form a specific group of people with disabilities.

Objectives of the research work

The objective of this thesis is to describe the incidence and rate of alcohol use in people after spinal cord injury and find any specifics of alcohol use for this target group. As well as describe motives and reasons for alcohol use, specifics of individual diagnoses, find and define health problems related to alcohol use in people after spinal cord injury. Last but not least, find out whether in this specific group individuals with symptoms of harmful alcohol use (alcohol abuse) or addiction to alcohol appear.

Sample file

Participants of research (sample file) in this thesis are people after spinal cord injury who are members of the civic association CZEPA. The main objective of this association is to defend the rights and interests of people after spinal cord injury and strives for their full integration into society.

Data processing methods

With an electronic questionnaire (self-questionnaire in combination with the AUDIT questionnaire) frequency and intensity of alcohol use, seriousness of alcohol intake, health state and other consequences were measured in people after spinal cord injury. The data were analyzed by the IBM SPSS software. All results were summarized and divided according to predefined criteria.

Results and conclusion

The results show that in people after spinal cord injury as well as in population there are individuals who use alcohol to an extent corresponding to harmful use and addiction regardless of whether they are individuals with disabilities of all four limbs or only lower limbs. The results and recommendations from this study may help service workers for people after spinal cord injury and addictological service workers.

Keywords

people after spinal cord injury - alcohol - prevalence - abuse - addiction - medical complications

Poděkování

Za odborné vedení, cenné rady a velkou podporu velice děkuji Mgr. Jaroslavu Vackovi, vedoucímu mé diplomové práce. Dále děkuji České asociaci paraplegiků – CZEPA za poskytnutí souhlasu s využitím její členské databáze pro výzkumnou část této práce, všem jejím zaměstnancům za podporu a členům, kteří byli ochotni zúčastnit se této studie. V neposlední řadě děkuji mým přátelům za podporu, jejich brilantní mozky a korekturu odborných textů (zejm. Richardovi, Jirkovi a Janě).

Na závěr děkuji své mamce za hodiny strávené nad korekturou tohoto textu a tímto jí slibuji, že tohle už bylo opravdu naposledy 😊.

Obsah

1. ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
2. Poranění páteře a poškození míchy	9
2.1 Vymezení pojmu tělesné postižení	9
2.2 Páteř a mícha	11
2.3 Poranění páteře a poškození míchy	13
2.4 Základní typologie podle výšky poškozeného segmentu míchy ..	14
2.5 Fáze míšního poškození	17
3. Doprovodné problémy související s poraněním páteře a poškozením míchy	19
3.1 Zdravotní důsledky a komplikace	19
3.2 Psychické problémy a adaptační proces	21
3.3 Sociální problematika	23
4. Podpora osob po poškození míchy	25
5. Alkohol	27
5.1 Všeobecné informace o alkoholu (užívání, závislost, odvykací stav, komplikace)	27
6. Alkohol a osoby po poškození míchy	31
6.1 Užívání alkoholu u osob po poškození míchy	31
6.2 Zdravotní a jiné komplikace u osob užívajících alkohol	37
PRAKTICKÁ ČÁST	39
7. Metodologie	39
7.1 Cíl a obecný metodologický rámec	39
7.2 Výzkumné otázky	39
7.3 Metody tvorby dat	39
7.4 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru	40
7.5 Metody zpracování a analýzy dat	41
7.6 Etické aspekty práce	43
7.7 Popis výzkumného souboru	44
8. Výsledky	48
9. Diskuze a doporučení	65
9.1 Diskuze	65
9.2 Doporučení	70
10. Závěr	72
Použitá literatura	73

1. ÚVOD

Když jsem se v roce 2006 poprvé setkala v rámci mé praxe na Vyšší odborné škole sociálně právní jako praktikantka v oboru sociální práce s lidmi po poškození míchy, nevěděla jsem, jak se, asi jako každý člověk, k těmto lidem chovat. Postupem času jsem zjistila, že tito lidé jsou stejní jako my – chodící lidé – myslí, chovají se a jednají stejně jako my a i přes svůj handicap se snaží „postavit na vlastní nohy“ - stát se nezávislymi a plnohodnotnými členy společnosti stejně tak jak by to mělo být i u zdravých členů společnosti/lidí bez handicapu.

I přes mou téměř pětiletou odbornou praxi jako sociální pracovnice této cílové skupiny se nestačím podívat nad tím, jak dokáží lidé po poškození míchy fungovat v běžném životě plných bariér (jak architektonických tak i lidských) a že se potýkají a řeší stejné problémy jako my „chodáci“.

Počet studií na téma život po poškození míchy v posledních letech stoupá, a to bohužel díky stále většímu počtu úrazů páteře a poškození míchy. Mezi „nejoblíbenější“ témata patří zkoumání kvality života osob po poškození, pracovní a sociální rehabilitace těchto osob, sexuální aspekty života osob po poškození míchy, zdravotní, lékařská, rehabilitační a ergoterapeutická péče u osob po poškození míchy.

Existují ale i aspekty života osob po poškození míchy, které prozatím nebyly v České republice prozkoumány. Tímto tématem je právě užívání alkoholu u osob po poškození míchy. V tomto ohledu mohu v rámci své odborné praxe konstatovat, že se někteří jedinci s touto diagnózou potýkají s alkoholem, a to ne pouze v rovině „normálního“ společenského pití, ale u některých z nich můžeme pozorovat nadměrnou pravidelnou konzumaci alkoholu minimálně na úrovni škodlivého pití – užívání.

Cílem této studie je zjistit míru užívání, případnou rizikovost a komplikace při užívání alkoholu osobami po poškození míchy. Výsledky této práce by mohly posloužit odborným pracovníkům, jejichž náplní práce je rehabilitace/pomoc osobám po poškození míchy, dále pak praktickým lékařům, ale také adiktologickým pracovníkům.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Poranění páteře a poškození míchy

Poranění nebo onemocnění páteře a poškození míchy s následným ochrnutím dolních ale i horních končetin řadíme mezi zdravotní postižení – konkrétně tělesné postižení. Jedinec po poškození míchy nemá ochrnuté pouze dolní ale v některých případech i horní končetiny. Tento handicap s sebou přináší ale i jiné následky než ochrnutí končetin. Mezi další následky tohoto postižení řadíme zdravotní, sociální, sexuální a ekonomické omezení či následky, se kterými se jedinec „musí“ po svém úrazu vyrovnávat.

2.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Pokud chceme psát o postižení a o zdravotně postižených jako takových, musíme nejdříve správně a korektně vydefinovat tyto pojmy. Definice postižení/handicapu a tělesného postižení je ale poněkud složitá, protože neexistuje jednotné a univerzální vymezení/definice těchto pojmů. V současném pojetí můžeme definovat „postižené“ z medicínského, psychologického nebo také sociologického hlediska.

Světová zdravotnická organizace (WHO) ve svém pojetí definuje postižení jako částečné nebo úplné omezení vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu¹.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností (MKF) Světové zdravotnické organizace (WHO) vymezuje níže uvedené mezinárodně uznávané definice pro postižení (disability):

- postižení (disability) je zastřešující pojem pro poruchy, hranice aktivit a omezení participace (dříve označováno jako handicap). Označuje negativní hlediska interakce mezi osobou se zdravotním postižením a faktory prostředí a osobní.
- porucha (impairment) je ztráta nebo abnormalita tělesné struktury nebo fyziologické funkce. Abnormalita je zde striktně chápána jako signifikantní odchylka od statisticky stanovených norem.

¹ Opatřilová, D., Zámečnicková, D. Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

- participace (dříve handicap) – zapojení se osoby do různých životních situací. Představuje společenskou perspektivu funkční schopnosti.²

Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích definuje tělesné postižení neboli handicap jako porušení funkce ve vztahu jedince a společnosti u osob se zdravotním postižením. Jsou narušeny role, které postižený ve společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost.³

Podle Vágnerové lze zdravotní postižení vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému, v jehož důsledku dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí, resp. kompetencí. Obecně lze říci, že jakékoliv postižení ovlivňuje rozvoj celé osobnosti postiženého jedince a podílí se na vytvoření specifické sociální situace spoluurčující jeho společenské postavení. Handicap představuje znevýhodnění dané na jedné straně omezením nebo postižením a na straně druhé je dán mírou jeho subjektivního zvládnutí a sociální pozicí jedince⁴.

V případě získaného postižení v průběhu života se dá z psychologického hlediska říci, že se jedná o situaci/stav, který představuje větší psychické trauma, člověk může srovnávat, uvědomovat si, co ztratil, a svůj aktuální zdravotní stav považovat za jednoznačně horší, ne-li nepřijatelný. Naopak ale zůstává zachována zkušenost z dřívějšího („za zdrava“), na základě které může jedinec využívat své dřívější kompetence, které mu mohou být v „novém“ životě užitečné (versus jedinec s vrozeným postižením/handicapem)⁵.

Velký psychologický slovník definuje podle WHO postižení jako handicap, který znamená znevýhodnění jedince, které zamezuje nebo omezuje výkon jeho normální role, i sociokulturně ovlivnitelný důsledek přímo neovlivnitelného poškození nebo postižení: míra, v níž je postižený jedinec handicapován, je tedy dána tím, nakolik mu společnost vytvoří podmínky pro překonávání důsledků postižení⁶.

Spíše než s pojmem tělesné postižení se v legislativě České republiky setkáváme spíše s pojmem zdravotní postižení, které v sobě zahrnuje jednotlivé typy postižení.

² MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 221. ISBN 978-80-247-1587-2.

³ Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. 3. svazek G - J. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. s. 131. ISBN 80-902555-5-8.

⁴ Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. s. 161. ISBN 80-7178-802-3

⁵ tamtéž, str. 162

⁶ Hartl, P., Hartlová, H. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010. s. 177. ISBN 978-80-7367-686-5

Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, používá termín „zdravotně postižení“ (např. článek 29)⁷.

Např. zákon o sociálních službách (§ 3 písm. g, zákona č. 108/2006 Sb.) definuje zdravotní postižení jako tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Osobami se zdravotním postižením jsou podle zákona o zaměstnanosti (§ 67, odst. 2, zákona č. 435/2004 Sb.) fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení:

- uznány invalidní ve III. stupni (osoby s těžším zdravotním postižením)
- uznány invalidní v I. a II. stupni
- uznány jako osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) – ale podle nové úpravy platné od 1. 1. 2012 platnost OZZ končí, a to nezávisle na rozhodnutí posudkové služby (LPS) celoplošně k 31. 12. 2015.

2.2 Páteř a mícha

Páteř (columna vertebralis) můžeme řadit mezi jednu z nejdůležitějších a nejpružnějších částí lidského těla. Páteř je jakýmsi „spojovatelem“ mezi jednotlivými částmi těla. Na páteř je napojena hlava, horní a dolní končetiny a spolu s hrudníkem a dutinou břišní nese a chrání všechny důležité orgány v těle.

Páteř je tvořena celkem z 34 obratlů - z toho je 7 krčních, vertebrae cervicales (C1-C7), 12 hrudních, vertebrae thoracicae (Th1 – Th12), 5 bederních, vertebrae lumbales (L1 – L5), 5 obratlů křížových, vertebrae sacrales (S1 – S5) a 4-5 rudimentálních obratlů kostrčních, vertebrae coccygeae (Co). V každém úseku páteře mají obratle charakteristický tvar a velikost. Křížové obratle srůstají v křížovou kost, os lacrum, a obratle kostrční v kostrč, os coccygis⁸.

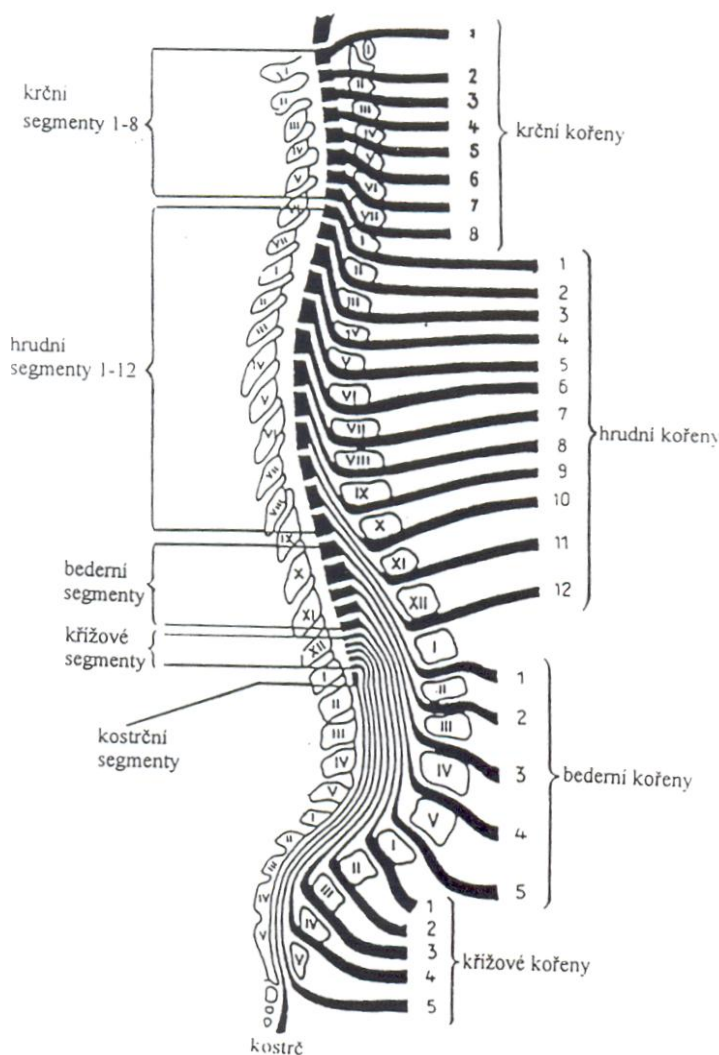
Spojení mezi obratli je zajištěno meziobratlovými ploténkami, klouby a vazy, které spolu se zádovními svaly dodávají tělu značnou pevnost a ohebnost. Páteřním kanálem prochází mícha a mezi obratli vychází 31 párů míšních kořenů/nervů (8 párů krčních nervů, 12 párů hrudních nervů, 5 párů bederních a křížových nervů, 1 pár nervů kostrčních)⁹ - viz. obrázek č. 1.

⁷ Listina základních práv a svobod: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

⁸ Peterková, Věra. et al. Páteř a mícha. Praha: Galén, 2005. s. 188. ISBN 80-7262-336-2

⁹ Vokurka, Martin., Hugo, Jan. et al. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0

Obrázek č. 1 Rozdělení páteřních segmentů a míšních nervů¹⁰



Mícha je provazec uložený v páteřním kanálu. Začíná v oblasti C1 a končí nejčastěji v oblasti meziobratlové ploténky L1-L2. Její délka je udávána mezi 42 až 50 centimetry. Šířka (tloušťka) míchy není v celém průběhu stejná – nejširší je v oblasti krční intumescence (max. v oblasti obratlů C5, C6) a bederní intumescence. Tkáň míchy je tvořena nervovými buňkami, nervovými tkáněmi a podpůrnou tkání. Centrálně, kolem míšního kanálu, je uložena šedá hmota míšní vybíhající v přední a zadní rohy míšní. Na okrajích (periferii) se nachází bílá hmota míšní, která se člení na nervová vlákna, která tvoří míšní dráhy. Mícha je obalena plenami (dura mater spinalis – tvoří tzv. durální vak, arachnoidea spinalis pia mater spinalis), uvnitř míchy probíhá centrální kanálek (canalis centralis) vyplněný mozkomíšním mokem. Mícha je zásobována arteriální krví z husté sítě tepen¹¹.

¹⁰ Bromley, Ida. Tetraplegia and Paraplegia, A Guide for Physiotherapists. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991, ISBN 9780443042157.

¹¹ Dungal, Pavel. et al. Ortopedie. Praha: Grada, 2005. s. 653. ISBN 80-247-0550-8

2.3 Poranění páteře a poškození míchy

Pád ze stromu, chůze po schodech, výškové práce, skok do vody, jízda autem nebo na motorce – při všech těchto aktivitách a mnoha dalších hrozí riziko, že u jedince může dojít k poranění páteře a následnému poškození míchy.

Podle Náhlavského zlomeniny páteře představují asi 4-5% všech úrazů. Poranění páteře jsou často přidružená s poraněním jiných orgánů v rámci polytraumatu. V 15 až 40% bývá poranění páteře spojeno s poraněním míchy. Ze všech míšních lézí připadá 5% na dětské pacienty se zlomeninou páteře. Nejvulnerabilnější úsek páteře je krční, který bývá poraněn ve 42%, hrudní asi ve 30% a bederní asi ve 20%. Asi ve 20% mají pacienti poranění páteře ve více etážích¹².

K poškození míchy může dojít rovněž bez poranění páteře (méně časté), a to na základě bodných nebo střelných poranění (dojde např. k tlakové vlně při průběhu střelného kanálu blízko páteře). Častěji ale dochází k poškození míchy v souvislosti s poraněním páteře, a to nejčastěji na podkladě zlomeniny nebo luxace obratle, ke kterým dochází posunem obratle nebo jeho části¹³.

Typy míšního poškození¹⁴:

- 1) míšní komoce (otřes míchy)
- 2) neúplné syndromy míšního poškození (komprese, degenerativní onemocnění, útlak)
- 3) syndrom úplného přerušení míchy – transverzální léze míšní (úplné přerušení míchy v celém průřezu)

Mezi nejčastější příčiny poškození páteře a míchy patří úraz – dopravní nehody (cca 55%), úrazy při práci nebo doma (cca 22%), dále sportovní úrazy – skoky do vody nebo pády z výšky (cca 18%) a násilné trestné činy, které jsou zastoupeny v 5 procentech. Mezi nejčastější neúrazové etiologie patří nádorová, cévní, degenerativní či zánětlivá onemocnění¹⁵.

Podle statistiky za rok 2011, kterou zveřejnila Česká asociace paraplegiků - CZEPA, došlo během tohoto roku k enormnímu nárůstu úrazů/onemocnění páteře

¹² Náhlavský, Jiří et al. Neurochirurgie, 1 vyd. Praha: Galen, 2006. s 317. ISBN 80-7262-319-2.

¹³ Dungal, Pavel. et al. Ortopedie. Praha: Grada, 2005. s. 654. ISBN 80-247-0550-8

¹⁴ Hoch, Jiří., Leffler, Jan. A kol. Speciální chirurgie. Praha:Maxdorf Jessenius, 2011. s. 310. ISBN 978-80-7345-253-7

¹⁵ Centrum paraple, 2001 (25.4.2013), dostupné: <http://www.paraple.cz/informace/misni-poraneni.html>

s následným poškozením míchy (míšní léze). Z celkového počtu úrazů došlo ve 4/5 k „usednutí“ jedince na invalidní vozík. Ze 2/3 se jedná o úrazy páteře s následným poškozením míchy a v 1/3 se jedná o onemocnění páteře a míchy, které má za následek ochrnutí dolních, popř. i horních končetin. Úrazy páteře se nejčastěji stávají lidem zejména v produktivním věku (muži:ženy – 2-3:1). Neúrazové míšní léze – cévní myelopatie, záněty či nádory - se vyskytují zejména u starších pacientů na hranici produktivního věku.

Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP¹⁶ na svých stránkách každoročně uveřejňuje statistiky Spinálních jednotek a Spinálních rehabilitačních jednotek o počtu pacientů s poškozením míchy. Ze statistiky Spinálních jednotek (Praha, Brno, Liberec, Ostrava) vyplývá, že za rok 2011 prošlo těmito jednotkami celkem 318 osob s diagnostikovaným poškozením míchy, z toho bylo 227 mužů a 93 žen. Průměrný věk se pohyboval okolo 47,38 let. Na těchto jednotkách se nacházelo 137 osob s porušením míchy s výškou léze v oblasti krční páteře (C), 120 osob s porušením míchy v oblasti hrudní páteře (Th) a 51 osob s porušením míchy v oblasti bederní páteře (L). Mezi nejčastější úrazové etiologie patří pády z výšky (103 případů), auto-, motonehody (51 případů) a sport (27 případů). Z neúrazové etiologie jsou nejčastějšími příčinami cévní příhody, záněty a tumory.

Od roku 2005 narostl počet pacientů s poškozením míchy na Spinálních jednotkách ze 195 osob na současných 318 osob. Vzhledem k nedostatku např. preventivních protiúrazových kampaní můžeme očekávat, že počty úrazů budou rok od roku narůstat.

Přesné statistiky o počtu osob po poškození míchy v České republice nemáme. Odhaduje se, že v České republice žije mezi 5 000 – 8 000 osob po poškození páteře a míchy.

2.4 Základní typologie podle výšky poškozeného segmentu míchy

Podle výšky segmentu, u kterého došlo k poškození míchy, můžeme rozlišovat následující typy poškození míchy (níže uvedené definice *paraparézy*, *paraplegie*, *tetraparézy*, *tetraplegie* a *pentaplegie* vycházejí napřed z obecného popisu daného typu – rozsahu – postižení, následně je pojem rozšířen o mezinárodní klasifikaci nemocí; MKN

¹⁶ Statistika počtu pacientů na Spinálních jednotkách za rok 2011 (2012). Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP. Retrieved May 6, 2013, from www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/statistiky/pocet_pacientu_sj11.pdf

10. V textu této práce se níže popsané typy postižení vztahují k postižení v důsledku poškození míchy)¹⁷:

Paraparéza

Částečné ochrnutí poloviny těla, v tomto případě dolní poloviny těla. Jedná se zpravidla o porušení jak funkcí motorických, senzitivních, tak i vegetativních (citlivost na dotek, tlak, chlad, teplo, bolest). V případě centrální paraparézy dolních končetin bývají různou měrou postiženy též sfinkterové funkce. V případě vysoké centrální paraparézy dolních končetin bývá postižen i trup.

