

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Specializace ve zdravotnictví
Ergoterapie



Adéla Kokořová

Partnerský život osob po poranění míchy a poškození mozku

Partnership of persons after a spinal cord injury and traumatic brain injury

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Konzultant: Zdeňka Faltýnková

Praha, 2015

PODĚKOVÁNÍ

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce, paní Mgr. Kateřině Svěcené, Ph.D., za vedení, cenné poznámky, odborné připomínky, podněty a náměty.

Dále bych chtěla poděkovat ergoterapeutce, fyzioterapeutce a specialiste na spinální problematiku paní Zdeňce Faltýnkové, která mi umožnila pracovat s pacienty na pracovišti České asociace paraplegiků a ověřit si praktické znalosti potřebné pro psaní bakalářské práce.

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou 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, 5. 4. 2015

ADÉLA KOKOŘOVÁ

V Praze dne: 5. 4. 2015

Podpis studenta

IDENTIFIKAČNÍ ZÁZNAM

KOKOŘOVÁ, Adéla. *Partnerský život osob po poranění míchy a poškození mozku. [Partnership of persons after a spinal cord injury and traumatic brain injury]*. Praha, 2015. 33s, 1 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika rehabilitačního lékařství. Vedoucí závěrečné práce Svěcená, Kateřina.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení autorky: Adéla Kokořová

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Oponent práce:

Název bakalářské práce: Partnerský život osob po poranění míchy a poškození mozku

Abstrakt:

Tato bakalářská práce se zabývá partnerským životem osob po poškození míchy a osob po poškození mozku a vlivem získané disability na jejich partnerský život. Hlavním cílem práce je vytyčení problémů pacientů v partnerském životě, souhrn možností ergoterapeutické intervence u těchto pacientů a zhodnocení nabídky pomůcek pro partnerský život. V práci jsou popsány základní problémy v partnerském životě vycházející z různého stupně a formy disability a náhled pacientů i odborníků na situaci. Důležitou částí práce je popis pomůcek a možnosti jejich využití pro osoby s různým stupněm a formou disability. Praktická část práce se věnuje rozhovorům s pacienty po poškození míchy a po poranění mozku a zprostředkovává jejich obtíže z pohledu ergoterapeuta.

Klíčová slova:

neurologie, paraplegie, hemiparéza, partnerský život, sex, kompenzační pomůcky

Abstract:

This bachelor thesis aims to provide an insight into the current situation regarding the people suffering from brain damage or spinal cord injury and the impact of such disability on their partner life. The main focus of the study is to highlight the patient's problems connected with partner life, summary of the occupational therapy intervention possibilities for patients and the evaluation of tool portfolio designed to provide a positive utility in partner life. In addition, the theoretical part discusses the insight of both patients and experts on the basic problems in partner life based on the various stage and form of disability as well as the description of therapeutic tools created to help with these disabilities. The research part is devoted to the interviews with patients who suffer from spinal cord injury or brain damage and address their difficulties from the perspective of occupational therapists.

Key words:

neurology, paraplegia, hemiparesis, relationship, sex, compensation aids

Obsah bakalářské práce

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 10 |
| 1 Stručná charakteristika diagnóz a obtíží u pacientů po poranění míchy a poškození mozku | 12 |
| 1.1 Poranění míchy | 12 |
| 1.1.1 Traumatické míšní syndromy | 12 |
| 1.1.2 Ergoterapie při míšním poranění | 13 |
| 1.2 Poškození mozku | 14 |
| 1.2.1 Traumatická poranění mozku | 14 |
| 1.2.2 Cévní onemocnění mozku | 14 |
| 1.2.3 Ergoterapie při poškození mozku | 14 |
| 2 Zdravotní následky míšní léze a poranění mozku pro partnerský a sexuální život | 16 |
| 2.1 Změny vzniklé poraněním míchy | 16 |
| 2.2 Změny vzniklé poškozením mozku | 18 |
| 3 Kompenzační pomůcky | 19 |
| 3.1 Kompenzační pomůcky využívané pacienty po poškození míchy a po poranění mozku | 20 |
| 3.2 Kompenzační pomůcky pro sexuální život | 21 |
| 4 Praktická část bakalářské práce | 24 |
| 4.1 Metodologie | 24 |
| 4.1.1 Základní otázka bakalářské práce | 24 |
| 4.1.2 Cíle bakalářské práce | 24 |
| 4.1.3 Použité metody a techniky | 24 |
| 4.1.4 Použitý vzorek pacientů | 25 |
| 4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty | 25 |
| 4.2.1 Pacienti po poranění míchy | 25 |
| 4.2.1.1 Vnímání problematiky z pohledu pacientů | 25 |
| 4.2.1.2 Návrh ergoterapeutické intervence | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.2 Pacienti po poškození mozku | 27 |
| 4.2.2.1 Vnímání problematiky z pohledu pacientů | 27 |
| 4.2.2.2 Návrh ergoterapeutické intervence | 28 |
| 5 Diskuze k bakalářské práci | 29 |
| 6 Závěr / Summary | 33 |
| 7 Seznam zkratk | |
| 8 Seznam použité literatury | |
| 9 Seznam příloh | |

Úvod

Bakalářská práce se zabývá problematikou osob, které po poškození míchy či traumatickém poranění mozku nemohou vést nadále takový partnerský a sexuální život, jaký vedly před úrazem či onemocněním. Téma bakalářské práce jsem si zvolila na základě mého zájmu o neurorehabilitaci. Poranění míchy následkem traumatu, traumatická poškození mozku a cévní mozkové příhody jsou jedny z nejčastějších diagnóz, se kterými jsem se během studia setkala a v této souvislosti jsem měla možnost pracovat s pacienty na různých neurologických odděleních.

Problematicke partnerských vztahů jsem se rozhodla věnovat především po zjištění, v jak velké míře problémy v této oblasti brání navrácení pacientů do plnohodnotného a kvalitního života. Motivací pro výběr tématu pro mne bylo zvýšení informovanosti pacientů o dané problematice a možnostech řešení. Aplikačním cílem bakalářské práce je shromáždění podkladů, které budou Českou asociací paraplegiků použity pro vytvoření příručky určené pacientům. O příručce se podrobněji zmiňuji v praktické části práce.

Při psaní bakalářské práce si kladu za cíl zjistit, jak velkou prioritu má partnerský život pro pacienty po poranění míchy či mozku a zda mají zájem o řešení problémů v intimním životě. Překážek v navrácení se zpět do stejně kvalitního partnerského života, jaký pacient vedl před úrazem či onemocněním, může být celá řada. Potíže se odvíjejí nejen od diagnózy, ale i od stupně disability. Může to být například porušená hybnost dolních či horních končetin či jinak změněný fyzický stav. Překážkou ale mohou být i psychické či sociální aspekty, jako je například změna role v partnerském vztahu či rodině.

Během praxí na různých klinických odděleních a na základě častého kontaktu s odborníky i pacienty jsem zjistila, jak často je problematika partnerského života opomíjena, ať už ergoterapeuty, lékaři, fyzioterapeuty či dalšími specialisty interprofesního týmu. Obtíže při řešení problematiky partnerského života ale nevznikají pouze ze strany zdravotníků. Často i laická veřejnost vnímá její řešení jako narušování soukromí pacienta a zasahování do osobní sféry, do které se nemůže terapeut dostat, aniž by nenarušil profesionální vztah terapeut–pacient. Bakalářská práce se na základě tohoto zjištění zaměřuje i na zvýšení informovanosti pacientů a jejich rodin. Pacient, který žije v dobře fungujícím partnerském vztahu je dle mých zkušeností více motivovaný pracovat na zlepšení svého zdravotního stavu. Stejně tak považuji za důležité umožnit mladým

lidem s disabilitou, kteří zatím partnerské vztahy nemají, navazovat kontakty, seznamovat se a tyto vztahy rozvíjet.

Z ergoterapeutického hlediska se v práci zaměřuji na pomůcky pro sexuální a partnerský život osob s disabilitou vzniklou na základě úrazu či neurologického onemocnění. Neméně důležitá je úloha ergoterapeuta při dosažení soběstačnosti pacientů v partnerském a sexuálním životě.

Hlavním cílem bakalářské práce je zjištění, co může ergoterapeut udělat pro pacienta, pro kterého nastaly úrazem či onemocněním změny v partnerském životě. V práci se zaměřuji na roli ergoterapeuta při doporučení vhodných pomůcek a podniknutí dalších kroků vedoucích k soběstačnosti pacienta. Praktická část práce se věnuje využití teoretických poznatků v praxi.

Stručná charakteristika diagnóz a obtíží u pacientů po poranění míchy a poškození mozku

Traumatické poškození míchy, traumatická poranění mozku a cévní mozkové příhody jsou diagnózy, které velmi často vedou ke změnám celého dosavadního způsobu života. Zároveň se nejedná o diagnózy nijak vzácné. Chrobok a Prokop v roce 2006 uvedli, že v České Republice dojde každý rok ke vzniku zhruba 250 míšních postižení. Ve dvou třetinách se poranění míchy týká mladých mužů ve věku 15 až 30 let (Chrobok, Prokop, 2006).

Zatímco traumatická poškození míchy či mozku vznikají především následkem úrazů, cévní mozková příhoda většinou přichází nečekaně. Obě diagnózy vedou k určitému stupni disability a představují životní změnu nejen pro pacienta, ale celou jeho rodinu. Následující podkapitoly jsou zaměřeny na stručný popis etiologie a klinického obrazu poškození míchy a mozku. Dále popisují úlohu ergoterapeuta na procesu ucelené rehabilitace u těchto pacientů.