Jedná se o nekompletní poškození míchy (v hrudním a/nebo v bederním segmentu). Zachována částečná pohyblivost a citlivost dolních končetin.

Podle MKN-10 se jedná o diagnózy G820, G821, G822.

Paraplegie

Úplné ochrnutí poloviny těla, obvykle obou dolních končetin, neschopnost aktivního volního pohybu. Syndrom úplného (kompletního) přerušení míchy je postižení s motorickou, senzitivní a vegetativní obrnou, způsobené kompletním příčinným porušením míchy (převážně ve výši Th 2 – 11). V případě centrální paraplegie dolních končetin bývají různou měrou postiženy též sfinkterové funkce.

V případě nízké paraplegie (Th 7 – 11) dochází k úplné ztrátě pohyblivosti dolních končetin. Pokud má jedinec nízkou paraplegii, bude mít zachovalou citlivost od břicha nahoru a částečné cití nohou.

U vysoké paraplegie (Th 2-6) dochází k úplné ztrátě pohyblivosti dolních končetin, zároveň dochází k částečnému omezení dýchacích funkcí (hrudní dýchání a kašlací reflex). Pokud má jedinec vysokou paraplegii, bude mít zachovalou citlivost od hrudi nahoru, absence cití na břichu a nohou.

Podle MKN-10 se jedná o diagnózy G820, G821, G822.

¹⁷ Schettler, G., Usadel, K., Deppermann, D., Friedmann, B., et al. Repetitorium praktického lékaře. Praha: Galén, 1995. str. 409. ISBN 80-85824-18-3.

Vokurka, M., Hugo, J., a kol. Velký lékařský slovník. Praha: Jessenius Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-1.; Kolář, P., et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. str. 352-353. ISBN 978-80-7262-657-1.; Cesta k nezávislosti po poškození míchy. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple, 2004. str. 7. ISBN 80-239-5555-1.

Wendsche, P. a kol. Poranění míchy: Ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. str. 7, 8, 13. ISBN 978-80-7013-504-4.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize: MKN-10: kapesní formát. Vyd. 2. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992. str. 188-189

Tetraparéza (též kvadraparéza)

Částečné ochrnutí horních i dolních končetin (všech čtyř končetin). Jedná se o inkompletní porušení krční míchy, dále o částečné porušení motorických, senzitivních a vegetativních funkcí (segmenty C 4 – Th 1). V případě centrální tetraparézy bývají různou měrou postiženy sfinkterové funkce.

Podle MKN-10 diagnózy G823, G824, G825.

Tetraplegie (též kvadraplegie)

Úplné ochrnutí všech čtyř končetin na podkladě úplného přerušování krční míchy. Jedná se o postižení horních končetin, trupu a dolních končetin. V praxi se diagnóza tetraplegie používá při úplné ztrátě pohyblivosti dolních končetin a částečné ztrátě pohyblivosti horních končetin a mezižeberních svalů (segmenty C 4 – Th 1). Dochází ke ztrátě pohyblivosti těla, je postiženo dýchání a kašláním. Je zachována citlivost na hlavě a krku, podle výšky segmentu je také zachována citlivost na ramenou, šiji a rukou. V případě centrální tetraplegie bývají různou měrou postiženy sfinkterové funkce.

Podle MKN-10 diagnózy G823, G824, G825.

Pentaplegie

Pokud dojde k úplnému přerušování míchy nad segmentem C 4 (C 1 – 4), dochází nejen k obrně a nepohyblivosti dolních a horních končetin, ale jedinec není schopen spontánního dýchání (fatálně je postižena funkce bránice a bráničního nervu – ochrnutí nervus phrenicus). V těchto případech potřebuje jedinec umělou plicní ventilaci. V případě centrální pentaplegie bývají různou měrou postiženy sfinkterové funkce.

Podle MKN-10 diagnóza G 825.

2.5 Fáze míšního poškození

Podle metodického opatření Ministerstva zdravotnictví z 18. června 2002 bylo období po poškození míchy rozděleno na¹⁸:

- stádium 1a (cca 1.-2. týden) po vzniku onemocnění/poškození míchy – akutní (urgentní) fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na ARO nebo JIP spondylochirurgického oddělení;
- stádium 1b (cca 2.-12. týden) po vzniku onemocnění/poškození míchy – subakutní (postakutní) fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na Spinální jednotce (v současné době v ČR 4 spinální jednotky – Fakultní nemocnice Brno – Bohunice, Fakultní nemocnice Ostrava, Krajská nemocnice Liberec, Fakultní nemocnice Praha – Motol);
- stádium 2 (cca 6.-26. týden) po vzniku onemocnění/poškození míchy – chronická fáze, během které by měl být pacient hospitalizován na Spinální rehabilitační jednotce (v současné době v ČR 3 spinální rehabilitační jednotky – Rehabilitační ústav Kladruby, Rehabilitační ústav Hrabyně, Hamzova odborná léčebna Luže – Košumberk);
- za fázi 3 (tzv. terciální fázi) je často považována pozdní doba, kdy někteří pacienti potřebují péči pro vzniklé komplikace (dekubity, infekce močového systému, urolitiáza, kontraktury, narůstající spasticita, bolesti, psychologické a psychiatrické poruchy), nebo následné akutní stavy či operační zákroky.

Po propuštění ze Spinální rehabilitační jednotky (tzn. po ukončení stádia 2), může jedinec po poškození míchy využít rehabilitačních služeb nestátních zdravotnických zařízení, které se specializují na lidi po poškození míchy s cílem udržet a zvyšovat jejich fyzickou kondici a soběstačnost. V ČR existují dvě organizace, které tyto služby komplexně poskytují (fyzioterapie, ergoterapie, sociálně rehabilitační pobyty, sportovní pobyty, respitní péče) – Centrum Paraple¹⁹ (Praha) a ParaCENTRUM Fénix²⁰ (Brno). Další organizací, která pomáhá lidem po poškození míchy směrem k návratu do plnohodnotného života jako před poškozením míchy, je Česká asociace paraplegiků – CZEPA²¹.

¹⁸ Paraplegiologické fórum. Doporučené postupy. Péče v akutní fázi po poškození míchy. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005.

¹⁹ Více informací o organizaci na www.paraple.cz.

²⁰ Více informací o organizaci na www.paracentrum-fenix.cz.

²¹ Více informací o organizaci na www.czepa.cz.

Všechny tyto tři organizace spolupracují se Spinálními jednotkami, Spinálními rehabilitačními jednotkami a zároveň vykonávají depistáž ve výše uvedených zařízeních s cílem vyhledávat a informovat klienty o jejich postižení a nabízet informace ke zkvalitnění života lidí po poškození míchy.

3. Doprovodné problémy související s poraněním páteře a poškozením míchy

3.1 Zdravotní důsledky a komplikace

Ztráta pohyblivosti, imobilita a odkázání na kompenzační pomůcky (francouzské hole, mechanický vozík, elektrický vozík) jsou zásadními problémy jedince po poškození míchy. Následky tohoto postižení mají však další rozměr a tím mohou být přidružené zdravotní důsledky a komplikace.

Pro dokreslení celkového obrazu osob po poškození míchy níže charakterizují pouze vybrané (dle mého názoru nejdůležitější) komplikace²²:

Poruchy mikce (močení)

Jedinec po poškození míchy není schopen ovládat močový měchýř a samovolně jej vyprazdňovat. Po úrazu a následné stabilizaci stavu jedince je nutný nácvik vyprazdňování močového měchýře např. prostřednictvím ČIAK (čistá intermitentní katetrizace neboli cévkování) nebo tzv. „vyklepávání“ (poklepávání na podbřišek a dovymačknutí).

Nutná je také pravidelnost a dostatečné vyprazdňování, které předchází případným komplikacím, jako jsou infekce močových cest, kameny v močovém měchýři a ledvinách, záněty ledvinových pánviček a ledvin, chronické selhávání ledvin.

Poruchy defekace (vyprazdňování stolice)

V důsledku poškození míchy dochází ke zpomalení motility střev a dysfunkci análního svěrače. Stejně jako u poruchy močení je i při poruše vyprazdňování důležitý nácvik a pravidelnost vyprazdňování s pomocí rektálních stimulací (čípky nebo manuálně) nebo prostřednictvím digitálního vybavení stolice. Mimo jiné je také nutné upravit jídelníček.

Proleženiny (dekubity)

V důsledku poškození míchy má kůže a podkoží na částech těla zasažených neurologickým deficitem zhoršené prokrvení a sníženou citlivost. Při sezení na vozíku nebo vleže dochází k tlaku na kůži (zvláště na místech, kde prominují kostní struktury blízko k povrchu těla). Jestliže jedinec tlak, diskomfort či bolest necítí nebo není schopen preventivně ohroženým částem těla odlehčovat (změnou polohy, přenesením váhy atp.),

²² Kolář, P., et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. str. 353 - 354. ISBN 978-80-7262-657-1.; Wendsche, P. a kol. Poranění míchy: Ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. str. 178 - 179. ISBN 978-80-7013-504-4.; Faltýnková, Z. Paraplegie, tetraplegie. Praha: Svaz paraplegiků, 1995. str. 6-9. ISBN 80-239-1455-3.

potom vlivem působení nadměrného tlaku na kůži dochází k ischemii kůže a podkoží a vzniku dekubitů (proleženin). Při neřešení stavu či neadekvátní léčbě dochází k nekróze tkání a sepsi. Dlouhodobá přítomnost proleženin může vést k malnutrici. Hojení rozsáhlých a hlubokých dekubitů je komplikované a jedná se o dlouhodobou záležitost (někdy i s nutností hospitalizace a chirurgického řešení – odstranění poškozené tkáně, případně následnou plastickou operací).

Důležitým činitelem je prevence – pravidelné odlehčování necitlivých částí těla, polohování, antidekubitní matrace a podložky („podsedáky“).

Spasticita

Nepříjemným stavem po poškození míchy je spasticita (svalové záškuby v ochrnutých částech těla – zejména nohou), která se objevuje po odeznění míšního šoku. Včasná a pravidelná rehabilitace může ovlivnit samotnou spasticitu. Pokud je pro pacienta spasticita neúnosná (bolestivé křeče) nebo se zhoršuje, může se nasadit medikamentózní léčba k útlumu spasticity (např. Baclofen) nebo se do těla implantuje baclofenová pumpa (přísun baclofenu přímo do páteřního kanálu). Vlivem spasticity však nedochází u ochrnutých částí těla k tak rychlému a závažnému úbytku svalové hmoty.

Poruchy sexuálních funkcí

U jedinců po poškození míchy dochází v různé míře k poruchám sexuálních funkcí. U mužů se jedná o poruchy erekce a ejakulace (vyvolání erekce lze dosáhnout pomocí léků, injekcí), u žen je to porucha lubrikace, problémy s dosažením orgasmu (plodnost ženy je ale zachována). Je změněna/omezena fyzická schopnost při samotném sexuálním aktu. Pro případ těhotenství zdravé ženy a ochrnutého muže se využívá metoda asistované reprodukce.

Autonomní dysreflexie

Jedná se o závažný akutní stav s možnými fatálními důsledky (krvácení do mozku). Jde o prudké zvýšení krevního tlaku (dále bradykardie a vazodilatace) způsobené neadekvátní vegetativní reakcí na podráždění pod místem léze. Nejčastěji se tento jev objevuje při přeplnění močového měchýře, neprůchodnosti močového katetru nebo při nahromadění stolice (či plynů) ve střevech.

Při těchto obtížích je nutné co nejdříve odstranit příčinu (např. zajistit či obnovit derivaci moči), případně řešit akutní hypertenzi. Doporučuje se zavolat záchrannou službu. Autonomní dysreflexie se vyskytuje pouze u jedinců s míšní lézí nad segmentem Th 6.

Mezi další časté doprovodné komplikace a zdravotní problémy patří hypotenze, trombóza, infekce močových cest, močové kameny, poškození ledvin, septické stavy, heterotopické osifikace, osteoporóza, kontraktury a omezení kloubní pohyblivosti.

3.2 Psychické problémy a adaptační proces

Poškození míchy je zpravidla nepředpokládaná událost v životě jedince a v počátcích dané situace s sebou přináší náhlou negativní změnu, která ovlivní nejen jedince po poškození míchy, ale také jeho rodinu. Jedinec a jeho rodina prožívají oprávněně psychickou krizi, která se v subakutní fázi dělí do několika fází.

V akutní a na počátku subakutní fáze jedince po poškození míchy je vhodné a žádoucí poskytnout jedinci krizovou intervenci s cílem pokrýt celý bio-psycho-sociálně-duchovní prostor jedince směrem ke stabilizaci stavu a posílení kompetence jedince po poškození míchy.

Specifickými tématy krizové intervence u jedinců po poškození míchy jsou²³:

- základní údaje, okolnosti úrazu, prožívání osudových okamžiků, moment zjištění nehybnosti těla, amnézie na úraz, prostor a způsob komunikace
- dřívější zkušenosti s traumaty, strategie zvládnání (copingové strategie)
- podpora rodiny a okolí, postoj k diagnóze, léčbě a prognóze, časový rámeček léčby
- zážitek blízkosti smrti, motivace k životu, suicidální úvahy

Po přechodu do subakutní fáze, která je charakterizovaná překladem jedince na spinální jednotku, můžeme u jedince postupně zahájit psychoterapii.

Mnoho autorů (např. Kübler-Rossová, Kerrová, Sandra van Essen, Křivohlavý) se zabývá a popisuje problematiku psychického stavu jedince a reakci rodiny na nově vzniklou situaci – nemoc (poškození míchy) od vzniku postižení až do fáze adaptace. Pro účely této práce můžeme využít popisu duševního stavu pacienta v různých fázích nemoci podle Křivohlavého²⁴:

1. výkřik

Tento stav přichází ve chvílích, kdy si pacient uvědomí změnu na svém těle (necítí část nebo celé tělo). V této fázi přichází úděs a překvapení pacienta doprovázené silnou negativní vlnou emocí (šok) – typické příznaky – pláč, křik, apatie.

²³ Fajtová, R. Psychologické aspekty péče o pacienty po poranění míchy. In Wendsche, P. a kol. Poranění míchy: ucelená ošetřovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. str. 95. ISBN 978-80-7013-504-4.

²⁴ Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha: Avicemum, 1989. str. 24-27.

2. popírání

Pro tuto fázi je typický útlum. Popírání má různou formu – jedinec nepřijímá žádné informace (nechci o ničem vědět) nebo se snaží dostat se do péče jiného doktora nebo přesvědčit současné doktory o opakování daných vyšetření v naději, že obdrží odpověď, která by pro něho byla přijatelnější. Dále je typické uzavření se před světem, naděje na uzdravení. Může se objevit zkratové jednání.

3. vtíravé myšlenky

Z útlumu ve fázi popírání dochází k neobvyklé naléhavosti myšlenek, které mají souvislost s úrazem. Jedince nenapadají jiné myšlenky než tyto s nemožností soustředit se na něco jiného. Dále se jedinec zamýšlí nad tím, co to pro něj a jeho další vývoj tato situace (úraz) znamená/bude znamenat. Typickými emocemi v této fázi jsou smutek, zlost, úzkost a pocity viny.

4. vyrovnání

Jedná se o poměrně nejdelší fázi psychického vyrovnávání se s nemocí. Dochází k uvědomění si dané situace a jedinec se snaží postavit „na vlastní nohy“. Začíná nacházet rovnováhu a řešit konkrétní problémy.

5. smíření

Smiřování se (adaptace) jedince na stávající zdravotní stav – vnitřní síla dívat se na sebe sama.

Proces adaptace jedince po poškození míchy je individuální a záleží na mnoha faktorech jako je osobnost daného jedince, diagnóza, příčina poškození míchy (ne/zavinění ze strany jedince), rodinné zázemí a okolí jedince (např. kamarádi, zaměstnavatel). Ne vždy se každý jedinec po poškození míchy „prokouše“ všemi fázemi (mohou vznikat negativní jevy) a někdy dochází také k opakování jednotlivých fází.

Jedinec po poškození míchy se snaží nalézt rovnováhu v následujících životních oblastech²⁵:

- tělo/smysly/zdraví
- výkon/práce
- kontakt/vztahy/tradice
- fantazie/budoucnost/víra/přesvědčení

²⁵ Podrobněji o těchto čtyřech životních oblastech a ohniscích psychoterapie pojednává Fajtová, R. Psychologické aspekty péče o pacienty po poranění míchy. In Wendsche, P. a kol. Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. str. 98-104. ISBN 978-80-7013-504-4.

3.3 Sociální problematika

Následky poškození míchy s sebou přinášejí mimo jiné také sociální problémy a důsledky, které musí jedinec řešit a se kterými se musí vyrovnat. Sociální problematiku můžeme rozdělit do několika kategorií:

Rodina

Jak bylo uvedeno výše, jedinec i jeho rodina si na začátku změny stavu člena své rodiny prochází krizí, se kterou se snaží vyrovnat. Zejména na počátku svého postižení (po propuštění ze Spinální rehabilitační jednotky) je vozíčkář odkázán na péči rodiny, která mu zajišťuje jeho základní životní potřeby (např. mobilita, přesuny, stravování, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby) – toto období je pro rodinu vozíčkáře jak fyzicky tak i psychicky náročné. Partnerské a manželské vztahy tudíž zákonitě procházejí krizí. Často se stává, že se tyto vztahy následkem úrazu/onemocnění míchy takového jedince rozpadají.

Pokud je osobou po poškození míchy jedinec, který doposud nezaložil svou rodinu (tzn. pohybuje se/žije se svou primární rodinu), dochází v prvních fázích života vozíčkáře převážně k přepečlivosti až hyperprotektivitě ze strany rodičů, kdy vozíčkář nemůže v domácím prostředí uplatnit svou soběstačnost, kterou se naučil v rámci pobytu na Spinální rehabilitační jednotce.

Bydlení

Většina osob po poškození míchy s usednutím na vozík řeší svou bytovou situaci. Stávající bydlení je většinou nevyhovující, je nutná přestavba (přístup do domu, koupelna, WC, kuchyň, podlahy) nebo náhradní řešení, a to bezbariérový byt. V případech, kdy má jedinec přerušenu míchu v krčním segmentu (vysoká tetraplegie, pentaplegie), musí často celodenní péči zajišťovat rodina. V některých případech, kdy není rodina schopná/nechce zajistit dostatečnou asistenci nebo v rámci příslušného kraje nefungují profesionální poskytovatelé péče (např. osobní asistence, pečovatelská služba²⁶), musí se hledat náhradní varianta řešení – tou je např. Domov pro osoby se zdravotním postižením, Dům s pečovatelskou službou, Domov pro seniory²⁷.

Vzdělání

V případech, kdy se jedinci stane úraz během studia na základní, střední či vysoké škole, musí vozíčkář z důvodu nepřístupnosti objektu školy nebo nevhodnosti oboru pro osobu po poškození míchy (odborné školy – nástrojář, obráběč, zedník apod.) studium přerušit, případně ukončit. Nabídka středních škol přístupných pro osoby po poškození

²⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

²⁷ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

míchy je v České republice velmi omezená a nedokončené vzdělání může jedince limitovat při hledání budoucího pracovního uplatnění.

Vysokoškolské vzdělání už v dnešní době většinou „počítá“ se studenty s handicapem. Jsou zřizována vysokoškolská střediska pro studenty se specifickými vzdělávacími potřebami (příprava ke studiu, poskytování osobní asistence či pomůcky pro studium) – např. středisko Teiresias²⁸.

Pracovní uplatnění

Z hlediska možného pracovního uplatnění je skupina osob po poškození míchy „nejsnázeji zaměstnatelná“ (je porušena mícha, nikoliv intelekt a myšlení), v praxi ale nalezne zaměstnání pouze mizivé procento vozíčkářů. Problém nastává zejména ve dvou případech, vozíčkář má kromě nohou postižené i ruce (tetraplegik) nebo před úrazem vykonával např. manuální práci (svářeč, zedník apod.). V neposlední řadě záleží také na bydlišti, vzdělání, předchozích pracovních schopnostech dané osoby.

V případě, že vozíčkář nenalezne zaměstnání, rodina tím mnohdy ztrácí důležitý příjem (muž je často hlavním živitelem rodiny), navíc má další výdaje, a to zejména v souvislosti s drahými kompenzačními a zdravotními pomůckami. Rodina se tím může dostat do finanční tísně. Určitou částečnou náhradou za ztrátu na výdělků může být invalidní důchod.

Volnočasové aktivity

U běžné „chodící populace“ jsou volnočasové aktivity důležitou součástí života každého jedince. Stejně je tak tomu u vozíčkářů. I osoby po poškození míchy mohou v rámci své zachovalé mobility a soběstačnosti provozovat volnočasové aktivity.

Kultura – hlavním limitem při „provozování“ této aktivity je zejména bezbariérovost daného prostředí.

Sport – většinu sportovních aktivit lze provozovat za předpokladu, že si vozíčkář pořídí finančně nákladné pomůcky (handbike – upravené kolo na ruční pohon, speciální lyže – monoski, dualski, biski, kartski, sportovní vozík – na florbal, basket, quadrugby) a bude mít k sobě asistenta, který mu bude při této činnosti pomáhat.

²⁸ více informací na www.teiresias.muni.cz

4. Podpora osob po poškození míchy

Ze strany státu (veřejný sektor)

- invalidní důchod²⁹ (přiznává Česká správa sociálního zabezpečení), pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných schopností ve srovnání se stavem „za zdrava“. Pro vznik nároku na invalidní důchod je dále potřebná zákonem stanovená doba pojištění.
- příspěvek na péči³⁰ – dávka pro osoby, které jsou z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu závislé na péči a pomoci jiné osoby (rodina, přátelé, poskytovatel sociálních služeb). Příspěvek na péči je přiznáván ve čtyřech stupních podle stupně závislosti.
- dávky pro osoby se zdravotním postižením³¹ – tyto příspěvky se poskytují osobám se zdravotním postižením na úpravu nebo k zakoupení pomůcek potřebných pro jejich život. Tyto dávky (ve formě finančních příspěvků) pokryjí pouze část z celkové finanční náročnosti dané pomůcky nebo úpravy – větší část si musí dofinancovat sám vozíčkář.
- podpora zaměstnavatelů, kteří chtějí zaměstnávat osoby se zdravotním postižením – příspěvky na zaměstnávání, daňové úlevy apod.³²
- daňové úlevy, slevy a jiné výhody³³
- zdravotní pojišťovny – celková nebo částečná úhrada zdravotnických a kompenzačních pomůcek ze strany zdravotních pojišťoven – na základě číselníku vydávaného Ministerstvem zdravotnictví³⁴

²⁹ podle zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

³⁰ podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 Sb.

³¹ podle zákona č. 329/2011 Sb., o dávkách pro osoby se zdravotním postižením

³² podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

³³ např. zákon č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu, zákon č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích, zákon č. 565/1990 Sb., o místních poplatcích apod.

³⁴ příloha č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Seznam zdravotnických prostředků – číselník – hrazených ze zdravotního pojištění a poskytovaných zdravotními pojišťovnami)

Ze strany nestátních složek (soukromý sektor)

- nadace, nadační fondy³⁵ – zřizované např. na podporu osobám se zdravotním postižením – pomoc s financováním pomůcek (např. vozík, auto, polohovací postel, sportovní pomůcky), úprav (byt, auto), asistence nebo vzdělání
- firmy – formou sponzoringu. Firma má v případě poskytnutí daru osobě se zdravotním postižením možnost si tento dar při splnění zákonem stanovených podmínek odečíst od základu daně³⁶.
- jednotlivci – rovněž formou sponzoringu (viz výše)
- neziskové organizace prostřednictvím svých služeb³⁷ – např. odborné sociální poradenství, osobní asistence, sociálně aktivizační služby, sociální rehabilitace apod.

³⁵ např. Nadace Charty 77 – Konto Bariéry (www.bariery.cz), nadace Agrofert (www.agrofert.cz/?1469/nadace-agrofert) apod.

³⁶ podle zákona č.586/1992 Sb., o daních z příjmu

³⁷ např. Česká asociace paraplegiků-CZEPA, o.s., Liga vozíčkářů, o.s., Hewan, o.s.

5. Alkohol

Alkohol (etylalkohol) patří do skupiny hypnosedativ s krátkodobým účinkem zasahujícím do metabolismu buněk nervové soustavy. Je vstřebáván sliznicí zažívacího traktu difúzí. Nápoje obsahující kysličník uhličitý nebo dráždivé látky zrychlují vstřebávání, nápoje obsahující větší množství cukru jsou vstřebávány pomaleji. Pronikání alkoholu do různých orgánů je závislé na jejich prokrvení, nejrychleji se dostává do mozku, plic, jater a ledvin³⁸.

Alkohol byl ve formě alkoholických nápojů vyráběn a používán v dobách historických civilizací, jak o tom svědčí četné archeologické nálezy – někdy jako látka zvláštního významu při náboženských obřadech, později stále častěji jako nápoj. Staré jsou též zprávy o léčebném používání alkoholu. I v současnosti se používá alkohol poměrně široce jak v oficiální medicíně (farmakologie), tak i v lidové medicíně. Patrně stejně dlouho, jak je alkohol znám, však lidstvo provází i negativní následky nemírného používání alkoholu³⁹.

Společně s tabákem se alkohol v České republice řadí mezi legální/legalizované návykové látky. Spotřeba alkoholu v ČR se podle statistik pohybuje kolem 10 litrů čistého alkoholu na jednoho obyvatele ročně (včetně dětí).

Doktor Csémy a kol.⁴⁰ v roce 2006 zjišťoval u obecné populace v České republice, kolik se ve vzorku 2326 respondentů nachází problémových uživatelů nebo osob s možnou závislostí na alkoholu. Z výsledků vyšlo najevo, že 2% české populace konzumuje alkohol v takové míře problémů, které by vyžadovaly odbornou pomoc a které dosahují charakteru syndromu závislosti, a že rizikově nebo škodlivě užívá alkohol téměř 1/5 dospělé ekonomicky aktivní populace (tj. více jak 1,3 miliónů obyvatel).

5.1 Všeobecné informace o alkoholu (užívání, závislost, odvykací stav, komplikace)

Účinky alkoholu závisí na množství a dalších faktorech (tělesná konstituce, naladění osoby, prostředí). Nejčastěji se u jedince po požití alkoholu projeví „klasická opilost“ (tzv. prostá opilost). Nízké dávky alkoholu působí povzbudivě (snížení úzkosti,

³⁸ Štablová, R. a kol. Návykové látky a současnost. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. str. 85. ISBN 80-7251-224-2.

³⁹ Popov, P., Alkohol. In: Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. str. 151. ISBN 80-86734-05-6.

⁴⁰ Csémy, L., Nešpor, K., & Sovinová, H. (2008). Kolik je v České republice alkoholiků? *České pracovní lékařství*, 4, 150. In: Holcnerová, P. (n.d.). Alkohol, Epidemiologie. Klinika adiktologie. Retrieved May 6, 2013, from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3462/alkohol-epidemiologie-pdf>.

euforie, psychická relaxace), vyšší dávky poté tlumivě (zjevná porucha motorických funkcí, porucha rovnováhy, útlum dechového centra, únava, spánek).

Intoxikace má 4 stádia v závislosti na hladině alkoholu v krvi⁴¹:

1. lehká opilost – excitační stádium (alkoholémie do 1,5 g/kg),
2. opilost středního stupně – hypnotické stádium (alkoholémie 1,6-2.0 g/kg),
3. těžká opilost – narkotické stádium (alkoholémie více než 2 g/kg),
4. těžká intoxikace se ztrátou vědomí, hrozící zástavou dechu a oběhu – asfyktické stádium (alkoholémie nad 3 g/kg).

Pravidelné, nadměrné a dlouhodobé užívání alkoholu může vést k rozvoji psychické a fyzické závislosti a k často nevratnému poškození organismu. Užívání alkoholu je v České republice považováno za „normální“ a česká společnost má k němu všeobecně kladný vztah. Nadměrná a pravidelná konzumace alkoholu se u nás týká přibližně 25% dospělé mužské populace a 5% dospělé ženské populace⁴².

Jako rizikové užívání alkoholu můžeme vyhodnotit na základě dvou ukazatelů⁴³:

- pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní příležitosti (tj. zhruba 2,5 litru piva nebo 1 litr vína nebo 2,5 decilitru destilátu);
- nadprůměrná denní dávka alkoholu, která odpovídá více než 40 gramům alkoholu denně u mužů a více jak 20 gramům alkoholu denně u žen.

Rizikové užívání alkoholu se může postupně rozvinout v závislost na alkoholu (doba vzniku závislosti na alkoholu je u každého jedince individuální a záleží na mnoha faktorech).

Rozvoj „alkoholismu“ (závislosti na alkoholu) se rozvíjí postupně, často nenápadně a pozvolna. Zpočátku dochází k postupnému zvyšování množství alkoholu vypitého v jeden den nebo v průběhu týdne, mimo jiné také dochází ke změnám v uvažování a myšlení užívajícího jedince. V souvislosti se společenským prostředím dochází ke konfliktům se svým okolím a pití alkoholu způsobuje jedinci problémy jak po stránce soukromé, pracovní či např. zdravotní (tzv. alkoholová okénka neboli palimpsesty, kdy si jedinec nedokáže vybavit a vzpomenout si, co dělal předchozí večer během požívání alkoholu – celá doba popíjení nebo jenom útržky). Se vzrůstajícími dávkami alkoholu se snaží jedinec vypadat nenápadně, aby nedal svému okolí najevo, že je opilý.

⁴¹ Kalina, K., a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. str. 341. ISBN 980-80-247-1411-0.

⁴² Popov, P., Alkohol. In. Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. str. 151. ISBN 80-86734-05-6.

⁴³ Štablová, R. a kol. Návykové látky a současnost. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. str. 87. ISBN 80-7251-224-2.

F 10.2 Závislost na alkoholu (dle Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN -10)⁴⁴

1. Silná touha nebo pocit puzení užívat látku – graving, bažení;
2. Zhoršené sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
3. Tělesný odvykací stav (u alkoholu to mohou být: bolesti hlavy, pocení, slabost, psychomotorický neklid, zrychlený tep, vyšší krevní tlak, nespavost, třes);
4. Průkaz tolerance účinku látky (vyžadování vyšších dávek alkoholu, aby se „dospělo“ ke stejnému účinku jako v minulosti při nižších dávkách);
5. Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů (na úkor užívané látky – např. postupná absence zálib, spánku, „pracovní schopnosti“);
6. Pokračování v užívání i přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků (u alkoholu deprese, poškození jater – viz. následující kapitola).

Odvykací stav

Odvykací stav po alkoholu se objevuje po dlouhodobém užívání alkoholu. Počátek odvykacího stavu můžeme pozorovat již po několika hodinách po ukončení pití alkoholu, nejzřetelnější příznaky a projevy můžeme pozorovat od 24 hodin a dále. Mezi typické znaky odvykacího stavu u alkoholu patří: třes (ruce nebo celé tělo), zvracení nebo pocit na zvracení, celkový tělesný neklid, pocení, pocity slabosti, motání hlavy, poruchy spánku. Pokud nedojde ke komplikacím, odvykací stav většinou odezní během 4-5 dnů.

V případě vážnějších komplikací (křeče až epileptické záchvaty) se u jedince může objevit delirium tremens (alkoholový odvykací stav s deliriem) – jedná se o život ohrožující stav u jedince, kdy může dojít k selhávání vitálních funkcí až k úmrtí. Dochází k poruše vědomí, křečím, halucinacím, bludům, dezorientaci, k hypoglykémii, k progredujícím poruchám rovnováhy elektrolytů s rizikem metabolického rozvratu (důležitost včasné intenzivní léčby)⁴⁵.

Zdravotní důsledky pití alkoholu

Pravidelné užívání/zneužívání alkoholu, případně závislost na alkoholu s sebou nese s sebou různé zdravotní důsledky, komplikace a různá onemocnění⁴⁶:

- nervový systém – různé poruchy psychiky (snížené vnímání, porucha paměti a výbavnosti, depresivní nálada a zvýšený neklid, hyperexcitabilita, porucha mentálních funkcí, parestezie končetin, demence - Alkoholická Korsakovova psychóza, Alkoholová periferní neuropatie)

⁴⁴ Nešpor, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2011. str. 10. ISBN 978-80-7367-908-8.

⁴⁵ Popov. P., Alkohol. In. Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. str. 153. ISBN 80-86734-05-6.

⁴⁶ Lincová D., a kol. Základní a aplikovaná farmakologie. Praha: Galén, 2007. str. 199-200. ISBN 978-80-7262-373-0.

Kalina, K., a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. str. 342. ISBN 980-80-247-1411-0.

- játra a trávicí ústrojí – steatóza až cirhóza jater, alkoholická hepatitida, karcinomy jater, selhávání jater, gastritida, chronická pankreatitida, proteinová malnutrice
- kardiovaskulární systém – kardiomyopatie, srdeční arytmie, zvýšený krevní tlak
- krev – sideroblastová a megaloblastová anémie, trombocytopenie, poruchy krvetvorby
- endokrinní systém – hypoglykémie, porucha rovnováhy tělesných tekutin a elektrolytů, snížení sexuálního výkonu (u obou pohlaví), u mužů impotence, testikulární atrofie, gynekomastie, sterilita
- imunitní systém – vyšší citlivost k infekcím, snížená imunita, zvýšený výskyt určitých typů nádorů, ztráta hmotnosti
- fetální alkoholový syndrom – teratogenní účinek alkoholu na novorozence. Nízká porodní váha, poruchy chování (např. ADHD), mikrocefalus, kraniofaciální dysmorfie (zploštělá hlava).

Kromě zdravotních problémů v souvislosti s užíváním alkoholu se mohou objevit psychické komplikace (psychóza, neuropatie – viz výše), amnestický syndrom (charakterizovaný zhoršením krátkodobé paměti) nebo alkoholová halucinóza (u jedinců závislých 10 let a více), komorbidita (depresivní a úzkostné poruchy), ale také sociální problémy (např. nezaměstnanost, rozpad rodiny, ztráta sociálních kontaktů, neschopnost splácet půjčky, stigmatizace ze strany okolí)⁴⁷.

⁴⁷ Popov. P., Alkohol. In. Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. str. 153. ISBN 80-86734-05-6.

6. Alkohol a osoby po poškození míchy

(přehled zahraničních studií)

Když jsem se v roce 2006 poprvé setkala s lidmi po poškození míchy (rok před počátkem mého bakalářského studia oboru Adiktologie), nenapadlo mě, že by i tito lidé mohli mít problémy s užíváním alkoholu. Během let, která jsem s těmito lidmi strávila ať už jako praktikantka, osobní asistentka nebo jako sociální pracovnice, jsem si při kontaktu s některými vozíčkáři začala uvědomovat, že stejně jako u většinové populace tak i zde v této komunitě jsou jedinci, kteří mají „až příliš kladný vztah k užívání alkoholu“. V návaznosti na mé studium jsem se postupně začala o tuto problematiku zajímat a postupem času jsem zjistila, že v České republice doposud nebylo zkoumáno užívání alkoholu u osob po poškození míchy.

V české literatuře, a to zejména v odborných společnostech, byla zkoumána zejména kvalita života osob po poškození míchy – ať už celé cílové skupiny nebo pouze její části (např. pouze paraplegie).

V zahraničí se během posledních 20 let uskutečnilo několik výzkumů, které zkoumaly užívání alkoholu u této cílové skupiny ať už se zaměřením na předúrazové zneužívání alkoholu a s tím související zvýšené riziko úrazu páteře a poškození míchy nebo na poúrazové užívání alkoholu, které ve svém důsledku může vést nejenom k možné závislosti, ale také např. ke zpomalení rehabilitace nebo doprovodným zdravotním komplikacím. Mimo jiné některé studie také uváděly doporučení pro multidisciplinární tým (rehabilitačních ústavů), který může „odhalit“ a pracovat s jedincem po poškození míchy, který jeví známky rizikového užívání alkoholu nebo závislosti na alkoholu.

6.1 Užívání alkoholu u osob po poškození míchy

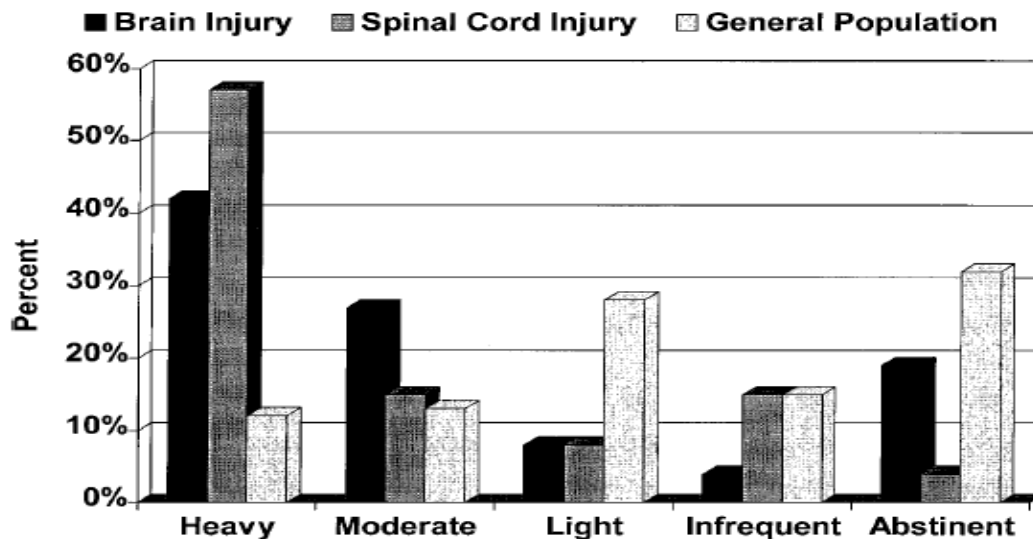
Na základě studie doktorky Kolakowsky-Hayner a kol.⁴⁸ bylo zjištěno, že užívání alkoholu a návykových látek v době úrazu bylo identifikováno jako jeden z hlavních příčinných faktorů poškození míchy. Z 26 respondentů s poškozením míchy, kteří se zúčastnili této studie (kritérium výběru: mladý svobodný muž s minimálně středoškolským vzděláním, příčiny úrazu – nejčastěji dopravní nehody, následek útoku – střelná zranění, oběti, pády), 96% uvedlo předúrazové užívání alkoholu.

Jak ukazuje graf č. 1 - z celkového počtu respondentů bylo 73% osob před úrazem těžkými (silnými) nebo středně těžkými uživateli alkoholu a zhruba čtvrtina

⁴⁸ Kolakowsky-Hayner., S.,A. et al. Preinjury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. Brain injury 13: 1999, str. 571 – 581.

uvedla lehké nebo občasné pití alkoholu (23%). Pouze 4% respondentů bylo před svým úrazem abstinenty.

Graf č. 1 Porovnání předúrazového užívání alkoholu u pacientů s traumatickým poškozením mozku, poraněním míchy a obecné populace



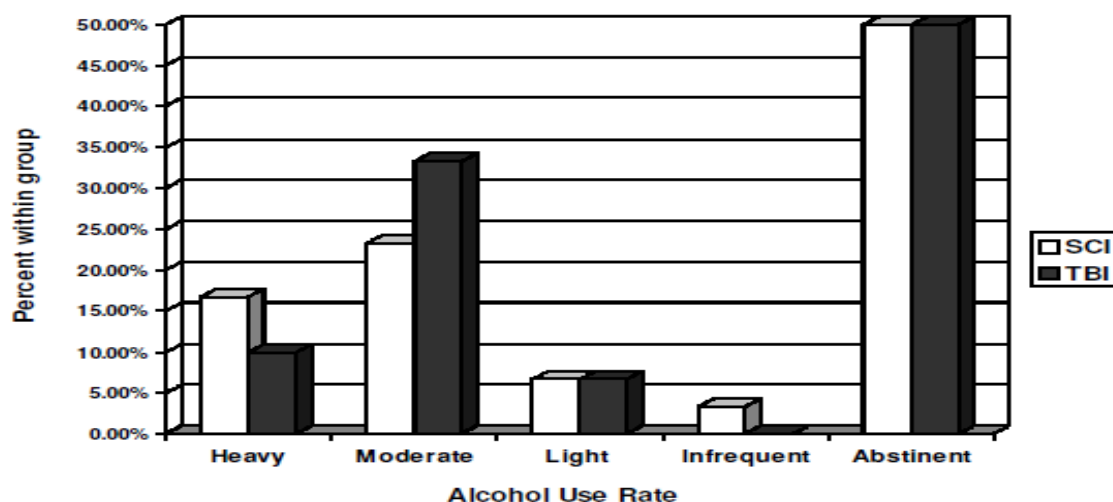
Jiná studie uvádí, že užívání alkoholu či jiných návykových látek můžeme řadit do rizikových faktorů, které mohou mít podíl na úrazu s následným poškozením míchy. V 40-80% úrazů s následným poškozením míchy byl jedinec v době svého úrazu pod vlivem alkoholu nebo návykových látek⁴⁹.

Další studie doktorky Kolakowsky-Hayner a kol.⁵⁰, která zkoumala pórúrazové užívání alkoholu (do 1 roka po poškození míchy), uvádí, že 50% osob po poškození míchy (z celkového počtu 30 respondentů) rok po poškození míchy bylo abstinenty, naopak u 41% respondentů bylo zjištěno, že jsou těžkými až středně těžkými uživateli alkoholu, pouze 9% respondentů, kteří byli rok po poškození míchy, uvedlo, že jsou občasnými uživateli alkoholu (jak ukazuje graf č. 2).

⁴⁹ Substance Abuse Resources and Disability Issues (2007). *Substance abuse and students with disabilities little known facts*. National Institute on Disability and Rehabilitation Research. In Delambo., D.,A. Spinal cord injury and substance abuse: Implications for rehabilitation professionals. 2010, http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_83.pdf

⁵⁰ Kolakowsky-Hayner., S.,A. et al. Post-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. *Brain injury* 16: 2002, str. 583 – 592.