1.1 Poranění míchy

1.1.1 Traumatické míšní syndromy

Každý rok je na některé ze spinálních jednotek v České republice ošetřeno asi 200 pacientů s poškozením míchy následkem úrazu a 50 pacientů s neúrazovým poškozením. Z toho je asi polovina míšních lézí úplných a polovina částečných. Nejčastější příčinou jsou dopravní nehody a pády (Chrobok, Prokop, 2006).

Traumatické míšní léze mohou být nekompletní či kompletní. Kompletní míšní léze jsou nejtěžší poranění míchy. Míšní syndromy se dělí na transversální a longitudinální. Pro stanovení výšky léze je nutné znát projekci míšních segmentů oproti segmentům páteřním.

Dva popisované transversální míšní syndromy jsou transversální léze míšní a syndrom míšní hemisekce neboli Brown-Séquadův syndrom. Při syndromu míšní hemisekce dochází k postižení struktur na jedné straně míchy. V důsledku tohoto poranění dochází na straně léze k poruchám hybnosti a hlubokého cití odpovídající výšce léze. Kontralaterálně dochází k poruše povrchového cití. Transversální míšní léze, která nejčastěji vzniká následkem traumatu, je provázena tzv. míšním šokem. Po odeznění míšního šoku se vyvíjí obraz zahrnující motorické poruchy a poruchy sexuálních funkcí a funkcí sfinkterů. Longitudinální míšní syndromy vznikají postižením míšních

drah a to jak drah senzitivních, tak motorických. Mezi longitudinální míšňí syndromy se řadí syndrom zadních provazců míšňích, syndrom postranních provazců míšňích, syndrom zadních a postranních provazců míšňích, syndrom míšňího epikonu, syndrom míšňího konu a syndrom kaudy (Míšňí syndromy, 2012).

1.1.2 Ergoterapie při míšňím poranění

Ergoterapie je součástí ucelené rehabilitace. Rehabilitace by měla být u pacientů s míšňí lézí, stejně jako u všech ostatních pacientů, komplexní a poskytnuta včas. Ergoterapeut je členem tak zvaného interprofesního týmu.

Ergoterapeut ve spolupráci s ostatními členy týmu provádí u pacientů s míšňí lézí v rámci ucelené rehabilitace pasivní i aktivní pohyby, techniky měkkých tkání a mobilizaci. Pasivní pohyby se provádí jako prevence kontraktur a spasticity a pro udržení rozsahů kloubů, stimulaci receptorů a prokrvení končetin. Aktivní pohyby provádí svaly se zachovalou funkcí a cílem terapie je posílení svalových skupin tak, aby bylo dosaženo co nejvyšší možné úrovně vertikalizace. Vertikalizaci provádí ergoterapeut ve spolupráci s fyzioterapeutem, kdy největší úlohou ergoterapeuta je výběr vhodných pomůcek. Stejně důležitým úkolem ergoterapeuta je u pacientů s míšňí lézí nácvik soběstačnosti dle stavu pacienta, výběr vhodných pomůcek pro pacienta do domácího prostředí a výběr správného antidekubitního programu. Neopomenutelnou součástí práce ergoterapeuta je poradenství ohledně úpravy bariérového prostředí či automobilu (Kolář, 2009).

Rehabilitace u pacientů s poškozením míchy se odvíjí a liší dle výšky míšňí léze. Pacienti jsou v první fázi rehabilitace překládáni na tak zvané spinální jednotky.

Po zvládnutí akutní fáze ergoterapeut doporučuje a vybírá vhodný vozík. Vozík by měl být vždy uzpůsoben individuálním potřebám, je nutné na pacienta a na vozík nahlížet jako na jeden celek, jelikož se vozík pro pacienta stane nepostradatelným prostředkem nejen pro lokomoci.

Od 12. týdne léčby jsou pacienti léčeni v některém z rehabilitačních ústavů. Vzhledem k dobře fungujícímu systému spinálních jednotek a rehabilitačních ústavů, a především velmi včasné léčbě, se Česká Republika dostává do popředí v péči o pacienty po poranění míchy mezi zeměmi Evropské unie (Chrobok, Prokop, 2006).

Úloha ergoterapeuta při řešení změn v partnerském životě není v dostupné literatuře dostatečně popsána. Pole působnosti vzniká například u pacientů, kteří potřebují pro uspokojivý

partnerský život kompenzační pomůcky nebo u pacientů, kteří k udržení či získání partnerského vztahu potřebují dosáhnout vyšší úrovně soběstačnosti.

1.2 Poškození mozku

1.2.1 Traumatická poranění mozku

Klinický obraz a prognóza při kraniocerebrálních traumatech se velmi liší dle rozsahu a míry poškození, ovšem především úrazy centrálního nervového systému mohou mít za následek smrt či nevratné těžké postižení. Kraniocerebrální poškození následkem traumatu lze dělit na primární a sekundární. Mezi primární se řadí fraktury lebky, mozkové kontuze, hematomy, lacerace mozku a difúzní axonální poranění. Mezi sekundární kraniocerebrální traumata patří nitrolebeční hematomy, mozkový edém, poranění přívodných a mozkových tepen, nitrolebeční infekce, likvorea a další posttraumatické komplikace (Nevšimalová, Růžička, Tichý 2002).

1.2.2 Cévní onemocnění mozku

Cévní mozkové příhody lze rozdělit dle jejich vzniku. Vznikají důsledkem ischemie, krvácením do mozkové tkáně či krvácením do subarachnoidálního prostoru. Ischemické cévní mozkové příhody jsou nejčastější a tvoří asi 80% všech mozkových příhod. Příčiny mozkové ischemie mohou být lokální nebo celkové, nejvýznamnější onemocněním je ateroskleróza (Nevšimalová et al., 2002).

1.2.3 Ergoterapie při poškození mozku

Rehabilitaci je nutné při práci s pacientem po těžkém kraniocerebrálním traumatu přizpůsobit jeho stavu a charakteru poranění. U pacientů po poškození mozku hraje velkou roli i trénink kognitivních funkcí.

Trénink kognitivních funkcí provádí ergoterapeut v rámci ucelené rehabilitace. Jelikož poruchy kognitivních funkcí mohou být velice odlišné, je nutné trénink vždy sestavit na míru konkrétnímu pacientovi. Často bývá zhoršena paměť, orientace a také pozornost a koncentrace.

Dále se ergoterapeut, stejně jako u všech ostatních diagnóz, zaměřuje na dosažení co nejvyšší možné úrovně nezávislosti. V rámci nácviku soběstačnosti by neměla být opomenuta žádná z položek instrumentálních ani osobních všedních denních činností. Ke zjištění soběstačnosti pacienta lze využít různé standardizované testy.

V akutním stadiu se ergoterapeut ve spolupráci s ošetřovateli zaměřuje u pacientů po traumatu mozku především na prevenci dekubitů a polohování. V subakutním a chronickém stadiu je zahájen proces vertikalizace a chůze, udržuje se rozsah kloubů a svalová síla. U pacientů po cévních mozkových příhodách probíhá ergoterapie obdobně, ale zaměřuje se na prevenci a zmírnění následků typických pro cévní mozkové příhody. Mezi ně lze zařadit senzorické poruchy, poruchy kognitivních funkcí, centrální parézy, postižení hlavových nervů a poruchy hlubokého i povrchového čítí (Kolář, 2009).

Zatímco u pacientů po poškození míchy je edukace ohledně změn týkajících se sexuálního života zavedena alespoň na nějakých pracovištích, možností pro pacienty po traumatu či cévním onemocnění mozku není mnoho. Pacient po úraze či onemocnění se může obrátit na svého lékaře, zdravotní sestru či jiného zdravotníka a požádat ho o odbornou radu. Zdravotnický pracovník by měl být schopen na dotaz pacienta adekvátně reagovat a poskytnout dostatečné informace. Pacient je většinou odkázán do sexuologických či psychologických poraden. Ergoterapeut provádí poradenství stejně jako ostatní členové interprofesního týmu, ale právě on by měl pacientovi pomoci k dosažení větší míry soběstačnosti. Ergoterapeutickým cílem je soběstačnost pacienta v intimním životě ale málo odborníků i pacientů má představu o tom, jak tohoto cíle dosáhnout. Možností je například doporučení vhodné kompenzační pomůcky a edukace pacienta, úprava nesprávných pohybových stereotypů, trénink kognitivních funkcí a další. Ergoterapeutická intervence se zaměřuje na lepší kvalitu života v důsledku dosažení vyšší míry soběstačnosti a ke kvalitnímu životu partnerské vztahy nepochybně patří.

Zdravotní následky míšní léze a poranění mozku pro partnerský a sexuální život

Poranění míchy a poškození mozku zanechávají následky, které se často projeví i jako překážka pro partnerský a sexuální život. Kromě poruch motoriky dochází následkem onemocnění či traumatu i ke změnám sexuálního prožitku, změnám citlivosti, psychickým zábranám, u mužů velmi často k erektilní dysfunkci.

Navazování partnerských vztahů, jejich udržování a k nim patřící sexuální aktivity patří mezi velmi důležité složky kvalitního života i pro osoby po úraze či onemocnění. K tomu, aby byl pacient tyto vztahy schopen navazovat a rozvíjet, je nutné, aby byla odstraněna tabu týkající se této problematiky a aby pacient byl ve fyzické a psychické pohodě. Ačkoliv touha po sexu a sexuální reakce se samotným úrazem či onemocněním nemění, dochází ke změnám komplikujícím samotný sexuální život. Mezi ně patří především poruchy motoriky, změny citlivosti, změny prožitku a podobně. Může dojít i ke snížení plodnosti, především u mužů (Faltýnková, Kábrtová, Kříž, 2004).

2.1 Změny vzniklé poraněním míchy

Poškození míchy, především transversální syndromy míšní, jsou velmi často doprovázeny poruchami sexuálních funkcí. Mezi tyto poruchy patří mimo jiné priapismus, impotentia couendi, reflexní erekce a dyspareunie (Míšní syndromy, 2012). Poruchy sexuálních funkcí popisují i pacienti, kteří byli dotazováni v praktické části bakalářské práce. Nejčastější poruchou, kterou pacienti uvádějí, je erektilní dysfunkce a reflexní erekce.