Graf č. 2 Míra užívání alkoholu u osob po traumatickém poškození mozku a poranění míchy 1 rok od úrazu



Pokud porovnáme předúrazové a poúrazové pití alkoholu z hlediska významnosti (míry) užívání alkoholu, tak je patrné, že:

- osoby, které byly zařazeny (ohodnoceny) před svým úrazem jako těžcí uživatelé alkoholu, zůstaly ve 29,4% těžkými uživateli alkoholu i po poškození míchy, 23,5% se stalo středně těžkými uživateli alkoholu, 5,9% se stalo občasnými uživateli alkoholu a přes 40% osob se stalo po úrazu abstinenty;
- 12% osob, které byly před úrazem označeny jako středně těžcí uživatelé alkoholu, se po úrazu staly silnými (těžkými) uživateli alkoholu, 62,5% zůstalo středně těžkými uživateli alkoholu a cca 25% se stalo abstinenty;
- polovina lehkých uživatelů alkoholu se po úrazu stala středně těžkými uživateli alkoholu a polovina se stala abstinenty;
- 25% občasných uživatelů alkoholu se po poškození míchy stalo středně těžkými uživateli alkoholu a 75% se stalo abstinenty;
- procento jedinců, kteří byli před úrazem abstinenty, je abstinenty i po poškození míchy.

Studie doktora Tate a kol.⁵¹ uvádí, že v 17-62% byl jedinec při úrazu a následném poškození míchy pod vlivem alkoholu nebo návykových látek.

U osob, které před úrazem nadměrně užívaly alkohol, došlo po poškození míchy k výraznému zhoršení fyzického stavu. Této studii se zúčastnilo přes 3 000 respondentů (pouze osoby po poškození míchy s trvalým handicapem), z toho bylo více jak 2/3 mužů a téměř 1/3 žen (což odpovídá českých statistikám).

⁵¹ Tate., D.,G., et al. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. Arch Phys Med Rehabil 85: 2004, str. 1837-47.

Tento počet respondentů byl rozdělen do 3 kategorií dle diagnózy:

- tetraplegie: 38,1% (1141 respondentů)
- paraplegie: 41,2% (1236 respondentů)
- ASIA stupeň D⁵²: 20,7% (619 respondentů)
- respondenti, kteří byli oklasifikováni jako ASIA stupeň E, byli z této studie vyřazeni (nulové následky po poškození míchy)

U všech respondentů byla na základě 4 otázek zjišťována intenzita a frekvence konzumace alkoholu a případně závažnost zneužívání alkoholu.

(otázky: Pijete jakékoliv alkoholické nápoje jako pivo, víno nebo likéry?, Kolik dní v týdnu v průběhu posledního měsíce jste průměrně pili alkoholické nápoje?, Ve dnech, kdy jste pil/a, kolik jste průměrně vypil/a alkoholických nápojů?, Kolikrát jste během jednoho měsíce při jedné příležitosti vypili více jak 5 skleniček jakéhokoliv alkoholického nápoje?)

Intenzita a frekvence konzumace alkoholu

- 40,2% (1221) respondentů uvedlo, že alkohol nepijí
- 59,8% (1820) respondentů odpovědělo, že konzumuje alkoholické nápoje

V případě dotazu na frekvenci užívání alkoholu 59,5% respondentů uvedlo, že nepili nebo pijí méně než jednou týdně, 14,7% uvedlo, že pijí jednou týdně, 10,7% uvedlo, že pijí 2x týdně, 12,3% uvedlo, že pijí více jak 2 dny v týdnu a 2,8% respondentů uvedlo, že pijí několikrát týdně, ale neví jak často.

Co se týče počtu vypitých nápojů během jednoho dne, kdy došlo k užívání alkoholu (pod pojmem 1 nápoj rozumíme – 1 sklenice piva, 1 sklenice vína, 1 koktejl nebo 1 panák tvrdého alkoholu):

- 13,9% konzumentů uvedlo, že vypilo 1 nápoj
- 13,7% konzumentů uvedlo, že vypilo 2 nápoje
- 7% konzumentů uvedlo, že vypilo 3 nápoje
- 3,6% konzumentů uvedlo, že vypilo 4 nápoje
- 7,2% konzumentů uvedlo, že vypilo 5 a více nápojů denně

V případě použití dotazníku CAGE (příloha č. 1) vyšlo najevo, že 14,2% respondentů bylo klasifikováno jako CAGE pozitivní (odpověděli alespoň jednou ano). Dotazník CAGE byl použit u respondentů, kteří v předchozích otázkách odpověděli, že nejsou abstinenti.

⁵² American Spinal Injury Association (ASIA) – ASIA Impairment Scale, dělení podle rozsahu handicapu (zjednodušené rozdělení: A – pentaplegie, těžká tetraplegie, B – tetraplegie, C – paraplegie, D – paraparéza, E – bez postižení/následků)

Co se týče počtu kladných odpovědí v dotazníku CAGE:

- 50% respondentů odpovědělo kladně na 1 otázku
- 27% respondentů odpovědělo kladně na 2 otázky
- 2,18% respondentů odpovědělo kladně na 3 otázky
- 5% respondentů (21 osob) odpovědělo kladně na všechny 4 otázky

Nejčastěji kladně zodpovězenou otázkou v CAGE dotazníku bylo „Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?“ Na tuto otázku odpovědělo kladně 79% respondentů, kteří byli s pomocí CAGE dotazníku vyhodnoceni jako pozitivní (problematické užívání alkoholu).

Z výsledků tohoto výzkumu vyplývá, že rizikovými uživateli alkoholu mezi osobami po poškození míchy byli mladší jedinci (v době úrazu průměrný věk 26,7 let), svobodní muži, s nižším vzděláním. Rizikové užívání alkoholu bylo shledáno jako nejčastější příčina automobilových nehod s následným poškozením míchy.

Nejvíce abstinentsů byli jedinci s diagnostikovanou tetraplegií (téměř 45%), dále pak jedinci a paraplegií (téměř 40%) a abstinentsů s ASIA skóre D bylo kolem 35%. Naopak rizikovými uživateli alkoholu byly osoby s ASIA skóre D (19,4%), následováni jedinci s paraplegií a na posledním místě jedinci s tetraplegií. CAGE pozitivních respondentů bylo nejvíce zastoupeno skupinou ASIA skóre D (16,2%), druhými nejčastěji pozitivními respondenty při použití dotazníku CAGE byli tetraplegici (13,8%) a na posledním místě se umístili paraplegici (13,5%) – tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 Konzumace alkoholu a jeho zneužívání podle neurologické klasifikace

Variable	% of Total Sample [‡]	Abstainers [‡]	NIAAA Classification*		CAGE Scores [†]	
			Moderates	At-Risk	Neg	Pos
ASIA grade D						
n	612; 614	217; 217	276	119	295	102
%	20.8; 20.6	35.5; 35.3	45.1	19.4	48.0	16.2
Paraplegia ABC						
n	1202; 1227	486; 482	514	202	579	166
%	41.0; 41.3	40.4; 39.3	42.8	16.8	47.2	13.5
Tetraplegia ABC						
n	1119; 1134	498; 498	442	179	479	157
%	38.2; 38.1	44.5; 43.9	39.5	16.0	42.2	13.8

* $P < .007$; $†P < .005$.

[‡]Varies by classification used (NIAAA vs CAGE).

Jedinci, kteří byli diagnostikováni jako CAGE pozitivní, uváděli nižší životní spokojenost (alkohol používán jako prostředek k útěku, vyhýbací strategie při procesu vyrovnávání se s novou životní situací, s následky), zvýšené riziko depresí.

Studie doktora Saundera a Krause⁵³, která mimo jiné zjišťovala souvislost mezi socioekonomickým prostředím osob po poškození míchy a mírou konzumace alkoholu, zjistila následující data. U osob s vyšším vzděláním (bakalářské a vyšší) je více pravděpodobné, že budou těžkými a středně těžkými uživateli alkoholu než jedinci s nižším vzděláním (nižší než středoškolské). Obdobně tomu bylo u jedinců s vyššími příjmy (s více 75 000 dolary/ročně) - vyšší pravděpodobnost, že budou těžkými nebo středně těžkými uživateli alkoholu (oproti jedincům s nižšími ročními příjmy - méně než 25 000 dolarů). Muži jsou dle této studie s největší pravděpodobností v porovnání s ženami těžkými uživateli alkoholu a navíc osoby, které v důsledku úrazu/poškození míchy utrpěly těžší úraz, se s menší pravděpodobností řadí mezi těžké uživatele alkoholu (výsledky této studie se shodují s výsledky doktora Tate a kol.).

Co se týče typu osobnosti jedince po poškození míchy a pravděpodobností míry užívání alkoholu, bylo zjištěno následující. Osoby s neurotickými projevy – úzkostí - byly spojovány s nižší pravděpodobností těžkého a středně těžkého užívání alkoholu (oproti tomu osoby, které vyhledávaly pocity/situace vysoce intenzivního charakteru a osoby agresivní a hostilní byly spojovány s vyšší pravděpodobností těžkého užívání alkoholu).

Výsledky těchto výše vybraných zahraničních studií (zejména souvislost s typem postižení a mírou užívání alkoholu) jsou pro mě poněkud překvapující, ale snadno zdůvodnitelné. Na počátku uvažování o tomto tématu jsem se domnívala, že osoby s těžšími následky poškození míchy (tetraplegici) budou spíše těžšími uživateli alkoholu než osoby, které jsou v porovnání s celou skupinou osob po poškození míchy z hlediska následků na tom „nejlépe“ – tzn. osoby s diagnózou paraparéza. Tato skutečnost je snadno zdůvodnitelná. Osoby s diagnostikovanou paraparézou nejsou ve vozíčkářské hantýrce/společnosti „pravými vozmeny“, protože ke svému každodennímu pohybu využívají převážně dvě francouzské hole (zachovaná funkční chůze) nikoliv mechanický nebo elektrický vozík. Na straně druhé tyto osoby „nesplňují“ kritérium zdravého chodícího jedince pohybujícího se bez kompenzačních pomůcek. Jednoduše řečeno – „paraparetici“ se nachází v určitém „mezistupni“ („nejsem ani vozíčkář ani chodák a nepatřím ani do jedné skupiny“).

Naopak osoby s diagnostikovanou tetraplegií (kvadruplegií) – postižení všech čtyř končetin ve smyslu úplného ochrnutí dolních končetin a částečného ochrnutí horních končetin (např. absence tricepsů, jemné motoriky prstů – úchopové schopnosti) jsou více závislé na péči jiných fyzických osob při svých každodenních aktivitách (např. hygiena,

⁵³ Saunders., L.,L. and Krause., J.,S. Psychological factors affecting alcohol use after spinal cord injury: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090503/>

výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, stravování⁵⁴). Na základě těchto okolností jsou tyto osoby – „kvadruplegici“ – i při pití alkoholu více odkázány na asistenci jiných osob – zejména osob blízkých (otevření a nalití nápoje, přenesení nápoje k ústům a samotné požití alkoholu). Nemají tudíž tolik šancí/prostoru k pití, aniž by jim do pití samotného např. „někdo mluvil“.

6.2 Zdravotní a jiné komplikace u osob užívajících alkohol

Rizikové užívání alkoholu u osob po poškození míchy zpomaluje jejich celkovou následnou rehabilitaci, je udávána delší doba hospitalizace a celkově jsou rehabilitační výsledky u těchto osob mizivé.⁵⁵ V souvislosti s rizikovým užíváním alkoholu jsou zmiňovány sklony k agresivitě (nebo i k sebevraždám, vyšší úrazovost)⁵⁶ a nízké riziko pracovní rehabilitace – návratu do práce.

Heinemann a kol.⁵⁷ studovali vztah mezi předúrazovým užíváním alkoholu a vzorci chování a aktivit pojmících se k užívání alkoholu u osob po poškození míchy. Ve vzorku 103 osob s poškozením míchy zjistili, že problémové pití přímo ovlivňuje vzorce chování a aktivit pojmících se k užívání alkoholu. Bylo zjištěno, že jedinci, kteří měli před úrazem problémy s pitím, tráví méně času spánkem, odpočinkem a aktivitami jako rehabilitace a více času věnují např. sledování televize.

⁵⁴ viz. příloha č. 1. vyhlášky č. 505/2006 Sb., o sociálních službách – Vymezení základních životních potřeb pro účely stanovení výše příspěvku na péči (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

⁵⁵ Kolakowsky-Hayner., S.,A. et al. Post-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. *Brain injury* 16: 2002, str. 583 – 592.

⁵⁶ Krause, J. S. Factors associated with risk for subsequent injuries after traumatic spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 85:2004, str. 1503-1508.

Krause, J. S., & Pickelsimer

⁵⁷ Heinemann AW, Goranson N, Ginsburg K, Schnoll, S. Alcohol use and activity patterns following spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 1989;34:191-205. In: Smedena, S., M., Ebener., D. Substance abuse and psychological adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions. *Disability and Rehabilitation* 32: 2010, str. 1311 – 1319.

Doktor Bombardier⁵⁸ ve svém článku uvádí možné zdravotní komplikace u osob po poškození míchy užívajících alkohol. Kromě „klasických“ zdravotních komplikací, které jsou při užívání alkoholu známé (viz. kapitola. 5.1), můžeme nalézt specifické zdravotní komplikace u osob po poškození míchy:

- snížení odolnosti těla vůči infekci
- snížení funkce imunitního systému
- přetížení a infekce močového měchýře
- zvýšené riziko proleženin a vzniku dekubitů
- dehydratace
- autonomní dysreflexie
- žaludeční a střevní krvácení

Dokonce i jeden nápoj u osoby po poškození míchy snižuje dočasně funkci imunitního systému, pravidelná konzumace alkoholu snižuje funkci imunitního systému, a to až na dva měsíce po ukončení konzumace alkoholu.

Přetížení močového měchýře v důsledku užívání alkoholu způsobuje zpětný tok moči do ledvin, infekci a v průběhu času i poškození a v neposlední řadě může dojít také k autonomní dysreflexii (která může ve svém důsledku vést k mrtvici nebo k smrti). Alkohol také způsobuje dehydrataci, což zvyšuje riziko vzniku proleženin.

Zhoršená koordinace pohybů nebo zpomalený/zhoršený úsudek v důsledku užívání alkoholu může vést k nehodám, pádům nebo popáleninám.

⁵⁸ Bombardier, C., H. Alcohol and your health after spinal cord injury.2003. Ke stažení: http://sci.washington.edu/info/newsletters/articles/03sp_alcohol.asp

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Metodologie

7.1 Cíl a obecný metodologický rámec

Cílem této diplomové práce je popsat výskyt a míru užívání alkoholu u osob po poškození míchy a nalézt případná specifika užívání alkoholu u této cílové skupiny.

Pro tuto pilotní studii jsem v rámci své diplomové práce zvolila formu dotazníkového (kvantitativního) výzkumu/šetření. Kritériem pro výběr této formy byla absence českého kvalitativního výzkumu, na základě kterého by se mohla vytvořit metodologie pro výzkum kvantitativní. Prakticky se jedná o zmapování oblasti, která ještě nebyla u nás dostatečně prozkoumána (orientační výzkum).

7.2 Výzkumné otázky

Vzhledem k tomu, že jsou osoby po poškození míchy do současné doby neprozkoumanou specifickou skupinou uživatelů alkoholu, zvolila jsem si tyto následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je prevalence užívání alkoholu u osob po poškození míchy?
- 2) Jaká je souvislost mezi užíváním alkoholu před a po poškození míchy?
- 3) Jaké jsou motivy a důvody k užívání alkoholu u této cílové skupiny?
- 4) Vyskytují se u osob po poškození míchy zdravotní či jiné problémy v souvislosti s užíváním alkoholu? Pokud ano, jaké?
- 5) Které z jevů sledovaných v rámci dotazníku AUDIT se vyskytují u osob po poškození míchy nejčastěji?

7.3 Metody tvorby dat

Na základě stanovených výzkumných otázek byl sestaven následující dotazník. Dotazník (příloha č. 2), který byl sestaven pro účely této diplomové práce, obsahuje 30 otázek. Některé otázky se vytvořily nově, a to z důvodů specifičnosti skupiny respondentů, pro které je tento výzkum určen (osoby po poškození míchy) – jedná se zejména o otázky zaměřené na příčiny, okolnosti a následky poškození míchy.

Otázky č. 1-4 a č. 10-12 jsou zaměřeny na získání demografických dat respondentů (pohlaví, věk, bydliště, dosažené vzdělání, rodinný stav a zaměstnání).

Otázky týkající se rodinného stavu a zaměstnání se pro účely tohoto dotazníku rozdělily na stav před poškozením míchy a v současnosti.

Otázky č. 5-9 se zaměřují na příčiny, okolnosti a následky poškození míchy.

Pomocí otázek č. 13-15 jsem se snažila zjistit preferenci alkoholu (pivo, víno, tvrdý alkohol) a okolnosti, na základě kterých osoby po poškození míchy užívají alkohol (opět jsou tyto otázky rozděleny na stav před poškozením míchy a v současnosti).

Pro otázky č. 16-28 byl použit screeningový dotazník – test pro identifikaci poruch způsobených užíváním alkoholu – AUDIT (příloha č. 3). Přestože se jedná o všeobecně používaný 10 položkový dotazník, byl pro účely této studie „rozšířen“ o 3 otázky. Otázky č. 1-3 standardizovaného dotazníku AUDIT byly záměrně pokládány ve dvou verzích (pro období před poškozením míchy a v současnosti). Toto rozšíření bylo zcela záměrné, a to na základě jedné z hypotéz.

Otázky č. 29 a 30 byly vytvořeny na podkladě zahraničních studií.

Charakter otázek: uzavřené otázky převážně s možností výběru pouze jedné odpovědi. U jedné otázky měli respondenti možnost „zaškrtnout“ více odpovědí. V poslední otázce dostali respondenti možnost vyjádřit se v případě zaškrtnutí odpovědi „ano“.

7.4 Výzkumný soubor a metoda jeho výběru

Do výzkumného souboru byli zařazeni všichni respondenti, kteří splňovali základní podmínku – respondentem pro tento výzkum se mohla stát pouze osoba s diagnostikovaným poškozením míchy (bez ohledu na příčinu poškození – onemocnění nebo úraz - a na následky).

Sběr dat probíhal v rámci České asociace paraplegiků – CZEPA, která sdružuje lidi z celé České republiky po poškození míchy a pomáhá jim s návratem do plnohodnotného života. Pro tyto účely byla se souhlasem této organizace využita její členská databáze. Dotazník byl rozeslán všem členům této organizace (bez omezení věku, pohlaví či diagnózy). Jediným kritériem pro zařazení do této studie byl známý e-mailový kontakt.

Dotazník byl rozeslán celkem 551 osobám po poškození míchy. Původní předpoklad o návratnosti dotazníku byl maximálně 100 vyplněných dotazníků. Poněkud překvapující byl celkový počet osob, které byly ochotny na můj dotazník odpovědět – celkem se počet vrácených dotazníků zastavil na konečném čísle 245. Návratnost dotazníku je 44,46%.

7.5 Metody zpracování a analýzy dat

Statistické vyhodnocení dat získaných z vyplněných dotazníků bylo provedeno pomocí statistického vyhodnocovacího programu SPSS, který je k dispozici na lékařské fakultě Univerzity Karlovy, a Microsoftu Office Excelu 2010.

S pomocí vyhodnocovacího programu byly na počátku vyhodnocování vymazány neúplné/nevyplněné dotazníky (neúplné – respondent neuvedl svoji diagnózu), poté byly všechny zodpovězené odpovědi okódovány (rozmezí 1-7). Pokud respondent vynechal/nezodpověděl položenou otázkou, byla chybějící odpovědi přiřazena hodnota 0.

Odpovědím v rámci dotazníku AUDIT (otázky č. 16-28) byly přiřazeny body v rozsahu od 0 do 4, které odpovídají oficiálnímu vyhodnocování. Následně byly všechny získané body u jednotlivých respondentů sečteny a výsledné skóre bylo rozděleno podle míry závažnosti užívání alkoholu, které opět odpovídalo oficiální interpretaci (1 – pití alkoholu s nízkým rizikem, 2 – rizikové, nebezpečné pití, 3 – škodlivé pití nebo závislost, 4 – závislost na alkoholu).

Pro účely porovnávání výsledků našeho dotazníku s dotazníkem realizovaným s pomocí AUDITu v rámci České republiky se původní 4 kategorie sloučily do tří (1 – pití alkoholu s nízkým rizikem/nulový problém, skóre <8, 2 – rizikové/škodlivé užívání alkoholu, skóre 8-19, 3 – závislost na alkoholu, skóre >19). Pro účely popisného souboru se dále kategorie ještě zúžily pouze na 2 kategorie (bez problémů - pití alkoholu s nízkým rizikem/nulový problém, skóre <8, problémové pití – škodlivé/rizikové/závislost na alkoholu, skóre >8).

Pro otázky, které byly v rámci dotazníku pokládány duplicitně – č. 16-23 (AUDIT otázky č. 1-3) a jejichž výsledky (získané skóre před/po poškození míchy) byly porovnávány např. s diagnózou nebo rodinným stavem, byla stanovena nová stupnice míry závažnosti užívání alkoholu, kdy maximum získaných bodů bylo stanoveno počtem 12 (oproti maximálnímu skóre 40 při zodpovězení všech 10 otázek). I v tomto případě byly získané body u jednotlivých otázek sečteny a jedinci byli opět zařazeni do jedné ze čtyř skupin podle míry závažnosti užívání alkoholu.