Priapismus je přetrvávající erekce způsobená poruchou mechanismu, který za normálních okolností řídí ochabnutí penisu. Priapismus může vzniknout samovolně od začátku či může přetrvávat po noční erekci či pohlavním styku. Během priapismus se krev hromadí v kavernózních tělesech penisu a to vede k bolestivé erekci. Priapismus nesouvisí s erotickou stimulací (Van Der Horst et. al, 2003).

Impotentia couendi neboli erektilní dysfunkce je přetrvávající neschopnost dosáhnout erekce a udržet si dostatečnou erekci pro pohlavní styk. Ovlivňuje psychické a sociální zdraví a má významný dopad na kvalitu života pacienta. Podle citovaného zdroje (European Urology) studie ukazují, že středně těžkou až těžkou erektilní dysfunkci trpí přibližně 5-20% mužů (Hatzimouratidis

et al., 2010). Dotazovaní pacienti shodně uvádějí, že k uspokojivému sexuální styku potřebují medikamenty, ovlivňující erektilní dysfunkci.

S problémem tak zvané reflexní erekce se potýkají především ochrnutí muži. Pokud je mícha úplně přerušena, může dojít k erektilní dysfunkci z neurogenní příčiny. Pokud je penis a jeho okolí přímo drážděno, může pacient dosáhnout tak zvané reflexní erekce. Problém může nastat při samotné iniciaci pohlavního styku, kdy se při zavádění penisu do pochvy přímé dráždění přeruší (Šrámková, 2010).

Dyspareunie je označení pro nepříjemné pocity ženy při pohlavním styku. Bolest při sexuálním styku není dostatečně diagnostikována a léčena, ženy ji často snášejí kvůli obavám z reakce partnera (Boardman, 2009). Několik pacientek při rozhovoru na téma intimního života uvedlo, že nemají ze sexuálního styku téměř žádný požitek. Na základě tohoto tvrzení jim byla nabídnuta lékařská péče sexuologa, kterou pacientky odmítly. K odmítnutí řešení problému vedlo jejich tvrzení, že je pro ně důležitější sexuální prožitek partnera, než jejich vlastní. Zamlčení problémů v sexuálním životě však není optimálním a trvalým řešením, jak uvádějí samy pacientky. Jejich řešení přesto odkládají.

Zatímco u mužů bývá plodnost snížena, u žen zůstává beze změn. Při početí probíhá těhotenství i porod většinou normálně, ale často dochází k urologickým komplikacím. V důsledku zvýšení hmotnosti ženy je nutné podniknout kroky zabraňující dekubitům, proleženinám a otlakům (Faltýnková et al., 2004).

Ergoterapie dokáže pomoci i v případech, kdy se stane pacientka matkou. V takovém případě ergoterapeut edukuje matku tak, aby tuto novou roli co nejsnadněji zvládla. Ergoterapeut poskytuje poradenství a řeší, jak zvládat denní aktivity matky, ale i aktivity dítěte. Je nutné dosáhnout takové úrovně soběstačnosti matky, aby dokázala zvládnout osobní hygienu u sebe i u dítěte, obstarat sebesycení ale i sycení dítěte, zvládnout mobilitu s dítětem a podobně. Při narození dítěte pacientce, která otěhotněla po úraze, jsou na situaci rodiče dopředu připraveni a určitá řešení se dají podniknout ještě před porodem, například bezbariérová úprava dětského pokoje, rozdělení rolí mezi partnery či obstarání potřebných kompenzačních pomůcek. Pokud dojde k poškození míchy či mozku u pacientky s dítětem tak malým, že stále potřebuje její každodenní péči, je nutné tyto položky zvládnout co nejdříve za pomoci intenzivní rehabilitace. V takových případech se ergoterapie již od začátku zaměřuje na dosažení co nejvyšší míry nezávislosti v péči o dítě.

2.2 Změny vzniklé poškozením mozku

Poranění mozku může v mnoha případech ovlivnit i sexuální funkce. Změnit se může i touha po sexu a to ve smyslu snížení nebo zvýšení sexuální touhy. Další problémem může být snížená vzrušivost, kdy sexuální touha je zachována, ale nastávají komplikace při realizaci styku, například u mužů problémy s erekcí a u žen snížená lubrikace. V jiných případech může dojít k problémům při dosažení orgasmu. U žen mohou po poranění nastat změny menstruačního cyklu a u obou pohlaví bývá snížena plodnost. Změny sexuálních funkcí mohou mít více příčin. Může k nim dojít přímo poškozením mozku, například poškozením částí mozku, které kontrolují sexuální funkce. Dalšími obvyklými příčinami jsou hormonální změny, vedlejší účinky medikace, vyšší unavitelnost a pohybové problémy. Stejně důležitou roli hrají i psychické faktory jako například problémy se sebeúctou, změny ve schopnosti myšlení, emoční změny a změny ve vztazích či sociálních aktivitách. Možností řešení pro pacienty je několik, patří sem především komunikace s odborníky a partnery (Sander, Maestas, 2014).

Dotazovaní pacienti po poranění mozku uvádějí jako příčinu problémů v partnerském životě i poruchy kognitivních funkcí. Následky poranění mozku, jako například poruchy paměti, orientace, komunikace a dalších kognitivních funkcí, pacienti uvádějí jako příčinu změny jejich role v rodině. Velmi důležitý je kromě terapie kognitivních funkcí i trénink sociálních dovedností. V případech, kdy pacient pociťuje negativní změny v partnerském či sexuálním životě vlivem svého psychického stavu, je nutná spolupráce s psychologem.

Kompenzační pomůcky

Velmi důležitou úlohou ergoterapeuta je výběr vhodné kompenzační pomůcky. Kompenzační pomůcky jsou v této kapitole podrobně rozebrány, jelikož mají veliký význam i při řešení problematiky partnerského života.

Votava, Krivošíková a Hamáčková popisují indikaci a aplikaci pomůcek jako důležitý prostředek rehabilitační léčby. Autoři rozlišují disabilitu a handicap, přičemž disabilitu popisují jako funkční změnu na úrovni celé osobnosti a handicap jako změnu ve vztahu pacienta ke společnosti. Pomůcky slouží pacientovi v obou situacích a jsou schopny jak handicap, tak disabilitu odstranit či podstatně zmírnit (Votava, Krivošíková, Hamáčková, 2004). Ergoterapeut by měl být schopen vybrat kompenzační pomůcku tak, aby co nejvíce vyhovovala potřebám pacienta, kompenzovala disabilitu nebo handicap v jeho domácím i pracovním prostředí a zvyšovala v potřebných situacích míru jeho soběstačnosti. V žádném případě by pomůcka neměla být pacientovi spíše na obtíž a ztěžovat mu všední denní činnosti. V tomto důsledku je nutné pečlivé a odborné vyšetření a znalost pomůcek a jejich alternativ, stejně tak jejich případného individuálního uzpůsobení. Ergoterapeut pomůcky nejen doporučuje a vybírá, ale učí pacienta pomůcku správně používat a dosáhnout tak nižšího stupně nezávislosti. Edukace pacienta užívajícího kompenzační pomůcku se však netýká pouze ergoterapeutů. Například pomůcky pro chůzi ergoterapeut vybírá ve spolupráci s fyzioterapeutem, antidekubitní program mají často na starosti zdravotní sestry.

Carbolová považuje spolupráci ergoterapeuta a zdravotní sestry při péči o plegického pacienta za velmi důležitou a zmiňuje roli kompenzačních pomůcek v rehabilitačním ošetřovatelství. Zdravotní sestry jako členové interprofesního týmu mají při nácviu soběstačnosti svou důležitou roli a po konzultaci s ergoterapeutem mohou i ony pomoci pacientovi, který si na pomůcku zvyká a učí se s ní zacházet (Carbolová, 2014). Autorky Zachová a Köhlerová popisují indikaci pomůcek konkrétně pro pentaplegického pacienta. V tomto případě se jedná o pomůcky jako je lůžko, antidekubitní matrace, polohovací pomůcky nebo vozík se speciálním ovládním. Pro pentaplegické pacienty je důležitá i indikace pomůcky umožňující ovládní počítače. Může se jednat pomůcku ovládanou zrakem, hlasem, dechem či pohybem hlavy (Zachová, Köhlerová, 2014). Votava, Krivošíková a Hamáčková označují podobné pomůcky anglickým výrazem “assistive technology”, přeloženým jako “pomáhající technologie”. Řešením problémů pacienta technickými prostředky se zabývá obor rehabilitační inženýrství (Votava, Krivošíková, Hamáčková, 2004). Sama Krivošíková ve své publikaci (Úvod do ergoterapie) rozvádí technické prostředky

v ergoterapii a popisuje je jako složitější pomůcky usnadňující pacientům komunikaci. Kromě pomůcek pro komunikaci se může jednat o počítačové programy nebo celé technické systémy. Technické prostředky obecně můžeme dělit dle jejich náročnosti na obsluhu. Pomůcky méně náročné na obsluhu, neboli low-tech, bývají levnější, dobře dostupné a snadno upravitelné. Příkladem low-tech pomůcky jsou například upravené klávesnice a myši. High-tech pomůcky, neboli pomůcky vysoce náročné na obsluhu, bývají distribuovány pouze vybranými prodejci, většinou jsou dražší a náročnější na obsluhu (Krivošíková, 2011). Do skupiny high-tech pomůcek můžeme řadit i speciální ovládání počítače, o kterém se zmiňuje Zachová a Köhlerová. Technika nabízí možnosti i pro pacienty, kteří se rozhodli využít kompenzační pomůcky pro intimní život. Za high-tech pomůcku můžeme považovat například speciální “houpačky” určené pro sex pacientů s poruchami hybnosti dolních končetin a trupu. Těmto pomůckám se podrobněji věnuji v následujících kapitolách.

Kolář uvádí, že v Číselníku pojišťovny, který je pravidelně doplňován nově schválenými pomůckami, je zhruba 90 tisíc položek. Pomůcky jsou rozděleny do 17 podskupin (Kolář 2009).

3.1 Kompenzační pomůcky využívané pacienty po poškození míchy a po poranění mozku

Výběr pomůcky se vždy odvíjí od diagnózy pacienta a jeho stupně disability. Skupinou pomůcek, které typicky využívají pacienti po poškození míchy, jsou invalidní vozíky, které v Číselníku pojišťovny představují skupinu 7.

Předepsání invalidního vozíků je v kompetenci ortopeda, neurologa, internisty a rehabilitačního lékaře. Nutné je schválení revizním lékařem. Elektrické vozíky je možné předepsat jednou za 7 let a mechanické vozíky jednou za 5 let (Švestková, Svěcená et al., 2013).

Další skupinou pomůcek určených k lokomoci jsou oporné prostředky. Ty jsou využívány pacienty po poranění mozku, u kterých zdravotní stav umožňuje chůzi s oporným prostředkem. Dungl označuje oporné prostředky za velmi často využívanou skupinu, avšak uvádí, že tato skupina pomůcek není využívána vždy odpovídajícím způsobem (Dungl et al, 2014). Naučit pacienta pomůcku správně používat je především úlohou ergoterapeuta a fyzioterapeuta. Vždy je důležité nechat si pacientem předvést, jak pomůcku používá, popřípadě provést nutné korekce.

Votava, Krivošíková a Hamáčková dělí pomůcky pro chůzi na hole a berle, vícebodové opěrky a chodítka (Votava, Krivošíková, Hamáčková, 2004). Dungl přidává ještě dělení na rolátory, přičemž chodítka mají všechny opory pevné a rolátory mají kola na všech oporných vzpěrách, je

tedy nutné jejich vybavení brzdou (Dungl et al, 2014). Pomůcky pro chůzi spadají v Číselníku pojišťovny do skupiny 12. Doba, po které je možné pomůcku předepsat, se liší dle jejího charakteru.

Při poškození míchy či mozku nedochází jen k poruchám motoriky dolních končetin, ale často je změněna i hybnost končetin horních. Změny svalového tonu na horních končetinách provázejí obě dvě diagnózy. Plegické či paretické horní končetiny u vysokých míšních lézí a spasticita u hemiparézy, která je typickým následkem cévní mozkové příhody, nejsou zdaleka jediným projevem míšního či mozkového poškození. Projevy jsou u každého pacienta velmi odlišné, nicméně již minimální porucha funkce horních končetin může pro pacienta představovat velký problém při vykonávání běžných denních činností. Votava, Krivošíková a Hamáčková dělí pomůcky z oblasti běžných denních činností dle toho, jakou činnost kompenzují. Na základě tohoto dělení jsou rozlišovány pomůcky pro hygienu, konzumaci potravy, oblékání, komunikaci, přípravu pokrmů a další domácí práce (Votava, Krivošíková, Hamáčková, 2004). Pomůcek pro zvládnutí běžných denních činností existuje celá řada, od velmi složitých až po takové, které si je pacient schopen obstarat i svépomocí či za pomoci rodiny. Rolí ergoterapeuta je seznámit pacienta s pomůckami, jelikož spousta pomůcek pro všední denní činnosti není pacientům známa a nejsou schopni správně určit jejich funkci a způsob použití. Po odborném a pečlivém zaučení ergoterapeutem dokáží i zdánlivě nepotřebné pomůcky život pacientovi velmi usnadnit a zlepšit tak jeho kvalitu.

3.2 Kompenzační pomůcky pro sexuální život

Za pomůcky, které pacient potřebuje k uspokojivému partnerskému životu, lze považovat i na trhu běžně dostupné kompenzační pomůcky. Lze sem zařadit například pomůcky pro hygienu. Pacient, který je schopen zvládat samostatně hygienu celého těla i jeho intimních částí, bude pravděpodobně připraven na sex po psychické i fyzické stránce lépe, než pacient s obavami o svůj vzhled a čistotu. Indikace pomůcek pro hygienu je úkolem ergoterapeuta, stejně tak edukace pacienta jak tyto pomůcky správně použít.

Kromě běžně dostupných kompenzačních pomůcek existují i takové pomůcky, které jsou určené ke zvýšení soběstačnosti pacienta přímo při sexu. Jedná se o pomůcky, které jsou často označovány jako "houpačky" a lze je pořídit pod obchodním názvem Intimate Rider.

Pokud se rozhodne pacient z České Republiky objednat si Intimate Rider, musí ho objednávat ze zahraničí a na pomůcku nelze uplatnit žádný příspěvek.

Intimate rider je pomůcka navržená tak, aby pacientovi se ztrátou hybnosti na dolní polovině těla pomohla docílit požadovaných pohybů. Pohyby houpačky napodobují přirozené pohyby při sexu. Distributor na svých oficiálních stránkách uvádí, že je určena pro páry, ve kterých jeden z partnerů trpí fyzickým omezením následkem vyššího věku, poranění míchy, artritidy, cévní mozkové příhody a bolestí zad (www.abletoenjoy.com).

Intimate rider se skládá z lavice, která je určena partnerce a zmíněné “houpačky” určené partnerovi s omezením hybnosti. Partnerka zaujme na lavici požadovanou polohu a pohyby za partnera vykoná právě tato houpačka.



Obr. 1: Intimate Rider (zdroj: www.abletoenjoy.com)

Výrobce Intimate rider v dostupných zdrojích neuvádí, v jakém rozsahu musí být hybnost pacienta zachována, aby byl schopen pomůcku použít. Na internetových zdrojích neuvádí ani kontraindikace. Na instruktážních videích a fotografiích je většinou znázorněn paraplegik se zachovalou stabilitou trupu.

Při psaní bakalářské práce bylo zjištěno, že okruh pacientů, kteří mají potřebu a zájem pomůcku používat, je velmi úzký. Pomůcka má být určena pacientům, kteří mají určitá fyzická omezení, tato omezení ale přesně nedefinuje. Pacienti se ztrátou hybnosti dolních končetin,

například pacienti s míšní lézí v oblasti bederní páteře, jsou většinou schopni mít sex i bez pomůcky a neuvádějí zájem si nákladnou pomůcku pořizovat. Stejně odpovědi uvedli i pacienti s hemiparézou následkem poškození mozku. Pacienti, kteří trpí ztrátou hybnosti dolních končetin a trupu, popřípadě i horních končetin, nejsou pomůcky schopni využívat, protože jim nestabilita těla neumožní udržet se na “houpačce” během napodobování pohybů. Cílová skupina tedy není zcela jasná. Zájem konkrétních pacientů o pomůcku je podrobněji rozebrán v praktické části bakalářské práce.

Praktická část bakalářské práce

4.1 Metodologie

4.1.1 Základní otázka bakalářské práce

Základní otázkou bakalářské práce je: Co může ergoterapeut udělat pro pacienta, pro kterého nastaly poškozením míchy či mozku změny v partnerském životě?

Zodpovězení otázky definuje oblasti ergoterapeutické intervence, které poskytují prostor pro řešení problematiky.

4.1.2 Cíle bakalářské práce

Bakalářská práce je zaměřena na několik cílů.

Prvním cílem je zjištění možností ergoterapeutické intervence při práci s pacientem, kterému k dosažení plné kvality života brání problémy v partnerských a intimních vztazích.

Dalším cílem je odstranění tabu u dotazovaných pacientů a otevření tématu, které pacienty trápí, ale často s jeho otevřením před odborníky váhají a to z nejrůznějších důvodů. Cílem bakalářské práce je zjistit tyto důvody u dotazovaných pacientů, prozkoumat jejich zájem o řešení problematiky a jejich motivaci pracovat na překážkách v partnerském životě.

Aplikačním cílem práce je sběr dat pro sestavení příručky určené pacientům po poškození míchy. Zpracování a vydání příručky zajišťuje Česká asociace paraplegiků a tato bakalářská práce poskytuje data pro její zpracování.

Do budoucna by bylo vhodné zpracovat ve spolupráci s odborníky i příručku pro pacienty po poškození mozku.

4.1.3 Použité metody a techniky

V bakalářské práci jsou použity prvky kvalitativního výzkumu.

Sběr dat byl uskutečněn prostřednictvím rozhovorů s pacienty. Rozhovory probíhaly individuálně a vždy se jich účastnil pouze dotazovaný pacient a autorka bakalářské práce. Otázky, které byly během rozhovoru pacientům pokládány, byly sestaveny autorkou po konzultaci s vedoucí

i konzultantkou bakalářské práce. Všem pacientům byly položeny základní otázky, které jsou klíčové pro výsledky práce. Dále se rozhovor odvíjel od plánů, cílů, motivace a potíží konkrétního pacienta. Pacienti byli seznámeni s důvody sběru dat a jejich použitím pro účely práce. Všichni pacienti souhlasili s nahráváním na diktafon a přepsáním jejich odpovědí do praktické části této bakalářské práce.

4.1.4 Použitý vzorek pacientů

Pro účely bakalářské práce byli osloveni pacienti po traumatickém poškození míchy a pacienti po poškození mozku následkem úrazu či cévní mozkové příhody.

Z pacientů po poškození míchy byli o rozhovor požádáni tři tetraplegici, jeden paraplegik a jedna tetraplegička. Z toho jeden tetraplegik spolupráci odmítl.

Z pacientů po poškození mozku se k tématu vyjádřil jeden pacient a jedna pacientka po traumatickém poranění mozku a jeden pacient po cévní mozkové příhodě.