Pro účely výzkumné otázky, na základě které jsem chtěla zjistit souvislost mezi užíváním alkoholu před a po poškození míchy, se všichni respondenti rozdělili do 3 kategorií, podle etiologie úrazu a přítomnosti alkoholu v době úrazu:

- respondenti s neúrazovou etiologií
- respondenti s úrazovou etiologií
- respondenti s úrazovou etiologií v době úrazu pod vlivem alkoholu

U výzkumné otázky, která se zaměřovala na motivy a důvody užívání alkoholu u osob po poškození míchy, se porovnával vztah mezi užíváním alkoholu a případnou změnou pracovního/rodinného statusu a „vzniklé“ změny se musely okódotovat ve stavech v rozsahu od 0 do 2, kdy 0 znamenala ztrátu partnera/práce, 1 beze změny a číslice 2 označovala získání partnera/práce. Dále byly u této otázky vypočítány průměrné hodnoty na škále 1 - 5 pro zjištění, nakolik se změnila situace, na základě kterých respondenti užívají alkohol.

U poslední výzkumné otázky (která se zaměřuje na četnost kladných odpovědí na jednotlivé otázky dotazníku AUDIT) byly odpovědi, které obsahovaly zápornou odpověď (ne, nikdy) nebo odpověď 1-2 a které znamenají bodové ohodnocení 0, vymazány a odpovědi, za které mohl respondent získat od 1 do 4 bodů, byly sloučeny dohromady (kladné odpovědi) a u těchto odpovědí se vypočítaly pro předem stanová kritéria procentuální četnost (tzn. kolik procent respondentů odpovídalo na tuto otázku kladně).

Pro vyhodnocování byla použita jednak popisně statistická analýza (statistická analýza), na základě které se sumarizovaly informace získané z dotazníků, a následně jsem vytvořila grafy a tabulky s číselnými hodnotami či procenty.

Dále byla použita matematicko – analytická statistika. Pro srovnání rozdílů mezi sledovanými skupinami byly použity běžné analytické metody: t-test pro dva nezávislé výběry (průměr poměrových proměnných), párový t-test (průměrný rozdíl v poměrových proměnných v čase) a chí-kvadrát (nominální proměnné v kontingenčních tabulkách) v závislosti na typu sledované proměnné.

7.6 Etické aspekty práce

Zjišťování dat probíhalo formou dotazníku, který byl vytvořen na internetových stránkách www.quatrics.com a který byl následně rozeslán na e-mailové adresy členů České asociace paraplegiků – CZEPA. Veškeré e-mailové adresy byly ihned po odeslání dotazníků smazány, tudíž nelze zpětně dohledat, které konkrétní osobě/respondentovi byl dotazník poslán.

V internetové formě dotazníku jsem se snažila použít pouze takové otázky, které by při vyhodnocování nevedly k identifikaci konkrétních respondentů. Dále pak byly u všech respondentů, kteří odpověděli na můj dotazník, vymazány IP adresy, které by mohly vést k identifikaci daného respondenta.

Během dotazníkového šetření se neobjevily žádné etické námitky ze strany oslovených respondentů (osob po poškození míchy – členů České asociace paraplegiků – CZEPA). Všichni oslovení respondenti se této studii zúčastnili dobrovolně, nikdo nebyl k vyplňování dotazníku nucen. Všichni respondenti byli před vyplňováním dotazníku informováni o způsobu zachování anonymity a o účelu, pro který byl tento dotazník vytvořen.

Respondenti, kteří vyplnili a odeslali dotazník, tak vyjádřili svůj souhlas se zpracováním získaných údajů pro potřeby diplomové práce.

Dotazník byl rozeslán prostřednictvím mé e-mailové adresy a oslovení respondenti tak měli v případě zájmu možnost vyjádřit své připomínky a poznatky k dotazníku a dané problematice (*některé z těchto reakcí/odpovědí jsou anonymně uvedeny ke konci praktické části*).

7.7 Popis výzkumného souboru

Z původního počtu 245 vrácených dotazníků bylo pro samotné vyhodnocení použitelných 237 (6 vrácených dotazníků bylo bez jakýchkoliv odpovědí, u dvou dotazníků nebyla vyplněna diagnóza) – celkem se dotazníkového šetření zúčastnilo 192 mužů (80,7% respondentů) a 45 žen (19,3% respondentů).

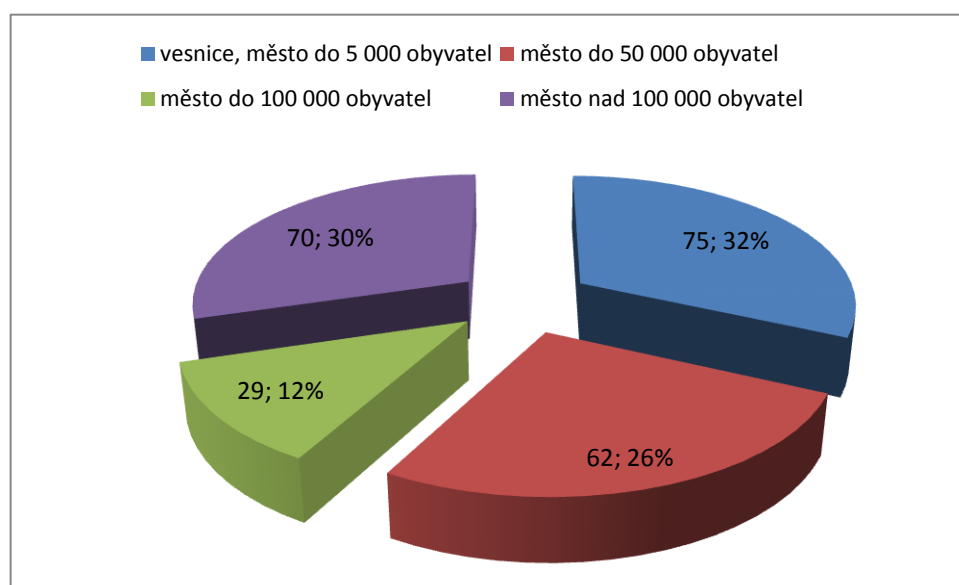
Nejpočetnější věkovou kategorií (tabulka č. 2) bylo věkové rozmezí mezi 34 – 44 lety (71 respondentů bez ohledu na pohlaví – 30%), nejméně bylo respondentů ve věkové kategorii 75+ (1 respondent).

Tabulka č. 2 Pohlaví a věkové rozložení respondentů

	aktuální věk respondentů							Total
	18 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	65 - 74	75+	
Pohlaví muž	7	50	58	34	33	9	1	192
žena	5	15	13	4	6	2	0	45
Total	12	65	71	38	39	11	1	237

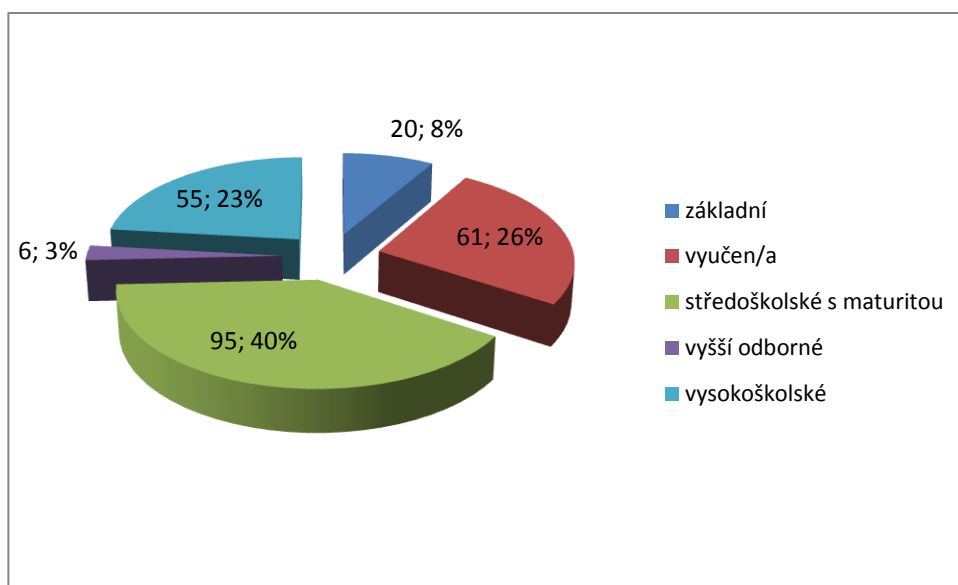
Nejvíce respondentů (32%) žije v současné době na vesnici/měste do 5 000 obyvatel a nejméně respondentů (12%) žije ve městech do 100 000 obyvatel, 1 respondent neoznačil ani jednu z možností (graf č. 3).

Graf č. 3 Současné bydliště respondentů



95 respondentů (40%) má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 61 respondentů (26%) je vyučen, 55 respondentů (23%) má vysokoškolské vzdělání, 20 respondentů (8%) má základní vzdělání (13-ti z nich se stal úraz v době základní nebo středoškolské docházky), 6 respondentů (3%) má vyšší odborné vzdělání – graf č. 4.

Graf č. 4 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

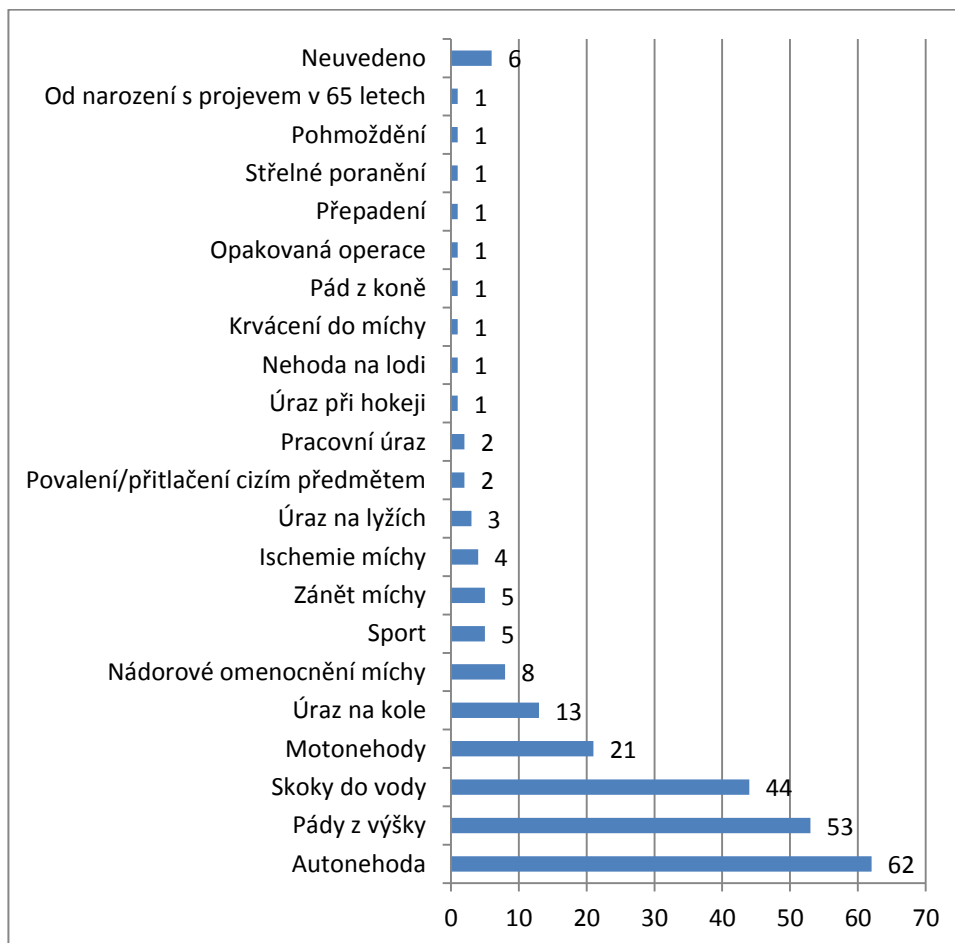


Pokud rozdělíme příčiny poškození míchy na dvě základní skupiny (úrazové a neúrazové poškození míchy), skupina úrazových příčin poškození míchy zcela převažuje nad skupinou neúrazových příčin poškození míchy (211:20). 6 respondentů bohužel neuvádělo příčinu poškození míchy (nevíme, zda se jejich úraz stal na základě úrazu/onemocnění míchy).

Při úrazech s následkem poškození míchy byl přítomen alkohol u 41 respondentů (18,8%), z toho bylo 5 žen a 36 mužů. Nejčastěji byl přítomen alkohol při skocích do vody, při pádech z výšky a při autonehodách.

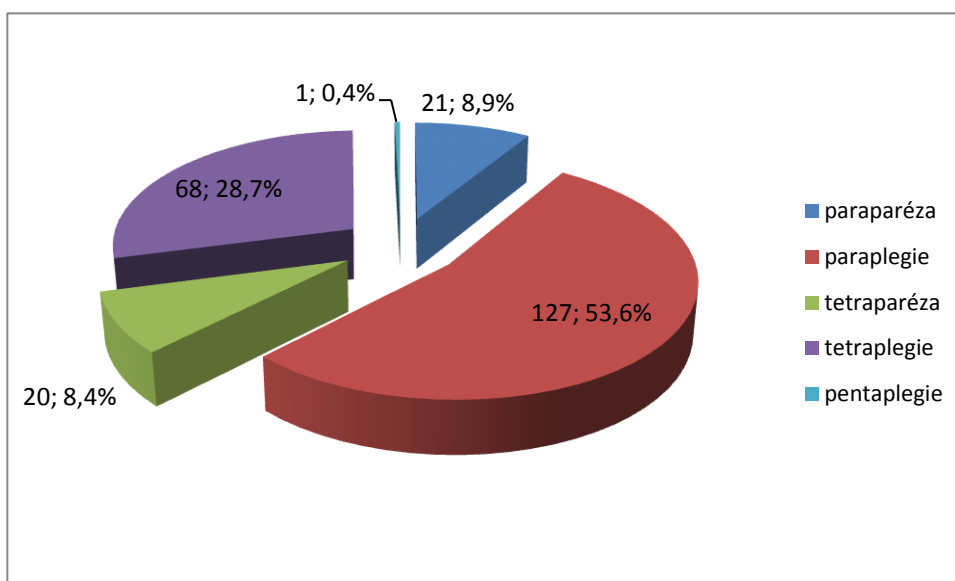
Nejčastějšími úrazovými příčinami poškození míchy byly autonehody (62 osob), pády z výšky (53 osob), skoky do vody (44 osob) a motonehody (21 osob). U neúrazových poškození míchy bylo nejčastější příčinou nádorové onemocnění (8 osob), záněty míchy (5 osob) a ischemie míchy (4 osoby) – graf č. 5.

Graf č. 5 Příčiny poškození míchy dle časnosti



Nejvíce respondentů označilo jako svoji diagnózu paraplegii (127 respondentů), tetraplegici byli zastoupeni v počtu 68 respondentů, 20 respondentů uvedlo jako svoji diagnózu tetraparézu, 21 osob má diagnostikovanou paraparézu a 1 osoba má diagnostikovanou pentaplegii (graf č. 6).

Graf č. 6 Zastoupení respondentů dle diagnózy



Rozdělením respondentů podle úrovně míšní léze a způsobu pohybu zjistíme, že 127 respondentů utrpělo poškození míchy v oblasti hrudní páteře (Th) s úplným ochrnutím dolních končetin, kteří ke svému pohybu využívají vozík, 89 respondentů má poškozenou míchu v oblasti krční páteře (C) s postižením všech čtyř končetin (k pohybu využívají mechanický/elektrický vozík) a 21 respondentů utrpělo částečné poškození míchy v oblasti hrudní a bederní páteře (Th-L) a ke svému pohybu využívají francouzské hole (v některých případech v kombinaci s mechanickým vozíkem). Pokud toto dělení poškození míchy porovnáme s pohlavím, zjistíme následující informace (tabulka č. 3):

Tabulka č. 3 Základní diagnóza/muži – ženy

základní diagnóza/pohlaví	muži	ženy	celkem
paraparéza	18	3	21
paraplegie	99	28	127
tetraplegie	75	14	89
Celkem	192	45	237

Pokud toto rozdělení ještě více zjednodušíme – pouze na 2 kategorie – tak zjistíme, že celkem se studie zúčastnilo 148 osob s diagnózou paraplegie a 89 osob s diagnózou tetraplegie.

Když se u respondentů zaměříme na preferenci alkoholu před a po poškození míchy z hlediska pohlaví, tak u mužů zjistíme výrazný pokles preference piva po poškození míchy (z původních 135 osob před úrazem na současných 74), naopak je u mužů po poškození míchy zaznamenám znatelný nárůst v případě užívání vína a tvrdého alkoholu. Ženy nejvíce před i po poškození míchy preferují víno, 7 respondentek preferuje před i po poškození míchy tvrdý alkohol a preference piva se snížila po poškození míchy u 3 respondentek, jak ukazuje tabulka č. 4.

Tabulka č. 4 Preference typu alkoholu před/po poškození míchy podle pohlaví

		pohlaví	
		muž	žena
Jak typ alkoholu jste preferoval/a před poškozením míchy?	pivo	135	11
	víno	17	22
	tvrdý alkohol	28	7
Jaký typ alkoholu v současnosti preferujete?	pivo	74	8
	víno	55	25
	tvrdý alkohol	44	7

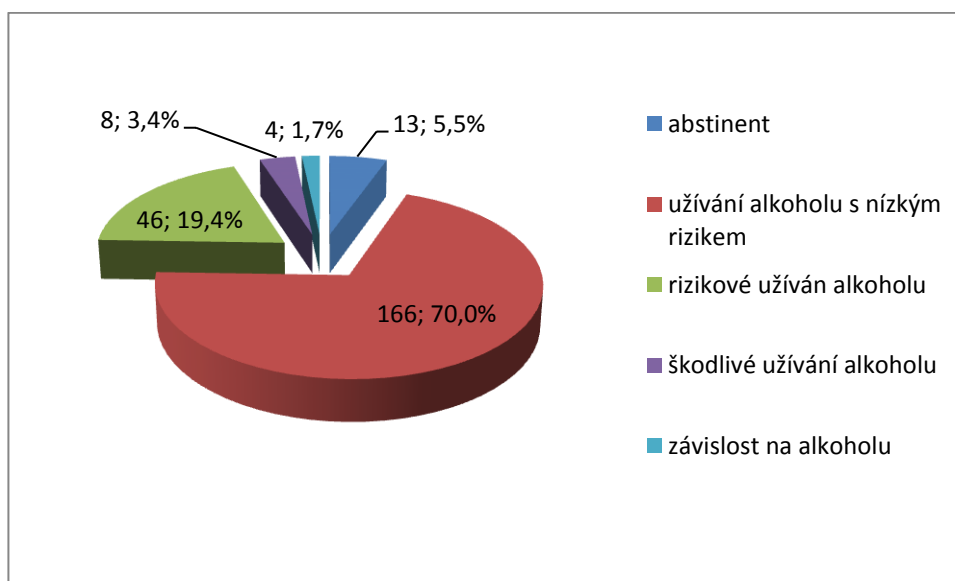
8. Výsledky

1) Prevalence užívání, škodlivého užívání a závislosti na alkoholu na základě výsledků dotazníku AUDIT

Na základě vyhodnocení součtu získaných bodů dotazníku AUDIT u jednotlivých respondentů (celkem 237) vyšly následující výsledky (graf č. 7):

- 13 respondentů dosáhlo po poškození míchy nulového skóre, které odpovídá abstinenci (5,5%)
- 166 respondentů dosáhlo bodového skóre odpovídajícímu užívání alkoholu s nízkou mírou závažnosti (70%)
- 46 respondentů užívá alkohol v míře odpovídající rizikovému užívání alkoholu (19,4%)
- 8 respondentů po poškození míchy užívá alkohol v míře, která odpovídá škodlivému užívání nebo závislosti (3,4%)
- u 4 respondentů bychom mohli diagnostikovat, na základě získaného bodového skóre v dotazníku AUDIT, závislost na alkoholu (1,7%)

Graf č. 7 Prevalence užívání alkoholu podle dotazníku AUDIT



Pokud rozdělíme podle pohlaví všechny respondenty do následujících tří kategorií (tabulka č. 5):

- skóre < 8 (pití s nízkou úrovní rizika, žádný problém)
- skóre 8-19 (rizikové nebo škodlivé pití)
- skóre > 19 (vysoce rizikové pití, velká pravděpodobnost závislosti na alkoholu)

tak zjistíme, že $\frac{3}{4}$ všech respondentů užívá alkohol s nízkou úrovní rizika (do této kategorie byli zařazeni i respondenti, kteří získali bodové skóre 0). Z celkového počtu 179 respondentů užívá alkohol v této míře bezproblémového užívání 38 žen (84,4% z celkového počtu žen) a 141 mužů (73,4% z celkového počtu mužů). 54 respondentů bez rozdílu pohlaví užívá alkohol v míře rizikového nebo škodlivého pití (22,8%) a 4 respondenti (pouze muži) užívají alkohol v takové míře, které odpovídá možné závislosti na alkoholu (1,7%).

Tabulka č. 5 Odhady rizikového, škodlivého nebo problematického užívání alkoholu na základě skóre v dotazníku AUDIT dle pohlaví

		AUDIT					
		skóre <8		skóre 8-19		skóre >19	
		absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %
Pohlaví	Muž	141	73,4%	47	24,5%	4	2,1%
	Žena	38	84,4%	7	15,6%	0	0,0%
	celkem	179	75,5%	54	22,8%	4	1,7%

Rozdělením respondentů do 3 kategorií podle diagnózy (paraparéza, paraplegie, tetraplegie) a porovnáním s výsledky dotazníku AUDIT, kdy AUDIT 1 znamená, že tyto respondenti nemají problémy s užíváním alkoholu a AUDIT více jak 1 znamená možné problémy až závislost na alkoholu, zjistíme následující informace (tabulka č. 6):

Tabulka č. 6 AUDIT problém ano/ne podle diagnózy

	bez problému		problémové pití		celkem
	absolutní počet	relativní počet %	absolutní počet	relativní počet %	
paraparéza	15	71,4%	6	28,6%	21
paraplegie	101	79,5%	26	20,5%	127
tetraplegie	63	70,8%	26	29,2%	89
celkem	179	100,0%	60	100,0%	237

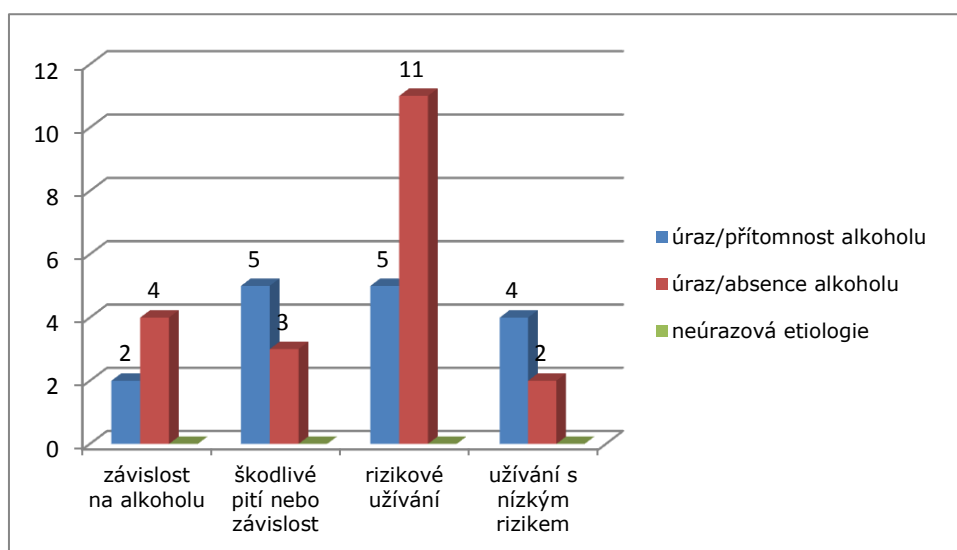
Tabulka č. 6 nám ukazuje, že nejméně problémových uživatelů alkoholu (101) jsou respondenti s diagnostikovanou paraplegií (ochrnutí pouze dolních končetin) a o poznání hůře, ale relativně stejně jsou na tom jedinci s diagnostikovanou paraparézou – 15 respondentů (částečné ochrnutí dolních končetin s možností pohybu o dvou francouzských holích) a respondenti s diagnostikovanou tetraplegií – 63 respondentů (postižení všech čtyř končetin).

2) Souvislost mezi užíváním alkoholu před a po poškození míchy

U této výzkumné otázky jsem rozdělila všechny respondenty do 4 kategorií podle míry závažnosti užívání alkoholu před poškozením míchy (na základě otázek AUDIT č. 1-3) a následně jsem porovnávala, nakolik se jejich užívání alkoholu po poškození míchy změnilo/zůstalo stejné podle etiologie úrazu (*u této výzkumné otázky se do výzkumného souboru nezařadili respondenti, kteří v dotazníku neuvedli, zda „usedli na vozík“ následkem úrazu/onemocnění míchy – celkem se jedná o 6 respondentů*).

Celkový počet respondentů, u kterých bychom mohli před poškozením míchy na základě otázek č. 16, 18 a 20 diagnostikovat možnou závislost na alkoholu, byl 36. Z tohoto počtu bylo 16 respondentů v době úrazu pod vlivem alkoholu a 20 pod vlivem alkoholu nebylo. V grafu č. 8 můžeme pozorovat změnu v užívání alkoholu po poškození míchy vzhledem k etiologii poškození míchy.

Graf č. 8 Závislost na alkoholu před poškozením míchy/míra užívání alkoholu v současnosti (po poškození míchy)

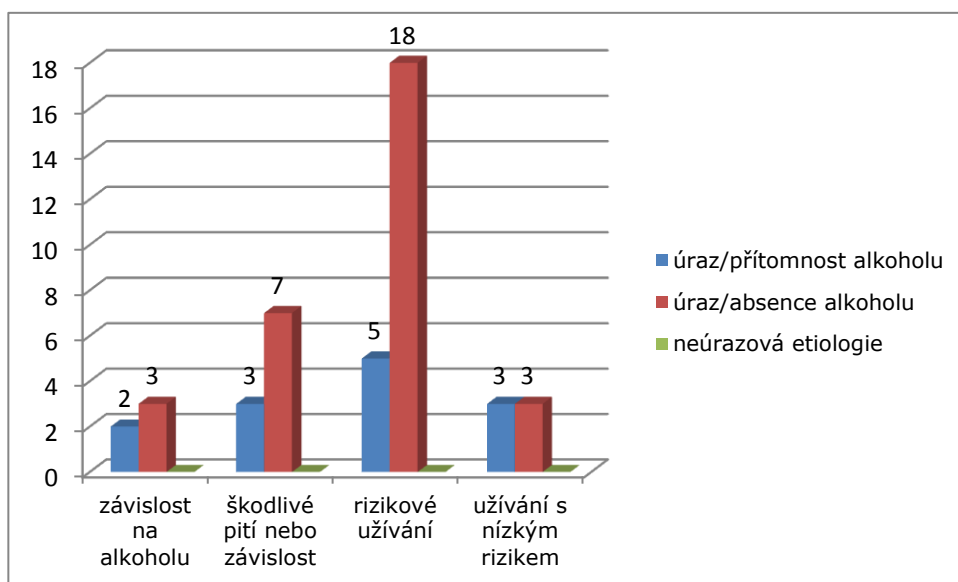


Z grafu je patrné, že 6 respondentů bez ohledu, zda byl v době úrazu přítomen alkohol či nikoliv, užívá alkohol ve stejné míře (s mírou závislosti na alkoholu) jako před úrazem (16,7%). Téměř u poloviny respondentů, u kterých bychom mohli před úrazem diagnostikovat závislost na alkoholu, byl po úrazu zaznamenán výrazný pokles v užívání alkoholu na míru „pouze“ rizikového pití (45%). Škodlivě užívá alkohol 8 respondentů (21,6%) a 6 respondentů užívá alkohol s nízkou mírou závažnosti (16,7%).

Dva respondenti, kteří byli na základě bodového skóre po poškození míchy zařazeni do kategorie uživatelů s nízkou mírou závažnosti a jejichž úraz se stal pod vlivem alkoholu, nyní neužívá alkohol vůbec (bodové skóre 0) a tudíž můžeme tyto jedince považovat za abstinenty. V kategorii úraz bez alkoholu abstinenty nenacházíme.

V grafu č. 9 můžeme pozorovat změnu/stagnaci v užívání alkoholu po poškození míchy u 44 respondentů, kteří před svým úrazem konzumovali alkohol v míře odpovídající škodlivému pití nebo závislosti. Z celkového počtu bylo pod vlivem alkoholu v době úrazu 13 respondentů a v 31 v případech nebyl alkohol přítomen. Více jak třetina respondentů po poškození míchy užívá alkohol stejně rizikově nebo ve vyšší míře než před svým úrazem bez ohledu na přítomnost alkoholu v době úrazu (5 respondentů závislost na alkoholu, 10 respondentů škodlivé užívání). 23 respondentů užívá alkohol v rizikové míře (52,3%) a 6 respondentů užívá alkohol s nízkým rizikem (13,3%). 2 respondenti z kategorie uživatelů s nízkým rizikem užívání alkoholu, kteří nebyli při úrazu pod vlivem alkoholu, se stalo po svém úrazu abstinenty.

Graf č. 9 Škodlivé pití nebo závislost před poškozením míchy/míra užívání alkoholu v současnosti

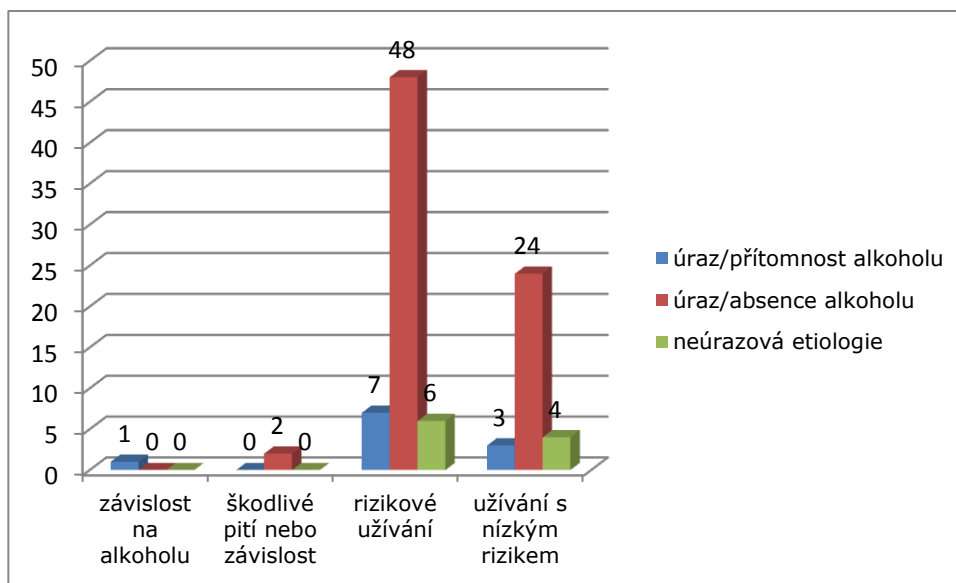


Z celkového počtu 95 respondentů s mírou rizikového užívání alkoholu před poškozením míchy byl u 11 osob v době úrazu přítomen alkohol a u 84 přítomen nebyl (z tohoto počtu bylo 74 úrazových příčin poškození míchy a 10 neúrazových příčin).

V grafu č. 10 můžeme vidět, že téměř 2/3 respondentů užívá alkohol ve stejné míře jako před poškozením míchy. 31 respondentů užívá alkohol s nízkou mírou závažnosti (33%), z toho jsou 2 respondenti, u kterých došlo k poškození míchy bez přítomnosti alkoholu, v současné době abstinenty.

U dvou jedinců po poškození míchy bez přítomnosti alkoholu můžeme pozorovat vyšší konzumaci alkoholu po poškození míchy na úrovni škodlivého užívání a 1 respondent, který byl pod vlivem alkoholu v době svého úrazu, užívá alkohol po poškození míchy na úrovni možné závislosti na alkoholu.

Graf č. 10 Rizikové užívání alkoholu před poškozením míchy/míra užívání alkoholu v současnosti

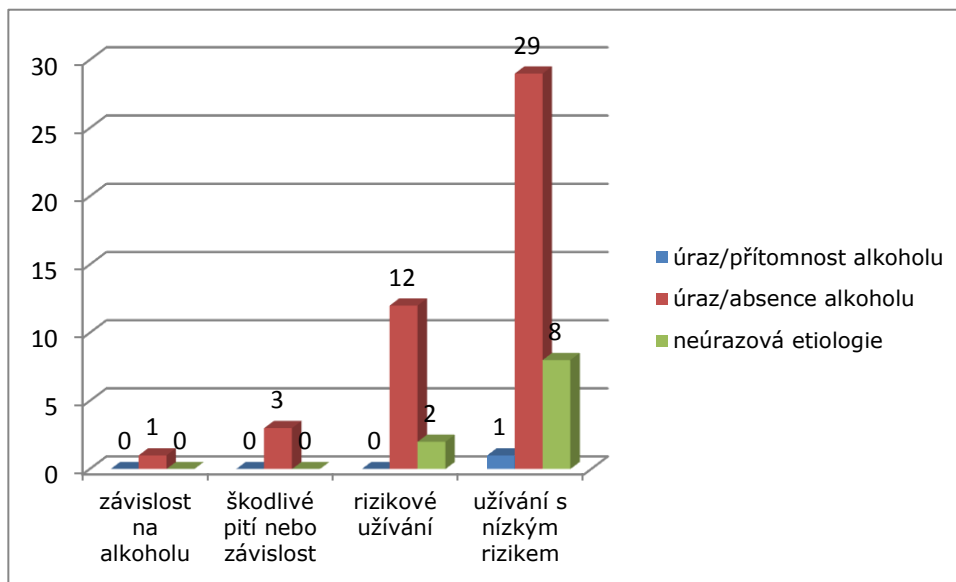


Z celkového počtu 56 respondentů, kteří byli před poškozením míchy označeni jako uživatelé alkoholu s nízkou mírou závažnosti, bylo 12 úplných abstinentů (9 respondentů po úrazu bez účasti alkoholu a 3 respondenti s neúrazovou etiologií). 10 respondentů mělo neúrazovou příčinu poškození míchy, 45 respondentů nebylo v době úrazu pod vlivem alkoholu a u 1 respondenta byl přítomen alkohol v době úrazu.

V grafu č. 11 můžeme pozorovat následující změny: u 38 respondentů nedošlo ke změně míry užívání alkoholu po poškození míchy (68%), z tohoto počtu je v současnosti 7 respondentů abstinenty (1 v době úrazu pod vlivem alkoholu). U úrazů bez přítomnosti alkoholu můžeme pozorovat v 16 případech nárůst užívání alkoholu v rozmezí rizikového pití až závislosti na alkoholu. U 2 osob s neúrazovou etiologií došlo po poškození míchy k nárůstu užívání alkoholu.

Z celkového počtu 12 abstinentů před poškozením míchy zůstali 2 abstinující respondenti, 1 předúrazový abstinents se stal závislým na alkoholu.

Graf č. 11 Užívání alkoholu s nízkým rizikem před poškozením míchy/míra užívání alkoholu v současnosti



V tabulce č. 7 vidíme rozdíly v užívání alkoholu všech respondentů před a po poškození míchy podle bodového skóre dotazníku AUDIT (podle součtu otázek č. 1-3 v AUDITu). Dále můžeme vidět podle typu poškození míchy (úraz pod vlivem alkoholu, bez vlivu alkoholu a neúrazová etiologie) počty respondentů a míru závažnosti užívání alkoholu po poškození míchy.

Tabulka č. 7 Rozdíly v užívání alkoholu před/po poškození míchy a řazení do kategorií AUDIT

		průměr body za zdravá	průměr body po poškození míchy	průměr rozdíl před/po poškození	počet respondentů dle kategorií AUDIT (pouze součet bodů z otázek č. 1-3)				počet respondentů celkem
					nízký	rizikový	škodlivý	závislost	
Pokud jste měl/a úraz, byl/a jste v době úrazu pod vlivem alkoholu?	ano	6,71**	4,20	-2,51**	11	17	8	5	41
	ne	4,08**	3,31	-0,77**	58	89	15	8	170
neúrazová etiologie		2,65	2,25	-1	12	8	0	0	20

**takto označené hodnoty jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti ($p < 0,01$)

Ve všech třech kategoriích můžeme vidět pokles v užívání alkoholu u osob po poškození míchy.

Nejmarkantnější „útlum“ v užívání alkoholu sice můžeme pozorovat u respondentů, kteří byli v době svého úrazu pod vlivem alkoholu, ale stále zhruba třetina respondentů užívá alkohol v míře odpovídající škodlivému užívání nebo závislosti na alkoholu (13 respondentů z celkového počtu 29, kteří před úrazem pili v míře závislosti na alkoholu/škodlivého užívání). U necelé třetiny respondentů (11 osob) došlo po poškození míchy pod vlivem alkoholu ke snížení současné konzumace alkoholu na úroveň nízké míry závažnosti (v této kategorii můžeme nalézt také 3 respondenty, kteří se po poškození míchy stali abstinenty).

Z celkového počtu 51 respondentů, kterým se stal úraz bez přítomnosti alkoholu a kteří zároveň před úrazem pili alkohol v míře odpovídající škodlivému užívání nebo závislosti na alkoholu, užívá alkohol po poškození míchy ve stejné míře závažnosti i nadále 17 respondentů. 89 respondentů po poškození míchy v současné době užívá alkohol v míře odpovídající rizikovému užívání. Z 58 respondentů, u nichž nebyl v době úrazu přítomen alkohol, pije v současnosti na úrovni nízké míry závažnosti (v této kategorii nalezneme 10 respondentů, kteří jsou v současné době abstinenty).

V kategorii osob, které usedly na vozík v důsledku onemocnění míchy (neúrazová etiologie), nedošlo k výrazným změnám v míře závažnosti užívání alkoholu. V této

kategorii můžeme také v současné době nalézt 2 abstinenty (z celkového počtu 12 respondentů, kteří užívají alkohol v míře odpovídající bezproblémovému pití).

3) Motivy a důvody k užívání alkoholu

U této výzkumné otázky jsem se zamýšlela nad tím, zda a nakolik se změnila míra užívání alkoholu u osob po poškození míchy v souvislosti se změnou zaměstnaneckého nebo rodinného statusu.

Při zjišťování míry užívání alkoholu a případné změny „pracovního statusu“ po poškození míchy (tabulka č. 8) jsem dospěla k závěru, že respondenti, kteří byli před úrazem nezaměstnaní, užívali alkohol v míře (na základě AUDIT otázek č. 1-3), která odpovídá škodlivému užívání alkoholu nebo závislosti (průměr 6,40). U těchto respondentů sice po poškození míchy došlo k nejvyššímu poklesu v užívání alkoholu (na základě získání práce), ale rozdíl není statisticky významný.

Tabulka č. 8 Změna práce a míra závažnosti užívání alkoholu

		před	po	Rozdíl	AUDIT problém			
		průměr	průměr	Průměr	pití alkoholu s nízkým rizikem	rizikové (nebezpečné) pití	škodlivé pití nebo závislost	závislost na alkoholu
					absolutní počet	absolutní počet	absolutní počet	absolutní počet
Změna ztráta práce	4,60	2,94	-1,67**	69	10	1	1	
beze změny	4,51	3,76	-0,75**	87	30	5	2	
získal práci	6,40	4,00	-2,40	4	0	0	1	

**takto označené hodnoty jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti ($p < 0,01$)

Daleko zajímavější výsledek a zároveň statisticky významnou hodnotu jsem zjistila u respondentů, jejichž status se po poškození míchy „zhoršil“ – tzn. že respondenti přišli v důsledku svého postižení o zaměstnání.

Respondenti, kteří uvedli, že po svém úrazu ztratili zaměstnání, snížili užívání alkoholu daleko více (o - 1,67) než respondenti, u kterých se „zaměstnanecký status“ po poškození míchy nezměnil (o - 0,75). Z celkového počtu 81 respondentů, kteří v důsledku poškození míchy přišli o zaměstnání, je pouze jeden respondent, u kterého

můžeme diagnostikovat závislost na alkoholu (muž, paraplegik, 20-29 let po poškození míchy s preferencí tvrdého alkoholu).

K poklesu míry užívání alkoholu došlo také u respondentů, jejichž „zaměstnanecký status“ se po poškození míchy nezměnil (zůstali studenty nebo zaměstnání – bez ohledu na typ pracovního poměru). Tento pokles je ale přesto nižší než pokles užívání alkoholu u osob, kteří zaměstnání po poškození míchy ztratili.

Pokles míry užívání alkoholu můžeme také pozorovat v tabulce č. 9, která nám ukazuje míru užívání alkoholu v případě, že ne/došlo u osoby po poškození míchy ke změně jejího rodinného statusu.

Tabulka č. 9 Změna v rodině a míra závažnosti užívání alkoholu

	před	po	rozdíl	AUDIT problém						
				průměr	průměr	průměr	pítí alkoholu s nízkým rizikem	rizikové (nebezpečné) pítí	škodlivé pítí nebo závislost	závislost na alkoholu
							absolutní počet	absolutní počet	absolutní počet	absolutní počet
Změna ztráta rodina partnera	3,73	3,42	-0,31	22	3	0	1			
beze změny	4,78	3,63	-1,15**	127	41	7	3			
získání partnera	3,72	2,53	-1,19**	29	2	1	0			

**takto označené hodnoty jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti ($p < 0,01$)

Ve všech třech kategoriích došlo po poškození míchy k poklesu užívání alkoholu (jak při ztrátě, získání nebo zachování rodinného stavu před/po poškození míchy). Statisticky významné jsou pro nás údaje o poklesu užívání alkoholu v kategorii beze změny (např. svobodný/svobodný) a získání partnera (svobodná/vdaná). V kategorii respondentů, kteří po úrazu získali nového životního partnera, nenacházíme žádnou osobu, která by měla na základě položených otázek diagnostikovanou závislost na alkoholu. 29 „spokojených“ respondentů užívá alkohol s nízkým rizikem škodlivosti (91%). Pouze tři respondenti pijí při změně jejich rodinného statusu „k lepšímu“ v míře odpovídající rizikovému nebo škodlivému užívání alkoholu.

K méně výrazné změně došlo v kategorii respondentů, kteří mají po poškození míchy stejný rodinný status jako před poškozením míchy. V této kategorii nalezneme 51 respondentů, kteří po poškození míchy užívají alkohol v rozmezí rizikového užívání alkoholu až závislosti na alkoholu (28,7%).

Pokud porovnáme všechny tři kategorie rodinných statusů, tak zjistíme, že před i po poškození míchy užívala alkohol v nejvyšší míře skupina respondentů, jejichž rodinný stav se po poškození míchy nezměnil.