Důvodem převahy pacientů nad pacientkami je především více úrazů u mužů (Bednařík, Ambler, Růžička, 2010). Dle zkušeností s prací s pacienty problémy v sexuálním životě také častěji trápí muže a častěji se je snaží řešit.

Věk pacientů se záměrně liší tak, aby byly získány odpovědi od různých věkových skupin.

4.2 Výsledky rozhovorů s pacienty

Rozhovory s pacienty byly s jejich souhlasem nahrávány a následně zpracovány. Během rozhovoru bylo každému pacientovi položeno několik shodných otázek. V následující kapitole jsou uvedeny základní témata, od kterých se rozhovory odvíjely, a vyjádření pacientů. Odpovědi pacientů se často velmi lišily.

V následujících kapitolách jsou shrnuta fakta, vyplývající z odpovědí pacientů. Přepis rozhovorů s pacienty překračuje rozsah této kapitoly, proto jej lze v případě zájmu nalézt v přílohách.

4.2.1 Pacienti po poranění míchy

4.2.1.1 Vnímání problematiky z pohledu pacientů

Ze souboru pacientů po poškození míchy byl svobodný pouze jeden pacient, ostatní žili s partnerkou či partnerem. Děti měla ze všech čtyř dotázaných pacientů jedna pacientka.

Pacienti byli požádáni, aby uvedli největší změnu, která pro ně po úraze nastala v partnerském životě. Odpovědi na tuto otázku se velmi lišily. Jako největší změnu pacienti uváděli změny role v partnerském a rodinném životě, závislost na partnerovi, nedostatek informací o změnách v intimním životě a stud a obavy z reakce rodiny i odborníků.

Všichni čtyři pacienti shodně uvedli, že informace o změnách v partnerském životě, které po úraze obdrželi, byly nedostatečné. V některých případech informace neobdrželi vůbec a ti pacienti, kteří je obdrželi, jejich kvantitu i kvalitu označili za nedostatečnou. Pokud byla problematika s pacientem probírána, řešil ji s ním sexuolog či psycholog.

Dále byli pacienti požádáni, aby uvedli, jak vnímají rozhovory na dané téma, zda je jim téma nepříjemné a zda se jejich postoj k tématu od úrazu nějak změnil. Všichni pacienti během rozhovoru hovořili naprosto bez zábran a neodmítali odpovědět na žádnou z otázek. Jedna pacientka ze vzorku uvedla, že s odborníkem, ke kterému by například docházela pravidelně a měla k němu dobrý vztah, by byla schopna hovořit daleko otevřeněji. Všichni pacienti se do rozhovorů aktivně zapojili a projevíli zájem o problematiku.

Někteří pacienti ze vzorku také během rozhovoru sami aktivně projevíli zájem o brožury či materiály, vztahující se k problematice partnerského života. Ostatní pacienti byli dotázáni, zda by o tyto materiály měli zájem, zda by je využili a zda si myslí, že by jim tyto materiály mohly poskytnout odpovědi na některé z jejich otázek. Všichni pacienti uvedli, že by o informační materiály zájem měli a jejich dostupnost by výrazně zlepšila informovanost nejen pacientů, ale i odborníků.

Dále se pacienti vyjádřili k tomu, zda mají informace o kompenzačních pomůckách pro intimní život, jako je například Intimate rider. Na tuto otázku dva pacienti ze vzorku odpověděli, že pomůcku vůbec neznají. Další dva pacienti uvedli, že pomůcku znají, ale nemyslí si, že by ji potřebovali. Oba dva pacienti, kteří uvedli, že pomůcku znají, byli kvadruplegici. Přesto nepovažovali pomůcku za pro sebe vhodnou a uvedli, že jsou schopni kvalitního intimního života i bez ní.

Pacienti shodně uvedli, že mají problémy v partnerském životě, které by s odborníkem chtěli řešit. Pacientům bylo doporučeno obrátit se s těmito problémy na ergoterapeuta či jiného odborníka, se kterým jsou ochotni o problematice hovořit. Například jedna pacientka ze vzorku uvedla, že by těsně po úraze ráda zaměřila ergoterapii na trénink instrumentálních všedních denních činností. Její vyšší míra soběstačnosti v těchto činnostech by zamezila změně role pacientky v rodině. Z rozhovorů s pacienty po poškození míchy je patrné, že ergoterapeut může výrazně zlepšit kvalitu jejich partnerského života, pokud se při terapii na tuto problematiku zaměří.

4.2.1.2 Návrh ergoterapeutické intervence

Možností řešení situace u pacientů po poškození míchy je obecně mnoho. Velký prostor pro ergoterapeuta vzniká při indikaci pomůcky pro intimní život. Pacient není ve většině případů informován o možnosti pořídit si takovou pomůcku, je tedy úlohou ergoterapeuta mu tyto pomůcky představit a zhodnotit, zda jsou pro konkrétního pacienta vhodné. Pokud pacient pomůcku nepotřebuje nebo mu jeho zdravotní stav nedovoluje ji využít, může ergoterapeut zvolit za ergoterapeutický cíl dosažení větší soběstačnosti v intimním životě a terapii k tomuto cíli směřovat. Dosáhnout toho cíle lze například posílením určitých svalových skupin, tréninkem přesunů a odstraněním nevhodných pohybových stereotypů.

Možnosti ergoterapeutické intervence u konkrétních pacientů jsou rozebrány v diskuzi bakalářské práce.

4.2.2 Pacienti po poškození mozku

4.2.2.1 Vnímání problematiky z pohledu pacientů

K rozhovorům s pacienty po poškození mozku jich byl osloven stejný počet, jako pacientů po poškození míchy. S rozhovorem souhlasili tři muži a jedna žena, jeden muž se k rozhovoru nedostavil. Z tohoto důvodu je vzorek pacientů po poškození mozku o jednoho pacienta menší. Pacientům po poškození mozku byly položeny stejné otázky, jako pacientům po poškození míchy.

Z celého vzorku pacientů po poškození mozku byli ženatí dva pacienti, třetí pacientka nežila s manželem, ale s novým partnerem.

Opět, stejně jako u pacientů po poškození míchy, byl celý vzorek pacientů požádán, aby uvedli největší změnu, která pro ně nastala v partnerském životě. Pacienti za největší změny označili stud a obavy z konverzace na téma partnerského života a zhoršení sociálních vazeb. Jeden pacient ze vzorku uvedl, že mu do partnerského života velmi zasahuje porucha kognitivních funkcí.

Pacienti se vyjádřili k tématu dostupnosti informací po úraze. Zatímco pacienti po poškození mozku ve dvou případech ze čtyř uvedli, že s nimi problematiku někdo řešil, pacienti po poškození mozku shodně odpověděli, že toto téma nebylo žádným odborníkem otevřeno.

Při rozhovoru byli pacienti dotázáni, zda je jim rozhovor na téma partnerského a intimního života nepříjemný. Stejně jako vzorek pacientů po poškození míchy, i pacienti po poškození mozku hovořili o tématu otevřeně a bez zábran. Sami se dotazovali a jevíli zájem o problematiku.

Pacienti byli požádáni o odpověď na otázku, zda sháněli nějaké brožury či jiné informační materiály pro pacienty po poškození mozku. Všichni pacienti ze vzorku uvedli, že nemají informace o dostupnosti těchto materiálů.

I pacientům po poškození mozku byl představen Intimate rider a byli dotázáni, zda mají informace o kompenzačních pomůckách pro intimní život. Dva pacienti uvedli, že pomůcku neznají, ale ke svému intimnímu životu ji nepotřebují, jedna pacientka projevila aktivní zájem o pomůcku a uvedla, že by měla zájem ji vyzkoušet. S pacientkou byla domluvena další konzultace.

I u vzorku pacientů po poškození mozku by ergoterapeut našel své uplatnění a jeho odborná péče by mohla výrazně zlepšit kvalitu jejich života.

4.2.2.2 Návrh ergoterapeutické intervence

Stejně jako u pacientů po poškození míchy, je i u pacientů po poškození mozku cílem ergoterapeuta jejich větší soběstačnost. Kromě motorických poruch se častěji u pacientů po poškození mozku vyskytují poruchy kognitivních funkcí. Pro fungující partnerský a intimní vztah je důležité zaměřit se i na tyto funkce a trénovat pacientovu orientaci, komunikaci, ale i paměť a další kognitivní funkce.

I u pacientů po poškození mozku je důležitou rolí ergoterapeuta představit pomůcky pro intimní život, popřípadě takovou pomůcku indikovat. Na základě rozhovorů s pacienty projevilo o tuto pomůcku zájem více pacientů po poškození mozku, než pacientů po poškození míchy.

Diskuze k bakalářské práci

Výsledky práce závisí na výběru vzorku pacientů. K problémům v partnerském životě se ze vzorku pacientů po poškození míchy vyjádřili převážně mladí muži, kteří utrpěli úraz při autonehodě nebo sportu. To, že jsou úrazy nejčastější příčinou poranění míchy, potvrzují i data České spondylochirurgické společnosti, která uvádí, že 55% úrazů s následkem poškození míchy tvoří dopravní úrazy, 22% úrazy doma nebo v práci a 18% úrazy při sportu (Sas, Macháčková, Zaplatilová, 2011). I vzorek pacientů po poškození mozku tvořili dva muži a jedna žena. Věkový průměr pacientů po poškození mozku byl o něco větší, než věkový průměr pacientů po poškození míchy. Důvodem tohoto faktu může být to, že do vzorku byl zahrnut i pacient po cévní mozkové příhodě. Dle portálu IKTA.cz, který se zaměřuje na problematiku cévních mozkových příhod, se dvě třetiny cévních mozkových příhod týkají pacientů, kteří spadají do věkové skupiny nad 65 let.