Další otázkou, která by nám mohla napovědět, jaké jsou motivy pro užívání alkoholu u tetraplegiků a paraplegiků a u dvou skupin, které ne/vykazují známky rizikového užívání alkoholu, je, nakolik se změnilo užívání alkoholu u těchto osob v různých situacích před a po poškození míchy (tabulka č. 10).

Tabulka č. 10 Průměrné hodnoty na škále 1-5 (viz níže). Změna před/po poškození míchy a rozdíl v hodnotách

		diagnóza		AUDIT problém (>8)		celkem
		para	tetra	ne	ano	
smutný - veselý	před poškozením	4,02	4,29	4,20	3,95	4,12
	v současnosti	3,74	4,00	3,95	3,62	3,84
	rozdíl	-0,28*	-0,26	-0,20*	-0,40	-0,27**
sám – ve společnosti	před poškozením	4,75	4,90	4,82	4,76	4,81
	v současnosti	4,36	4,55	4,50	4,25	4,43
	rozdíl	-0,36**	-0,33**	-0,28**	-0,52**	-0,35**
doma - venku	před poškozením	4,50	4,57	4,52	4,53	4,52
	v současnosti	3,46	3,64	3,53	3,52	3,53
	rozdíl	-1,00**	-0,74**	-0,88**	-0,98**	-0,91**
klid – ve stresu	před poškozením	2,00	1,54	1,76	2,00	1,84
	v současnosti	2,09	1,89	1,78	2,52	2,01
	rozdíl	0,11	0,45**	0,09	0,50**	0,23*
bez bolesti – s bolestí	před poškozením	1,64	1,18	1,45	1,54	1,48
	v současnosti	2,06	1,96	1,82	2,41	2,02
	rozdíl	0,33*	0,67**	0,35*	0,66**	0,45**

*takto označené hodnoty jsou statisticky významné na 5% hladině významnosti ($p < 0,05$)

**takto označené hodnoty jsou statisticky významné na 1% hladině významnosti ($p < 0,01$)

Níže uvedená škála vztahující se k tabulce č. 10, která byla použita v dotazníku pro osoby po poškození míchy, nám ukazuje nakolik se ne/změnilo užívání alkoholu u osob po poškození míchy v následujících situacích před úrazem a po úrazu (*situace a škála použitá v dotazníku ve dvou verzích, tj. před a po poškození míchy – v současnosti*):

	1	2	3	4	5	
smutný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	veselý/á
sám/sama	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ve společnosti přátel/známých
doma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	venku (hospoda, bar, na koncertě apod.)
v klidu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ve stresu
bez bolesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	měl/a bolesti (myšlena bolest fyzická)

U paraplegiků stejně jako u tetraplegiků můžeme pozorovat mírný odklon od pití ve společnosti a mimo domov směrem k užívání alkoholu o samotě a doma (příklon k užívání alkoholu doma je výraznější u paraplegiků než u tetraplegiků). Častěji také dochází k užívání alkoholu, když jsou obě diagnózy „smutnější“. Dále došlo k mírnému zvýšení v užívání alkoholu v situacích, kdy jsou respondenti více ve stresu. Výrazněji došlo ke zvýšení v užívání alkoholu u tetraplegiků než u paraplegiků v situacích, kdy se objevuje fyzická bolest.

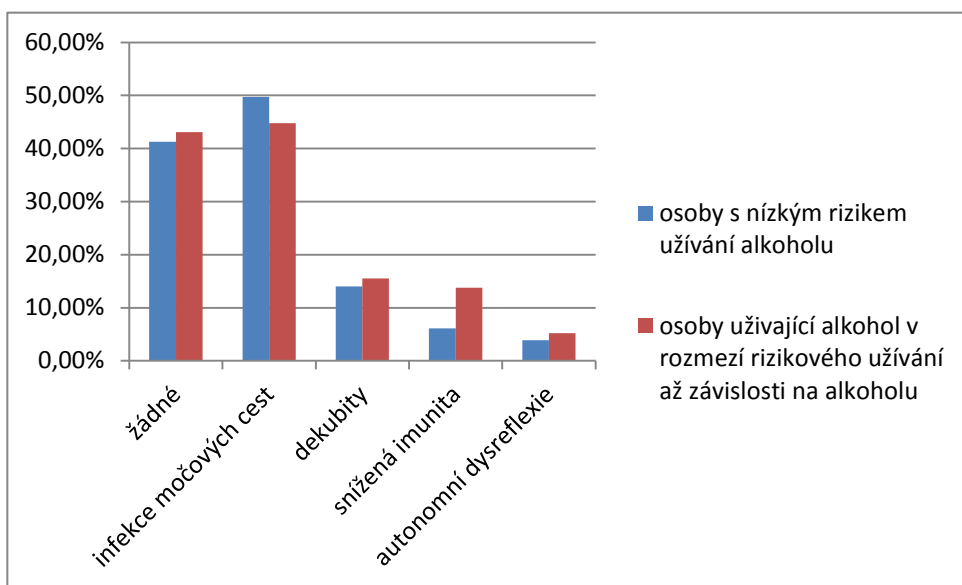
Pokud se zaměříme na celkové hodnoty rozdílu bez ohledu na diagnózu nebo případný problém s pitím v rámci dotazníku AUDIT, tak zjistíme, že po poškození míchy došlo k poklesu užívání alkoholu u respondentů v situacích, kdy je jedinec veselý, ve společnosti přátel/známých a venku (respondenti užívají alkohol spíše v situacích, kdy jsou „smutnější, sami a doma“). Tento rozdíl ale není nijak vysoký – v průměru se jedná o pokles o -0,51 bodu.

Naopak po poškození míchy vidíme mírný příklon k užívání alkoholu v situacích, kdy jsou respondenti více ve stresu nebo je alkohol v současnosti více užíván v souvislosti s fyzickou bolestí než před poškozením míchy.

4) Zdravotní či jiné problémy v souvislosti s užíváním alkoholu

U této výzkumné otázky jsem rozdělila respondenty do dvou kategorií podle toho, zda tito respondenti užívají alkohol s nízkým rizikem nebo zda užívají alkohol v rozmezí rizikového užívání alkoholu a závislosti, tzn. v takové míře, kdy se u těchto jedinců mohou častěji vyskytovat případné zdravotní komplikace. Poté jsem zjišťovala/sledovala, jak často se u těchto dvou kategorií objevují předem vydefinované zdravotní komplikace (graf č. 12).

Graf č. 12 Zdravotní komplikace u sledované populace



Vzhledem k tomu, že všichni respondenti měli možnost zaškrtnout více zdravotních komplikací (odpovědí) než pouze jednu, získala jsem následující informace.

Z celkového počtu 179 osob, které v dotazníku AUDIT dosáhly skóre odpovídajícímu nízké míře závažnosti užívání alkoholu (bezproblémového pití), 74 respondentů uvedlo, že neměli v posledním roce žádné zdravotní komplikace (41,3%). Zbylé respondenty v nejvyšší míře v posledním roce trápily záněty močových cest, dekubity a nejméně častou odpovědí byla autonomní dysreflexie.

Z 58 respondentů, kteří v rámci výsledků dotazníku AUDIT dosahovali skóre v rozmezí rizikového užívání až závislosti, 28 respondentů uvedlo, že v posledním roce nezaznamenali/neměli žádné zdravotní komplikace (43,1%). U této skupiny respondentů se ale v nezanedbatelné míře objevují zdravotní komplikace ve formě dekubitů a snížené funkce imunitního systému. V neposlední řadě se také objevuje život ohrožující autonomní dysreflexie.

Celkem 4 respondenti konkrétně v dotazníku uvedli, jaké jiné než zdravotní komplikace zažili v souvislosti s užíváním alkoholu. Všichni tito respondenti jsou mužského pohlaví, dva respondenti jsou ve věkovém rozmezí 25 – 34 let, dva respondenti jsou ve věkové kategorii 35 – 44 let. Všichni respondenti „usedli“ na vozík následkem úrazu a u 2 byl v době úrazu přítomen alkohol.

Dva respondenti, kteří v současnosti odpovídají užívání alkoholu v kategorii závislost na alkoholu, udávali, že jeden v důsledku svého pití se potýká s finančními problémy. Druhý respondent uvedl, že mu užívání alkoholu činí výpadky paměti, dále pak nerespektuje své okolí a nevěnuje se rodině ve dnech, kdy pije, jedná tvrdohlavě a následně má výčitky svědomí. Mimo jiné udává také společenské faux pas, problémy s inkontinencí po dni stráveném užíváním alkoholu, opomenutí pracovních povinností, opakovanou uvědomělou potřebu sebenápravy, nutnost následných omluv a řešení situací vzniklých v den pití.

Ostatní respondenti spadají do kategorie nízké (nulový problém) míry užívání alkoholu, jeden z nich udával psychické problémy spíše než v souvislosti s užíváním alkoholu tak v důsledku užívání předepsaných opiátů a druhý zmiňoval problémy před svým úrazem a před manželstvím.

5) Které z příznaků sledovaných za pomoci dotazníku AUDIT se vyskytují u osob po poškození míchy nejčastěji?

U této výzkumné otázky jsem se zaměřila na to, s jakou procentuální četností odpovídali respondenti kladně na pokládané otázky dotazníku AUDIT. Tato četnost byla rozdělena podle diagnózy/pohlaví (tabulka č. 11, graf č. 13) a podle kategorií v rámci dotazníku AUDIT (bezproblémové pití, rizikové/škodlivé pití, závislost na alkoholu) – tabulka č. 12, graf č. 14.

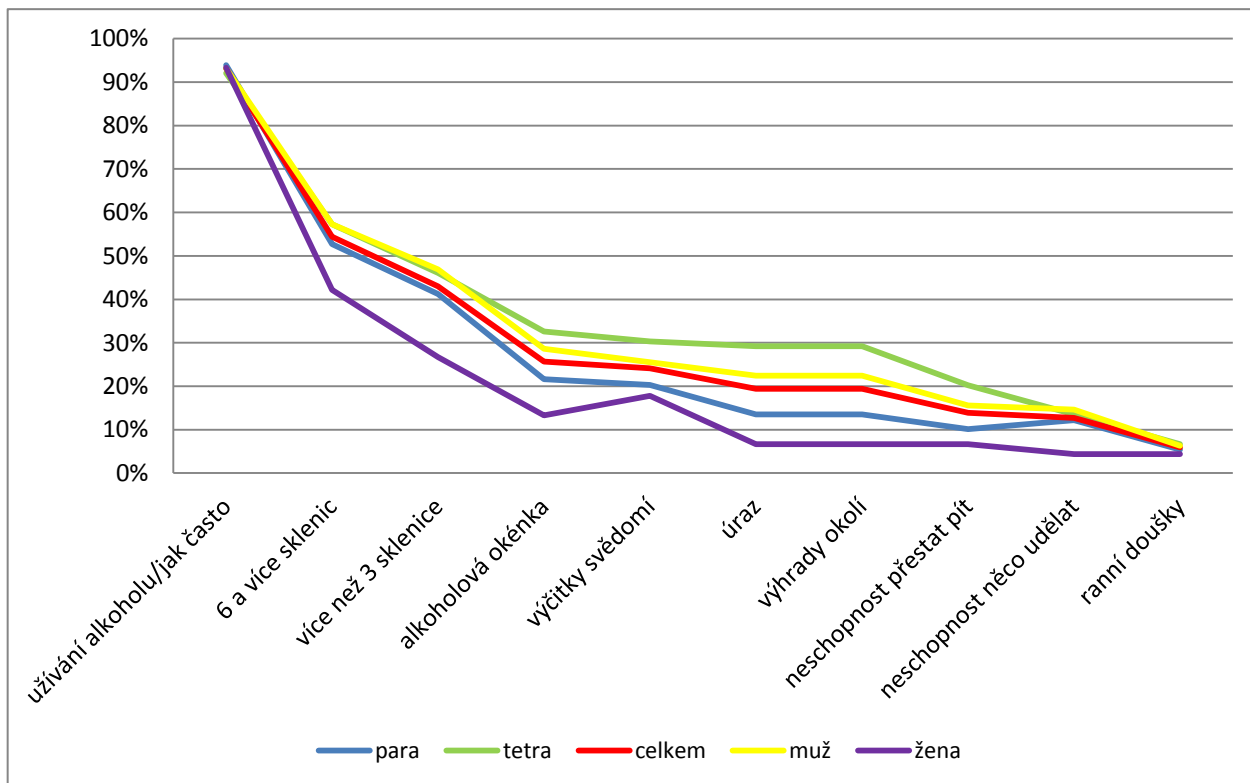
Tabulka č. 11 Četnost kladných odpovědí podle diagnózy/pohlaví

	Diagnóza			Pohlaví	
	para	tetra		muž	žena
	%	%	celkem %	%	%
užívání alkoholu/jak často	93,9%	92,1%	93,2%	93,2%	93,3%
více než 3 sklenice	41,2%	46,1%	43,0%	46,9%	26,7%
6 a více sklenic	52,7%	57,3%	54,4%	57,3%	42,2%
neschopnost přestat pít	10,1%	20,2%	13,9%	15,6%	6,7%
neschopnost něco udělat	12,2%	13,5%	12,7%	14,6%	4,4%
ranní doušky	5,4%	6,7%	5,9%	6,3%	4,4%
výčitky svědomí	20,3%	30,3%	24,1%	25,5%	17,8%
alkoholová okénka	21,6%	32,6%	25,7%	28,6%	13,3%
úraz	13,5%	29,2%	19,4%	22,4%	6,7%
výhrady okolí	13,5%	29,2%	19,4%	22,4%	6,7%

V tabulce č. 11 v případě rozdělení podle pohlaví můžeme pozorovat, že u 9 z 10 otázek bylo procentuální zastoupení kladných odpovědí u mužské části respondentů vyšší než u části respondentů ženského pohlaví (kromě otázky, která zjišťuje, jak často pijete alkoholické nápoje).

U tetraplegiků sice můžeme pozorovat méně časté užívání alkoholu oproti paraplegikům, ale tato skupina užívá oproti paraplegikům častěji více jak 3, resp. 6 sklenic alkoholu při jedné příležitosti. U ostatních otázek, které sledují závažnost (přítomnost nebo vznikající závislost na alkoholu) a případné zdravotní komplikace (či poškození) u všech respondentů, častěji odpovídali kladně respondenti s diagnózou tetraplegie než paraplegie.

Graf č. 13 Četnost kladných odpovědí podle diagnózy/pohlaví



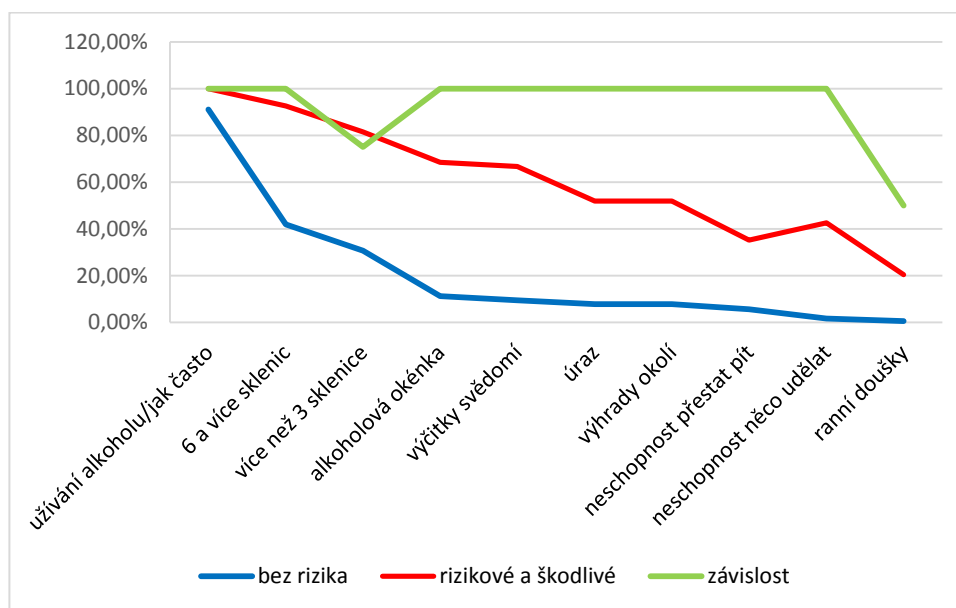
Tabulka č. 12 Četnost kladných odpovědí podle 3 kategorií AUDIT

	AUDIT kategorie		
	bez rizika	rizikové a škodlivé	závislost
	%	%	%
užívání alkoholu/jak často	91,1%	100,0%	100,0%
více než 3 sklenice	30,7%	81,5%	75,0%
6 a více sklenic	41,9%	92,6%	100,0%
neschopnost přestat pít	5,6%	35,2%	100,0%
neschopnost něco udělat	1,7%	42,6%	100,0%
ranní doušky	,6%	20,4%	50,0%
výčitky svědomí	9,5%	66,7%	100,0%
alkoholová okénka	11,2%	68,5%	100,0%
úraz	7,8%	51,9%	100,0%
výhrady okolí	7,8%	51,9%	100,0%

V tabulce č. 12 můžeme pozorovat v kategorii respondentů, kteří v rámci diagnostiky odpovídají závislosti na alkoholu, že u osmi otázek je stoprocentní kladné zodpovězení dané otázky (kromě otázek týkajících se pití více jak 3 více sklenic v typický den užívání alkoholu a ranních doušků). Stoprocentní, kladné zodpovězení otázek, můžeme také vidět v kategorii respondentů, kteří užívají v míře odpovídající rizikovému a

škodlivému užívání alkoholu, a to u otázky č. 1, která zjišťuje, jak často se respondenti napijí alkoholického nápoje.

Graf č. 14 Četnost kladných odpovědí podle 3 kategorií AUDIT



Přestože byly e-mailové adresy respondentů ihned po odeslání dotazníku smazány, někteří oslovení respondenti mi na můj e-mail psali své názory na vytvořený dotazník a celý výzkum, někteří se dokonce „zpovídali“ ze svých vlastních zkušeností s alkoholem:

Muž, paraplegik, v důchodu: „Během mého pobytu v Hrabyni jsem poznal dost lidí, kteří strach z dalšího života po takovém úrazu mnohdy zaháněli alkoholem. Podotýkám přiměřeně, protože jinak by byli vyloučeni z rehabilitačního procesu. Vhodnými otázkami se mi podařilo navázat kontakt a jejich názory byly velmi zajímavé. Bohužel neudělal jsem si poznámky ani nahrávky. Mít je, poskytl bych Vám je k využití pro studium. Hlavně převažovala beznaděť ze života na vozíku. Ostatně už staří filosofové věděli, že člověk má strach z nepoznaného“.

Muž, paraplegik: „O závislostech bych mohl dát cenné zkušenosti, neb když jsem byl zdravý myslím, že jsem byl na ledčem závislý. Po úrazu páteře po "uzdravení", jsem i nadále sic s omezením pokračoval a jak jsem se z toho dostal..... no, když bude zájem povím. Dokonce jsem kouřil 25 let a ze dne na den jsem přestal a nejsem ten napravený kuřák, ale úplně jako bych nikdy nekouřil.....také povím jak je možné i z této závislosti se dostat.“

Žena, paraplegička: „asi Tě zklam, ale dotazník není pro mne. Začala jsem jej vyplňovat, bohužel jsem skončila u otázky, jaký alkohol jsem před úrazem preferovala. Já jsem před úrazem nepila, nepiju ani teď. Před úrazem jsem byla úplná abstinentka (za celý život jsem měla jen jeden míchaný drink) po úrazu do teď asi 3 míchané drinky a pár lůčků alkoholu na ochutnání. Takže opět téměř abstinentka.“

9. Diskuze a doporučení

9.1 Diskuze

Z původně zamýšleného a předpokládaného počtu 100 respondentů se této studii zúčastnilo a můj dotazník vyplnilo 237 osob po poškození míchy, kteří jsou členy České asociace paraplegiků – CZEPA.

Důvodů, proč se této studii zúčastnilo tolik respondentů, může být několik. Jednak se dle mého názoru jedná o takové téma a dotazník, který doposud nebyl této cílové skupině rozeslán. Zároveň se jedná o jev, který je v uvedené cílové skupině při různých příležitostech probírán. Dalším důvodem mohl být také fakt, že osobně pracuji jako sociální pracovníce ve výše zmíněné organizaci, tudíž je moje osoba, jako žadatel o spolupráci, většinou z členské databáze známa (jak na profesní a v některých případech i soukromé úrovni). Na druhou stranu může být moje „známost“ v této cílové skupině osob do určité míry limitující, a to ve smyslu možného zkreslení (např. jedinec zaškrtně „méně častější“ užívání alkoholu než jak je tomu ve skutečnosti, aby náhodou nevypadal „jako alkoholik“, přestože není dohledatelné, jaká konkrétní osoba vyplnila konkrétní dotazník).

V otázce reprezentativnosti nemůžeme jednoznačně říci, že skupina osob, která se této studii zúčastnila, je reprezentativní v rámci celé cílové skupiny osob po poškození míchy. Na jedné straně nedisponujeme takovou statistikou, která by nám jednoznačně řekla, kolik žije v současné době v České republice celkem osob po poškození míchy (osoba s míšním lézí).