Během psaní práce bylo zjištěno několik poznatků měnících pohled na téma a problematiku jako takovou. Z výsledků lze usoudit, že kompenzační pomůcky pro sexuální život stále nejsou snadno dostupné, většinou jsou pro pacienty nevyhovující a lze je indikovat jen ve velmi málo případech. Přesto existují pacienti, pro které jsou tyto pomůcky užitečné a měli by zájem je vyžívat. Pro možnost indikace pomůcek většímu okruhu pacientů by ale bylo potřebné změnit jejich konstrukci a způsob použití. Ačkoliv se na začátku psaní práce očekával velký zájem pacientů o pomůcky, během psaní práce bylo zjištěno, jak moc je jejich konstrukce a způsob použití pro částečně mobilní pacienty nevyhovující a to hlavně v tom smyslu, že jejich soběstačnost nijak nezvyšuje. K Intimate rideru se vyjádřil i jeden z pacientů po poškození míchy a poskytl tak názor na pomůcku z pohledu paraplegika. Nazval ji *“bránou k novým možnostem”*, ale označil je za nevhodné pro paraplegiky ale i kvadruplegiky, kteří mají dobrou fyzickou kondici. Pomůcka je mnoha dotázanými pacienty vnímána jako smysluplná a užitečná, její indikace a způsob využití však není zcela ideální.

Dalším prvotním předpokladem, který výsledky bakalářské práce vyvracejí, je domněnka, že pacienti nemají zájem o tématu hovořit. Všichni pacienti byli vstřícní a ochotní o tématu otevřeně mluvit. Tento fakt je velmi důležitý, a pokud by ho bral na vědomí každý odborník, je možné, že by se problematika partnerského života řešila v mnohem větší míře. Potíže v partnerském a intimním životě pacienty trápí stejně jako potíže ve všech ostatních oblastech každodenního života a vítají od odborníků otevřený přístup k tomuto tématu. Z rozhovoru s jedním ze vzorku pacientů po poškození míchy je patrné, jak moc informace ohledně partnerského života pacientům chybí. Tento

muž je příkladem pacienta, který po úraze nevede intimní život a v hledání partnerky ho omezuje i strach z poúrazového sexu. Zpracování příručky pro pacienty by mohlo jemu i ostatním pacientům nejasnosti ohledně tohoto tématu objasnit a tím výrazně zlepšit kvalitu jejich života.

Problematika partnerského života osob s různým typem postižení je ve většině dostupné literatury probírána spíše z pohledu psychologa, psychoterapeuta či sexuologa. Psycholog je schopen poskytnout pacientovi takové poradenství a péči, aby se pacient s problémy v partnerském životě snáze vyrovnal, dokázal řešit určité situace a podobně. Sexuolog může pacientovi prostřednictvím medicíny a další léčby pomoci od problémů s erekcí a dalších komplikací. Přesto pro takového člověka vzniká spousta dalších situací, které spadají do kompetence jiného odborníka. Například u jedné z dotázaných patientek by ergoterapeut, který by byl informovaný o její situaci v rodinném a partnerském životě, mohl stanovit za krátkodobý cíl zvládnutí domácích prací v rámci tréninku instrumentálních ADL. Ergoterapie dle slov dotázané pacientky na tento cíl zaměřena nebyla, jelikož nebyla její rodinná situace podrobněji vyšetřena. Na základě této výpovědi lze považovat za přínosné ostatní odborníky, včetně ergoterapeutů, v této problematice vzdělávat a otevřít možnosti, které jejich profese při řešení těchto obtíží nabízí.

Renáta Pešavová, která se ve své bakalářské práci zabývá partnerskými vztahy a sexualitou osob se zdravotním postižením, uvádí: „*Nejsou výjimkou trvalá postižení, která se rozvinula ze vztahů profesních, tedy manželství postižené osoby se zdravotní sestrou, fyzioterapeutkou, osobním asistentem apod.*“

Sama bych na základě získaných zkušeností tyto profesní vztahy, které vznikají mezi člověkem s disabilitou a zdravotnickým pracovníkem, označila za velmi časté. Nepochybně přinášejí partnerovi s disabilitou výhodu v tom, že jeho partner či partnerka mají s lidmi s disabilitou zkušenost a jsou schopni situaci řešit profesionálně. Problémy však nastávají především v mimoprofesionálních vztazích. Vztah může dospět do fáze, kdy začne disabilita jednoho z partnerů představovat problém a to by mělo být podnětem k řešení situace. Význam řešení problematiky spočívá v odstranění potíží pacientů v životní oblasti, která je velmi důležitá pro každého člověka. Dobře fungující partnerské a intimní vztahy jsou, dle zkušeností získaných při psaní práce, často rozhodující o pacientově motivaci a zájmu o terapii.

Řešením potíží u pacientů po poškození míchy se zabývá Taťána Šrámková ve své publikaci *Poranění míchy pohledem sexuologa*. Pohled sexuologa či psychologa je pro pacienty nepochybně velmi cenný, přesto v odborné literatuře pacientům chybí informace, které jim je schopen poskytnout ergoterapeut.

Vyšetření soběstačnosti pacienta v jeho partnerském a intimním vztahu by bylo, dle výsledků práce, možné zařadit mezi položky běžného ergoterapeutického vyšetření, ačkoliv tomu tak v praxi téměř ve všech případech není. Přesto má tato problematika pro pacienty stejně velkou váhu jako ostatní položky vyšetření. Ke změně postoje k problematice partnerského a intimního života je nutná edukce ergoterapeutů o tom, jak mohou pacientovi se zvýšením soběstačnosti v partnerském životě pomoci. Nejvíce může ergoterapeut pomoci při indikaci kompenzačních pomůcek a s následnou edukací pacienta, popřípadě může pomoci ergoterapeutická péče zacílená na vyšší soběstačnost v partnerském a intimním životě. Ergoterapeutická intervence u dotazovaného pacienta pana Jiřího by mohla spočívat ve vyšetření jeho soběstačnosti po opuštění spinální jednotky. Po tomto vyšetření by si terapeut, ale i sám pacient, mohl udělat představu o tom, co pacient pravděpodobně nezvládne a co naopak zvládne. Pacient by se po odborném vyšetření snáze vyhnul hledání laických informací na webových serverech a následnému zkoušení různých možností, které mohou po nezdařilých pokusech pacientovi způsobit ještě větší obavy z partnerského života.

Rozhovor s jedním z pacientů po poškození mozku vyvrátil tvrzení, že trénink kognitivních funkcí nemá při řešení problémů v partnerském životě uplatnění. Pokud by pacientovi k vyššímu sebevědomí a lepšímu pocitu v rodině pomohlo zlepšení paměti a orientace, nabízí se ergoterapeutovi prostor pro řešení této situace a její případné vyřešení, které povede ke větší spokojenosti pacienta a vyšší kvalitě jeho života.

Alternativním způsobem řešení jsou různé webové servery fungující formou diskuzního fóra. Jedním z takových serverů je například <http://forum.sexnavoziku.cz>. Pacienti mohou do těchto diskuzí přispívat a reagovat na příspěvky jiných uživatelů, účastnit se anket, sdílet internetové odkazy a podobně. Rady na těchto serverech většinou nebývají odborné, avšak pacienti je často označují za velmi užitečné, jelikož jim poskytují pohled člověka ve stejné životní situaci.

Odborným alternativním řešením může být poradenství ergoterapeuta. Ergoterapeut by měl být schopen doporučit pacientovi vhodný vozík pro všechny situace, které zlepšují kvalitu jeho života, za alternativní způsob řešení lze tedy považovat i doporučení vozíku vhodného pro sex. Další poradenství se může týkat přesunů, zvládnutí osobní hygieny a kontroly močové inkontinence, kognitivním tréninku a podobně. Jakékoliv odborné doporučení je pacienty ceněno především pro otevřenost ergoterapeuta a jeho ochotu situaci řešit a nezamlouvat. Často jsou potíže pacientů z pohledu odborníka snadno řešitelné, ale pacient s nimi žije dlouhou dobu, jen kvůli obavám a studu při požádání o radu. Ergoterapeuté by měli být schopni téma šetrně otevřít a vyšetřit

soběstačnost pacienta v jeho partnerském životě tak, aby situace nebyla pro nikoho nepříjemná. To, že pacienti považují otázky na změny v partnerském životě za trapné, tak jak tomu bylo u jednoho z dotázaných pacientů, nelze považovat za zanedbatelné. Důstojnost pacienta a jeho dobrý pocit z terapie by měl být pro odborníka prioritou, proto by měl být každý odborník připraven na otázku týkající se intimního života ze strany pacienta a měl by umět adekvátně reagovat. K tomu je potřeba otevření tématu i mezi odborníky. Informace z odborné literatury, poskytující odpověď na otázku, jak toto téma s pacientem řešit, pro ergoterapeuty prakticky neexistují.

Bohužel ergoterapeut, který se chce v problematice vzdělávat a změnit postoj k neřešení partnerského života pacientů, nemá moc možností k realizaci toho záměru. Literatura pro odborníky zabývající se touto problematikou z pohledu ergoterapeuta téměř neexistuje. V dostupné literatuře jsou probrány pohledy lékařů sexuologů a psychologů. Česká asociace paraplegiků se zabývá rozšiřováním této literatury pro ostatní člen interprofesního týmu. Vznikají i příručky pro pacienty a jejich rodiny, tyto příručky ale zdaleka nemohou obsáhnout odpovědi na vše, co by se chtěl pacient dozvědět. K zaujetí odborníků touto problematikou by bylo potřeba více odborné literatury a vzdělávacích akcí.

Závěr

Při psaní bakalářské práce bylo dosaženo výsledků, ze kterých vyplývá, že role ergoterapeuta při řešení partnerského života pacientů je velmi významná. Ergoterapeut může zlepšit pacientovu sociální roli v rodině či partnerském vztahu pomocí kognitivního tréninku, snížit jeho stupeň závislosti v partnerském životě znalostí a správným doporučením kompenzačních pomůcek nebo zlepšit celkovou kvalitu života otevřeným rozhovorem a zvolením správného ergoterapeutického cíle.

Bakalářská práce potvrzuje domněnku, že otevřeně hovořit o tématu partnerského a intimního života může pacientům přinést výrazné zlepšení kvality jejich života. Realizace otevřených rozhovorů ergoterapeutů s pacienty na toto téma v praxi je však dlouhodobou záležitostí. Této realizaci stále částečně brání určité překážky a to především nedostatek literatury a odborných textů pro ergoterapeuty i pacienty a určitá tabu a předsudky společnosti. Na základě výsledků práce je důležité pracovat na odstranění těchto předsudků a to nejen u pacientů, ale především u odborníků.

Problematika partnerského a intimního života pacientů nabízí mnoho témat, na jejichž řešení se může podílet téměř každý člen interprofesního týmu. Do budoucna lze považovat za vhodné zaměřit se na kompenzační pomůcky pro intimní život z ergoterapeutického hlediska a upravit použití a indikaci pomůcky tak, aby byla lépe uplatnitelná pro širší okruh pacientů.

Během psaní práce se všichni pacienti projeví jako vstřícní a ochotní o tématu hovořit a být tak nápomocni otevření tohoto tématu. Reakce ze stran odborníků tak pozitivní vždy nebyly. Z tohoto důvodu lze označit otevřenost odborníků za menší, než otevřenost pacientů, kteří k tématu přistupují s vidinou určitých řešení, která pomohou jim samotným.

Seznam použitých zkratk

ADL - activities of daily living (všední denní činnosti)

C 5 - pátý krční obratel

C 6 - šestý krční obratel

CMP - cévní mozková příhoda

FN - Fakultní nemocnice

Th 6 - šestý hrudní obratel

Seznam použité literatury

Able to enjoy. [online]. [cit. 2015-04-02]. Dostupné z: <http://www.abletoenjoy.com/en/portfolio-view/intimate-rider/>

BOARDMAN, LORI A. a COLLEEN K. STOCKDALE. Sexual Pain. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [online]. 2009, vol. 52, issue 4, s. 682-690 [cit. 2015-02-28]. DOI: 10.1097/GRF.0b013e3181bf4a7e. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage>

BEDNAŘÍK, Josef, Zdeněk AMBLER a Evžen RŮŽIČKA. *Klinická neurologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2010, xxxii, 707, xliv s. ISBN 978-807-3873-899

CARBOLOVÁ, Svatava. Nácvik soběstačnosti plegického pacienta. [online]. 2014 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/nacvik-sobestacnosti-plegickeho-pacienta-476272>

CENTRUM ELEKTRONICKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ 1. LF UK. *Mišní syndromy* [online]. 2012 [cit. 2015-02-25]. Dostupné z: <https://el.lf1.cuni.cz/admin/content/sco/info?sco-id=882931&tab-id=9>

DUNGL, Pavel. *Ortopedie*. 2., přeprac. a doplň. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-802-4743-578.

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, Jiří KRÍŽ a Alena KÁBRTOVÁ. SVAZ PARAPLEGIKŮ - CENTRUM PARAPLE. *Cesta k nezávislosti: Po poškození míchy*. Praha, 2004.

HATZIMOURATIDIS, Konstantinos, Edouard AMAR, Ian EARDLEY, Francois GIULIANO, Dimitrios HATZICHRISTOU, Francesco MONTORSI, Yoram VARDI a Eric WESPES. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation. *European Urology* [online]. 2010, vol. 57, issue 5, s. 804-814 [cit. 2015-02-28]. DOI: 10.1016/j.eururo.2010.02.020. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0302283810001338>

CHROBOK, Jiří a Luděk PROKOP. Úrazy páteře. [online]. 2006 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/urazy-patere-279639>

IKTA.cz. [online]. [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.ikta.cz/index.php?pg=home--cevnimozkova-prihoda-iktus>

KOLÁŘ, Pavel. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009, xxxi, 713 s. ISBN 978-807-2626-571.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-802-4726-991.

MARTINÉZ-PORTILLO a K.P. JUENEMANN. Priapism – etiology, pathophysiology and management. *Official Journal of the Brazilian Society of Urology* [online]. 2003, 29 (5), s. 391-400 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://www.scielo.br/pdf/ibju/v29n5/18554.pdf>

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa, Evžen RŮŽIČKA a Jiří TICHÝ. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002, xiv, 367 s. ISBN 80-246-0502-3.

PEŠAVOVÁ, Renáta. *Psychosociální problematika života z pohledu paraplegika*. Pardubice, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice. Vedoucí práce Ivo Beran.

SANDER, Angelle M. a Kacey MAESTAS. Sexuality After Traumatic Brain Injury. *Brainline.org* [online]. 2014 [cit. 2015-03-01]. Dostupné z: http://www.brainline.org/content/2013/04/sexuality-after-traumatic-brain-injury_pageall.html

SAS, Igor, Jana MACHÁČKOVÁ a Klára ZAPLATIOVÁ. Kortikoidy u míšního poranění. *Akutně.cz* [online]. 2011 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://www.akutne.cz/res/publikace/kortikoidy-u-misniho-poraneni-sas-i.pdf>

ŠRÁMKOVÁ, Taťána. Poruchy erekce: Proč vznikají a jaké jsou možnosti léčby. [online]. 2010 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: <http://vozickar.com/poruchy-erekce-proc-vznikaji-a-jake-jsou-moznosti-lecby/>

ŠVESTKOVÁ, Olga a Kateřina SVĚCENÁ. *Ergoterapie: Skripta pro studenty bakalářského oboru Ergoterapie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy*. Praha, 2013. ISBN 978-80-260-4100-9.

VAN DER HORST, C., Henrik STUEBINGER, Christoph SEIF, Diethild MELCHIOR, F.J.

VOTAVA, Jiří, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila HAMÁČKOVÁ. Technické pomůcky: jejich indikace a aplikace. [online]. 2004 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/technicke-pomucky-jejich-indikace-a-aplikace-160314>

ZACHOVÁ, Jana a Marta KÖHLEROVÁ. Pentaplegie a možnosti její rehabilitace. [online]. 2014 [cit. 2015-03-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/pentaplegie-a-moznosti-jeji-rehabilitace-477310>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Rozhovory s pacienty

Příloha č.1: Rozhovory s pacienty

Pacientka Eva H.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Rok narození: | 1954 |
| Rok prodělání úrazu: | 1996 |
| Diagnóza: | kvadruplegie s poraněním míchy v oblasti C 6 |
| Vdaná: | ano, před úrazem i po úraze stále se stejným partnerem |
| Děti: | ano, tři |
| Největší obtíže v partnerském životě: | změna role, závislost na zálibách a aktivitách manžela |
| Postoj k tématu: | pacientka je tématu otevřena, odpovídá pohotově a bez zábran, uvádí, že s odborníkem, kterého zná déle a lépe, by byla o tématu schopna mluvit ještě otevřeněji |
| Informace o kompenzačních pomůčkách: | před rozhovorem neměla vůbec žádné |

Pacientka po autonehodě ztratila hybnost dolních i horních končetin a stabilitu trupu. Po autonehodě ležela na spinální jednotce FN Brno, další rehabilitaci absolvovala v rehabilitačním ústavu v Kladrubech. V době úrazu byla vdaná a s manželem stále žije. Na otázku, co se pro ni nejvíce změnilo v partnerském životě, odpovídá, že za největší změnu by označila plnou závislost na manželovi. Uvádí, že se manželovi přizpůsobuje, je na něm plně závislá a “žije jeho život”, tuto situaci však již nepovažuje za nepříjemnou. V době úrazu s manželem měli 3 děti. Všechny děti již byly v době úrazu starší a nepotřebovaly každodenní péči matky. Dva starší synové byli plnoletí, mladší dceři bylo v době úrazu 15 let. Pacientka při rozhovoru uvedla, že pro ni po autonehodě bylo velmi těžké vidět dceru dělat její práce, snažila se nepostavit dceru do své role a převzít péči o domácnost v co největší míře. Pacientka byla dotázána, zda s ní někdo již ve včasné fázi rehabilitace na spinální jednotce mluvil o změnách, které pro ní nastanou v partnerském a sexuálním životě. Dle slov pacientky s ní mluvila psychologka, která zhodnotila její psychický stav. Soběstačnost pacientky v partnerském životě nikdo nevyšetřil a na dotaz, zda měla nějaké informace ohledně změn v intimním životě, odpovídá, že neměla vůbec žádné. Na otázku, zda jí někdo řekl, že existují pomůcky pro sexuální život, pacientka odpověděla, že ne. Je však nutné vzít v potaz, že rehabilitace na spinální jednotce probíhala u pacientky v roce 1996, kdy byly informace o pomůčkách pro běžného pacienta nedostupné. Pacientka uvádí, že informace nikdy aktivně nevyhledávala a přizpůsobila se v partnerském i sexuálním životě manželovi. Neguje změny

citlivosti intimních partií i změny chuti na sex ve smyslu zvýšení i snížení. Sexuální prožitek popisuje jako “jiný”, ale ne v negativním slova smyslu. Paní Eva byla na závěr, stejně jako všichni ostatní pacienti, dotázána, zda je jí nepříjemné o tématu hovořit nebo zda si naopak přeje, aby se o problematice hovořilo otevřeněji. Pacientka uvedla, že by o tématu v akutní fázi po úraze ráda s někým hovořila, ale pouze s odborníkem, ke kterému by měla dobrý vztah. Neoznačila rozhovor za nepříjemný, uvedla, že řešení této problematiky by mohlo spoustě pacientů pomoci.