Některé střízlivější odhady hovoří o 5 000– 6 000 osob, jiné až o 8 000 osob po poranění páteře a poškození míchy. Na straně druhé členové České asociace paraplegiků – CZEPA a respondenti, kteří se této studii zúčastnili, pocházejí ze všech koutů České republiky, jsou z různě velkých měst, různého věku, rodinného stavu, zaměstnání (kromě kategorie dětí) a v neposlední řadě byly v této studii zastoupeny všechny diagnózy (paraparéza, paraplegie, tetraparéza, tetraplegie a pentaplegie). Proto se odvažuji říci, že považuji tento výzkumný vzorek za reprezentativní v rámci cílové skupiny osob po poškození míchy.

Co se týče prevalence užívání alkoholu v populaci osob po poškození míchy s pomocí dotazníku AUDIT, byla získána následující data. Z celkového počtu 237 respondentů je 13 respondentů v současné době abstinenty (5,5%), užívání alkoholu bez rizika bylo zastoupeno počtem 166 respondentů (70%), u 54 respondentů by bylo možné konstatovat problémové užívání alkoholu (v míře rizikového/škodlivého užívání – 22, 8%)

a 4 respondenti získali takové bodové skóre, na jehož základě by se dalo říci, že tito jedinci jsou závislími na alkoholu (1,7%).

Pokud výše uvedené výsledky porovnáme s prevalencí užívání alkoholu u obecné populace v České republice, např. s výzkumem provedeným v roce 2006 doktorem Csémy a kolektivem⁵⁹ za pomoci dotazníku AUDIT, kdy bylo zjištěno, že 2% (z celkového počtu 2326 respondentů ve věkovém rozmezí 18-64 let) české populace konzumuje alkohol v takové míře problémů, které by vyžadovaly odbornou pomoc a které dosahují charakteru syndromu závislosti, a že rizikově nebo škodlivě užívá alkohol téměř 1/5 dospělé ekonomicky aktivní populace (tj. více jak 1,3 miliónů obyvatel), tak dojdeme k závěru, že ve výzkumu u osob po poškození míchy vychází podobné hodnoty. U osob po poškození míchy se vyskytují téměř 2% respondentů, kteří spadají do kategorie možné závislosti na alkoholu stejně jako u obecné populace. Naopak u osob po poškození míchy nacházíme více bezproblémových uživatelů alkoholu než u obecné populace.

U jiného výzkumu doktorky Sovinové a doktora Csémy⁶⁰ s použitím dotazníku AUDIT u obecné populace a u populace pacientů praktických lékařů byla zjištěna následující data – tabulka č. 13:

Tabulka č. 13 Výsledky dotazníku AUDIT (Sovinová, Csémy)

		Score <8 (No alcohol problem)	Score 8-19 (Alcohol problem indicated for minimal or brief intervention)	Score >19 (Serious alcohol problem/need to be consulted with specialist)
General population sample	males	67.1%	29.1%	3.8%
	females	90.4%	9.3%	0.3%
	total	78.7%	19.2%	2.1%
General practitioners sample	males	76.7%	22.2%	1.1%
	females	93.5%	6.3%	0.2%
	total	85.3%	14.0%	0.7%

Při rozdělení podle pohlaví (tabulka č. 5 v kapitole č. 8, str. 50) se ukazuje, že oproti ženské obecné populaci se v populaci žen po poškození míchy nevyskytuje možná závislost na alkoholu. U rizikového/škodlivého užívání alkoholu je u žen po poškození míchy větší procentuální zastoupení než u žen v obecné populaci. Muži po poškození

⁵⁹ Csémy, L., Nešpor, K., & Sovinová, H. (2008). Kolik je v České republice alkoholiků? *České pracovní lékařství*, 4, 150. In: Holcnerová, P. (n.d.). Alkohol, Epidemiologie. Klinika adiktologie. Retrieved May 6, 2013, from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3462/alkohol-epidemiologie-pdf>.

⁶⁰ Sovinova, H., Csémy, L. The czech AUDIT: internal consistency, Latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Cent Eur J Public Health* 2010; 18 (3): 127–131

míchy mají menší procentuální zastoupení v kategorii možné závislosti na alkoholu a v kategorii rizikového/škodlivého užívání alkoholu než muži v obecné populaci.

Na základě těchto výsledků můžeme říci, že se užívání alkoholu u osob po poškození míchy nijak výrazně neliší od užívání alkoholu u obecné populace, přestože se našeho výzkumu zúčastnilo 12 respondentů ve věkové kategorii 65+.

Pokud porovnáím výsledky mé studie – součet bodů u otázky č. 1-3 dotazníku AUDIT, které jsem respondentům pokládala ve dvou verzích (před/po poškození míchy) bez ohledu na to, zda byl u respondentů v době úrazu přítomen alkohol či nikoliv a tyto výsledky porovnáím s výsledky studie doktorky Kolakowsky-Hayner a kol. (viz. kapitola 6.1, graf č. 1 Předúrazové užívání alkoholu, str. 33 a graf č. 2 Poúrazové užívání alkoholu., str. 34), zobrazí se nám následující hodnoty (tabulka č. 14):

Tabulka č 14: Porovnání výsledků Kolakowsky-Hayner/moje studie

	Kolakowsky-Hayner		moje studie	
	před	po	před	po
abstinent	4%	50%	5%	6%
mírné pití/nulové a mírné riziko	23%	41%	60%	78%
těžcí uživatelé/škodlivé, závislost	73%	9%	35%	16%

Ve studii doktorky Kolakowsky-Hayner vidíme, že téměř $\frac{3}{4}$ respondentů byly před poškozením míchy těžkými uživateli alkoholu/závislí na alkoholu, oproti tomu v mé studii je nejvyšší procentuální zastoupení v kategorii respondentů, kteří před poškozením míchy užívali pouze „mírně“ bez rizika.

V mé studii můžeme dále pozorovat, že po poškození míchy došlo k výraznému ústupu od užívání alkoholu na hranici závislosti/těžkého pití. V současnosti nejvíce respondentů užívá alkohol bez výraznějších problémů a o 1% se zvýšil počet abstinentů. Ve studii doktorky Kolakowski-Hayner sice vidíme, že 50% respondentů po poškození míchy se stalo abstinenty, nicméně tato studie získávala data u skupiny osob, kteří jsou pouze rok po svém úrazu (v mém výzkumném souboru se ale nacházejí pouze respondenti od 1 roku a více po poškození míchy).

U výzkumné otázky, na základě které se zkoumaly motivy a důvody pro užívání alkoholu, vyšla poněkud překvapující data. Týká se to zejména skupiny respondentů, kteří po svém úrazu/onemocnění míchy ztratili partnera/partnerku nebo zaměstnání.

Přestože se v odborné literatuře uvádí, že ztráta zaměstnání stejně jako změna v partnerském vztahu (manželství – rozvod) může vést ke zvýšené konzumaci alkoholu⁶¹, v tomto výzkumu můžeme pozorovat opačný efekt.

Rozdíl mezi užíváním alkoholu před a po poškození míchy u respondentů, kteří práci ztratili, se jednak v průměru snížil o 1,67 bodu a dále v této skupině osob nacházíme pouze jednoho respondenta, u kterého bychom mohli diagnostikovat možnou závislost na alkoholu. Tato hodnota (- 1,67) je zároveň statisticky významná, tudíž bychom mohli říci, že tento pokles v užívání alkoholu - v případě ztráty zaměstnání ale také pokud u jedince nedošlo ke změně „pracovního uplatnění“ -můžeme pozorovat u celkové populace osob po poškození míchy.

Ztráta zaměstnání u této cílové skupiny nevede tudíž k vyššímu užívání alkoholu tak, jak je tomu u obecné populace.

Co se týče změny v situacích/okolnostech, na základě kterých osoby po poškození míchy užívají alkohol, můžeme z výsledků vidět, že se alkohol více konzumuje v situacích, kdy jsou respondenti více ve stresu, anebo v případech, kdy je přítomna fyzická bolest (tento nárůst je markantnější u tetraplegiků než u paraplegiků) např. při spasticitě dolních končetin (u některých osob je spasticita bolestivým jevem).

Dále celkově došlo k mírnému odklonu od „užívání alkoholu ve společnosti a venku“, ale odklon od pití venku může samozřejmě do určité míry souviset s celkově menší přístupností budov pro osoby se sníženou pohyblivostí (osoby pohybující se na vozíku) – restaurace, kluby, hospody. Větší rozdíl (odklon od užívání alkoholu ve společnosti a venku) můžeme pozorovat z hlediska diagnózy u paraplegiků než u tetraplegiků. Výraznější příklon k pití doma u paraplegiků je pro mě poněkud překvapující, protože jsou paraplegici celkově více pohyblivější (mobilnější) a méně závislí na pomoci jiných osob než tetraplegici (postižení všech čtyř končetin). Spíše bych tedy očekávala, že tetraplegici, kteří potřebují jednak při přesunech z místa na místo a při samotném pití (např. při nalití nápoje do sklenice, přenesení pití z místa na místo, přesunutí alkoholického nápoje k ústům) více asistence (a s tím související větší

⁶¹ Klingerman, H. (2001) Alcohol and its social consequences – the forgotten dimension. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. In Holcnerová, P. (n.d.). Alkohol, Účinky. Klinika adiktologie. Retrieved May 6, 2013, from www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3463/alkohol-ucinky-pdf

pozornost okolí), budou ve srovnání s paraplegiky spíše více užívat alkohol doma než ve společnosti.

Odklon od „společenského pití“ (užívání alkoholu spíše doma a o samotě) byl v rámci dotazníku AUDIT zjištěn u kategorie osob s možným problémem v souvislosti s užíváním alkoholu.

Přestože u zdravotních komplikací nemůžeme jednoznačně určit, zda se tyto komplikace objevují v přímé souvislosti s předchozím užíváním alkoholu, tak u jedinců, u kterých byla na základě dotazníku AUDIT zjištěna rizikovost až možná závislost na alkoholu, se častěji vyskytují dekubity, snížená imunita a autonomní dysreflexie (ale ta pouze u osob, jejichž výška léze je nad úrovní šestého hrudního obratle). V této souvislosti je dle mého názoru potřeba se těmito skutečnostmi v odborné společnosti více zabývat a více edukovat jedince v rámci zdravého životního stylu o možných zvýšených zdravotních rizicích/komplikacích v souvislosti s užíváním alkoholu.

Častější snížená funkce imunitního systému u osob s možným problémovým užíváním alkoholu, která může do jisté míry souviset se vznikem dekubitů (proleženin, prosezenin), může dle mého názoru vést k delší a častější hospitalizaci než u osob, které užívají alkohol s nulovým problémem.

Na závěr této diskuze bych ráda uvedla jeden bohužel smutný fakt. Přestože se léčba závislostí (bez ohledu na to, zda se jedná o alkohol, drogy či gambling) v posledních letech zaměřuje i na práci a léčbu specifických cílových skupin osob jako jsou ženy, cizinci děti a mladiství, což je bezpochyby samozřejmě velice správné a žádoucí, pozapomnělo se zcela na specifickou cílovou skupinu, a to na osoby s postižením (handicapem) – bez ohledu na to, zda se jedná o zrakově, sluchově, mentálně nebo tělesně postižené, kteří tvoří nezanedbatelnou část populace v České republice.

Pokud se zaměřím pouze na skupinu osob po poškození míchy, můžu ze své zkušenosti v rámci své adiktologické praxe říci, že se nikdo z oslovených odborníků, poradců či terapeutů neseťkal s klientem/osobou po poškození míchy, která by se potřebovala poradit nebo měla „problém“ s některým typem závislosti.

Co se týče architektonické přístupnosti adiktologických služeb, můžeme říci, že AT ordinace, které v současné době ještě stále existují, se převážně nacházejí ve zdravotnických zařízeních – nemocnicích, které by měly splňovat vyhlášku o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb⁶², snad pro osoby po poškození míchy přístupné jsou. Co se týče kontaktních center, nízkoprahových zařízení, nacházejí se tato zařízení většinou v objektech, které nejsou uzpůsobené pro pohyb osob na vozíku. Stejně tak je tomu u psychiatrických léčeben (SÚL), terapeutických komunit nebo doléčovacích center, která se nacházejí většinou ve starých objektech udržovaných většinou svépomocí a na jejichž zpřístupnění těmto osobám nejsou peníze. Jediným mně známým „ústavním“ (pobytovým) zařízením, které je alespoň z části přístupné osobám po poškození míchy, je Psychiatrická léčebna Červený dvůr, která v době mé praxe (2009) měla v rámci zrealizované rekonstrukce zpřístupněné ženské oddělení osobám, které se pohybují na vozíku (odstranění prahů, bezbariérový pokoj, sociální zařízení, přístupnost do pater s pomocí výtahu).

Stejně tak je to mu i u současně nastavených principů a programů léčby závislostí, pravidel a povinností pacientů/klientů v těchto zařízeních. V takto nastavených programech jedinec po poškození míchy nemůže obstát.

Je smutné, že se i přes rozvoj adiktologických služeb po pádu totality v roce 1989 již téměř 25 let od sametové revoluce zapomíná na možnou, resp. existující cílovou skupinu/osoby po poškození míchy, jejichž jedinci mohou „bojovat s možnou závislostí“, stejně tak jako na celou populaci lidí s handicapem.

9.2 Doporučení

V rámci získaných prvotních informací o užívání alkoholu u specifické cílové skupiny osob po poškození míchy by bylo do budoucna vhodné hlouběji prozkoumat užívání alkoholu např. u jednotlivých skupin osob po poškození míchy (např. tetraplegie x paraplegie), prozkoumat a provést rozbor jednotlivých motivů pro užívání alkoholu a zdůvodnit je a dále se podrobněji zabývat souvislostí mezi užíváním alkoholu a zdravotními komplikacemi, které mohou v některých případech znamenat i dlouhodobou a opakovanou hospitalizaci.

Multidisciplinární tým Spinálních jednotek, Spinálních rehabilitačních jednotek a návazných zařízení (zejména nestátní neziskové organizace) by se mohl v rámci

⁶² vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=69643&fulltext=&nr=398~2F2009&part=&name=&rpp=15#local-content>

komplexního přístupu k osobám po poškození míchy zabývat mimo jiné také tím, zda se u jejich pacientů/klientů neobjevují možné problémy s užíváním alkoholu nebo s jeho nadměrným užíváním. Dále by bylo vhodné, aby měli pracovníci těchto zařízení vědomosti týkající se důsledků užívání alkoholu u této cílové skupiny osob a zároveň, aby uměli vhodným způsobem edukovat tuto cílovou skupinu osob a vést motivační rozhovory⁶³, které by měly nasměrovat jedince k rozpoznání případných problémů souvisejících s užíváním alkoholu a tím ho „nastartovat“ k tomu, aby nad svým problémem mohl začít uvažovat a případně ho řešit.

V rámci adiktologické společnosti by bylo žádoucí zabývat se podrobněji touto specifickou cílovou skupinou osob a případně s nimi počítat jako s potencionálními pacienty/klienty. Doporučení pro terapeuty, poradce či doktory, kteří by se dostali do kontaktu s osobou po poškození míchy, která s nimi bude chtít konzultovat svůj problém s užíváním alkoholu: nebojte se jich a jednejte s nimi otevřeně, přestože tyto osoby budou doživotně sedět na vozíku v důsledku poškození míchy, nemají porušený intelekt - mluví, myslí, jednají a chovají se stejně jako my, chodící lidé.

⁶³ vše o motivačních rozhovorech můžeme nalézt např. v knize Williama Rose Millera. Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-09-3.

10. Závěr

Cílem této diplomové práce je popsat prevalenci - výskyt a míru užívání alkoholu u osob po poškození míchy a nalézt případná specifika užívání alkoholu u této cílové skupiny a s pomocí kvantitativního dotazníku a jeho výsledků mimo jiné vyspecifikovat případná doporučení jak pro pracovníky zařízení/institucí pro osoby po poškození míchy, tak i pracovníky adiktologických služeb.

Na základě výsledků této práce lze obecně konstatovat, že i ve skupině osob po poškození míchy se nacházejí jedinci, kteří užívají alkohol v míře, která jim může způsobovat zdravotní i sociální problémy, a proto je vhodné/užitečné se dále touto problematikou i v budoucnu zabývat.

Použitá literatura

Tištěné materiály (knihy, brožury)

Bromley, Ida. Tetraplegia and Paraplegia, A Guide for Physiotherapists. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1991, ISBN 9780443042157.

Cesta k nezávislosti po poškození míchy. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple, 2004. ISBN 80-239-5555-1.

Dungl, Pavel. et al. Ortopedie. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0550-8.

Faltýnková, Z. Paraplegie, tetraplegie. Praha: Svaz paraplegiků, 1995. str. 6-9. ISBN 80-239-1455-3.

Hartl, P., Hartlová, H. Velký psychologický slovník. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

Hoch, Jiří., Leffler, Jan. A kol. Speciální chirurgie. Praha: Maxdorf Jessenius, 2011. ISBN 978-80-7345-253-7

Holcnerová, P. (n.d.). Alkohol, Epidemiologie. Klinika adiktologie. Retrieved from <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3462/alkohol-epidemiologie-pdf>

Holcnerová, P. (n.d.). Alkohol, Účinky. Klinika adiktologie. Retrieved from www.adiktologie.cz/cz/articles/download/3463/alkohol-ucinky-pdf

Kalina, K., a kol. Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Kalina, K., a kol. Základy klinické adiktologie. Praha: Grada, 2008. str. 341. ISBN 980-80-247-1411-0.

Kolář, P., et al. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

Křivohlavý, J. Vážně nemocný mezi námi. Praha: Avicem, 1989.

Lincová D., a kol. Základní a aplikovaná farmakologie. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-373-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize: MKN-10: kapesní formát. Vyd. 2. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.

Miller., W., R. Motivační rozhovory: příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN, 2003. ISBN 80-86620-09-3.

Náhlavský, Jiří et al. Neurochirurgie, 1 vyd. Praha: Galen, 2006. ISBN 80-7262-319-2.

Nešpor, K. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

Opatřilová, D., Zámečníková, D. Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.

Paraplegiologické fórum. Doporučené postupy. Péče v akutní fázi po poškození míchy. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005.

Peterková, Věra. et al. Páteř a mícha. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-336-2

Schettler, G., Usadel, K., Deppermann, D., Friedmann, B., et al. Repetitorium praktického lékaře. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-18-3.

Štablová, R. a kol. Návykové látky a současnost. Praha: Vydavatelství PA ČR, 2006. ISBN 80-7251-224-2.

Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Vokurka, Martin., Hugo, Jan. et al. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2006. ISBN 80-7345-105-0.

Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích. 3. svazek G - J. 1. vyd. Praha: Diderot, 1999.

Wendsche, P. a kol. Poranění míchy: Ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. ISBN 978-80-7013-504-4.

Studie

Bombardier, C., H. Alcohol and your health after spinal cord injury.2003. Retrieved from:http://sci.washington.edu/info/newsletters/articles/03sp_alcohol.asp

Delambo., D.,A. Spinal cord injury and substance abuse: Implications for rehabilitation professionals. 2010,
http://counselingoutfitters.com/vistas/vistas10/Article_83.pdf

Kolakowsky-Hayner., S.,A. et al. Post-injury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. Brain injury 16: 2002, str. 583 – 592.

Kolakowsky-Hayner., S.,A., et al. Preinjury substance abuse among persons with brain injury and persons with spinal cord injury. Brain injury 13: 1999, str. 571 – 581.

Krause, J. S. Factors associated with risk for subsequent injuries after traumatic spinal cord injuries. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 85:2004, str. 1503-1508.

Saunders., L.,L. and Krause., J.,S. Psychological factors affecting alcohol use after spinal cord injury: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3090503/>

Smedena, S., M., Ebener., D. Substance abuse and psychological adaptation to physical disability: analysis of the literature and future directions. Disability and Rehabilitation 32: 2010, str. 1311 – 1319.

Sovinova, H., Csémy, L. The czech AUDIT: internal consistency, Latent structure and identification of risky alcohol consumption. Cent Eur J Public Health 2010; 18 (3): 127–131

Tate., D.,G., et al. Patterns of alcohol and substance use and abuse in persons with spinal cord injury: risk factors and correlates. Arch Phys Med Rehabil 85: 2004, str. 1837-47.

Zákony

(úplné znění k dohledání na stránkách <http://portal.gov.cz>)

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb.

Zákon č. 329/2011. Sb., o dávkách pro osoby se zdravotním postižením

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č. 586/1992 Sb., o dani z příjmu

Zákon č. 13/1997 Sb., o pozemních komunikacích

Zákon č. 565/1990 Sb., o místních poplatcích

Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb:

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=69643&fulltext=&nr=398~2F2009&part=&name=&rpp=15#local-content>

příloha č. 3 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (Seznam zdravotnických prostředků – číselník – hrazených ze zdravotního pojištění a poskytovaných zdravotními pojišťovnami)

Internetové stránky

Statistika počtu pacientů na Spinálních jednotkách za rok 2011 (2012). Česká společnost pro míšní léze ČLS JEP. Retrieved May 6, 2013, from

www.spinalcord.cz/userfiles/dokumenty/statistiky/pocet_pacientu_sj11.pdf

Americal Spinal Injury Association (ASIA) <http://www.sci-info-pages.com/levels.html>

www.agrofert.cz/?1469/nadace-agrofert

www.bariery.cz

www.czepa.cz

www.paracentrum-fenix.cz

www.paraple.cz

www.teiresias.muni.cz

<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/586/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE

http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/banka_evaluacnich_nastroju/test_pro_identifikaci_poruch_pusobenych_uzivanim_alkoholu_audit

<http://www.craighospital.org/repository/documents/HeathInfo/PDFs/701.AlcoholafterSCI.pdf>