Pacient David L.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Rok narození: | 1994 |
| Rok prodělání úrazu: | 2012 |
| Diagnóza: | paraplegie s poraněním míchy v oblasti Th 6 |
| Ženatý: | ne, nežije s partnerkou |
| Děti: | nemá |
| Největší obtíže v partnerském životě: | na konkrétní obtíže si nestěžuje, ale projevuje zájem o příručku či manuál poskytující nové informace týkající se probíraného tématu |
| Postoj k tématu: | otevřený, sdílný, přátelský |
| Informace o kompenzačních pomůckách: | před rozhovorem o pomůckách neslyšel |

Pacient utrpěl trauma v roce 2012 při skoku do vody. Ležel v akutní fázi na spinální jednotce FN Motol a poté strávil pět měsíců v rehabilitačním ústavu v Kladrubech. Pacient v době úrazu neměl partnerku, uvedl, že před úrazem “pár” partnerek měl. Novou partnerku si našel v rehabilitačním ústavu v Kladrubech asi tři měsíce po úraze, vztah ale vydržel jen pár měsíců. Poté ho partnerka opustila kvůli jeho kamarádovi, který je také paraplegik, pacient tedy nedává jeho zdravotní stav rozchodu za vinu. Na dotaz, zda s ním někdo na spinální jednotce řešil změny, které pro něj v partnerském životě nastanou, uvádí, že ne. Sám vypovídá, že neví, zda by chtěl v akutní fázi na spinální jednotce problematiku s někým konzultovat, ale tvrdí, že by velmi ocenil, kdyby si mohl informace sám někde přečíst. Informace hledat zkoušel, ale nenašel odpověď na vše, co ho trápilo, a získávání informací označil za pomalé. Pacient neměl po úraze pohlavní styk, z tohoto důvodu se nevyjádřil ke změnám citlivosti a prožitku.

Pacient Jiří P.

Rok narození: 1987
Rok prodělání úrazu: 2009
Diagnóza: kvadruplegie s poraněním míchy v oblasti C 6
Ženatý: není, před úrazem měl několik sexuálních zkušeností,
v době úrazu partnerku neměl, nyní žije s partnerkou
Děti: nemá
Největší obtíže v partnerském životě: snížení soběstačnosti, po úraze nedostatek informací
Postoj k tématu: otevřený, informace o problematice má, aktivně se o ni
zajímá
Informace o kompenzačních pomůckách: před rozhovorem o nich již slyšel, ale neinicioval jejich
vyzkoušení

Pacient utrpěl úraz při surfování v Austrálii, kde první týdny ležel na spinální jednotce, později ho přesunuli na spinální jednotku FN Motol. Pacient uvedl, že v Austrálii na spinální jednotce s ním bylo téma probíráno, ale on nebyl v cizím prostředí natolik uvolněný, aby se tématu otevřel. Ve fakultní nemocnici v Motole s ním změny v partnerském životě probírala lékařka, která ho informovala o pravděpodobné postupné ztrátě plodnosti a doporučila mu možnosti řešení. Pacient vypověděl, že ho v akutní fázi po úraze trápily další otázky a k odpovědím na ně se dopracoval sám tak, že možnosti aktivně hledal a zkoušel, jak by mohl dosáhnout větší soběstačnosti v intimním životě. Nyní žije s partnerkou, která je fyzioterapeutka. Po úraze ztratil schopnost ejakulace, uvádí i změny citlivosti. Pacientovi byly během rozhovoru doporučeny i kompenzační pomůcky pro sexuální život, pacient uvedl, že by měl zájem je vyzkoušet, ale že je nepotřebuje, že našel vlastní způsob i bez těchto pomůcek. Sám označil pomůcky za vhodné pro méně pohyblivé pacienty, než je on sám.

Pacient Tomáš M.

Rok narození: 1994
Rok prodělání úrazu: 2012
Diagnóza: kvadruplegie s poraněním míchy v oblasti C 5
Ženatý: není, žije s partnerkou
Děti: nemá

Největší obtíže v partnerském životě: po úraze nedostatek informací, zábrany dotázat se odborníků, stud

Postoj k tématu: velmi otevřený, uvádí, že je zvyklý téma probírat, sám se aktivně dotazuje

Informace o kompenzačních pomůckách: ano, zná jejich vzhled i způsob použití

Pacient po autonehodě ležel na spinální jednotce v Ostravě, poté byl přeložen na spinální jednotku FN Motol a dále absolvoval léčbu v rehabilitačním ústavu v Kladrubech. V době úrazu neměl partnerku, před úrazem měl sexuální zkušenosti. V době rozhovoru měl partnerku. Pacient uvádí, že on sám se o změny v partnerském a sexuálním životě po úraze intenzivně zajímal, ale nikdo s ním o tématu nemluvil. Sám uvádí, že on byl první, kdo se se zájmem o tuto problematiku obrátil na odborníky a to až v době, kdy zjistil, že mu poradenství v této oblasti nebude nabídnuto. Pacient uvádí, že po úraze vnímá změny prožitku, ale ze začátku si nedokázal styk užívat kvůli obavám a spíše se při sexu soustředil na svůj handicap. Pacientovi byly během rozhovoru představeny i pomůcky pro sex, o kterých uvedl, že je zná a již je viděl. Pan Tomáš, stejně jako pan Jiří, je označil za pro sebe nevhodné, ale za užitečné a smysluplné pro pacienty, kteří nejsou schopni sexuálního styku z důvodu horší mobility.

Pacient Jaroslav K.

Rok narození: 1949

Rok prodělání úrazu: 2012

Diagnóza: pravostranná hemiparéza jako následek CMP

Ženatý: ano, před úrazem i po úraze stále se stejnou partnerkou

Děti: ano, jednu dceru

Největší obtíže v partnerském životě: potíže plynoucí ze zhoršení fyzického stavu, stud, obavy z konverzace na téma partnerského života

Postoj k tématu: otevřený, o problematice diskutuje, sám se aktivně dotazuje

Informace o kompenzačních pomůckách: před rozhovorem neměl žádné

Pacient označil za největší změny v partnerském životě ty, které plynou ze změněného fyzického stavu. Stěžoval si na horší fyzickou kondici, která mu brání sportovat s manželkou tak, jak byl zvyklý. Pacient uvedl, že po příhodě měl obavy z intimního života, ale s otázkami se neodvážil na nikoho obrátit, měl strach z negativní reakce odborníků. Pacient byl dotázán, jaké otázky by odborníkovi položil a zda by se s nimi obrátil na ergoterapeuta. Pacient odpověděl, že otázka, kterou se zabýval, se týkala toho, jak moc se jeho kondice zlepší a jak moc bude moci s manželkou sdílet život a to jak osobní partnerský, tak sexuální. Otevření této problematiky tedy označuje za jednoznačně přínosné.

Pacient Petr V.

| | |
|---------------------------------------|---|
| Rok narození: | 1980 |
| Rok prodělání úrazu: | 2013 |
| Diagnóza: | porucha kognitivních funkcí následkem kraniotraumatu |
| Ženatý: | nyní ano, s partnerkou žil již před úrazem, po úraze se oženil |
| Děti: | ano, pětileté dítě |
| Největší obtíže v partnerském životě: | změny plynoucí z poruchy paměti a orientace |
| Postoj k tématu: | otevřený, spolupracující |
| Informace o kompenzačních pomůckách: | před rozhovorem neměl |

Pan Petr byl jediným pacientem ze vzorku, kterého netrápily změny fyzického stavu, ale potíže s kognitivními funkcemi. Sám pacient za největší změnu po úraze označil to, že "již není hlava rodiny". Odpověď na požádání rozvedl tak, že kvůli problémům s pamětí a orientací nezvládá všechny denní činnosti tak, jako dříve a občas si z tohoto důvodu přijde méněcenný. Rozhovor na téma partnerského života uvítal a byl během rozhovoru velmi otevřený.

Pacientka Jana H.

| | |
|----------------------|--|
| Rok narození: | 1974 |
| Rok prodělání úrazu: | 2004 |
| Diagnóza: | levostranná hemiparéza jako následek kraniotraumatu |
| Vdaná: | před úrazem ano, po úraze ji manžel opustil, nyní žije |

s jiným partnerem

| | |
|---------------------------------------|---|
| Děti: | ano, dvě dcery |
| Největší obtíže v partnerském životě: | manželův odchod po úraze, zhoršení sociálních vazeb |
| Postoj k tématu: | otevřená, jeví zájem o pomůcku, žádá další konzultace |
| Informace o kompenzačních pomůckách: | před rozhovorem neměla žádné, jejich dostupnost vítá |

Pacientka se po úraze pohybuje na mechanickém vozíku, dále trpí problémy s dlouhodobou i krátkodobou pamětí. V době úrazu byla ženatá a má dvě dcery, po úraze jí manžel opustil a dcery jsou v jeho péči. Dcery jí navštěvují, mají spolu dobré vztahy, manžel se k ní po úraze dle jejích slov nezachoval hezky, a proto kontakt s ním minimalizovala. Po úraze měla několik partnerů, nyní má partnera asi 2 roky. Zkoušeli spolu intimně žít. Partner má také potíže s mobilitou, z tohoto důvodu byly pokusy neúspěšné, nebyli schopni najít takovou polohu, ve které by styk mohli realizovat. Pacientce byl představen Intimate rider, na který velmi kladně reagovala a projevila zájem o pomůcku zjistit více a popřípadě si jí vyzkoušet a pořídit. Pro tuto pacientku a jejího partnera je indikace pomůcky z ergoterapeutického hlediska velmi vhodná. Umožní jim adaptovat se na takovou úroveň, na které jim bude umožněno mít kvalitní pohlavní styk. S paní Janou jsou domluveny další konzultace a obstarání pomůcky je v řešení.